

BIEN VIEILLIR IDF

PROJET DE SERVICE

2025 - 2029

Groupement de coopération sociale
et médico-sociale BIEN VIEILLIR IDF, et
ses membres.

Version 1 du 02/01/2025

Le présent Projet de services a été présenté lors
des assemblées générales des membres et
approuvé par le conseil de gestion du GCSMS
Bien Vieillir IDF le 02/01/2025

Un projet de service pour traduire une vision et préparer l'avenir

📍 16 Rue Louis Dupré , 94100 Saint Maur des Fossés
☎ 01 48 85 06 34
✉ contact@bienvieillir-idf.org
🌐 www.bienvieillir-idf.org

PRÉFACE

Le projet de service 2025–2029 du GCSMS Bien Vieillir IDF est l’aboutissement d’un travail collectif de grande ampleur mené sur plus de huit mois. Il a mobilisé avec constance et engagement plusieurs dizaines de professionnels issus des structures membres du groupement, des partenaires institutionnels et associatifs ainsi que des représentants des usagers et leurs aidants.

Nous souhaitons ici remercier chaleureusement toutes celles et ceux qui ont participé à l’élaboration de ce projet : les directions et encadrants, les équipes de terrain, les représentants du personnel, les usagers et leurs proches, sans oublier les nombreux partenaires sollicités tout au long de cette démarche. Leur implication active, leur expertise et leur écoute ont permis de construire un projet à la fois ambitieux, réaliste et profondément ancré dans les besoins du territoire et des publics accompagnés.

Ce projet n’est pas conçu pour « tenir » cinq ans. Il est pensé pour **vivre**, s’adapter, évoluer, être discuté, révisé, enrichi tout au long de sa mise en œuvre. Il est une feuille de route ouverte, structurante mais jamais figée. Il se veut moteur d’amélioration continue, levier de coopération renforcée, et garant de l’éthique, de la qualité et de la pertinence des accompagnements.

Dans un contexte en mutation profonde marqué par le vieillissement de la population, l’évolution du secteur médico-social et une exigence croissante en matière de qualité et d’accessibilité, ce projet affirme une vision commune fondée sur un accompagnement respectueux, personnalisé, attentif aux vulnérabilités et favorisant l’autonomie. Il engage l’ensemble du groupement dans une dynamique de progrès, fidèle à ses valeurs fondatrices et à sa mission d’intérêt général.

Le Groupe d’élaboration du projet de service

Table des matières

PRÉFACE.....	1
.....	8
1. Introduction générale.....	9
1.1 Contexte du projet de service 2025-2029 du GCSMS "Bien Vieillir IDF"	9
1.1.1. Le contexte de la transformation en SAD Mixte	9
l'ARS et le Conseil départemental. Dans ce contexte 2 SSIAD membres du Groupement Bien vieillir IDF, ont décidé de fusionner avec deux ex SAAD du même groupement.....	9
1.1.2 L'intégration de ces fusions dans le projet de service	9
1.2 Cadre juridique et réglementaire	9
1.3 La prise en compte des différents schémas	12
1.3.1 : Orientations et priorités du Projet Régional de Santé 2023-2028 - Île-de-France en matière d'autonomie et de santé PA-PH	12
1.3.2 : Orientations et priorités du schéma senior 2022-2026 – de la ville de Paris.....	12
1.3.3 : Orientations et priorités du schéma départemental de l'autonomie 2024-2028 – du département des Yvelines.....	12
1.3.4 : Orientations et priorités du schéma départemental des solidarités 2024-2028 – du département des hauts de Seine	12
1.3.5 : Orientations et priorités du schéma départemental de l'autonomie et de l'inclusion 2019-2024 – du département de la Seine Saint Denis	13
1.3.6 : Orientations et priorités du schéma départemental pour l'autonomie 2020-2025 – du département du Val de Marne.....	13
1.4 : Méthode d'élaboration du projet de service	13
1.4.1 : Une démarche participative et inclusive.....	13
1.4.2 : Les groupes de travail du projet de service.....	14
1.4.3. La consultation des autorités et partenaires.....	15
1.4.4. La consultation des instances représentatives du personnel	16
1.4.5. La consultation des usagers et de leurs aidants.....	16
1.5 : Périmètre du projet de service	16
1.5.1 : Un périmètre élargi au groupement et à ses membres	16
2. Présentation du GCSMS BIEN VIEILLIR IDF	16
2.1 : Historique du groupement et de ses membres.....	16
2.2 : Membres du GCSMS BIEN VIEILLIR IDF	18
2.3 : Valeurs et principes éthiques	20
2.4 : Missions et activités déployées	21

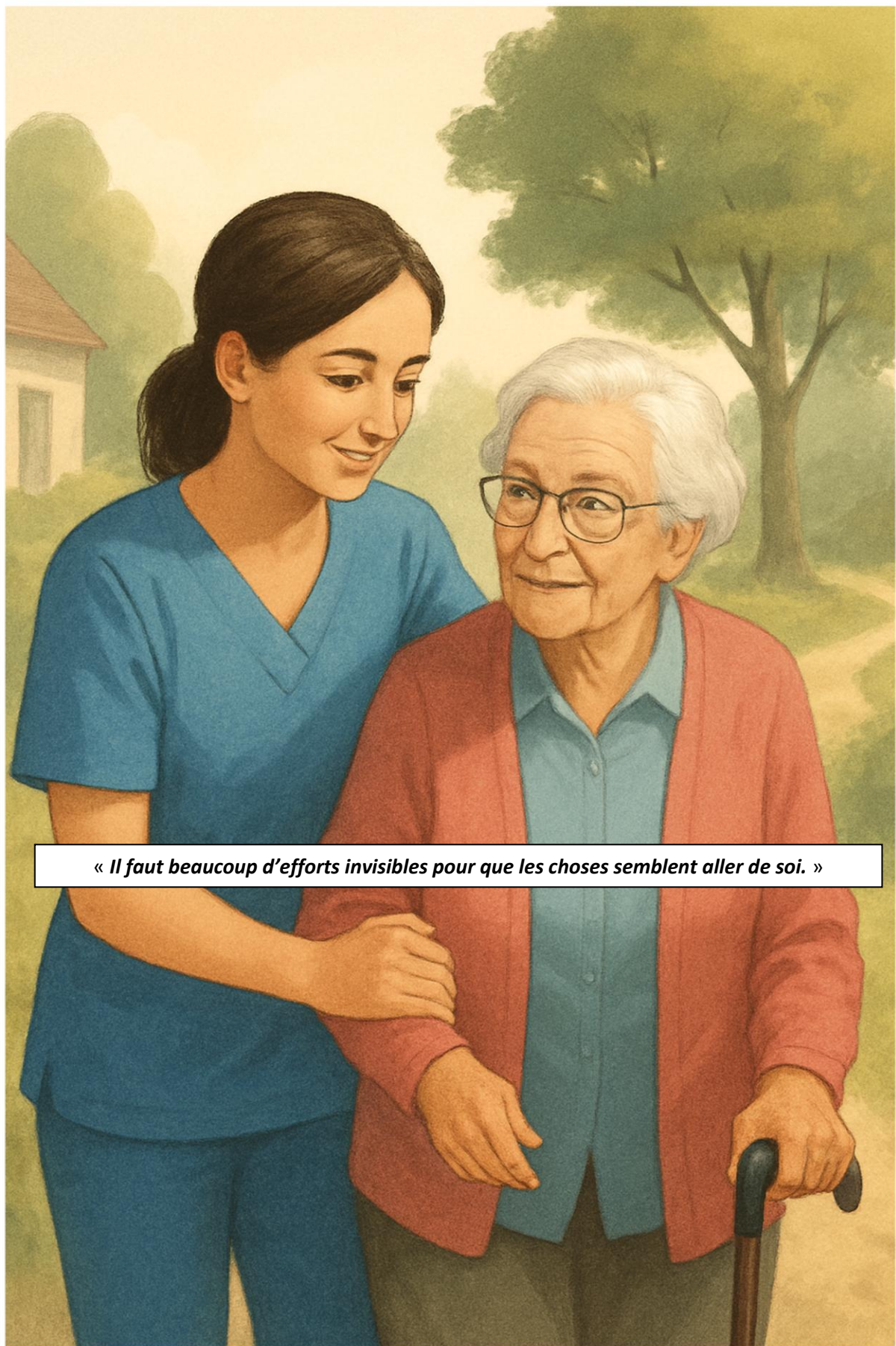
2.5 : Ancrage territorial	22
2.5.1 Territoires autorisés des SAD Aide	22
2.5.2 Territoires autorisés des SAD Aide et Soins (SAD Mixtes).....	23
2.5.3 Territoires autorisés du centre de ressources territorial (CRT).....	23
2.6. Gouvernance et pilotage	24
2.6.1 : La gouvernance des membres.....	24
2.6.2 : La gouvernance du groupement de coopération social et médico-social	24
2.7. Agrément ESUS et économie sociale et solidaire	24
2.8. Politique partenariale et conventions	25
2.8.1. Principes de notre politique partenariale	25
2.8.2. Typologie des partenariats développés	25
2.8.3. Liste des conventions formalisées.....	26
3. Public Accompagné	29
3.1 public accompagné pour des prestations d'aide et/ou de soin	29
3.2 public accompagné pour des actions de prévention	33
3.3 public accompagné dans ce cadre du centre de ressources territorial	34
3.4. Evolutions constatées ou anticipées des besoins.....	35
3.4.1 Vieillesse démographique accélérée	35
3.4.2. Fragilités sociales et territoriales.....	35
3.4.3. Évolution des besoins médico-sociaux.....	35
3.4.5. Enjeux pour le GCSMS Bien Vieillir IDF.....	35
3.5. Dynamique de parcours des personnes accompagnées	35
4. Valeurs, principes éthiques, droits fondamentaux, et références	36
4.1. La bientraitance comme culture professionnelle.....	36
4.2. L'autodétermination au cœur du projet personnalisé.....	37
4.3. Une approche inclusive et citoyenne	37
4.4 : La prise en compte des droits et libertés des personnes	37
4.4.1. Garantir la dignité, l'intimité et l'intégrité	38
4.4.2. Informer et faire valoir les droits	38
4.4.3. Prévenir les atteintes aux droits.....	38
4.4.4. Favoriser l'expression et la participation et l'autodétermination	38
4.4.5. Encadrer la confidentialité et la protection des données	38
4.5 : Prise en compte des RBPP	39
4.5.1. Bientraitance et prévention de la maltraitance	39

4.5.2. Souffrance psychique des personnes âgées.....	39
4.5.3. Protection juridique et accompagnement des majeurs vulnérables	39
4.5.4. Vieillesse des personnes en situation de handicap	40
4.5.5. Soutien aux aidants	40
4.5.6. Prévention de la perte d'autonomie	40
4.6 : Prise en compte des différents schémas.....	40
4.6.1. Orientations et priorités du Projet Régional de Santé 2023-2028 - Île-de-France en matière d'autonomie et de santé PA-PH	40
4.6.2. Orientations et priorités du schéma senior 2022-2026 – de la ville de Paris	41
4.6.3. Orientations et priorités du schéma départemental de l'autonomie 2024-2028 – du département des Yvelines	42
4.6.4. Orientations et priorités du schéma départemental des solidarités 2024-2028 – du département des hauts de Seine	42
4.6.5. Orientations et priorités du schéma départemental de l'autonomie et de l'inclusion 2019-2024 – du département de la Seine Saint Denis	43
4.6.6. Orientations et priorités du schéma départemental pour l'autonomie 2020-2025 – du département du Val de Marne.....	44
4.6.7. Conclusion sur la prise en compte des différents schémas et plans :.....	45
4.7. La traduction du projet de service dans les CPOM	45
4.7.1 CPOM 2023-2027 avec le conseil départemental du Val de Marne	45
4.7.2. CPOM 2024-2028 avec le conseil départemental de la Seine Saint Denis.....	47
4.7.3. CPOM 2023-2027 avec le conseil départemental des hauts de Seine	48
4.7.4. CPOM 2023-2027 avec le conseil départemental des Yvelines	50
5. Valeurs et principes éthiques	52
6. Offre de service et modalités d'accompagnement.....	53
6.1. Description de l'offre	53
6.1.1. Activités déployées.....	53
6.1.2. Prestations proposées	54
6.1.3. Accompagnement de l'offre (aide montage dossiers)	55
6.2. Modalités d'admission et d'accueil	56
6.3. Accompagnement personnalisé	59
6.3.1. Projet personnalisé.....	60
6.3.2. Co-construction et suivi du projet personnalisé	60
6.3.3. Outils du projet personnalisé	61
6.4. Dispositifs de soutien aux aidants	61
7. Organisation des Services.....	62

7.1. Organisation fonctionnelle des services.....	63
7.1.1. Organigramme général.....	63
7.1.2. Equipes	63
7.1.3. La formation et la gestion des emplois et des parcours professionnels (GEPP)	64
7.1.4. La qualité de vie et conditions de travail (QVCT)	68
7.1.5. La communication	70
7.2. Modalités de coordination interne.....	71
7.2.1. Coordination au sein des SAD mixtes aide et soin	73
7.3. Volets techniques (soins, aides, animation, vie sociale, hygiène, plans de continuité, prise en compte des risques, etc.).....	73
7.3.1 Volet soins	73
7.3.2 Volet aide.....	73
7.3.3. Volet animation et vie sociale	74
7.3.4. Volet hygiène et sécurité.....	74
7.3.5.Volet continuité d'activité	75
7.3.6. Volet gestion des risques.....	75
8. Qualité et Évaluation des Services	76
8.1 Pilotage qualité	76
8.2 Suivi de la satisfaction des usagers.....	76
8.3 Procédures et documentation qualité.....	77
8.4 Enquêtes de Satisfaction	77
8.5 Résultats de l'Enquête de Satisfaction - Services à Domicile 2024	78
8.6 Prise en compte et diffusion des RBPP.....	80
8.7. Qualité des soins (SAD mixtes)	80
8.8. tableau récapitulatif des objectifs et indicateurs qualité.....	82
9. Prise en compte des critères impératifs de qualité des ESSMS.....	83
10. Le parcours de la personne accompagnée	85
10.1 Logigramme du parcours de la personne accompagnée	85
10.2 le suivi des personnes accompagnées.....	86
10.3 le suivi des risques liés au médicaments et la polymédication	88
11. L'expression et la participation des usagers et de l'entourage	89
12. Perspectives d'Évolution	90
12.1 Couverture territoriale	90
12.2 Digitalisation et Intelligence Artificielle.....	90

12.3 Virage domiciliaire, temps médical et continuité des soins et services.....	91
12.4 Sécurisation et amélioration du parcours et des compétences des collaborateurs....	91
13. Annexes	92
13.1 Fiches actions.....	92
Fiche action N° : 1 Couverture territoriale	93
Fiche action N° : 2 Parcours usager, développement de l'IA	94
Fiche action N° : 3 Assistant IA à destination des salariés	95
Fiche action N° : 4 Canal d'échange numérique avec les usagers et familles	96
Fiche action N° : 9 RGPD.....	97
Fiche action N° : 10 Coordination.....	98
Fiche action N° : 11 Participation des usagers	99
Fiche action N° : 12 Animation de la réflexion éthique.....	100
Fiche action N° : 13 Développement de la qualité de vie au travail	101
Fiche action N° : 14 Articulation du projet avec les évaluations internes et externes	102
Fiche action N° : 15 Renforcement des actions de prévention	103
Fiche action N° : 16 Renforcer la participation des aidants au projet d'accompagnement	104
Fiche action N° : 17 Le soutien aux aidants.....	105
Fiche action N° : 18 Améliorer la sécurité des professionnels et bénéficiaires	106
Fiche action N° : 19 Structuration et déploiement d'une stratégie RSE	107
Fiche action N° : 20 Gestion des parcours complexes.....	108
Fiche action N° : 21 Formation continue.....	109
Fiche action N° : 22 Renforcement de l'analyse des pratiques professionnelles	110
Fiche action N° : 23 Pilotage et suivi des CPOM.....	111
Fiche action N° : 24 Amélioration du projet personnalisé	112
Fiche action N° : 25 Optimisation de l'admission et de l'accueil.....	113
Fiche action N° : 26 Prise en compte de la douleur et accompagnement de la fin de vie.....	114
Fiche action N° : 27 harmonisation et MAJ de la documentation à usage professionnel.....	115
Tableau récapitulatif des fiches action.....	116
13.2. Les résultats des travaux des groupes de travail.....	117
13.2.1. La stratégie numérique	117
13.2.2. La réglementation générale sur la protection des données (RGPD) :.....	117
13.2.3. La formation et la gestion des emplois et des parcours professionnels (GEPP)	118
13.2.4. La qualité de vie et conditions de travail (QVCT)	120
13.2.5. La qualité	121
13.2.6. La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance	122

13.2.7. La démarche de questionnement éthique	124
13.2.8. La responsabilité sociétale des entreprises (RSE)	125
13.2.9. La participation des usagers	126
13.2.10 Les modalités de coordination et de coopération	127
13.3. Les attentes des usagers sur le projet de service	129
13.4. La charte des droits et libertés de la personne accueillie	130
13.5. Procédure d'orientation en réponse à des besoins en soin	132
13.7. Exemple de PPA Type (données fictives).....	137
13.8. PPA généré par Intelligence artificielle	138
13.9. Enquête de satisfaction 2024	141
13.10. Lexique.....	151
13.11. Liste des versions et modalités de révision du projet de service	153
13.11.1. Modalités de révision	153
13.11.2. Versions	153
13.12. Annexe au projet de service portant sur l'organisation de 25 places supplémentaires de SSIAD et d'extension territoriale pour GAD (ex : ADS).....	154
1. Territoires concernés par l'extension.....	154
2. Organisation opérationnelle mise en place.....	155
3. Perspective d'extension complémentaire de l'offre de soins de nuit.....	155
4. Mutualisation numérique et coordination inter-SAD mixtes.....	155
5. Calendrier de mise en œuvre et de montée en charge.....	156
5. Suivi, pilotage et évaluation	157



« Il faut beaucoup d'efforts invisibles pour que les choses semblent aller de soi. »

1. Introduction générale

1.1 Contexte du projet de service 2025-2029 du GCSMS "Bien Vieillir IDF"

Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale "Bien Vieillir IDF" réunit plusieurs établissements et services engagés dans l'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap. Sa mission principale est de garantir un accompagnement de qualité, respectueux des besoins des usagers, tout en veillant à l'amélioration continue des pratiques professionnelles.

L'organisation repose sur une approche collaborative entre les différents services membres afin d'assurer une continuité de prise en charge et une coordination efficace des interventions.

Le projet de service présenté ci-après définit le cadre stratégique et opérationnel permettant notamment d'harmoniser les pratiques au sein du groupement. Il est établi pour une durée de cinq ans et fait l'objet d'un suivi régulier.

1.1.1. Le contexte de la transformation en SAD Mixte

Les SAD dispensant des prestations d'aide, d'accompagnement et de soins, comme tout Établissement ou service social et médico-social, sont gérés par une personne morale qui Porte l'autorisation prévue à l'article L.313-1 du CASF et qui est délivrée conjointement par l'ARS et le Conseil départemental. Dans ce contexte 2 SSIAD membres du Groupement Bien vieillir IDF, ont décidé de fusionner avec deux ex SAAD du même groupement.

Ainsi, une demande d'autorisation en qualité de **Service Autonomie à Domicile mixte (aide et soins)** sera déposée pour chacune des deux entités issues des fusions, sur le territoire initialement couvert par les anciens SSIAD.

Par ailleurs, il a été convenu avec l'accord des autorités compétentes que ces nouvelles structures conserveront leur **autorisation en tant que SAD aide** sur l'ensemble des communes non incluses dans le périmètre de l'autorisation SAD mixte, et **précédemment couvertes par les anciens SAAD** avant la fusion.

1.1.2 L'intégration de ces fusions dans le projet de service

Ces fusions n'ayant pas eu lieu à la date du présent projet de service, elles sont cependant intégrées dans ce projet sur la base des fusions qui interviendront autour du mois de juin 2025, en préfiguration du cadre 2025-2029.

1.2 Cadre juridique et réglementaire

Le Projet de Services 2025-2029 du GCSMS Bien Vieillir IDF et de ses membres s'inscrit dans le cadre légal et réglementaire défini par les textes fondateurs et les obligations applicables au secteur social et médico-social. Il repose sur les principes directeurs suivants :

- Le respect du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et des autres codes ou lois applicables ;
- La prise en compte des décrets, arrêtés, circulaires et cahiers des charges encadrant les services ;

- L'intégration des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des bonnes pratiques professionnelles ;
- L'alignement sur les récents dispositifs de transformation du secteur, tels que la réforme des SAD et la création des services autonomie à domicile.

Ensemble ESSMS	Code de l'action sociale et des familles
Ensemble ESSMS	Code de la Construction et de l'Habitation
Ensemble ESSMS	Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
Ensemble ESSMS	Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles
Ensemble ESSMS	Décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée aidant l'utilisateur à faire valoir ses droits
Ensemble ESSMS	Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement des établissements et services
Ensemble ESSMS	Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles
Ensemble ESSMS	Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles. (Journal officiel du 27 novembre 2004)
Ensemble ESSMS	Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles
Ensemble ESSMS	Loi n° 2009-879 dite HPST du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
Ensemble ESSMS	Circulaire DGCS/2A no 2010-254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS
Ensemble ESSMS	Article R4121 du code du travail : Document unique d'évaluation des risques
Ensemble ESSMS	Arrêté du 30 janvier 2012 relatif au modèle de fiche prévu à l'article L. 4121-3-1 du code du travail
Ensemble ESSMS	Règlement général sur la Protection des Données (RGPD) : Règlement du Parlement européen et du Conseil relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE
SSIAD, SPASAD, SAAD	Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.
Ensemble ESSMS	Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, qui réaffirme les missions d'aide et de soin au service des personnes âgées.
SAAD, SSIAD, SPASAD	Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 approuvant le cahier des charges des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), favorisant une offre intégrée de services d'aide et de soins à domicile.
SAAD, SSIAD, SPASAD	Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
SAD	Décret no 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 10 et 160 du I de l'article L. 312-1 du même code
SAD	Le cahier des charges définissant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des SAD mentionnés à l'article L.313-1-3 du code de l'action sociale et des familles

SAD	Le cahier des charges définissant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 1° et 16° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles
SAD mixtes/SSIAD	Réforme tarifaire SSIAD : Article 44 de la loi de Financement de la Sécurité sociale pour l'année 2022 pose les bases de la réforme,
SAD mixtes/SSIAD	Réforme Tarifaire SSIAD : Article 68 de la loi de Financement de la Sécurité sociale pour l'année 2023 précise la mise en œuvre de la réforme
SAD mixtes/SSIAD	Décret n° 2022-931 du 25 juin : Création d'un système d'information permettant de recueillir les données à caractère personnel des personnes accompagnées par les services, puis sur le même sujet ; les décret 2023-232 et 2023-327 du 28 avril 2023, l'arrêté du 28 avril 2023, l'arrêté du 25 Août 2023
Ensemble GCSMS	Code de commerce, article L. 3332-17-1 relatif à l'agrément ESUS des entreprises de l'économie sociale et solidaire

Recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé), notamment en matière de projet de service, de bientraitance, d'évaluation de la qualité des services et de prévention des risques, selon les tableaux ci-dessous :

RBPP relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux	
Avril 2008	Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles
Juillet 2008	La Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre
Juillet 2008	Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées
Décembre 2008	Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance
Décembre 2008	Ouverture de l'établissement à /et sur son environnement
Décembre 2008	Les attentes de la personne et le projet personnalisé
Juillet 2009	La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles
Novembre 2009	Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement
Mai 2010	Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service
Octobre 2010	Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
Avril 2012	L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes
RBPP concernant les ESSMS proposant des accompagnements à domicile à des usagers adultes vulnérables	
Septembre 2009	Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile
Avril 2012	L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes
Juillet 2013	L'accompagnement à la santé de la personne handicapée
Janvier 2015	Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile
Mars 2015	L'adaptation de l'intervention auprès de personnes handicapées vieillissantes
Février 2016	Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet domicile

Décembre 2017	Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile
Mai 2020	Covid-19 - Fin de vie des personnes accompagnées par un établissement ou service social ou médico-social
Juillet 2020	Services d'aide et de soins à domicile : accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénérative

1.3 La prise en compte des différents schémas

1.3.1 : Orientations et priorités du Projet Régional de Santé 2023-2028 - Île-de-France en matière d'autonomie et de santé PA-PH

Objectifs généraux :

Le Projet Régional de Santé (PRS) 2023-2028 de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France constitue la feuille de route stratégique et opérationnelle du système de santé régional. Il vise à :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Renforcer le pouvoir d'agir des citoyens sur leur propre santé.
- Territorialiser les interventions pour s'adapter aux besoins spécifiques de chaque territoire.
- Anticiper et répondre aux défis sanitaires majeurs, notamment la santé mentale et la périnatalité.

1.3.2 : Orientations et priorités du schéma senior 2022-2026 – de la ville de Paris

Objectifs généraux :

La Ville de Paris s'engage à garantir un cadre de vie adapté au vieillissement, favorisant l'autonomie, la participation sociale et la protection des séniors. Ce schéma repose sur une approche transversale impliquant les citoyens, les professionnels et les institutions pour mieux répondre aux défis du vieillissement urbain.

1.3.3 : Orientations et priorités du schéma départemental de l'autonomie 2024-2028 – du département des Yvelines

Objectifs généraux :

Le Département des Yvelines s'engage à répondre au défi du vieillissement démographique et de l'inclusion des personnes en situation de handicap en développant un écosystème global de l'autonomie (développement d'une agence interdépartementale de l'autonomie avec le département des Hauts-de-Seine). Le schéma repose sur une approche innovante et intégrée, visant à améliorer la lisibilité, la coordination et la qualité des services offerts aux habitants.

1.3.4 : Orientations et priorités du schéma départemental des solidarités 2024-2028 – du département des hauts de Seine

Objectifs généraux :

Le Département des Hauts-de-Seine met en place une stratégie globale pour renforcer la cohérence et l'efficacité des politiques sociales et médico-sociales, couvrant tous les âges de la vie et répondant aux enjeux démographiques et socio-économiques. Ce schéma vise à améliorer l'inclusion sociale, l'accès aux droits, l'offre de services médico-sociaux et l'attractivité des métiers du secteur. Ce département

à développer une agence interdépartementale de l'autonomie en partenariat avec le département des Yvelines.

1.3.5 : Orientations et priorités du schéma départemental de l'autonomie et de l'inclusion 2019-2024 – du département de la Seine Saint Denis

Objectifs généraux :

Le département de la Seine-Saint-Denis s'engage à développer un territoire 100% inclusif et solidaire pour les personnes âgées et en situation de handicap :

- Accompagner sans rupture et soutenir les proches aidants ;
- Assurer le libre choix du lieu de vie grâce à un habitat adapté et inclusif ;
- Une offre médico-sociale adaptée et renforcée ;

1.3.6 : Orientations et priorités du schéma départemental pour l'autonomie 2020-2025 – du département du Val de Marne

Objectifs généraux :

Le Département du Val-de-Marne s'engage à favoriser l'autonomie et l'inclusion des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, tout en soutenant leurs aidants. Ce schéma repose sur une approche participative et vise à renforcer les dispositifs d'accompagnement, à améliorer l'accessibilité et à promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale.

1.4 : Méthode d'élaboration du projet de service

Ce projet est une traduction concrète des valeurs et objectifs portés par le GCSMS. Il vise à apporter une réponse individualisée et adaptée aux besoins des personnes accompagnées, tout en :

- Respectant les valeurs fondatrices du groupement, mentionnées au chapitre 2 ;
- Intégrant les cadres institutionnels législatifs et réglementaires, garantissant ainsi une conformité totale aux attentes des autorités de tutelle ;
- Mobilisant l'ensemble des parties prenantes, incluant les membres du personnel, les usagers, les familles, et les partenaires locaux.

L'élaboration de ce projet a été réalisée dans une dynamique participative et inclusive sur une période de neuf mois, avec des groupes de travail thématiques et des consultations auprès des différents acteurs. Il constitue une feuille de route structurante qui conjugue les dimensions politiques, techniques et opérationnelles pour répondre aux défis actuels et futurs de l'accompagnement des publics fragiles sur notre territoire.

1.4.1 : Une démarche participative et inclusive

Le projet de service a été élaboré selon une démarche participative intégrant les parties prenantes suivantes :

Les professionnels des différents services du groupement.

Les représentants des bénéficiaires et des aidants.

Les partenaires institutionnels et territoriaux.

Cette démarche repose sur une analyse des besoins des usagers, une concertation avec les équipes de terrain, ainsi que sur l'intégration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et des obligations légales en vigueur.

Par exemple, les recommandations de l'ANESM et de la HAS préconisent l'individualisation des parcours d'accompagnement, la sécurisation des interventions à domicile et la mise en place d'un suivi régulier pour évaluer l'évolution des besoins des bénéficiaires.

Le projet de services est une démarche stratégique et prospective à 5 ans qui permet de faire ressortir les orientations et d'identifier les actions à entreprendre.

Il a été initié par les directions des structures membres et le conseil de gestion, qui, dans un contexte de réforme des services autonomie à domicile, a eu recours à l'accompagnement d'un consultant externe spécialisé, tout au long du processus d'élaboration du projet de service.

Les différentes phases :

Phase 1 : Etat des lieux par les directions ;

Phase 2 : Lancement de l'auto-évaluation, constitution des groupes de travail au regard des critères impératifs ;

Phase 3 : CODIR élargi et groupes de travail thématiques avec les équipes ;

Phase 4 : Rédaction du projet et des fiches actions ;

Phase 5 : Validation en conseil de gestion.

1.4.2 : Les groupes de travail du projet de service

Le lancement du projet de service 2025-2029 a débuté en mai 2024. A partir de juin neuf groupes de travail ont été constitués.

Chaque groupe de travail a été piloté par un référent désigné par le CODIR et composé par le pilote de participants qualifiés, validés par le CODIR, selon les thématiques abordées. Ces groupes ont bénéficié d'une autonomie pour mener leurs réflexions et proposer des recommandations concrètes. Chaque référent, membre du comité de direction élargi, s'est réuni à cinq reprises pour coordonner les travaux et partager les avancées (réunions tenues les 26 avril, 23 mai, 20 juin, 10 septembre, et 13 novembre 2024). Au total, plus de 50 salariés ont contribué activement à ces groupes de travail. Les référents se sont appuyés sur une lettre de mission précisant les objectifs et les attentes pour chaque thématique. Chaque contribution comprenait, au minimum :

- Le champ d'application ;
- L'état des lieux initial ;
- Les objectifs à atteindre ;
- Le calendrier prévisionnel ;
- Les moyens nécessaires à mettre en œuvre.

Chacune des réunions a fait l'objet d'un compte rendu détaillé, garantissant la traçabilité et la transparence des travaux. Ces documents ont permis de structurer les propositions et de finaliser un projet cohérent et ambitieux, aligné sur les besoins des usagers et les exigences réglementaires.

Les attentes des usagers ont été intégrées à la réflexion par une enquête menée sur l'ensemble des bénéficiaires et leurs familles à laquelle 319 réponses ont été recueillies.

Chaque groupe s'est vu affecter une des thématiques ci-dessous :



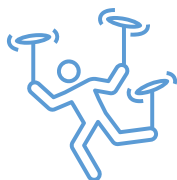
Stratégie numérique



R.G.P.D.



G.E.P.P.



Q.V.C.T.



Bienveillance



Ethique



R.S.E.



Participation usager



Coordination /coop

Les résultats des travaux des différents groupes de travail sont annexés au projet de services, et les recommandations et projets retenus intégrées au présent projet de service.

1.4.3. La consultation des autorités et partenaires

L'élaboration du projet de service a également permis d'impliquer les conseils départementaux en lien avec leurs schémas au travers d'échanges réguliers et de présentations comprenant à chaque fois une présentation des orientations stratégiques. Chaque réunion a donné lieu à un support de présentation et d'un compte rendu.

- Conseil départemental du Val de Marne : Rencontre du 12 Juin 2024 ;
- Conseil départemental de la Seine Saint Denis : Rencontre le 31 mai 2024 ;
- Conseil départemental des Hauts de Seine/agence Autonomie : Rencontre le 24 septembre 2024 ;
- Conseil départemental des Yvelines/agence Autonomie : Rencontre le 26 septembre 2024 ;
- Conseil départemental de l'Essonne : Echange en visio-conférence le 5 juin 2024 ;
- Agence régionale de santé du Val de marne : Rencontre le 30 septembre 2024 ;
- Assurance Retraite (CNAV Ile de France) : Echange en visio-conférence le 18 septembre.

L'implication des équipes et les nombreuses réunions organisées avec les partenaires a permis de présenter et d'échanger sur la construction du projet de services et d'alimenter celui-ci avec notamment les CCAS, les SSIAD, DAC, CPTS et réseaux locaux.

1.4.4. La consultation des instances représentatives du personnel

Tout au long de la démarche les instances représentatives du personnel ont été associées, par la participation de certains membres de ces instances au groupe de travail, et discuté en réunion avec chacune des instances qui ont pu en préalable prendre connaissance du projet.

1.4.5. La consultation des usagers et de leurs aidants

Les attentes des usagers ont été également prises en compte et intégrées à la réflexion par une enquête menée sur l'ensemble des bénéficiaires et leurs familles à laquelle 350 réponses ont répondu (Annexe P.107)

1.5 : Périmètre du projet de service

1.5.1 : Un périmètre élargi au groupement et à ses membres

Le fonctionnement en groupement de coopération sociale et médico-sociale, traduit un projet commun, autour d'une vision commune de la cohérence des pratiques, une conformité aux obligations légales, une mutualisation des ressources et des expertises, un pilotage et une évaluation collective.

Ainsi, en décidant, en accord avec les départements concernés et l'ARS, d'élaborer un projet de service unique pour le groupement et ses membres, ces derniers ont affirmé leur volonté d'un levier stratégique commun qui renforce la cohésion du groupement, garantit une offre de services uniforme et de qualité, tout en respectant les obligations légales et en favorisant l'innovation par le partage des meilleures pratiques.

2. Présentation du GCSMS BIEN VIEILLIR IDF

2.1 : Historique du groupement et de ses membres

1998 : Création d'ASSISTANCE DEPENDANCE.

2008 : Création de COMPLEA SOINS INFIRMIERS.

2009 : Création du GCSMS "Bien Vieillir en Île-de-France".

2011 : Intégration d'ASP 94.

2013 : Intégration d'ARMONY DOM SERVICES.

2014 : Reprise d'Archipel Services par l'ASP 94 et intégration d'OMEGA.

2017 : Ouverture d'UMEG Formation.

2018 : Intégration de GAD et ADS.

2021 : Dévolution vers le nouveau GCSMS "Bien Vieillir IDF" et intégration de Solidarité Plus.

2021 : Dévolution de ARMONY DOM SERVICES vers HOMY.

2023 : Intégration de ANA et HOMY.

2024 : Intégration de BIEN ETRE SAS et BIEN ETRE Association.

2024 : Intégration de TRAIT D'UNION.

2025 : Fusion de ADS et GAD en SAD Mixte ; Fusion de Compléa Soins Infirmiers et Omega en SAD Mixte.

2025 : Intégration prévisionnelle d'OMNICA.

Ce développement progressif du groupement témoigne d'une dynamique continue de mutualisation, de structuration et de renforcement des coopérations entre acteurs engagés dans l'accompagnement des publics fragiles. Il illustre également la volonté partagée des membres d'améliorer ensemble la qualité des services, de favoriser l'innovation, et de répondre aux évolutions des besoins des usagers sur le territoire.

Les membres du groupement adhèrent volontairement à celui-ci et à sa convention constitutive. Lorsque l'intégration se fait en cours d'année, elle passe d'abord par une convention de partenariat afin de permettre au nouveau membre et au groupement de réfléchir ensemble à cette intégration et de calibrer les besoins et les services proposés.

En effet, le GCSMS BIEN VIEILLIR IDF, a fait le choix d'être intégratif, et au-delà de partager des valeurs communes, de porter une organisation unique pour tous ses membres.

Toutefois, le groupement laisse à chaque membre le choix de conserver son autorisation et agréments, pour plusieurs raisons :

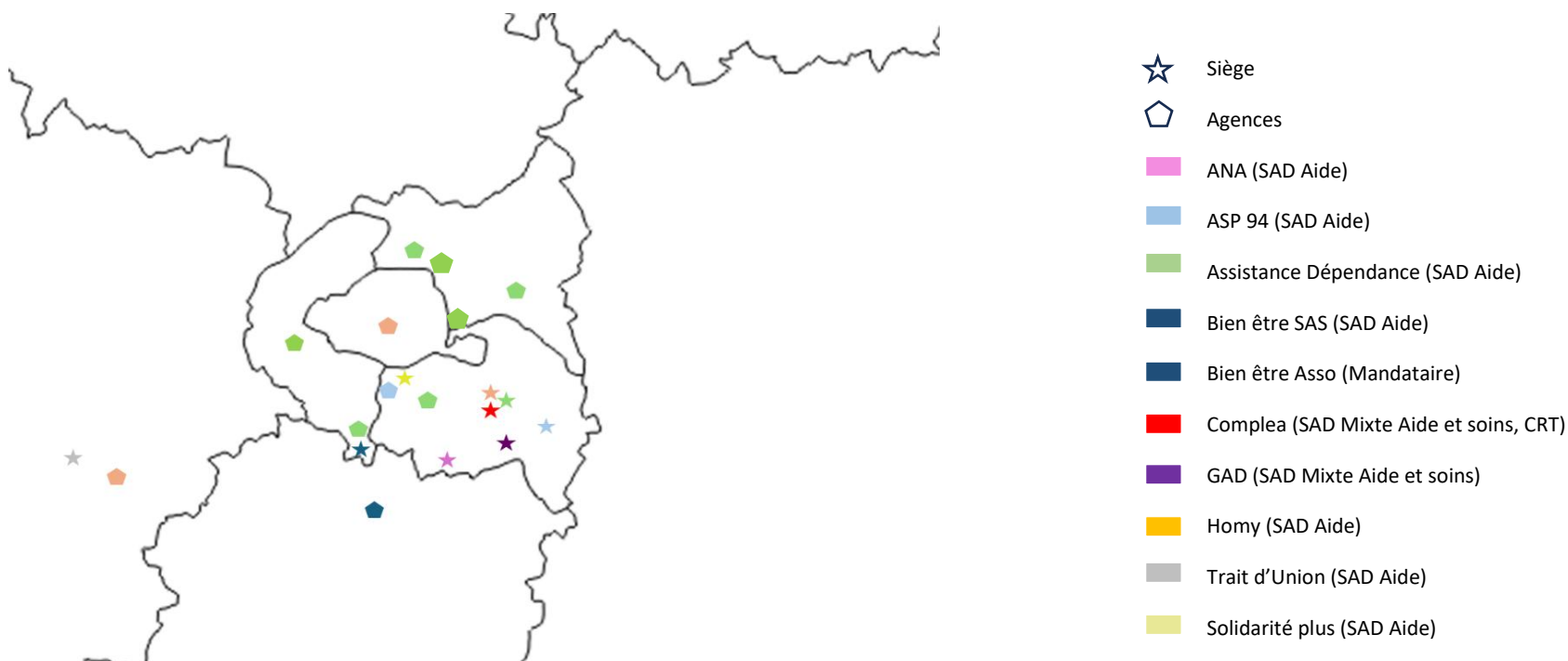
- Formes juridiques différentes
- Convention collectives différentes

Afin de porter cette organisation commune, les fonctions support, mais également l'encadrement de terrain sont portées par le groupement. Les membres conservent quant à eux le personnel dédié aux interventions et à l'exécution des missions.

2.2 : Membres du GCSMS BIEN VIEILLIR IDF

Nom	Statut	Coordonnées siège social	Lieux d'accueil (*)	Services proposés	Références autorisations/agrèments	Zone d'intervention SAD Mixte aide et soins	Zone d'intervention SAD Aide
ANA (aider nos aînés)	Association Siret 50255920600029	17 place Antoine de Saint Exupéry, 94310 Orly	94 Orly	Aide prestataire à domicile	SAD AIDE Autorisation CD 94	-	94
ASSISTANCE DEPENDANCE COMPLEA	Association Siret : 42851923500033	16 Bis rue Louis Dupré. 94100 Saint Maur des Fossés Tél : 01.48.85.06.34	92 Antony Rueil Malmaison 93 Les Pavillons sous- bois Montreuil Le pré saint Gervais Stains 94 Saint Maur Vitry sur seine	Aide prestataire à domicile	SAD AIDE SAP428519235 Autorisation CD 92 Autorisation CD 93 Autorisation CD 94	-	92 (toutes communes) 93 (toutes communes) 94 (toutes communes)
ASP 94	Association Siret : 43761256700036	1 rue de Paris 94470 Boissy Saint Léger	94 Arcueil Boissy Saint Leger	Aide prestataire à domicile	SAD AIDE SAP437761567 Autorisation CD 94 Habilitation Aide sociale	-	94 (toutes communes)
BIEN ETRE	SAS Siret : 80372488900016	1, rue du Noyer de Segonzac 92160 Antony	91 Palaiseau 92 Antony	Aide prestataire à domicile	SAD AIDE SAP803724889 Autorisation CD 91 Autorisation CD 92		91 (toutes communes) 92 (toutes communes)
BIEN ETRE ASSO	Association Siret : 41019939200045	1, rue Dunoyer de Segonzac 92160 Antony	92 Antony	Aide à domicile Mandataire	Agrément mandataire		
COMPLEA Fusion de COMPLEA SOINS INFIRMIERS (CSI) & OMEGA	Association Siret : 51388538400018	16 Bis rue Louis Dupré. 94100 Saint Maur des Fossés Tél : 01.48.85.06.34	94 Saint Maur des fossés	Soins infirmiers à domicile	SAD MIXTE Autorisation ARS Autorisation SAD Mixte : CD 94 / ARS SAD AIDE Autorisation SAD Aide : CD94	94 Champigny sur marne Maisons-Alfort Saint Maur des Fossés	94 Tout le 94 à l'exception des communes d'intervention en SAD Mixte
GAD	Association Siret : 42059775900034	220 rue de Paris	94 Villeneuve saint Georges	Aide prestataire à domicile	SAD MIXTE SAP420597759	94	94

Fusion de ADS et association de Gardes à domicile		94190 Villeneuve Saint Georges		Soins infirmiers à domicile	Autorisation SAD Mixte : CD 94 / ARS SAD AIDE Autorisation SAD Aide : CD94	Villeneuve saint Georges, Limeil-Brévannes, Valenton	Tout le 94 à l'exception des communes d'intervention en SAD Mixte
HOMY	SAS Siret : 89814471200012	16 Bis rue Louis Dupré. 94100 Saint Maur des Fossés	75 Paris 5 78 Magny les hameaux Rambouillet	Aide prestataire à domicile	SAP898144712 Autorisation CD 75 Autorisation CD 78		75 (tous arrondissements) 78 (toutes communes)
SOLIDARITE PLUS	Association Siret : 50180467800032	8 rue Georges Lebigot, 94800 Villejuif	94 Villejuif	Aide prestataire à domicile	SAP501804678 Autorisation CD 94		94 (toutes communes)
TRAIT D'UNION	Siret : 42194230100027	26 rue Poincaré, 78120 Rambouillet	78 Rambouillet	Aide prestataire à domicile	Autorisation CD 78		78



2.3 : Valeurs et principes éthiques

Un groupement de coopération sociale et médico-sociale se doit de s'appuyer sur un socle éthique solide afin de garantir la qualité de l'accompagnement et le respect des personnes. Voici les valeurs et les grands principes éthiques du GCSMS BIEN VIEILLIR IDF à mettre en œuvre :

Respect de la dignité humaine et des droits fondamentaux : Chaque intervention doit préserver l'intégrité et la dignité de la personne, en assurant le respect de sa vie privée, de ses droits et de ses préférences.

Promotion de l'autonomie et de l'autodétermination : Il s'agit de soutenir la capacité de la personne à participer activement aux décisions qui la concernent, en valorisant son rôle dans l'élaboration de son projet personnalisé.

Solidarité et équité : Le groupement doit veiller à ce que tous les usagers aient un accès égalitaire aux services, en tenant compte des spécificités de chacun et en luttant contre toute forme de discrimination.

Bientraitance et bienveillance : Adopter une posture empreinte de compassion et d'empathie, en garantissant des pratiques respectueuses, visant à prévenir toute forme de maltraitance ou de négligence.

Confidentialité et transparence : Assurer la protection des informations personnelles et sensibles tout en favorisant une communication claire et partagée entre tous les acteurs.

Collaboration et interprofessionnalité : Favoriser le travail en réseau et la coopération entre les différents professionnels et partenaires, afin de mutualiser les expertises et d'harmoniser les pratiques au profit d'une prise en charge globale.

Ces principes constituent le fondement d'une démarche éthique et responsable, essentielle pour construire une offre de services cohérente et centrée sur la personne, conformément aux recommandations des instances nationales telles que la HAS.

Le droit à l'autodétermination : Le droit à l'autodétermination constitue un principe éthique fondamental de l'accompagnement social et médico-social, reconnu par les textes nationaux et internationaux (notamment la Convention relative aux droits des personnes handicapées et l'article L.311-3 du CASF).

Il suppose la reconnaissance pleine et entière de la personne en tant que sujet de droit, capable même de manière relative ou avec accompagnement d'exprimer ses souhaits, de formuler des choix et de participer aux décisions qui la concernent.

Dans ce cadre, notre démarche vise à garantir que chaque personne accompagnée puisse exercer, dans les limites de ses capacités et de manière soutenue si nécessaire, son pouvoir d'agir sur sa vie. Le droit à l'autodétermination guide ainsi la co-construction des projets personnalisés, l'adaptation de la communication, la réflexion sur les prises de risque partagées, et l'évitement des attitudes substitutives ou infantilisantes.

Il constitue un levier d'émancipation, de bientraitance et de participation citoyenne. Sa mise en œuvre fait l'objet d'un engagement partagé au sein des équipes, qui s'appuient sur des outils, des formations, et des temps de concertation pour en garantir l'effectivité dans les accompagnements proposés.

Les valeurs de l'économie sociale et solidaire : Le GCSMS Bien Vieillir IDF est également reconnu comme Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale (ESUS), ce qui confirme son engagement structurel en faveur de l'utilité sociale, de la priorité aux publics vulnérables et de la gestion désintéressée. Cette reconnaissance nous inscrit dans une logique de transparence, de finalité sociale prioritaire et d'engagement renforcé au service du bien vieillir.

2.4 : Missions et activités déployées

Le GCSMS "Bien Vieillir IDF" propose via ses membres, une large gamme d'activités et de services visant à répondre aux besoins variés des usagers. Ces interventions s'inscrivent dans les missions définies par le code de l'action sociale et des familles (CASF), à l'article D.312-1 :

Nos 4 missions socles :

- Aide et accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne ;
- Réponse aux besoins de soins ;
- Aide à l'insertion sociale ;
- Actions de repérage, de prévention de la perte d'autonomie, de préservation, de restauration et de soutien à l'autonomie.

Nos missions complémentaires :

- Soutien aux aidants ;
- Centre de ressources territorial.

En réponse à ces missions, Le GCSMS BIEN VIEILLIR IDF, met en œuvre différentes activités complémentaires décrites ci-après :



Aide à domicile : Accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne (ménage, repas, courses). En 2024, 560 000 heures d'intervention ont été réalisées par le groupement.

Soins à domicile : Soins infirmiers et aide à l'autonomie pour les personnes dépendantes. Le groupement dispose de 232 places de soins infirmiers réparties sur deux SAD mixtes dans le Val-de-Marne, incluant :

7 places pour des personnes en situation de handicap ;
25 places pour des soins de nuit ;
200 places pour des personnes âgées.

Actions de prévention : Programmes de sensibilisation et d'éducation à la santé pour prévenir les risques liés au vieillissement et à la perte d'autonomie. En 2024, 1926 séances de prévention individuelles et 170 ateliers collectifs ont été organisés, bénéficiant respectivement à 182 et 274 personnes. Plusieurs types d'actions sont menées :

- Activité physique adaptée ;
- Tai Chi – Qi Qong ;
- Mémoire et lien social ;
- Télé-ergothérapie ;
- Quelques actions diététiques ;
- Conférences/Ateliers aidants/aidés.

Les actions collectives relèvent de la prévention primaire, et les actions individuelles interviennent sur le champ de la prévention secondaire et tertiaire.

Gestion des parcours : coordination des interventions et fluidification des transitions entre différents dispositifs d'accompagnement, accompagnement des aidants.

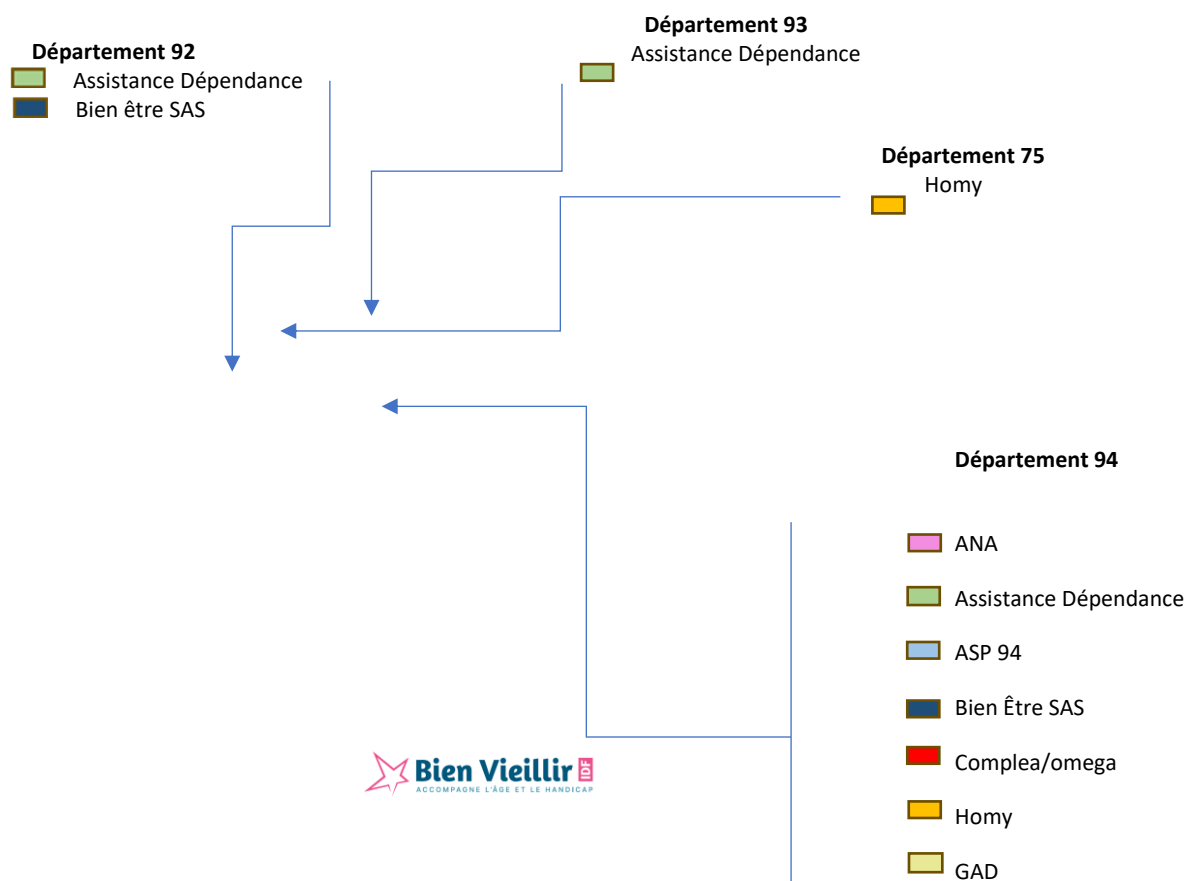
Centre de ressources territorial : le centre de ressources territorial, porté par le SAD Mixte COMPLEA, répond à 2 missions :

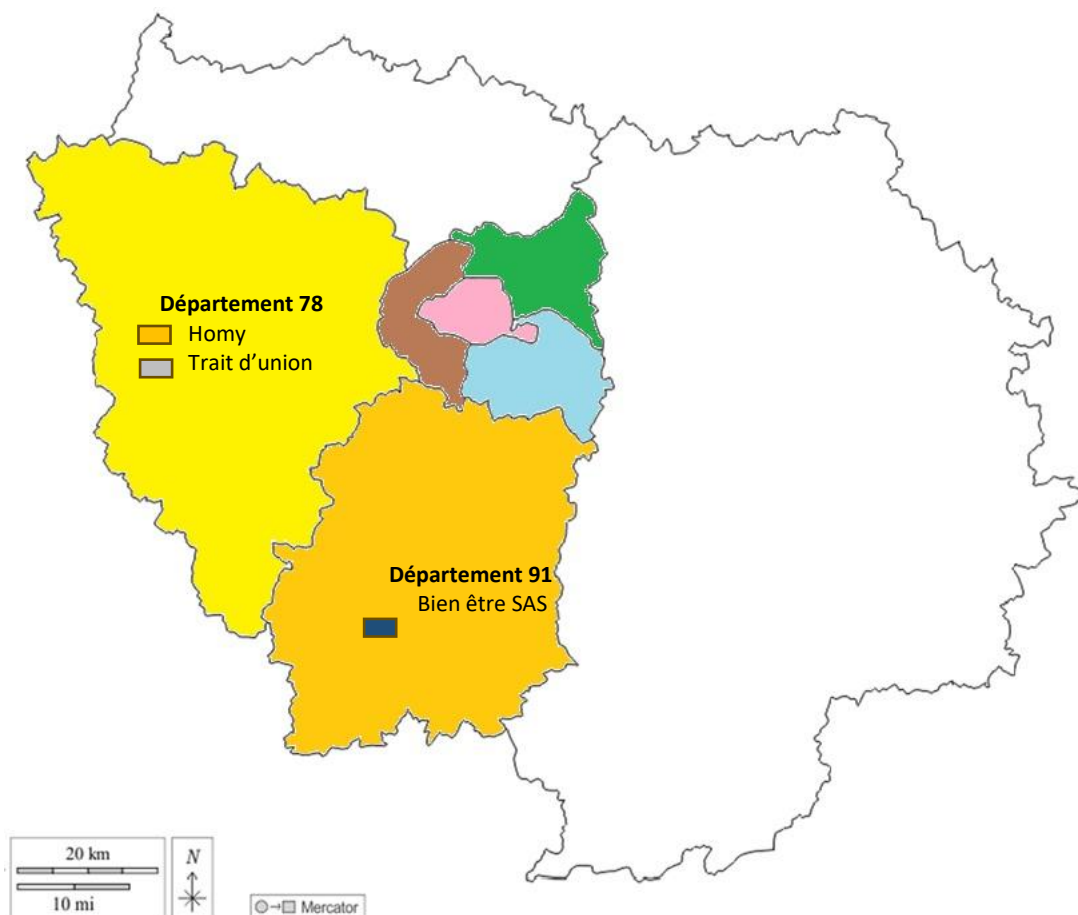
- Volet 1 : Une mission d'appui aux professionnels du territoire ;
- Volet 2 : Une mission d'accompagnement renforcé.

2.5 : Ancrage territorial

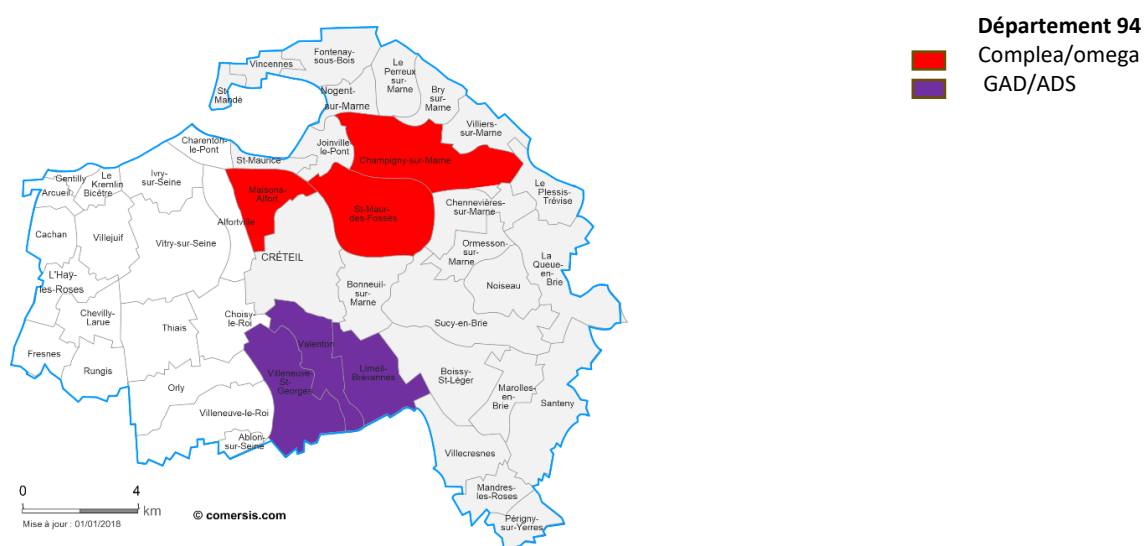
Le GCSMS "Bien Vieillir IDF" intervient principalement en Île-de-France, essentiellement sur la petite couronne, mais avec une volonté de couvrir les 8 départements de la région.

2.5.1 Territoires autorisés des SAD Aide

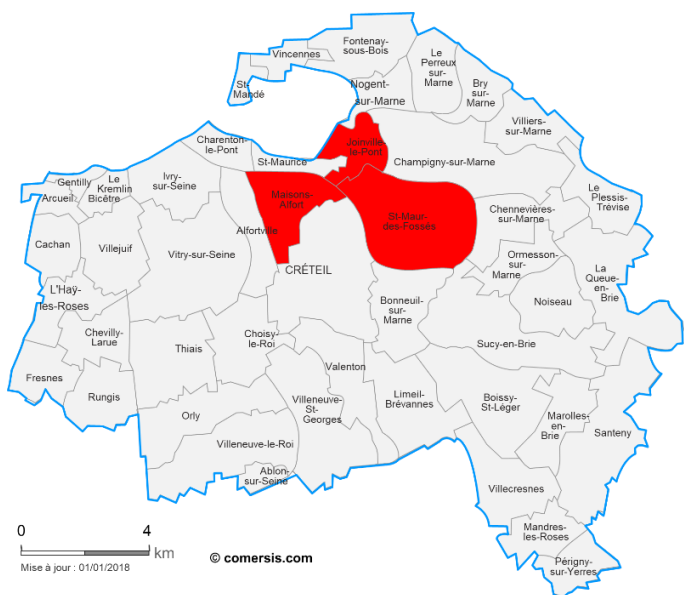




2.5.2 Territoires autorisés des SAD Aide et Soins (SAD Mixtes)



2.5.3 Territoires autorisés du centre de ressources territorial (CRT)



2.6. Gouvernance et pilotage

2.6.1 : La gouvernance des membres

Chaque membre du groupement a selon ses propres statuts un mode de gouvernance qui lui est propre :

- Pour les associations membres : une assemblée générale, élit un conseil d'administration tous les 5 ans et élit en son sein un bureau composé d'un président, d'un trésorier et d'un secrétaire.
- Pour les entreprises membres : L'assemblée générale des associés nomme un gérant
- Chaque structure membre adhère à la convention constitutive du groupement et de ses annexes.

2.6.2 : La gouvernance du groupement de coopération social et médico-social

Conformément à la convention constitutive, l'assemblée générale des membres est constituée de l'ensemble des membres. Chaque membre dispose d'une voix, indépendamment de ses parts sociales. L'assemblée générale élit parmi ses membres un conseil de gestion, le conseil de gestion nomme un administrateur.

2.7. Agrément ESUS et économie sociale et solidaire

Le GCSMS Bien Vieillir IDF est agréé comme Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale (ESUS). Cet agrément, attribué selon des critères stricts fixés par le Code de commerce, garantit que le groupement poursuit une mission d'utilité sociale significative, accorde une attention particulière aux personnes fragilisées, et respecte une gestion désintéressée avec encadrement des écarts de rémunération. Cet engagement renforce la légitimité du groupement dans le champ de l'économie

sociale et solidaire, et ouvre la voie à des partenariats et financements spécifiques, tout en consolidant son positionnement éthique et citoyen.

2.8. Politique partenariale et conventions

Le GCSMS Bien Vieillir IDF fonde son action sur une vision ouverte, solidaire et coopérative du secteur médico-social. La réponse aux besoins complexes et évolutifs des publics accompagnés, tout comme la transformation de l'offre vers un accompagnement plus intégré, impose de nouer des partenariats étroits avec une diversité d'acteurs. Cette politique partenariale est conçue comme un levier structurant de la qualité, de l'accessibilité et de la continuité de l'accompagnement.

2.8.1. Principes de notre politique partenariale

Notre politique partenariale repose sur les principes suivants :

- **Complémentarité des expertises** : favoriser la mutualisation de compétences dans une logique de parcours coordonné.
- **Territorialisation des réponses** : adapter les coopérations aux spécificités des besoins locaux et des ressources disponibles.
- **Formalisations contractuelles** : sécuriser les engagements réciproques via des conventions spécifiques définissant les objectifs partagés, les modalités de collaboration, les indicateurs de suivi.
- **Évaluation continue** : chaque convention est suivie, évaluée et peut faire l'objet d'un renouvellement ou d'une révision selon les résultats constatés.
-

2.8.2. Typologie des partenariats développés

Le GCSMS a établi une diversité de conventions, répondant à des enjeux complémentaires :

- **Partenariats sanitaires et hospitaliers** : pour fluidifier les retours à domicile, faciliter les consultations avancées, améliorer la prise en charge des pathologies chroniques.
- **Partenariats sociaux** : avec les CCAS, DAC, CLIC, acteurs du logement, pour sécuriser les parcours, prévenir les ruptures et améliorer l'accès aux droits.
- **Partenariats médico-sociaux** : avec les SSIAD, SPASAD, EHPAD, SAVS, foyers, pour assurer une articulation opérationnelle, y compris sur les volets d'urgence ou de relais temporaires.
- **Partenariats associatifs et aidants** : en soutien aux proches, pour le développement d'actions collectives, de temps de répit, de groupes de parole.
- **Partenariats universitaires et de formation** : pour accueillir des stagiaires, contribuer à la formation des professionnels de demain et s'inscrire dans une logique de recherche-action.
- **Partenariats innovation et numérique** : dans le cadre de projets expérimentaux (comme OBY), avec des start-ups, pôles de compétitivité ou fédérations professionnelles.

2.8.3. Liste des conventions formalisées

Une annexe présente la **liste actualisée des conventions signées** (40) au sein du GCSMS, incluant pour chaque partenariat :

- Nom du partenaire ;
- Objet de la convention ;
- Date de signature et échéance ;
- Référent interne désigné.

Ce tableau permet un suivi régulier, facilite le renouvellement des engagements, et alimente le dialogue stratégique entre partenaires.

Membres du GCSMS	Avec	Date d'effet	Durée	Date fin	Objet
GCSMS BIEN VIEILLIR	AFFINITY	31/12/2023	1 an	Tacite reconduction	Collaboration portage de repas
COMPLEA SOINS INFIRMIERS	ARS Ile de France	30/01/2024	1 an	15/11/2024	Expérimentation pilote de Mon espace santé
GCSMS BIEN VIEILLIR COMPLEA	AUXIFAMILY	01/01/2025	1 an	Tacite reconduction	Conseil
GCSMS BIEN VIEILLIR	CCAS ALFORTVILLE	01/01/2022	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration
ASSISTANCE DEPENDANCE	CCAS ANTONY	31/01/2018	1 an	Tacite reconduction	Prestataire Pivot CNAV
ASSISTANCE DEPENDANCE COMPLEA	CCAS ANTONY	17/10/2014	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration
ASP 94	CCAS ARCUEIL	05/03/2018	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration
GCSMS BIEN VIEILLIR	CCAS CACHAN	17/10/2023	1 an	Tacite reconduction	Transport accompagné
GCSMS BIEN VIEILLIR	CCAS ELANCOURT	01/04/2025	1 an	Tacite reconduction (3 ans max)	Partenariat / collaboration
GCSMS BIEN VIEILLIR	CCAS LE PRE SAINT GERVAIS	18/04/2025	1 an	Tacite reconduction (3 ans max)	Partenariat / collaboration
GCSMS BIEN VIEILLIR	CCAS MONTIGNY LE BX	08/01/2025	1 an	Tacite reconduction (3 ans max)	Partenariat / collaboration
GCSMS BIEN VIEILLIR	CCAS MONTREUIL	09/01/2025	1 an	Tacite reconduction (5 ans max)	Droit d'occupation
GCSMS BIEN VIEILLIR	CCAS SUCY EN BRIE	01/06/2024	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration
GCSMS BIEN VIEILLIR	CCAS VALENTON	27/04/2022	1 an	Tacite rec jusqu'au 31/12/2026	Partenariat / collaboration
SOLIDARITE PLUS	CCAS VILLEJUIF	01/01/2025	2 ans	Tacite rec jusqu'au 31/12/2029	Partenariat / collaboration

GCSMS BIEN VIEILLIR	CCAS VILLENEUVE LE ROI	08/03/2024	1 an	Tacite reconduction (3 ans max)	Partenariat / collaboration
GCSMS BIEN VIEILLIR	CCAS VILLENEUVE SAINT GEORGES	14/01/2022	1 an	Tacite reconduction (3 ans max)	Partenariat / collaboration
GCSMS BIEN VIEILLIR	CMCAS	23/02/2015	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration
GCSMS BIEN VIEILLIR	CNAV	01/07/2021	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration dispositif OSCAR
HOMY	CPAM 78	23/01/2025	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration dispositif AMDOMI
TRAIT D'UNION	CPAM 78	23/01/2025	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration dispositif AMDOMI
ANA	CPAM 94	04/07/2022	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration dispositif PRADO
ASP94	CPAM 94	05/07/2022	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration dispositif PRADO
ASSISTANCE DEPENDANCE COMPLEA	CPAM 94	06/07/2022	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration dispositif PRADO
GAD	CPAM 94	07/07/2022	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration dispositif PRADO
SOLIDARITE PLUS	CPAM 94	08/07/2022	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration dispositif PRADO
ANA	CPAM 94	03/08/2023	1 an	Tacite reconduction	Garde malade soins palliatifs
ASSISTANCE DEPENDANCE COMPLEA	CPAM 94	04/08/2023	1 an	Tacite reconduction	Garde malade soins palliatifs
ASP 94	CPAM 94	05/08/2023	1 an	Tacite reconduction	Garde malade soins palliatifs
GAD	CPAM 94	06/08/2023	1 an	Tacite reconduction	Garde malade soins palliatifs
OMEGA	CPAM 94	07/08/2023	1 an	Tacite reconduction	Garde malade soins palliatifs
SOLIDARITE PLUS	CPAM 94	08/08/2023	1 an	Tacite reconduction	Garde malade soins palliatifs
COMPLEA SOINS INFIRMIERS	CPTS SAINT MAUR JOINVILLE	15/04/2025	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration/temps médical
COMPLEA SOINS INFIRMIERS	EHPAD ARPAVIE	11/12/2023	1 an	Tacite reconduction	Partenariat CRT
COMPLEA SOINS INFIRMIERS	EHPAD ARPAVIE	13/12/2023	1 an	Tacite reconduction	Partenariat CRT
GCSMS BIEN VIEILLIR	FONDATION MAISON DES CHAMPS	04/09/2023	1 an	Tacite reconduction	Partenariat / collaboration
GCSMS BIEN VIEILLIR	GERONDIF	15/05/2025	1 an	14/05/2026	Déploiement exo squelettes
HOMY	INVIE / AGENCE AUTONOMY	31/12/2021	1 an	Tacite reconduction	Plate forme dept 78
GCSMS BIEN VIEILLIR	PREFECTURE 94	23/11/2021	SANS		Inclusion et l'insertion des jeunes
COMPLEA SOINS INFIRMIERS	VIVR 'AG	12/12/2023 01/01/2025	1 an	Tacite reconduction	Partenariat CRT

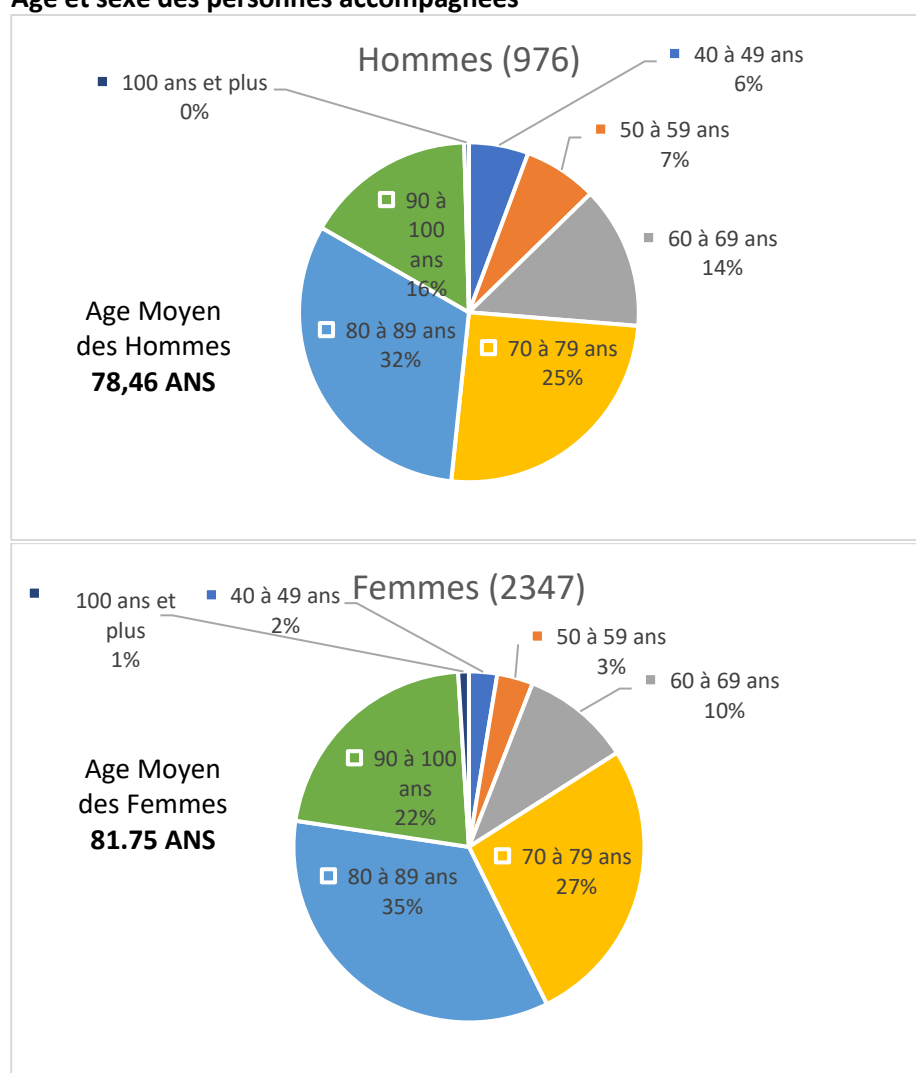
3. Public Accompagné

Le groupement intervient auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes en situation de handicap, et des aidants familiaux nécessitant un accompagnement spécifique.

3.1 public accompagné pour des prestations d'aide et/ou de soin

En 2024, le groupement a accompagné 3323 personnes pour de l'aide et/ou du soin.

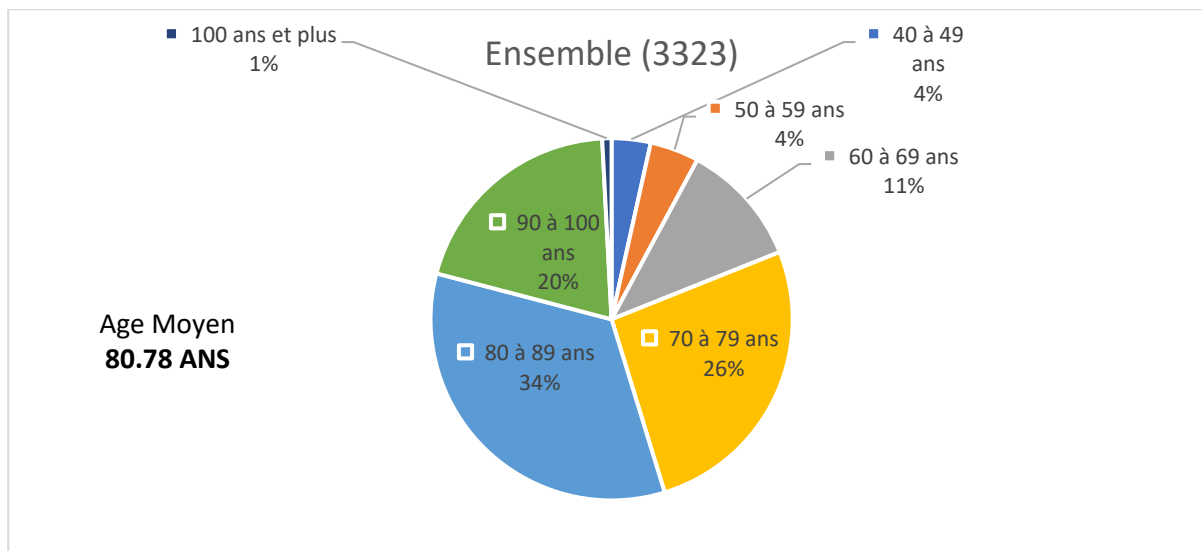
Age et sexe des personnes accompagnées



Les hommes représentent 29,37 % des usagers recevant des prestations d'aide ou de soin. 13% des hommes ont moins de 60 ans et sont des personnes en situation de handicap.

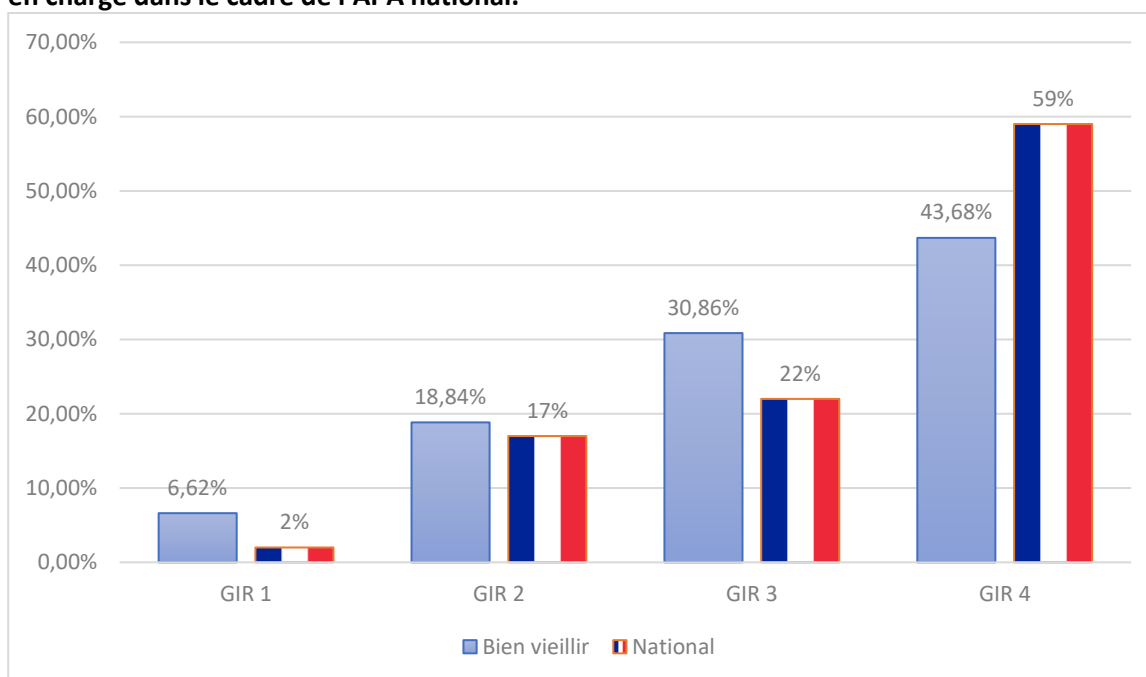


Les femmes représentent 70,63 % des usagers recevant des prestations d'aide ou de soin. 13% des hommes ont moins de 60 ans et sont des personnes en situation de handicap.

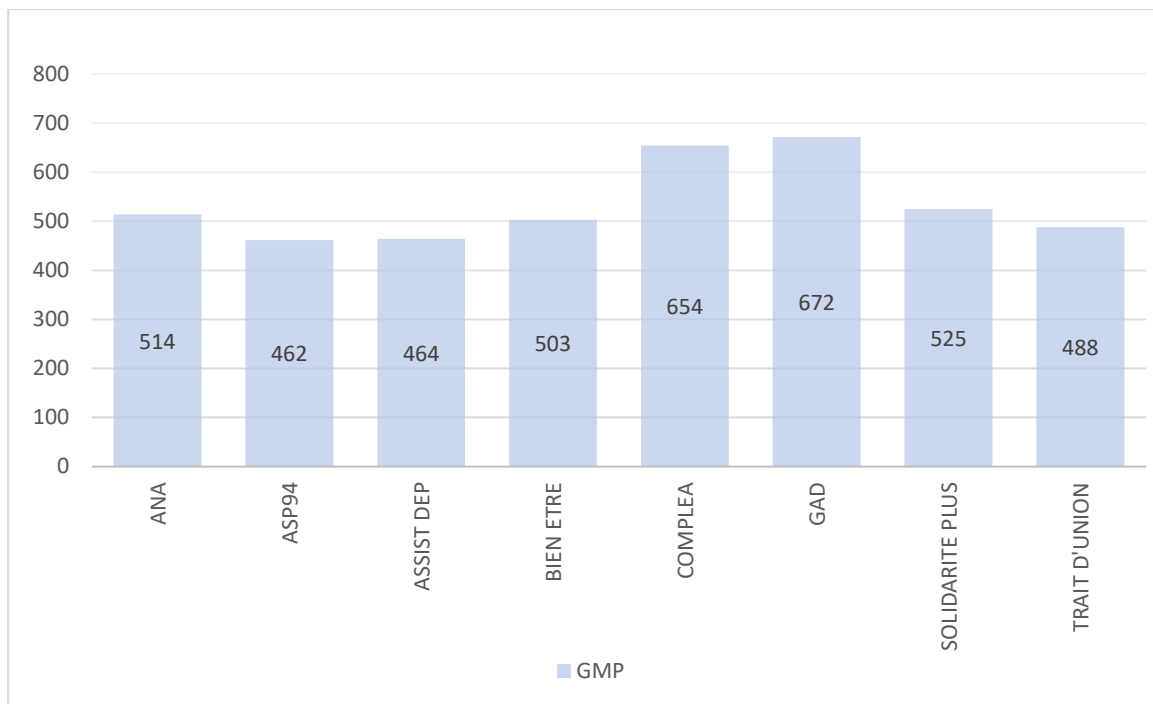


C'est l'âge moyen des personnes âgées de 60 ans et plus (exclusion des personnes en situation de handicap)

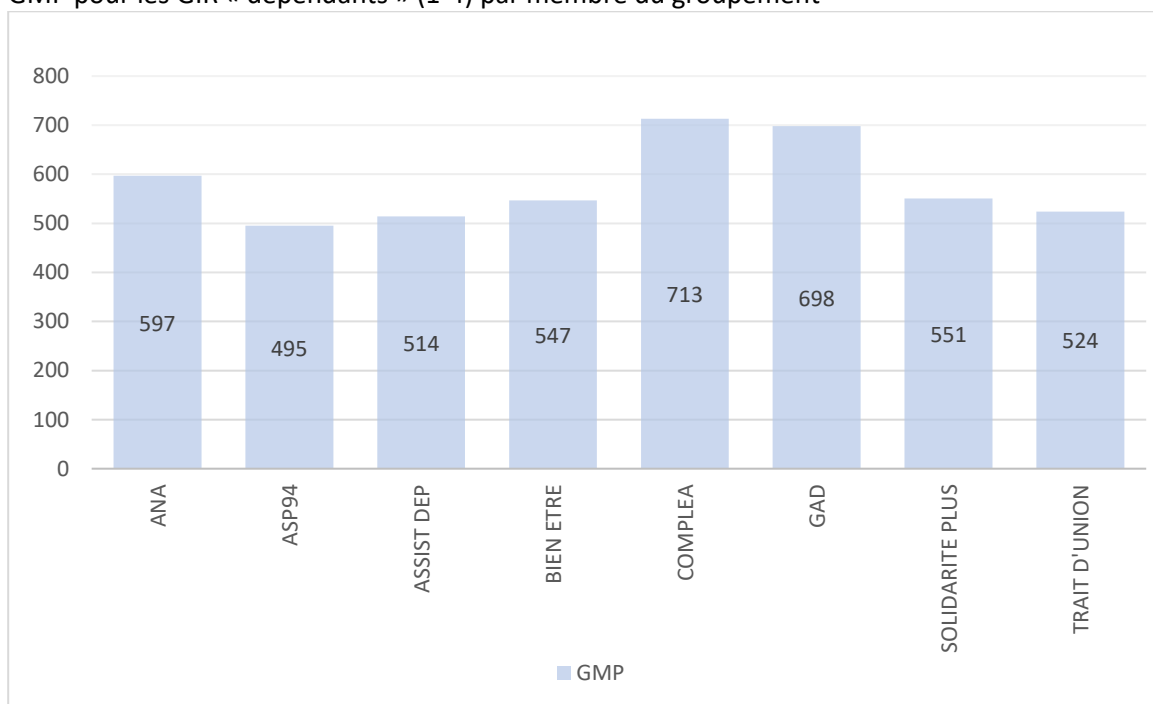
Un public globalement plus en perte d'autonomie que la moyenne nationale des personnes prises en charge dans le cadre de l'APA national.



GMP pour tous GIR (1-6) par membre du groupement



GMP pour les GIR « dépendants » (1-4) par membre du groupement



Un public polypathologique

Les données médicales sur le public accueilli en ESMS ne sont pas toujours connues notamment par les SAD Aide. Toutefois, en nous basant sur les SAD mixtes qui possèdent ces données et sur les pathologies spontanément communiquées par les usagers des SAD Aide, nous constatons que nos services interviennent chez des personnes polypathologiques dans plus de 70% des cas avec une moyenne de 5,4 pathologies chroniques par usager.

Parmi les affections les plus souvent retrouvées on trouve :

Hypertension artérielle :

Près de 60 à 70 % des usagers de nos services présentent une hypertension. Cette prévalence est souvent plus élevée en cas de multimorbidité.

Hyperlipidémie/hypercholestérolémie :

39% des personnes accompagnées reçoivent un traitement pour des anomalies lipidiques

Maladies coronaires et troubles du rythme :

Ces maladies sont présentes chez 12% des personnes

Accidents vasculaires cérébraux en phase chronique :

Ils sont présents chez 7% des personnes accompagnées

Diabète :

Environ 21 % de nos usagers ont un diabète de type 2.

Démences (y compris la maladie d'Alzheimer) :

15 % des personnes ont une forme de démence diagnostiquée, ce pourcentage augmente avec l'âge de nos usagers. Les troubles cognitifs et mnésiques non diagnostiqués sont estimés par nos évaluations à 27% des personnes suivies.

Dépression :

Selon les estimations relevées lors de nos évaluation multidimensionnelles, 38% des usagers font état d'un mal être, et plus de la moitié (23%) reçoivent des anxiolytiques ou des hypnotiques

Ostéoporose :

Cette pathologie touche environ 30 à 40 % des femmes accompagnées et entre 10 et 20% pour les hommes.

Arthrose :

L'arthrose est présente chez environ 50 à 60 % de nos usagers et contribue significativement aux limitations fonctionnelles

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) :

Sa prévalence est estimée à environ 10 à 15 %.

Autres :

Cancers, comitialité, troubles de la vision, de l'audition, dénutrition (quasi constante chez les personnes en fin de vie), pathologies de l'épaule, ...

Une polymédication élevée

La polymédication est fréquente chez le public accompagné par nos services. D'après une étude menée auprès de nos services en 2022, 59% des personnes interrogées indiquent consommer plusieurs fois par jour des médicaments, et 36% au moins une fois par jour. En moyenne 6 médicaments de classe différentes sont consommés quotidiennement. Cette polymédication augmente non seulement les risques iatrogéniques, mais également génère des risques de chute plus important.

Une part importante de personnes accompagnées à faibles ressources

En nous basant sur les taux de participation des usagers au plan d'aide APA, le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale, de la PCH, nous pouvons déduire des indications sur les revenus des usagers de nos services.

Des problématiques sociales et d'accès aux droits et aux soins fréquentes

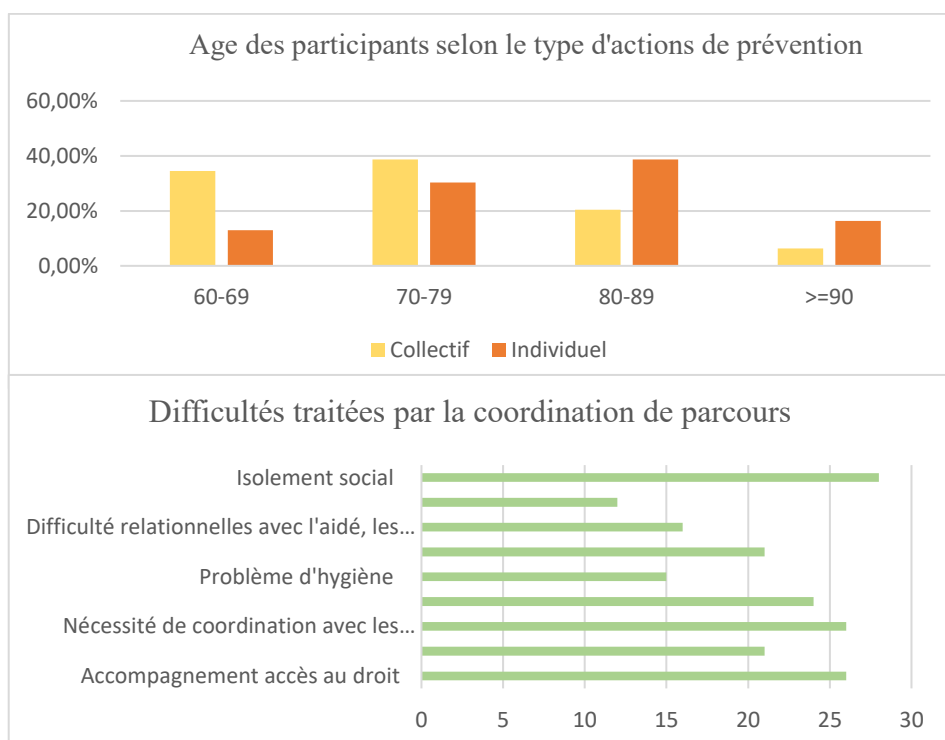
De nombreuses problématiques sociales et d'accès au droit sont relevées par nos « Gestionnaires de Parcours ». L'équipe de gestion de parcours qui comprend 3 travailleurs sociaux et un infirmier, accompagne près de 200 situations annuelles sur différentes problématiques impactant sévèrement le parcours de vie des personnes accompagnées.

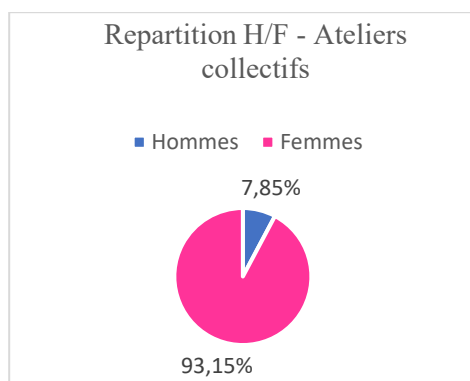
3.2 public accompagné pour des actions de prévention

Les actions de prévention proposées par le groupement, varient d'un département à l'autre puisqu'elles sont soumises à approbation par les « conférences des financeurs de la perte d'autonomie » de chaque département. Ces actions sont à l'ensemble des personnes âgées du département concerné, au-delà des usagers pris en charge au sein de nos structures.

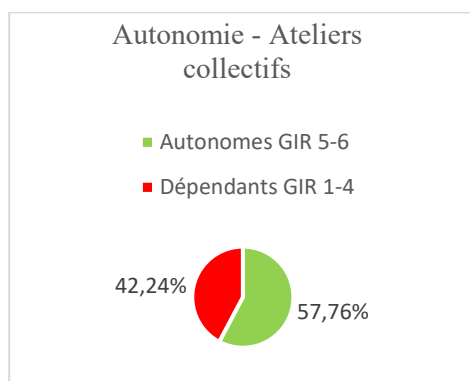
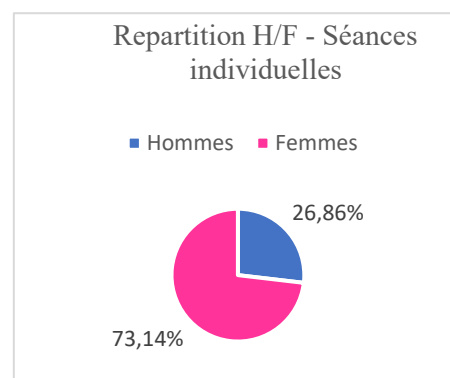
Il y a deux types distincts de public relevant de ces actions :

- D'une part les personnes participant à des ateliers collectifs, qui sont plutôt entre 60 et 80 ans et volontaires pour entretenir leur mémoire, leurs capacités physiques, leur équilibre. Cette prévention est de niveau primaire ou secondaire.
- D'autre part les personnes relevant de séances individuelles délivrées à domicile qui sont plus âgées, mais surtout déjà en perte d'autonomie et dont la prévention vise à lutter contre les conséquences de cette perte d'autonomie ; Il s'agit d'une prévention principalement secondaire, voire parfois tertiaire.

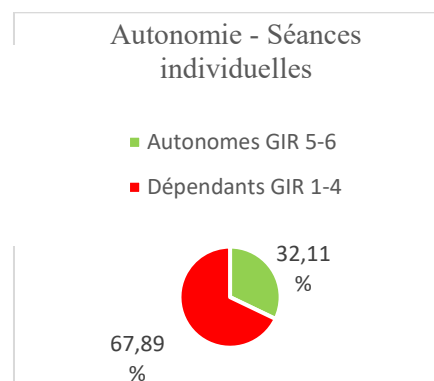




Les hommes sont plus nombreux à fréquenter les actions individuelles bien que sur ce type d'action ils aient avancé en âge



Le public des séances individuelles est au 2/3 en perte d'autonomie



3.3 public accompagné dans ce cadre du centre de ressources territorial

Le volet 2 du centre de ressources territorial, prévoit un accompagnement renforcé d'une trentaine de personnes qui, sans cet accompagnement ne pourraient pas rester vivre à domicile. Il s'agit donc d'un public particulièrement fragile notamment sur les problématiques de santé, et leurs répercussions sur la vie sociale.



GMP moyen : 699
Âge moyen : 81.3 ans

Cette population représente un profil proche de celui des usagers des SAD mixtes, tant en termes de GMP (Gir Moyen Pondéré) ou d'âge moyen.

Toutefois, deux particularités la distinguent :

- Des pathologies chroniques non stabilisées, entraînant des besoins de suivi plus soutenus ;
- Des problématiques sociales et comportementales plus importantes, nécessitant un accompagnement pluridisciplinaire adapté.

3.4. Evolutions constatées ou anticipées des besoins

3.4.1 Vieillesse démographique accélérée

L'Île-de-France, bien que demeurant une région relativement jeune, connaît un vieillissement rapide de sa population. Selon le Projet Régional de Santé (PRS) 2023-2028 de l'ARS Île-de-France, d'ici 2030, 2,3 millions de Franciliens auront plus de 65 ans, représentant 18 % de la population, soit une augmentation de 3 points en 10 ans. De plus, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans devrait doubler d'ici 2040.

3.4.2. Fragilités sociales et territoriales

Malgré un niveau de richesse global élevé, l'Île-de-France présente d'importantes inégalités sociales et territoriales. Environ 1,8 million de Franciliens vivent sous le seuil de pauvreté, avec une concentration notable en Seine-Saint-Denis. Ces inégalités se traduisent par des difficultés d'accès aux soins, une répartition inégale des professionnels de santé et une prévalence accrue de certaines pathologies.

3.4.3. Évolution des besoins médico-sociaux

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation des besoins en matière de soins et d'accompagnement. Les personnes âgées présentent souvent des polypathologies, une perte d'autonomie et nécessitent une prise en charge coordonnée. L'ARS souligne l'importance de renforcer l'offre de soins de santé mentale, d'améliorer la coordination des parcours de santé et de développer des actions de prévention adaptées.

3.4.5. Enjeux pour le GCSMS Bien Vieillir IDF

Face à ces évolutions, le GCSMS Bien Vieillir IDF doit :

Adapter son offre de services pour répondre à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes.

Renforcer la coordination entre les différents acteurs du secteur médico-social et sanitaire.

Développer des actions de prévention ciblées pour anticiper la perte d'autonomie.

Mettre en place des dispositifs innovants pour améliorer l'accès aux soins et la qualité de vie des personnes âgées.

3.5. Dynamique de parcours des personnes accompagnées

Le GCSMS Bien Vieillir IDF inscrit son action dans une approche globale et dynamique du parcours de vie des personnes accompagnées. La notion de dynamique de parcours fait référence à l'ensemble des étapes, évolutions, transitions et interactions qui jalonnent l'accompagnement d'une personne âgée ou en situation de handicap. Elle repose sur la reconnaissance que le parcours n'est jamais figé, mais s'inscrit dans le temps, avec des besoins qui évoluent, des situations qui changent, et des environnements multiples (domicile, hôpital, établissement, aidants...).

Concrètement, cette dynamique se traduit par :

- **Une évaluation multidimensionnelle initiale**, permettant de poser les fondements du projet personnalisé d'accompagnement (PPA), intégrant les dimensions sociales, médicales, psychologiques et environnementales ;
- **Une co-construction du parcours**, en lien avec la personne accompagnée, son entourage, les professionnels et partenaires intervenants ;
- **Un suivi évolutif du PPA**, avec une capacité à réajuster les objectifs, les prestations et les intervenants selon les transformations de la situation de la personne ;

- **Une gestion coordonnée des transitions**, notamment lors des hospitalisations, retours à domicile, changements de service ou d'environnement, afin de prévenir les ruptures de parcours ;
- **L'activation de ressources adaptées**, internes et externes, pour assurer la fluidité, la continuité et la qualité de l'accompagnement.

Cette dynamique est soutenue par la cellule de gestion de parcours du GCSMS, les outils numériques partagés (notamment OBY), et les partenariats établis avec les DAC, les professionnels de santé, les CCAS, les SSIAD, ou encore les établissements médico-sociaux du territoire.

Ainsi, la dynamique de parcours incarne l'engagement du GCSMS Bien Vieillir IDF à garantir à chaque personne un accompagnement ajusté, fluide, sécurisé, respectueux de ses choix et de son projet de vie.

4. Valeurs, principes éthiques, droits fondamentaux, et références

Ce projet est une traduction concrète des valeurs et objectifs portés par le GCSMS. Il vise à apporter une réponse individualisée et adaptée aux besoins des personnes accompagnées, tout en :

- Respectant les valeurs fondatrices du groupement, mentionnées au chapitre 2,
- Intégrant les cadres institutionnels législatifs et réglementaires, garantissant ainsi une conformité totale aux attentes des autorités de tutelle.
- Mobilisant l'ensemble des parties prenantes, incluant les membres du personnel, les usagers, les familles, et les partenaires locaux.

L'élaboration de ce projet a été réalisée dans une dynamique participative et inclusive sur une période de neuf mois, avec des groupes de travail thématiques et des consultations auprès des différents acteurs. Il constitue une feuille de route structurante qui conjugue les dimensions politiques, techniques et opérationnelles pour répondre aux défis actuels et futurs de l'accompagnement des publics fragiles sur notre territoire.

Le GCSMS "Bien Vieillir IDF" fonde son action sur un ensemble de principes éthiques et professionnels qui guident l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap. Ces principes constituent le socle commun à tous les membres du groupement et se déclinent dans chaque action, relation, et modalité d'organisation au quotidien.

4.1. La bientraitance comme culture professionnelle

La bientraitance est au cœur du projet de service et s'inscrit dans une stratégie collective et continue de prévention de la maltraitance. Elle ne se résume pas à l'absence de maltraitance mais s'incarne dans une posture active, attentive, bienveillante et respectueuse vis-à-vis des personnes accompagnées. Elle repose notamment sur :

- La mise en œuvre de **visites qualité à domicile** ;
- Le déploiement d'un **outil d'auto-évaluation du ressenti**, intégré dans le livret d'accueil ;
- Une **écoute active** des familles et aidants comme vecteurs de signalement et d'amélioration ;

- La **formation continue** des professionnels à la prévention de la maltraitance et à l'usage des outils de la loi 2002-2 ;
- L'inscription transversale de la bientraitance dans les procédures, outils numériques (OBY), et les pratiques collectives.

4.2. L'autodétermination au cœur du projet personnalisé

Le respect de l'autodétermination implique de considérer la personne comme **acteur de son accompagnement**. Cela se traduit dans l'ensemble des pratiques du groupement par :

- La **co-construction du projet personnalisé (PPA/PPCS)**,
- La possibilité pour la personne d'identifier ses préférences, de formuler ses attentes, de faire valoir ses choix,
- La prise en compte de la parole des aidants, en accord avec la personne accompagnée,
- L'invitation systématique à désigner une **personne de confiance**,
- Le recours à des outils numériques permettant l'expression de la personne (projet personnalisé interactif, interface usager/aidant en développement).

Cette reconnaissance de la capacité à décider, même partiellement, soutient la dignité, la confiance et l'adhésion à l'accompagnement proposé.

4.3. Une approche inclusive et citoyenne

Le projet de service reconnaît chaque usager comme un **citoyen à part entière**, doté de droits, de devoirs, de libertés, et porteur d'un projet de vie propre. Le GCSMS met en œuvre des dispositifs permettant l'exercice effectif de cette citoyenneté dans le cadre de l'accompagnement :

- **Information claire** sur les droits et modalités de recours,
- Participation aux **enquêtes de satisfaction**, aux **groupes de parole**, aux **visites qualité**,
- Valorisation de l'expression individuelle et collective (consultations, médiation, démarches participatives),
- Développement d'outils d'inclusion numérique et d'interaction sociale,
- Lien avec les **institutions représentatives**, les associations d'usagers et les réseaux locaux.

4.4 : La prise en compte des droits et libertés des personnes

Le respect des droits fondamentaux des personnes accompagnées constitue une exigence légale, éthique et professionnelle portée collectivement par l'ensemble des membres du GCSMS Bien Vieillir IDF. Il s'inscrit dans la continuité des principes affirmés par la **loi du 2 janvier 2002**, les **articles L.311-3 et L.311-4 du CASF**, ainsi que les **recommandations de la Haute Autorité de Santé**.

Le présent projet de service a été révisé en 2025 afin d'intégrer l'évolution des droits des personnes, leur effectivité dans les pratiques, et les dernières recommandations de la HAS. Cette révision est articulée avec le livret d'accueil, réactualisé simultanément, pour garantir une cohérence documentaire et juridique.

4.4.1. Garantir la dignité, l'intimité et l'intégrité

Chaque professionnel agit dans le respect de la vie privée, de la dignité, de l'intégrité physique et morale des personnes accompagnées. À ce titre, le groupement veille à :

Favoriser les interventions adaptées aux rythmes, habitudes et choix de la personne ;

Organiser des visites qualité à domicile permettant de recueillir des retours directs sur les conditions de l'accompagnement ;

Intégrer dans le projet personnalisé les attentes, limites et préférences exprimées.

4.4.2. Informer et faire valoir les droits

Les droits sont portés à la connaissance de chaque usager dès l'entrée dans le service via :

Le livret d'accueil contenant la charte des droits et libertés ;

L'explication orale de ces droits, et la proposition de désignation d'une personne de confiance,

Le document individuel de prise en charge (DIPC) qui formalise les modalités d'accompagnement.

Les usagers sont également informés de l'existence de voies de recours, des personnes qualifiées, et des dispositifs d'accompagnement en cas de difficultés.

4.4.3. Prévenir les atteintes aux droits

Le GCSMS met en place des outils de veille pour détecter d'éventuelles atteintes aux droits :

Un outil d'automesure de satisfaction et de ressenti remis à chaque usager,

Le recueil des plaintes, réclamations et événements indésirables, avec analyse par le référent qualité,

L'usage des enquêtes de satisfaction (Aviseniors, OYES, enquêtes internes) et des retours réguliers du terrain,

Une procédure de signalement interne, intégrée aux outils numériques.

4.4.4. Favoriser l'expression et la participation et l'autodétermination

Le respect des droits passe également par la reconnaissance de la capacité d'agir des personnes :

Participation à la co-construction du projet personnalisé (PPA/PPCS) ;

Possibilité d'amender ou réévaluer les objectifs du projet à tout moment ;

Organisation de groupes de parole, d'enquêtes régulières, et de consultations collectives sur les évolutions des services ;

Prévision d'un canal numérique sécurisé entre les familles et les services via la solution OBY.

4.4.5. Encadrer la confidentialité et la protection des données

Les données à caractère personnel sont protégées conformément au RGPD :

Désignation d'un délégué à la protection des données (DPO) ;

Mise à disposition d'un registre des traitements ;

Sensibilisation et formation des professionnels à la confidentialité,

Sécurisation des données dans la solution numérique OBY (serveur agréé HDS, habilitations par carte CPS...).

Notre GCSMS ne se contente pas d'un respect formel des droits, mais les considère comme un levier de qualité, de bientraitance et d'inclusion citoyenne. L'ensemble de l'organisation et des pratiques professionnelles vise à permettre à chaque personne accompagnée de vivre dans le respect de ses choix, de sa dignité et de ses droits.

4.5 : Prise en compte des RBPP

Le GCSMS Bien Vieillir IDF inscrit sa démarche qualité et son action quotidienne dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) publiées par la HAS (ex-ANESM), en cohérence avec les obligations définies par le CASF (articles L.312-8 et suivants).

Ces recommandations constituent un socle méthodologique partagé, garantissant des accompagnements respectueux des droits, ajustés aux besoins, et conformes à l'état des connaissances.

4.5.1. Bientraitance et prévention de la maltraitance

La RBPP « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » (HAS, 2008) est intégrée dans :

- La culture organisationnelle du groupement ;
- Le plan de formation (formations spécifiques sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance) ;
- Les visites qualité à domicile ;
- Les outils d'expression et de mesure du ressenti (auto-évaluation du bien-être des usagers),
- Le suivi des réclamations et des signaux faibles via les outils numériques (OBY).

Cette approche est renforcée par la RBPP « Mission du responsable d'établissement dans la prévention de la maltraitance » (2008) qui sert de cadre pour les référents « bientraitance » désignés dans chaque entité.

L'engagement du groupement dans la prévention de la maltraitance se traduit notamment par la généralisation du Document Individuel de Prise en Charge (DIPC), dans lequel sont systématiquement renseignés : les coordonnées du référent bientraitance, les voies de signalement (dont la personne qualifiée et le numéro national 3977), les modalités d'alerte internes, ainsi que les mentions obligatoires sur le médiateur à la consommation.

Ces éléments sont également repris dans le livret d'accueil et sont portés à la connaissance de chaque personne accompagnée lors de l'admission. La conformité de ces documents est suivie dans le cadre du dispositif qualité du groupement.

4.5.2. Souffrance psychique des personnes âgées

La recommandation « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée » (HAS, 2014) est prise en compte dans :

- L'évaluation initiale de la personne (signes d'isolement, d'anxiété, de troubles cognitifs) ;
- La coordination avec les psychologues et les équipes de gestion de parcours ;
- L'organisation d'**ateliers aidants-aidés** ou de groupes de parole ;
- Le recours à des **échelles d'évaluation du mal-être** (ex : Zarit pour les aidants, indicateurs cliniques pour les personnes âgées).

4.5.3. Protection juridique et accompagnement des majeurs vulnérables

La recommandation « Accompagner la personne nécessitant une mesure de protection juridique » (HAS, 2021) est prise en compte dans :

- L'identification précoce des situations de vulnérabilité juridique ou sociale,
- La proposition d'orientation vers des dispositifs de protection juridique (curatelle, tutelle),
- La sensibilisation des professionnels aux droits spécifiques des majeurs protégés,

- Le respect du rôle de la personne de confiance ou du représentant légal dans l'élaboration du projet personnalisé.

4.5.4. Vieillesse des personnes en situation de handicap

La recommandation « Adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes » (HAS, 2015) est mobilisée pour :

- Adapter les projets personnalisés à l'évolution des capacités fonctionnelles ;
- Intégrer des actions de prévention du vieillissement prématuré ;
- Mettre en place des réponses graduées (passerelles, appui CRT, articulation SAD/SAD mixte) ;
- Former les professionnels aux problématiques spécifiques du vieillissement des personnes en situation de handicap.

4.5.5. Soutien aux aidants

Le GCSMS met également en œuvre la RBPP « Le soutien aux aidants non professionnels » (HAS, 2015) à travers :

- L'intégration de l'aidant dans le projet personnalisé (recueil des besoins, rôle dans l'accompagnement),
- La mise en place de groupes de parole et d'ateliers aidants-aidés ;
- Le repérage du risque d'épuisement grâce aux entretiens de coordination de parcours ;
- L'accès à des solutions de relai et de répit via les partenariats territoriaux.

4.5.6. Prévention de la perte d'autonomie

Enfin, plusieurs RBPP sont mobilisées pour la prévention, notamment :

- « Repérage des risques de perte d'autonomie » (HAS, 2016) ;
- « Services d'aide et de soins à domicile : accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénérative » (HAS, 2020) ;
- « Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile » (HAS, 2017).

Ces recommandations alimentent les modules de formation, les outils de suivi (PPA, OBY, IA), les évaluations multidimensionnelles, et les réponses de terrain.

Conclusion : L'ensemble des RBPP est intégré au projet de service via :

- Un **document plastifié** présent dans chaque agence, listant les RBPP applicables (avec QR codes) ;
- Leur intégration dans la **solution OBY**, avec IA générative pour contextualiser les recommandations ;
- Une veille continue par le service qualité et les référents dédiés.

4.6 : Prise en compte des différents schémas

4.6.1. Orientations et priorités du Projet Régional de Santé 2023-2028 - Île-de-France en matière d'autonomie et de santé PA-PH

Objectifs généraux :

Le Projet Régional de Santé (PRS) 2023-2028 de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France constitue la feuille de route stratégique et opérationnelle du système de santé régional. Il vise à :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- Renforcer le pouvoir d'agir des citoyens sur leur propre santé ;
- Territorialiser les interventions pour s'adapter aux besoins spécifiques de chaque territoire ;
- Anticiper et répondre aux défis sanitaires majeurs, notamment la santé mentale et la périnatalité.

Orientations prise en compte dans le projet de service :

Axes/orientation du schéma	Réponses du projet de service
Développement des outils de coordination	Développement de OBY outils de suivi pluriprofessionnel de coordination
Développement des services d'autonomie à domicile	Transformation de 2 SAAD et 2 SSIAD en service en 2 services autonomie mixtes et mise en conformité des autres SAD aide avec le cahier national des charges
Augmentation du nombre de professionnels en structures d'exercice coordonné.	Création du CRT, développement d'OBY
Renforcement des dispositifs de cybersécurité et de surveillance épidémiologique	Mise en conformité des logiciels avec le Ségur du numérique ; des tests d'intrusion seront réalisés pendant la période couverte par le projet de service
Intégration des enjeux climatiques dans l'organisation des soins	Groupe de travail RSE au sein du projet de service
Planification des capacités de réponse en cas de crise sanitaire.	Actualisation du plan bleu et suivi. Instauration de 2 périodes de test de son activation pendant la période du projet de service
Construire une culture de prévention	Développement de l'outil OBY qui procède à un repérage des fragilités à partir d'outils validés ; Développement et poursuite des actions de prévention

4.6.2. Orientations et priorités du schéma senior 2022-2026 – de la ville de Paris

Objectifs généraux :

La Ville de Paris s'engage à garantir un cadre de vie adapté au vieillissement, favorisant l'autonomie, la participation sociale et la protection des séniors. Ce schéma repose sur une approche transversale impliquant les citoyens, les professionnels et les institutions pour mieux répondre aux défis du vieillissement urbain.

Orientations prise en compte dans le projet de service :

Axes/orientation du schéma	Réponses du projet de service
Renforcer la prévention en matière de santé physique et mentale (activités sportives, nutrition, lutte contre la dépression).	Projet de réponse à des actions de prévention dans le cadre de la conférence des financeurs à Paris.
Accompagner les fragilités et protéger les séniors vulnérables	Utilisation de OBY pour repérer les fragilités, Orientation du public fragile vers des activités de prévention existantes.

Lutter contre l'isolement des personnes âgées	Mise en œuvre des temps de lien sociaux prévus par la loi, lorsqu'ils seront effectivement déployés.
Assurer un accompagnement bienveillant et respectueux des seniors, à domicile comme en établissement	Plan de formation, notamment sur les sujets de bientraitance et le lutte contre la maltraitance, la méthode Almage de PEC des troubles ND.
Simplifier l'accès aux droits et lutter contre le non-recours	Poursuite de la coordination de parcours. Sur paris la structure intervenante ne faisant pas l'objet d'un CPOM la coordination de parcours reste limitée aux situations de grande fragilité. Son développement dépendra de la signature d'un CPOM.

4.6.3. Orientations et priorités du schéma départemental de l'autonomie 2024-2028 – du département des Yvelines

Objectifs généraux :

Le Département des Yvelines s'engage à répondre au défi du vieillissement démographique et de l'inclusion des personnes en situation de handicap en développant un écosystème global de l'autonomie (développement d'une agence interdépartementale de l'autonomie avec le département des hauts de seine). Le schéma repose sur une approche innovante et intégrée, visant à améliorer la lisibilité, la coordination et la qualité des services offerts aux habitants.

Orientations prise en compte dans le projet de service :

Axes/orientation du schéma	Réponses du projet de service
Renforcer la prévention de la perte d'autonomie et le repérage des fragilités.	Utilisation de OBY pour repérer les fragilités, Orientation du public fragile vers des activités de prévention existantes, y compris celles développées dans le cadre de la conférence des financeurs par le groupement et le programme "Ville Amie des Aînés".
Fluidifier les parcours en facilitant la coordination entre domicile, structures d'accueil et services de soins	Utilisation de OBY pour fluidifier le parcours avec les différents acteurs. Recours à l'agence Autonomy dans le cadre du programme « Mon conseiller autonomie ».
Encourager la professionnalisation et la montée en compétence des travailleurs du médico-social	Poursuite du plan de formation, recours aux actions de montée en compétence organisées par l'agence Autonomy.
Simplifier l'accès aux droits et aux services (guichet unique via l'Agence Autonomy, numéro Allô Autonomie).	Orientation et accompagnement des usagers vers le guichet unique mis en place par l'agence Autonomy.

4.6.4. Orientations et priorités du schéma départemental des solidarités 2024-2028 – du département des hauts de Seine

Objectifs généraux :

Le Département des Hauts-de-Seine met en place une stratégie globale pour renforcer la cohérence et l'efficacité des politiques sociales et médico-sociales, couvrant tous les âges de la vie et répondant aux enjeux démographiques et socio-économiques. Ce schéma vise à améliorer l'inclusion sociale, l'accès

aux droits, l'offre de services médico-sociaux et l'attractivité des métiers du secteur. Ce département à développer une agence interdépartementale de l'autonomie en partenariat avec le département des Yvelines.

Orientations prise en compte dans le projet de service :

Axes/orientation du schéma	Prise en compte dans le projet de service
Améliorer l'accueil et l'orientation des usagers via les Services des Solidarités Territoriales (SST) et les Pôles sociaux.	Orientation des usagers le nécessitant vers le service des solidarités territoriales.
Accompagner la réforme des Services Autonomie à Domicile (SAD) et améliorer les alternatives à l'hébergement institutionnel.	Respect du cahier des charges des services autonomie à domicile, poursuite du dialogue de gestion dans le cadre des CPOM.
Mieux coordonner les acteurs sociaux, médico-sociaux et économiques pour améliorer la réponse aux besoins des habitants.	Participation aux instances de coordination mise en place sur le territoire
Expérimenter des approches innovantes pour fluidifier les parcours d'accompagnement.	Poursuite et développement de la coordination de parcours.
Favoriser la formation et la montée en compétence des travailleurs sociaux et des soignants.	Stabiliser le plan de formation, extension de la méthode Almage (ou équivalent) d'accompagnement des personnes souffrant de troubles neuro-cognitifs.
Améliorer les conditions de travail dans le médico-social, notamment via des actions de qualité de vie au travail (QVT) et le soutien à l'innovation managériale.	Faire intégrer si possible au prochain CPOM ou au CPOM actuel ce qui a été mis en place sur le 93 (ticket restaurant et assistante sociale du personnel).
Renforcer les dispositifs de recrutement et de fidélisation des professionnels du secteur, notamment via l'Agence interdépartementale Autonomie.	Poursuite de notre participation aux actions déployées par l'agence Autonomy.

4.6.5. Orientations et priorités du schéma départemental de l'autonomie et de l'inclusion 2019-2024 – du département de la Seine Saint Denis

Objectifs généraux :

Le département de la Seine-Saint-Denis s'engage à développer un territoire 100% inclusif et solidaire pour les personnes âgées et en situation de handicap :

- Accompagner sans rupture et soutenir les proches aidants :
- Assurer le libre choix du lieu de vie grâce à un habitat adapté et inclusif :
- Une offre médico-sociale adaptée et renforcée :

Orientations prise en compte dans le projet de service :

Axes/orientation du schéma	Prise en compte dans le projet de service
Faciliter l'accès à l'information et aux services.	Orientation des usagers le nécessitant vers le service des solidarités territoriales. Coordination de parcours développée dans le CPOM.

Mettre en place des dispositifs spécifiques pour soutenir les proches aidants.	Coordination de parcours, psychologue au sein du groupement.
Favoriser l'accompagnement des professionnels du secteur par la formation et l'innovation.	Stabiliser le plan de formation, extension de la méthode Almage (ou équivalent) d'accompagnement des personnes souffrant de troubles neuro-cognitifs.
Développer des solutions d'hébergement et d'accompagnement adaptées aux besoins spécifiques du territoire.	Poursuite et développement de la coordination de parcours, développement de conventions avec les acteurs du territoire
Renforcer la coordination entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.	Développement de convention avec les communes et les autres ESMS, participation aux DAC.
Améliorer les conditions de travail dans le médico-social, notamment via des actions de qualité de vie au travail (QVT) et le soutien à l'innovation managériale.	Poursuite et amplification des actions du CPOM (maison de l'aide à domicile, permanence assistante sociale du personnel, tickets restaurants).
	Participation aux travaux du prochain schéma.

4.6.6. Orientations et priorités du schéma départemental pour l'autonomie 2020-2025 – du département du Val de Marne

Objectifs généraux :

Le Département du Val-de-Marne s'engage à favoriser l'autonomie et l'inclusion des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, tout en soutenant leurs aidants. Ce schéma repose sur une approche participative et vise à renforcer les dispositifs d'accompagnement, à améliorer l'accessibilité et à promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale.

Orientations prise en compte dans le projet de service :

Axes/orientation du schéma	Prise en compte dans le projet de service
Structurer et améliorer la lisibilité de l'offre d'aide à domicile.	CPOM porté par le groupement, rencontres bi-annuelles avec le département, membre titulaire du CDCA en qualité de représentant des ESMS.
Renforcer l'offre de répit pour les aidants et diversifier les solutions alternatives entre domicile et établissement.	Convention avec 2 EHPADs partenaires du CRT, mise à disposition de lit d'urgence ou d'hébergement temporaire. Ateliers de prévention aidants-aidés.
Favoriser l'insertion socioprofessionnelle via des parcours d'apprentissage et des stages en entreprise.	Poursuite de l'accueil d'apprentis et de stagiaires
o Accompagner le vieillissement des personnes handicapées et les sorties d'hospitalisation pour éviter les ruptures de parcours.	Poursuite et développement de la coordination de parcours, développement du CRT, SSIAD de nuit.
Renforcer la coordination entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.	CRT, Transformation en SAD mixtes.
Renforcer la participation des usagers via des conseils citoyens et des instances de concertation.	Mise en place de consultation des usagers.

Améliorer l'attractivité des métiers du médico-social et structurer un parcours d'accès à l'emploi pour les personnes en situation de handicap.	Participation aux actions d'attractivité des métiers organisées par le département, l'ARS, France Travail. Poursuite de l'accueil de l'apprentissage
Encourager l'innovation numérique et sociale dans l'accompagnement médico-social.	Poursuite du développement de la solution numérique OBY. Poursuite de la conformité au Ségur du numérique de nos solutions.

4.6.7. Conclusion sur la prise en compte des différents schémas et plans :

En tant que groupement d'établissements et services médico-sociaux Bien vieillir IDF à :

- Pris en compte les différents schémas départementaux des territoires sur lesquels il intervient ;
- Pris en compte de plan régional de santé de l'ARS ;
- Rencontrer les institutionnels dans le cadre de l'élaboration du projet de service ;
- Apporté une réponse à son niveau aux orientations de ces différents schémas.

4.7. La traduction du projet de service dans les CPOM

Le projet de service tient compte des objectifs et actions prévus dans les différents CPOM.

Le tableau ci-après résume les différents CPOM signés avec les départements, et les chapitres 3.3-1 à 3.3-4 détaillent les modalités et engagement CPOM repris dans le projet de service.

Département	Période	Structures incluses
94 Val de Marne	2023-2027	Aider nos Aînés Assistance Dépendance Complea ASP 94 OMEGA (devient absorbé / SAD mixte) GAD (devient absorbant SAD mixte) Solidarité plus
93 Seine Saint Denis	2024-2028	Assistance Dépendance Complea
92 Hauts de seine	2023-2027 2024-2028	Assistance Dépendance Complea Bien être
78 Yvelines	2023-2027 2025 - 2029	Homy Trait d'union (attente de validation)

4.7.1 CPOM 2023-2027 avec le conseil départemental du Val de Marne

Contexte et objectifs

Le GCSMS Bien Vieillir IDF et le Département du Val-de-Marne signent ce CPOM dans le cadre du virage domiciliaire, visant à renforcer l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap à domicile. Ce contrat s'inscrit dans la réforme du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAD) et dans une démarche de modernisation des politiques publiques territoriales.

L'accord établit des engagements réciproques entre le Département et l'organisme gestionnaire pour :

- Le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie et une meilleure accessibilité aux services ;
- L'amélioration de la qualité des services via des actions de formation et une optimisation des moyens ;
- Une visibilité pluriannuelle du financement des SAD afin d'assurer leur pérennité et leur développement ;
- Le renforcement des coopérations territoriales entre services d'aide et d'accompagnement à domicile et autres acteurs médico-sociaux ;
- Périmètre et services concernés.

Le contrat couvre les SAD prestataires gérés par le GCSMS Bien Vieillir IDF, incluant :

SAD autorisés et tarifés : OMEGA, ASP 94 ;

SAD autorisés non tarifés : SOLIDARITÉ PLUS, GARDE À DOMICILE, ASSISTANCE DÉPENDANCE – COMPLÉA et AIDER NOS AÎNÉS.

Ces services interviennent sur l'ensemble du territoire du Val-de-Marne, assurant notamment :

- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ;
- La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ;
- L'aide sociale départementale (pour les services habilités).

Engagements dans le cadre du CPOM

Missions d'intérêt général

- Prise en charge des publics les plus dépendants avec des formations adaptées pour les professionnels et une continuité des services (astreintes, gestion des urgences).
- Accès aux services pour les publics précaires en limitant le reste à charge des bénéficiaires.
- Accompagnement des personnes en situation de handicap en lien avec les équipes médico-sociales.
- Développement des coopérations territoriales avec les établissements médico-sociaux et les réseaux de soins.
- Insertion professionnelle des personnes éloignées de l'emploi, notamment des bénéficiaires du RSA.
- Optimisation budgétaire, avec une gestion maîtrisée des coûts d'encadrement et des mutualisations de moyens.

Conditions du financement

Le Département octroie une dotation complémentaire pour soutenir certaines missions :

- Prise en charge des personnes en grande dépendance.
- Couverture des interventions dimanches et jours fériés.
- Accès aux services pour les bénéficiaires de l'APA avec une participation inférieure ou égale à 20 %.

Impact attendu

Ce CPOM vise à garantir :

- Une meilleure coordination des services à domicile, favorisant le maintien des bénéficiaires chez eux ;
- Un accès équitable aux prestations, avec un reste à charge maîtrisé ;
- Une montée en compétence des professionnels, via des formations adaptées ;
- Un cadre financier stable, favorisant le développement des SAD.

4.7.2. CPOM 2024-2028 avec le conseil départemental de la Seine Saint Denis

Contexte et objectifs

Le GCSMS Bien Vieillir IDF et le Département de la Seine-Saint-Denis signent ce Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2024-2028 pour répondre aux défis du vieillissement et du maintien à domicile des personnes âgées et en situation de handicap. Ce contrat s'inscrit dans la stratégie du Schéma départemental Autonomie et Inclusion 2019-2024, qui vise à structurer et professionnaliser le secteur de l'aide à domicile.

Face à un vieillissement accru de la population (22 % des habitants auront plus de 60 ans en 2050) et à des fragilités socio-économiques spécifiques à la Seine-Saint-Denis, ce CPOM permet de :

- Renforcer l'accompagnement à domicile et améliorer la qualité des services ;
- Améliorer l'attractivité des métiers de l'aide à domicile ;
- Favoriser l'accessibilité financière des services pour les bénéficiaires les plus précaires ;
- Optimiser la gestion des ressources humaines et organisationnelles des services prestataires ;
- Périmètre et services concernés.

Le CPOM s'applique au service Assistance Dépendance - Compléa, géré par le GCSMS Bien Vieillir IDF, qui intervient en Seine-Saint-Denis. Il couvre :

- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ;
- La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ;
- L'aide-ménagère départementale (AM).

Le service est confronté à plusieurs défis, notamment :

- Une forte précarité des bénéficiaires et un accès limité aux soins.
- Une difficulté de recrutement et de fidélisation des professionnels due aux conditions de travail difficiles.
- Une insuffisance des services spécialisés pour les personnes en situation de handicap.
- Un manque de continuité de service en soirée et les week-ends.

Engagements dans le cadre du CPOM

Amélioration de la qualité de service et des conditions de travail

- Mise en place d'équipes autonomes pour une meilleure organisation des interventions.
- Création d'un espace de détente et de services pour les salariés.
- Développement de formations pour améliorer les compétences des professionnels.
- Organisation d'un parcours d'accueil structuré pour les nouveaux employés.

Renforcement de l'accompagnement des publics spécifiques

- Formation du personnel pour mieux prendre en charge les bénéficiaires en situation de handicap ou avec des pathologies spécifiques.
- Amélioration de la coordination des interventions grâce à des équipes de coordinateurs.
- Mise en place d'une couverture horaire étendue avec une permanence d'astreinte.

Accessibilité financière et limitation du reste à charge

- Alignement des tarifs sur le tarif départemental de l'APA et de la PCH pour les bénéficiaires en GIR 1 et 2, ainsi que les GIR 3 et 4 avec une participation inférieure à 20 %.
- Obligation pour le service de fournir des preuves annuelles de respect de cet engagement (contrats usagers, grille tarifaire...).

Moyens et financements

- Dotation complémentaire du Département, ajustée annuellement en fonction des résultats.
- Plafond de financement par action, sans fongibilité entre les actions.
- Versement par acomptes annuels (70 % en début d'année, avec ajustement en fin d'année après évaluation des résultats).

Suivi et évaluation

- Évaluation annuelle avec transmission des données d'activité et des résultats.
- Dialogue partenarial régulier entre le Département et l'organisme gestionnaire.
- Sanctions possibles en cas de non-respect des engagements (suspension ou récupération des financements, voire résiliation du contrat).

Impact attendu

Ce CPOM vise à :

Renforcer l'offre d'aide à domicile en Seine-Saint-Denis.

Assurer une meilleure qualité de vie au travail pour les professionnels.

Améliorer l'accessibilité et la continuité du service pour les bénéficiaires.

Encourager l'innovation dans l'organisation et la gestion des services d'aide à domicile.

4.7.3. CPOM 2023-2027 avec le conseil départemental des hauts de Seine

Contexte et objectifs

Le GCSMS Bien Vieillir IDF et le Département des Hauts-de-Seine signent ce Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2023-2027 pour structurer et renforcer le secteur de l'aide à domicile, dans le cadre du Programme Départemental de l'Autonomie (PDA) 2021-2023.

Le CPOM s'inscrit dans la dynamique du « virage domiciliaire », avec pour ambition de :

- Soutenir le maintien à domicile des personnes âgées et en situation de handicap.
- Structurer l'offre des services d'aide et de soins à domicile (SAD, SSIAD, SPASAD).
- Assurer un accompagnement coordonné et personnalisé pour les bénéficiaires.
- Améliorer les conditions de travail des professionnels.
- Favoriser l'insertion professionnelle des demandeurs d'emploi, notamment les bénéficiaires du RSA.

Le Département prévoit un nouveau mode de financement, via une dotation complémentaire de 3 € par heure d'intervention pour les services engagés dans l'amélioration de la qualité des prestations - réévaluée chaque année selon l'inflation.)

Périmètre et services concernés

Le CPOM couvre le service Assistance Dépendance - Compléa, et la SAS Bien être, qui interviennent sur l'ensemble du département des Hauts-de-Seine (92). Il finance les prestations suivantes :

- Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ;
- Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

L'objectif est de répondre aux besoins croissants des personnes âgées et en situation de handicap, tout en améliorant la qualité des services rendus et en garantissant une équité territoriale d'accès aux prestations.

Objectifs et engagements

Amélioration de l'accompagnement et de la prévention

- Mise en place d'un dispositif de repérage des situations à risque (ex. : isolement, fragilité, précarité).
- Développement des interventions auprès des publics spécifiques (ex. : troubles cognitifs, handicaps lourds).
- Amélioration de la coordination des parcours via des équipes dédiées.

Extension des plages horaires et amélioration des conditions de travail

- Interventions en horaires élargis : soirs, week-ends et jours fériés.
- Indemnisation des déplacements pour mieux couvrir les zones rurales et Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV).
- Valorisation salariale des interventions sur des créneaux atypiques.

Soutien aux proches aidants

- Développement d'un dispositif de répit et de relayage pour les aidants familiaux.
- Mise en place d'espaces d'échange et d'information pour les aidants.

Lutte contre l'isolement des bénéficiaires

- Renforcement du lien social via des accompagnements spécifiques et des actions collectives.
- Déploiement du programme YES+ pour aider les bénéficiaires isolés à maintenir une vie sociale active.

Insertion professionnelle et attractivité du secteur

- Formation et intégration des nouveaux intervenants pour garantir un accompagnement de qualité.
- Favorisation de l'insertion des demandeurs d'emploi via des parcours qualifiants, notamment pour les bénéficiaires du RSA.
- Développement d'un tutorat et de formations spécifiques pour améliorer la montée en compétences des intervenants.

Moyens et financements

Dotation complémentaire annuelle de 3 € par heure d'intervention (APA/PCH) - réévaluée chaque année selon l'inflation.

Plafond de financement défini par action, ajusté chaque année en fonction des résultats obtenus.

Versement des fonds en deux étapes :

70 % en début d'année.

30 % après évaluation annuelle des actions.

Suivi et évaluation

Dialogue de gestion biannuel entre le Département et l'organisme gestionnaire.

Transmission d'un bilan d'étape chaque année avec les données d'activité et les indicateurs de performance.

Justification obligatoire des actions financées, avec pièces comptables et justificatifs.

Impact attendu

Le CPOM 92 vise à :

Renforcer et structurer l'offre d'aide à domicile pour répondre aux enjeux du vieillissement.
Améliorer la coordination des services et la qualité des prestations.
Soutenir les professionnels à travers une meilleure organisation et une valorisation des métiers.
Permettre une accessibilité équitable des services sur tout le département.
Favoriser l'innovation et la modernisation des services d'aide à domicile.

4.7.4. CPOM 2023-2027 avec le conseil départemental des Yvelines

Contexte et objectifs

Le GCSMS Bien Vieillir IDF et le Département des Yvelines signent ce Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2023-2027 pour structurer et renforcer le secteur de l'aide à domicile. Ce contrat s'inscrit dans le Programme Départemental de l'Autonomie (PDA) 2021-2023, qui vise à améliorer la qualité de vie des personnes âgées et en situation de handicap à domicile.

Le CPOM s'appuie sur :

- Le virage domiciliaire, qui vise à répondre aux attentes des bénéficiaires souhaitant vieillir à domicile.
- La structuration des Services Autonomie à Domicile (SAD), en intégrant les SAAD, SSIAD et SPASAD pour une prise en charge globale d'ici 2025.
- Un nouveau modèle de financement, basé sur une dotation complémentaire de 3 € par heure d'intervention, afin d'améliorer les services et le cadre de travail des professionnels - réévaluée chaque année selon l'inflation.

Périmètre et services concernés

Le contrat s'applique au service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) HOMY, qui intervient dans plusieurs communes des Yvelines (78), notamment :

Coignières, Élancourt, Guyancourt, La Verrière, Plaisir, Trappes, Montigny-le-Bretonneux, Rambouillet, etc.

Le CPOM finance les prestations suivantes :

- Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).
- Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

L'objectif est d'améliorer l'offre de services, de favoriser l'accès aux aides, et de mieux coordonner les interventions à domicile.

Objectifs et engagements

Prévention et accompagnement renforcé

- Repérage et orientation des bénéficiaires fragiles vers des solutions adaptées.
- Développement d'évaluations multidimensionnelles pour anticiper les besoins des usagers.
- Amélioration de la coordination des interventions pour un suivi plus efficace.

Extension des plages horaires et attractivité des métiers

- Interventions en horaires élargis : soirs, week-ends et jours fériés.
- Valorisation des interventions sur horaires atypiques, avec une meilleure rémunération et des indemnités spécifiques.

- Meilleure indemnisation des déplacements pour les professionnels couvrant les zones rurales et les Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV).

Soutien aux proches aidants

- Repérage et accompagnement des aidants pour éviter leur épuisement.
- Mise en place de solutions de répit et de relayage pour soutenir les familles.
- Création d'espaces d'échange et de formation dédiés aux aidants.

Lutte contre l'isolement des bénéficiaires

- Développement d'activités sociales et collectives, notamment via le programme YESPLUS.
- Mise à disposition de services de transport accompagné, facilitant l'accès aux soins et aux activités extérieures.

Insertion professionnelle et amélioration des conditions de travail

- Intégration des demandeurs d'emploi, notamment des bénéficiaires du RSA, dans les métiers de l'aide à domicile.
- Mise en place de formations internes et d'un tutorat pour accompagner les nouveaux embauchés.
- Développement d'un cadre de travail plus attractif via des actions de Qualité de Vie au Travail (QVT).

Moyens et financements

- Dotation complémentaire de 3,144 € par heure d'intervention, indexée sur l'évolution des financements publics.
- Versement annuel en deux étapes :
- 70 % d'acompte avant le 30 juin.
- 30 % après évaluation annuelle des actions réalisées.
- Montant initial alloué en 2023 : 30 937 €, ajusté chaque année.

Suivi et évaluation

Dialogue de gestion semestriel avec le Département et l'Agence Autonomie.

Transmission d'un bilan annuel détaillant les actions mises en place et les résultats obtenus.

Contrôle du respect des engagements, avec possibilité de suspension ou de récupération des fonds en cas de non-conformité.

Impact attendu

Ce CPOM vise à :

- Améliorer la qualité des services d'aide à domicile en Yvelines.
- Mieux coordonner les interventions entre les différents acteurs médico-sociaux.
- Favoriser l'accès équitable aux prestations sur l'ensemble du territoire.
- Encourager l'innovation et la modernisation des outils de gestion et de suivi des bénéficiaires.
- Renforcer l'attractivité des métiers du domicile, pour garantir une prise en charge durable et de qualité.

5. Valeurs et principes éthiques

Un groupement de coopération sociale et médico-sociale se doit de s'appuyer sur un socle éthique solide afin de garantir la qualité de l'accompagnement et le respect des personnes. Voici les valeurs et les grands principes éthiques du GCSMS BIEN VIEILLIR IDF à mettre en œuvre :



Respect de la dignité humaine et des droits fondamentaux : Chaque intervention doit préserver l'intégrité et la dignité de la personne, en assurant le respect de sa vie privée, de ses droits et de ses préférences.



Promotion de l'autonomie et de l'autodétermination : Il s'agit de soutenir la capacité de la personne à participer activement aux décisions qui la concernent, en valorisant son rôle dans l'élaboration de son projet personnalisé.



Solidarité et équité : Le groupement doit veiller à ce que tous les usagers aient un accès égalitaire aux services, en tenant compte des spécificités de chacun et en luttant contre toute forme de discrimination.



Bientraitance et bienveillance : Adopter une posture empreinte de compassion et d'empathie, en garantissant des pratiques respectueuses, visant à prévenir toute forme de maltraitance ou de négligence.



Confidentialité et transparence : Assurer la protection des informations personnelles et sensibles tout en favorisant une communication claire et partagée entre tous les acteurs.



Collaboration

Collaboration et interprofessionnalité : Favoriser le travail en réseau et la coopération entre les différents professionnels et partenaires, afin de mutualiser les expertises et d'harmoniser les pratiques au profit d'une prise en charge globale.

Ces principes constituent le fondement d'une démarche éthique et responsable, essentielle pour construire une offre de services cohérente et centrée sur la personne, conformément aux recommandations des instances nationales telles que la HAS.



6. Offre de service et modalités d'accompagnement

6.1. Description de l'offre

6.1.1. Activités déployées

Aide à domicile : Accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne (ménage, repas, courses). En 2024, 560 000 heures d'intervention ont été réalisées par le groupement.



Soins à domicile : Soins infirmiers et aide à l'autonomie pour les personnes dépendantes. Le groupement dispose de 232 places de soins infirmiers réparties sur deux SAD mixtes dans le Val-de-Marne, incluant : 7 places pour des personnes en situation de handicap, 25 places pour des soins de nuit, et 200 places pour des personnes âgées.

Actions de prévention : Programmes de sensibilisation et d'éducation à la santé pour prévenir les risques liés à la perte d'autonomie. En 2024, 1926 séances de prévention individuelles et 170 ateliers collectifs ont été organisés, bénéficiant respectivement à 182 et 274 personnes.

- Activité physique adaptée
- Tai Chi – Qi Gong
- Mémoire et lien social
- Télé-ergothérapie
- Quelques actions diététiques
- Conférences/Ateliers aidants/aidés

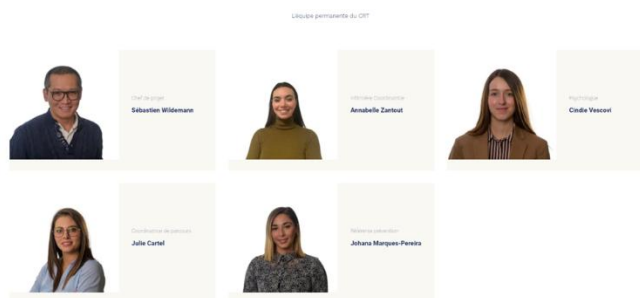
Les actions collectives relèvent de la prévention primaire, et les actions individuelles interviennent sur le champ de la prévention secondaire et tertiaire.



Gestion de parcours : coordination des interventions et fluidification des transitions entre différents dispositifs d'accompagnement, accompagnement des aidants.

Centre de ressources territorial : le
centre de ressources territorial, porté par
le SAD Mixte COMPLEA, répond à 2
missions :

- Volet 1 : Une Mission d'appui aux professionnels du territoire
- Volet 2 : Une mission d'accompagnement renforcé



6.1.2. Prestations proposées

Les prestations proposées au sein du GCSMS Bien Vieillir IDF sont définies conformément aux articles L.312-1, L.313-1-3 et D.312-6-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), ainsi qu'aux décrets et cahiers des charges relatifs aux Services Autonomie à Domicile.

Le groupement propose deux grands types de prestations selon les autorisations de ses membres :

- Les **prestations relevant des SAD Aide (SAAD)**,
- Les **prestations des SAD mixtes (SAAD + SSIAD)**.

Prestations des SAD Aide (SAAD)

Les SAAD membres du GCSMS interviennent au titre de l'aide à domicile dans le respect du cahier des charges national SAAD (décret du 13 juillet 2023), avec une approche globale de la personne, visant à favoriser le maintien à domicile, l'autonomie, et la prévention de la perte d'autonomie.

Les prestations proposées comprennent :

Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne :

- Aide à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation ;
- Mobilisation et transfert (lever, coucher) ;
- Surveillance de la prise de médicaments préparés ;
- Change et prévention des escarres ;
- Entretien du logement, du linge, aide aux courses et à la préparation des repas ;
- Veille de nuit ou de journée en cas de besoin.

Soutien à la vie sociale et relationnelle :

- Accompagnement à l'extérieur (courses, promenade, lien social...),
- Aide à la participation à la vie culturelle, citoyenne, ou familiale.

Repérage des fragilités et orientation vers les soins :

Conformément aux obligations prévues dans le cadre des Services Autonomie à Domicile (article L.313-1-3 CASF) :

- Observation et repérage précoce des signes de fragilité ou de rupture (chute, isolement, perte d'appétit, confusion, etc.),
- Transmission d'alertes aux professionnels de santé désignés (médecin traitant, infirmier, pharmacien...),
- Orientation vers les soins, y compris prise de rendez-vous en lien avec les aidants, ou relais avec les DAC et les partenaires santé,
- Participation aux actions de prévention coordonnées (ateliers, repérage fragilité via OBY).

Prestations des SAD mixtes (SAAD + SSIAD)

Les SAD mixtes membres du groupement (notamment COMPLEA et GAD) proposent à la fois des prestations d'aide à domicile et des soins infirmiers prescrits, assurant ainsi une prise en charge complète, conforme aux décrets du 25 juin 2004 et du 22 avril 2016.

Les prestations comprennent :

Aide à la vie quotidienne (identique à celle des SAAD)

Mais intégrée dans une logique coordonnée avec les soins, en particulier :

- Pour des publics en grande dépendance (GIR 1 à 3),
- En retour d'hospitalisation ou pour des prises en charge complexes.

Soins infirmiers à domicile :

- Soins de nursing : prévention des escarres, soins d'hygiène ;
- Soins techniques : pansements, injections, surveillance de constantes, perfusions ;
- Soins de nuit, notamment pour les personnes âgées très dépendantes ou les personnes en situation de handicap ;
- Soins d'éducation thérapeutique et de coordination médicale ;
- Soins de pédicurie sur prescription médicale.

Afin de lutter contre les ruptures de parcours il est prévu que les 2 SAD mixtes puissent se doter d'une Infirmière en pratique avancée mutualisée.

Coordination des soins et du parcours :

- Coordination entre les aides à domicile, les infirmiers, les médecins traitants ;
- Utilisation du dossier de soins OBY et de la messagerie sécurisée de santé (MSS) ;
- Participation à la mise en œuvre et au suivi des PPA et PPCS ;
- Intégration d'outils d'évaluation pluridimensionnelle (douleur, nutrition, cognition dépendance, charge aidant...).

Modalités communes à l'ensemble des prestations

Toutes les interventions sont formalisées dans le document individuel de prise en charge (DIPC) ;
Le respect de la personnalisation, du consentement et des droits fondamentaux de la personne est garanti à chaque étape ;

Les prestations sont réévaluées périodiquement, en lien avec l'évolution de l'état de la personne ;
L'ensemble des interventions est encadré par des professionnels formés et soumis à une démarche qualité.

6.1.3. Accompagnement de l'offre (aide montage dossiers)

L'accès effectif aux prestations d'aide à domicile repose non seulement sur la qualité de l'intervention, mais aussi sur la capacité des services à accompagner les personnes dans leurs démarches administratives et financières. Le GCSMS Bien Vieillir IDF a intégré cette dimension comme partie prenante de son offre de service, dans une logique d'accessibilité, d'équité et de prévention du non-recours.

Accompagnement par les responsables de secteur

Les responsables de secteur assurent un accompagnement de premier niveau dans le montage des dossiers de demande d'aides, notamment :

- L'aide à la constitution des dossiers d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou de Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ;
- L'appui à la demande d'aide sociale départementale ou de prise en charge partielle par les caisses de retraite ;
- Le repérage des droits existants, l'explication des pièces à fournir, le lien avec les familles, et le suivi du traitement administratif.
- Ils assurent également l'interface avec les conseils départementaux, les CCAS, les caisses de retraite et les partenaires impliqués dans l'attribution des aides.

Intervention des coordinateurs de parcours pour les situations complexes

Lorsque les démarches dépassent le cadre habituel, qu'elles touchent à des situations de grande fragilité ou de rupture (exclusion, surendettement, perte de logement, refus de soins...), les coordinateurs de parcours prennent le relai pour :

- Aider à la constitution de dossiers de surendettement, de curatelle/tutelle, de CMU-C/ACS, ou de retour aux droits ;
- Orienter vers les services sociaux compétents et accompagner si besoin la personne lors de ses démarches ;
- Appuyer la personne dans ses demandes d'aides techniques, d'adaptation du logement, ou de prestations complémentaires ;
- Travailler en réseau avec les travailleurs sociaux des départements, les DAC, les services hospitaliers, ou les mandataires judiciaires.

Un enjeu d'accessibilité aux droits

Le GCSMS intègre l'aide au montage de dossier comme un levier essentiel de prévention du non-recours. Cette fonction est pleinement reconnue dans les CPOM et fait l'objet :

- De temps dédiés dans les missions des encadrants,
- De formations spécifiques pour les référents de secteur et les coordinateurs (accès aux droits, évolutions législatives, outils numériques...),
- D'un suivi via OBY des démarches engagées, facilitant la traçabilité et la transmission des éléments nécessaires au traitement administratif.

6.2. Modalités d'admission et d'accueil

Les modalités d'admission au sein des services du GCSMS Bien Vieillir IDF s'inscrivent dans le cadre légal et réglementaire applicable aux ESSMS, en particulier :

L'article L.311-4 du CASF relatif aux outils garantissant les droits des usagers ;

- Les décrets du 14 novembre 2003 et du 26 novembre 2004 relatifs au règlement de fonctionnement, au contrat de séjour et au DIPIC ;
- Le décret du 24 mars 2004 concernant le livret d'accueil ;
- Les recommandations de la HAS concernant l'admission en ESSMS (qualité de l'accueil, participation, information).

Le processus d'admission est pensé comme une première étape du parcours d'accompagnement, qui doit permettre à la personne et, le cas échéant, à son entourage, de s'approprier les valeurs, les missions, les engagements et le fonctionnement du service.

Prise de contact et recueil de la demande

La demande d'intervention peut émaner de la personne elle-même, de ses proches, ou d'un tiers professionnel (hôpital, médecin, CCAS, DAC, etc.).

Un premier recueil d'informations est effectué par l'accueil du service ou le responsable de secteur : besoins exprimés, contexte de la demande, coordonnées utiles.

Un délai de traitement rapide est garanti (sauf liste d'attente ou zones non couvertes), conformément aux engagements qualité du groupement.

Visite d'évaluation à domicile

Une visite d'évaluation à domicile est systématiquement proposée avant toute admission (sauf urgence), réalisée par un responsable de secteur ou un coordinateur selon le type de prestation demandée.

Cette évaluation vise à :

- Identifier les besoins de la personne (actes de la vie quotidienne, soins éventuels, attentes particulières),
- Apprécier le contexte environnemental et familial,
- Recueillir la parole de la personne accompagnée et/ou de son entourage,
- Proposer une orientation adaptée (SAAD, SAD mixte, appui coordination, orientation vers les soins à la demande de la personne (cf. : procédure), prévention...).

Phase d'admission et contractualisation

Une fois la prestation définie avec la personne ou son représentant, le livret d'accueil est remis (support papier ou numérique) avec :

- La charte des droits et libertés ;
- Le règlement de fonctionnement.
- Un document individuel de prise en charge (DIPC conformément au CASF et au décret 2023-608) est établi, et signé par les parties précisant :
 - Les objectifs de l'accompagnement ;
 - La nature des prestations fournies (aide, soins, accompagnement social, prévention,) ;
 - Les modalités de mise en œuvre (lieux, fréquence, horaires)
 - Le devis correspondant ;
 - Les modalités d'accompagnement (organisation de l'intervention, articulation en cas de SAD mixte ou d'autres intervenants,)
 - Les modalités permettant la mise en relation avec des professionnels de santé (art. D312-3) ;
 - Nom du référent du parcours ;
 - Les droits de la personne (participation, libre choix, information et consentement révisé) et ses obligations (conditions générales de service, ...) ;
 - Les coordonnées de la personne de confiance, le cas échéant ;
 - La durée de la prise en charge ;
 - Les modalités de recours ou de réclamation.

La signature du DIPC formalise l'entrée dans le service et déclenche la mise en œuvre des interventions.

- Le projet personnalisé est engagé dans les deux premiers mois, avec co-construction progressive.

Accueil et intégration dans le service

Un temps d'explication est systématiquement proposé à la personne accompagnée (et à ses proches si elle le souhaite) pour présenter :

- Les intervenants, leur rôle, les modalités d'intervention ;
- Le fonctionnement du service (plages horaires, ajustements possibles, protocoles qualité) ;
- Le fonctionnement des outils numériques (OBY, messagerie...) ;
- En cas d'intervention à domicile ;
- Un document de liaison ou un accès restreint à OBY est prévu pour assurer la transparence et la traçabilité ;
- Des contacts de suivi sont fournis pour toute question ou adaptation.

Respect des droits du consentement et de l'éthique

L'admission se fait dans le respect du consentement éclairé.

La personne peut à tout moment :

- Renoncer à tout ou partie de la prestation (cf. art. 5 Charte des droits) ;
- Formuler des modifications ;
- S'exprimer sur la qualité de l'accueil (via enquête, contact, outil OBY).

Respect des droits, du consentement et de l'éthique

L'admission se fait dans le respect du consentement éclairé.

La personne peut à tout moment :

- Renoncer à tout ou partie de la prestation (cf. art. 5 Charte des droits) ;
- Formuler des modifications ;
- S'exprimer sur la qualité de l'accueil (via enquête, contact, outil OBY).

Information au public

- **Information claire et accessible** : La personne accompagnée reçoit une information claire et compréhensible sur les prestations proposées, ses droits, le fonctionnement du service et les associations d'usagers. Cette information est adaptée à sa situation et à ses besoins, et il peut accéder à l'ensemble des documents relatifs à sa prise en charge (plan personnalisé d'accompagnement, DIPEC, devis, contrats, suivi des interventions) sur simple demande écrite, accompagné si besoin par une personne de confiance ou un professionnel du service. La consultation du dossier est gratuite, sauf cas particuliers, et doit être réalisée dans des délais légaux.
- La protection des données personnelles est garantie par le secret professionnel et le respect du RGPD, avec des droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de portabilité. Le DPO du groupement est joignable pour toute question ou demande.
- Le responsable de secteur est l'interlocuteur privilégié de l'utilisateur, assurant un suivi régulier et restant en contact permanent pour répondre à toutes les questions ou besoins particuliers. En dehors des horaires d'ouverture des bureaux, une permanence téléphonique est assurée 7 jours sur 7 de 8h à 20h au numéro unique, permettant de répondre aux urgences, absences imprévues ou demandes d'information à tout moment.

Toute modification dans l'organisation, les horaires, les intervenants ou les modalités d'intervention est communiquée à l'utilisateur et/ou à ses proches dans les meilleurs délais.

- Les usagers sont régulièrement invités à donner leur avis sur l'organisation du service, la qualité des prestations et les conditions d'accueil et d'accompagnement. Cela se fait par le biais d'enquêtes de satisfaction réalisées par courrier, téléphone ou lors de visites en agence, mais aussi par des consultations téléphoniques et des visites régulières. L'utilisateur est impliqué dans la co-construction de son projet personnalisé d'accompagnement, avec possibilité d'associer ses proches ou aidants. Il peut participer à des groupes de parole, ateliers ou réunions d'information, et en cas de difficulté ou de litige, il peut saisir son référent, la direction, une personne qualifiée ou le médiateur de la consommation. Tout est mis en œuvre pour que chaque personne accompagnée soit informée, écoutée et impliquée dans son parcours, avec des dispositifs de communication et de consultation adaptés à ses besoins.

Continuité de services

- La continuité du service est assurée par une organisation qui permet aux interventions d'avoir lieu tous les jours de l'année, week-ends et jours fériés compris, sur des plages horaires larges, généralement de 7h30 à 20h00. Si besoin, des gardes de nuit peuvent être organisées pour répondre aux situations particulières. En dehors des horaires d'ouverture des bureaux, une permanence téléphonique est disponible 7 jours sur 7 de 8h à 20h, ce qui permet de traiter les urgences, les absences imprévues ou toute demande d'information.
- En cas d'absence d'un intervenant, le service met tout en œuvre pour assurer un remplacement rapide, en priorité sur les actes essentiels comme la toilette, les repas ou les transferts. Les responsables de secteur privilégient les intervenants déjà connus du domicile et disponibles. Si aucune équipe n'est disponible, un report de la prestation peut être proposé pour les actes moins urgents, comme le ménage ou les courses. Les bénéficiaires et leurs aidants sont informés tout au long du processus de remplacement, avec une transparence sur les modalités et les délais.
- Un référent de secteur est désigné pour chaque usager, garantissant le suivi, la coordination et l'adaptation des interventions en fonction de l'évolution des besoins. Le plan d'accompagnement personnalisé est réévalué chaque année ou à chaque changement de situation pour garantir la continuité et la pertinence des services. En cas d'hospitalisation ou d'absence prolongée, l'utilisateur ou son entourage doit informer le service rapidement, et la reprise des services pourra nécessiter une réévaluation.
- Un plan d'action est prévu pour les situations exceptionnelles comme les canicules, le grand froid ou les épidémies, avec des mesures spécifiques pour garantir la sécurité et la continuité des interventions. Enfin, des enquêtes de satisfaction et des audits sont réalisés régulièrement pour garantir la qualité et la continuité du service, et les usagers peuvent exprimer leurs avis et suggestions à tout moment.

6.3. Accompagnement personnalisé

L'accompagnement personnalisé constitue le cœur de l'intervention du GCSMS Bien Vieillir IDF. Il vise à construire, pour chaque personne accompagnée, un parcours ajusté à ses besoins, à ses attentes, à

son histoire et à ses capacités, dans le respect de ses droits, de sa dignité, de son libre arbitre et de son rythme de vie.

L'accompagnement s'inscrit dans une logique de parcours, avec une attention portée à la prévention des ruptures, à la coordination des interventions, à l'implication de l'entourage et à l'adaptation continue de la réponse proposée.

L'accompagnement personnalisé repose sur un projet personnalisé d'accompagnement, coconstruit avec la personne ou son représentant, à l'aide d'outils numériques permettant la mise en œuvre et la révision de ce projet, dans des conditions de traçabilité et de sécurité maximum.

6.3.1. Projet personnalisé

Le DIPEC et le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) constituent deux piliers indissociables du parcours de la personne. Leur formalisation systématique est une exigence portée par le groupement, en lien avec les exigences de l'évaluation HAS. Ils sont conçus comme des leviers de préservation de l'autonomie et d'anticipation des ruptures.

Le projet personnalisé d'accompagnement (PPA) est élaboré pour chaque personne accompagnée, conformément aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF et à la RBPP de la HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (2008).

Ce projet vise à :

- Formaliser les objectifs d'accompagnement, les prestations attendues et les priorités définies avec la personne ;
- Préciser les modalités de mise en œuvre, les intervenants concernés, et les ajustements possibles en fonction de l'évolution de la situation ;
- Garantir la cohérence et la continuité de l'intervention.

Le projet personnalisé est obligatoire pour tous les bénéficiaires de prestations d'aide et/ou de soins, quel que soit leur niveau d'autonomie. Il est signé, lorsque possible, par la personne elle-même (ou son représentant légal) et est révisé périodiquement.

Lorsque les besoins en soins sont par ailleurs pris en compte, ce PPA est accompagné d'un PPCS (plan personnalisé de coordination en santé).

6.3.2. Co-construction et suivi du projet personnalisé

La construction du projet personnalisé repose sur une démarche participative impliquant :

- La personne accompagnée (ou son représentant légal) ;
- Les membres de l'équipe d'intervention (aide à domicile, IDE, ergothérapeute, coordination...) ;
- L'entourage et les aidants, avec l'accord de la personne ;
- Les partenaires si nécessaire (services sociaux, DAC, établissements, etc.).

Le projet est coconstruit dans les deux premiers mois suivant le début de l'accompagnement, à l'issue d'une évaluation globale réalisée par les services du GCSMS. Il est ensuite actualisé au moins une fois par an, ou à chaque fois que la situation évolue de façon significative (changement d'état de santé, rupture sociale, retour d'hospitalisation, etc.), ou encore à la demande de la personne.

Des réunions de coordination peuvent être organisées pour ajuster le projet, en particulier dans les cas complexes (polypathologies, isolement, perte d'autonomie rapide...).

Le suivi s'appuie sur des indicateurs de réalisation (prestations effectuées, objectifs atteints, niveau de satisfaction de la personne), ainsi que sur des observations partagées dans l'outil de coordination numérique OBY.

6.3.3. Outils du projet personnalisé

L'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet personnalisé reposent sur un ensemble d'outils partagés à l'échelle du groupement :

- **L'évaluation multidimensionnelle initiale** : outil développé en interne et en cours d'intégration dans OBY V2, incluant les dimensions médicale, sociale, environnementale, cognitive, nutritionnelle, affective et familiale.
- **La trame de PPA et de PPCS** : standardisée à l'échelle du GCSMS, elle intègre les volets suivants :
 - Objectifs définis par la personne,
 - Modalités de réalisation (quand, comment, par qui),
 - Ressources mobilisées,
 - Points d'attention (risques identifiés, dispositifs de soutien...).
- **Le document individuel de prise en charge (DIPEC)**, renvoie au PPA et / ou PPCS, avec les objectifs de prise en charge partagés, décrit les prestations proposées, les traduit en termes financiers au travers d'un devis, précise les conditions d'accueil et de prise en charge (via le livret d'accueil, les conditions générales de service).

Dans le DIPEC figure également les coordonnées du référent bientraitance, les voies de signalement (dont la personne qualifiée et le numéro national 3977), les modalités d'alerte internes, ainsi que les mentions obligatoires sur le médiateur à la consommation (Ces éléments sont également repris dans le livret d'accueil et sont portés à la connaissance de chaque personne accompagnée lors de l'admission. La conformité de ces documents est suivie dans le cadre du dispositif qualité du groupement).

- **La matrice de suivi** : accessible aux équipes via OBY, elle permet le pilotage du projet, le repérage de l'évolution des besoins, l'identification des ajustements à prévoir.
- **Le plan de coordination de parcours**, activé en cas de situation complexe (usager relevant de plusieurs intervenants, coordination avec DAC ou structures sanitaires...).
- **Le chatbot usager/aidant** (en développement), qui permettra de recueillir plus facilement les observations, demandes et évaluations de la personne et de ses proches.

6.4. Dispositifs de soutien aux aidants

Le GCSMS Bien Vieillir IDF reconnaît pleinement la place centrale des aidants familiaux dans l'accompagnement à domicile des personnes âgées et/ou en situation de handicap. Dans cette logique, il déploie progressivement une politique structurée de soutien aux aidants, en lien avec les recommandations de la HAS (*RBPP 2015 – Le soutien aux aidants non professionnels*) et les orientations des schémas autonomie.

Le soutien aux aidants s'inscrit dans une double finalité :

- Prévenir l'épuisement et l'isolement des proches aidants ;
- Consolider leur place dans le parcours de la personne accompagnée, en valorisant leur expertise et en sécurisant leur implication.

Une reconnaissance formalisée dans les outils d'évaluation

L'outil OBY, utilisé dans le cadre des évaluations initiales et du suivi du projet personnalisé, recueille systématiquement la parole de l'aidant, son implication dans les soins et le quotidien, ses attentes et ses besoins.

Une évaluation de la pénibilité du rôle d'aidant est proposée par les coordinateurs de parcours, via la grille ZARIT, validée en gérontologie, permettant d'identifier les signes de surcharge ou de risque d'épuisement.

Cette évaluation permet de déclencher, si nécessaire, une réponse individualisée de soutien ou d'orientation.

Des professionnels dédiés à l'écoute et à l'accompagnement des aidants

Une psychologue salariée du GCSMS intervient en appui des équipes et peut accompagner les aidants, notamment en cas de souffrance psychologique, de crise familiale ou de situation de deuil anticipé.

Les coordinateurs de parcours assurent un rôle de relai, d'écoute active et d'orientation, en lien avec les partenaires sociaux et médico-sociaux du territoire.

L'aidant est invité à participer à la co-construction du projet personnalisé, avec l'accord de la personne accompagnée, et peut être désigné comme personne de confiance.

Des actions de prévention et de répit intégrées à l'offre de service

Des ateliers "AIDANTS / AIDÉS" sont mis en place. Ce format innovant permet de :

Proposer une activité adaptée à la personne accompagnée (stimulation cognitive, activité physique adaptée...) ;

Offrir un espace de parole sécurisé et confidentiel pour les aidants, animé par un professionnel (psychologue ou intervenant formé) ;

Apporter une information juridique et sociale sur les droits, dispositifs existants et possibilités de répit.

Dès que les heures de lien social prévues par les départements seront mises en œuvre, elles permettront de proposer des temps de relais ponctuels à domicile, visant à libérer du temps aux aidants pour leur vie personnelle, leurs démarches ou leur santé.

Une inscription dans une dynamique territoriale et partenariale

Le GCSMS développe des partenariats avec :

- Les CCAS et CLIC, pour orienter les aidants vers des services locaux de soutien ;
- Les EHPAD partenaires, pour envisager des relais temporaires ou des solutions de répit en hébergement ;
- Les organismes de formation et caisses de retraite, qui peuvent intervenir dans les sessions de prévention.

Une démarche évolutive

Le soutien aux aidants est intégré au plan d'amélioration continue de la qualité du GCSMS. Il fera l'objet :

- D'un bilan annuel ;
- D'une mesure d'impact via OBY ;
- Et d'un renforcement progressif selon l'évolution des financements et des besoins recensés.

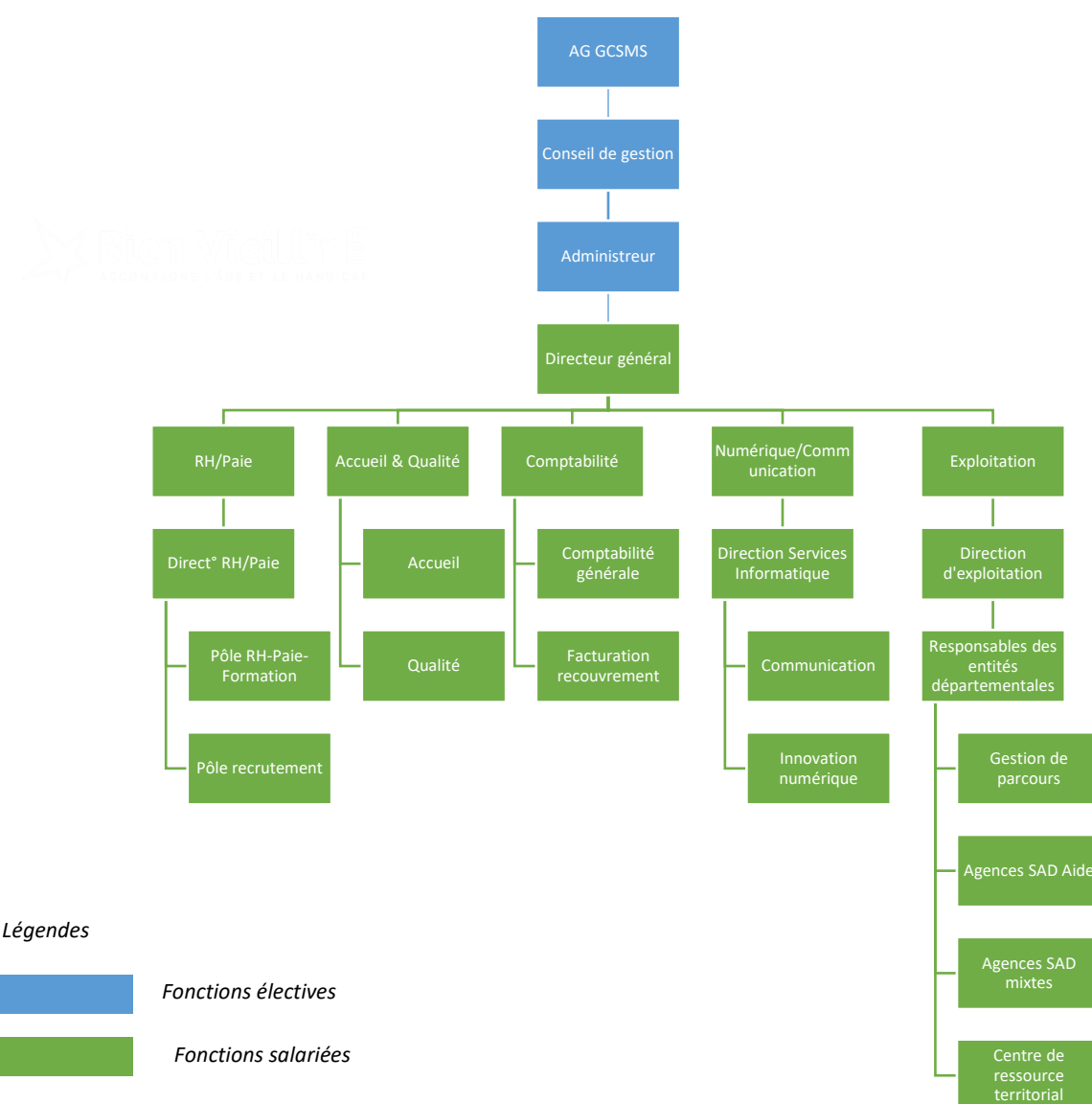
7. Organisation des Services

Les services sont organisés en SAD mixtes, SAD aide, gestion des parcours et prévention. Les fonctions assurées directement par le groupement pour ses membres concernent l'ensemble des fonctions support mais également les fonctions d'encadrement. L'ensemble des coûts relatifs au fonctionnement de ces différents services est refacturé aux membres au prorata d'utilisation selon des clés de répartition basée soit sur l'activité, soit sur la masse salariale, et peut inclure des services supplémentaires souhaités par les membres.

Un organigramme général est présenté ci-dessous, et il est complété dans les annexes par des organigrammes plus détaillés de chacun des services.

7.1. Organisation fonctionnelle des services

7.1.1. Organigramme général



7.1.2. Equipes

Equipes portées par les services autonomie à domicile « Aide »

- Agents à domicile
- Employés à domicile
- Auxiliaires de vie sociale
- animateurs prévention et animation
- HTM

Equipes portées par les services autonomie à domicile « Aide et soin »

- Employés à domicile
- Auxiliaires de vie sociale
- Aide-soignant
- Infirmiers de soins
- Psychologue
- Infirmiers coordinateurs
- Directeur des soins

Equipes portées par le GCSMS pour l'encadrement de proximité des SAD

- Assistants responsables de secteur
- Responsables de secteur
- Coordinateurs de parcours
- Référent prévention

Equipes portées par le GCSMS pour les fonctions support

- Comptables
- Chargés de facturation
- Chargé de recouvrement
- Agents d'Accueil
- Intervenants de permanence
- Directeur RH/paie
- Chargé de formation
- Chargé de paie
- Responsable recrutement
- Agent de recrutement
- Chargé de suivi des contrats de travail
- Responsable qualité
- Directeur d'exploitation
- Responsables d'entité
- Directeur général

7.1.3. La formation et la gestion des emplois et des parcours professionnels (GEPP)

La formation constitue un pilier stratégique du GCSMS "Bien Vieillir IDF" et s'inscrit dans une logique de montée en compétence continue, en réponse à l'évolution des besoins des usagers et des métiers du domicile.

Issue des travaux du groupe de travail dédié, la stratégie de formation repose sur deux axes complémentaires :

Des formations longues (apprentissage, professionnalisation) pour intégrer et faire évoluer les professionnels ;

Des formations courtes, centrées sur les besoins identifiés en lien avec la perte d'autonomie, le handicap, la qualité et la bientraitance.

L'élaboration du plan de formation est définie annuellement à partir des remontées des équipes et agences via le service des ressources humaines en s'appuyant sur les bilans qualité, les RBPP, les retours usagers en lien avec le centre de formation et après validation budgétaire et consultation du CSE.

Formations courtes

85 sessions de formation courte prévues (770 salariés formés, 1,5 jour/an en moyenne).

Thématiques : accompagnement, sécurité, pathologies, outils numériques, bientraitance.

Déploiement du programme "Almage Alzheimer Centers" : méthode non médicamenteuse d'accompagnement des TND ; objectif de 25 % du personnel formé d'ici 2029.

Thématique	Nombre de sessions	Total heures
Nutrition adaptée aux publics accompagnés	6	48
La maladie d'Alzheimer	4	32
Aide à la toilette	10	80
Manutention des personnes âgées	11	88
SST (Sauveteur Secouriste du Travail)	9	72
Pathologies liées au handicap : les handicaps moteurs	7	56
Formation OBY	1	8
Intégration des nouveaux arrivants	5	40
La maladie de Parkinson	6	48
Prise en charge de la dépendance	5	40
Entretien du logement	2	16
Accompagnement à la fin de vie	5	40
Entretien du linge	3	24
Bientraitance/Maltraitance	3	24
Méthode Almage accompagnement des MND encadrants	5	35
Méthode Almage accompagnement des MND intervenants	3	21

Focus : la méthode *Almage Alzheimer Centers*

En partenariat avec Almage Alzheimer Centers, le groupement a engagé un programme pluriannuel de formation à destination des intervenants et encadrants, pour l'accompagnement des personnes atteintes de troubles neurodégénératifs (TND).

Objectifs : favoriser la bientraitance, l'autonomie, et proposer une approche non médicamenteuse.

Format : audit initial + 5 jours de formation + suivi clinique par neuropsychologue sur cas réels.

Premiers résultats : 6 encadrants et 20 intervenants formés en 2024-2025 ; retour très positif des équipes et des bénéficiaires.

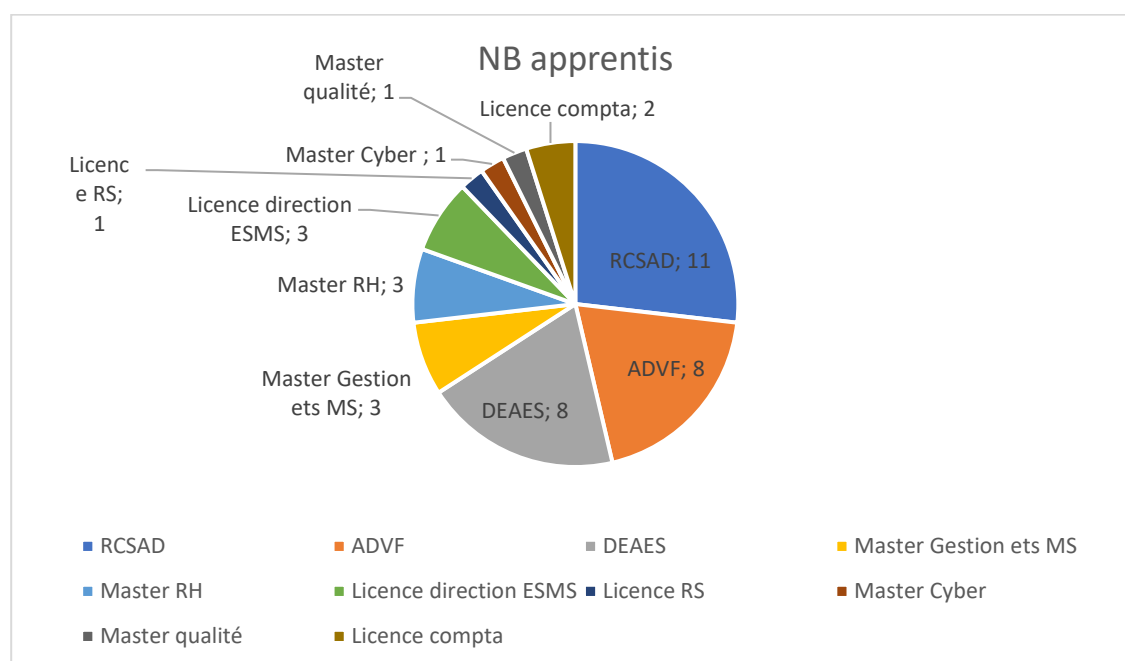
Objectif à horizon 2029 : 25 % du personnel formé, soit 40 salariés formés/an = 1400 heures de formation cumulées.

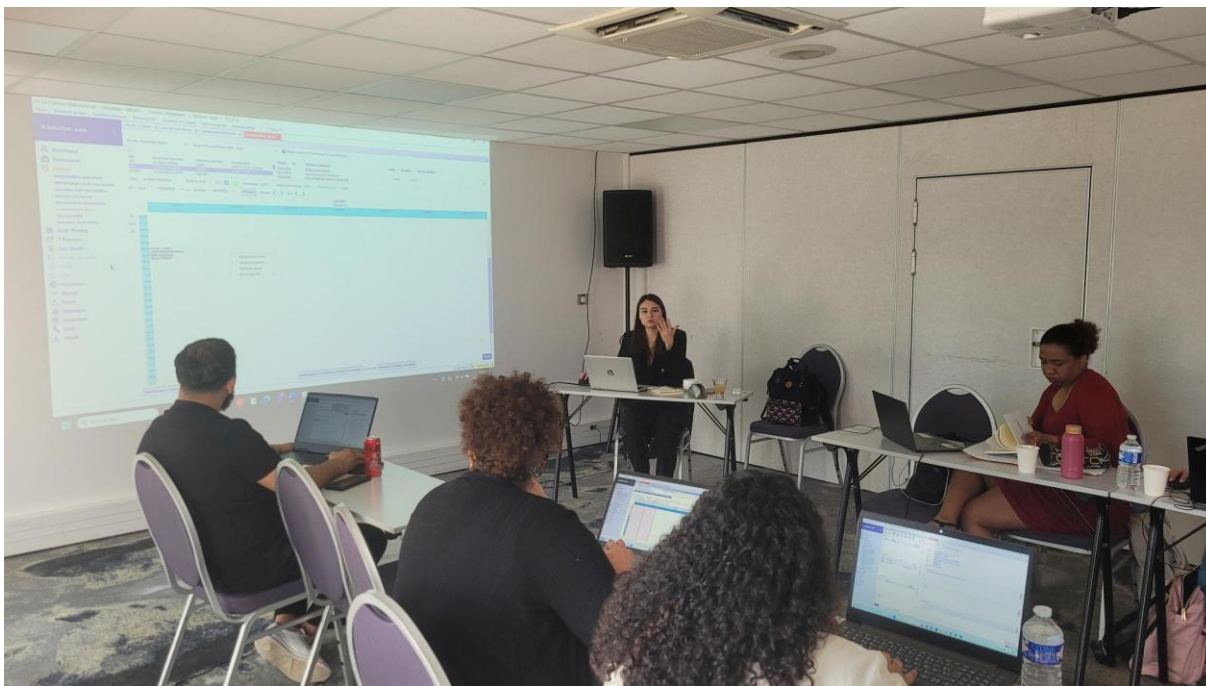
Au-delà des formations courtes, le groupement organise lui-même un certain nombre de formations en lien avec l'organisation interne, la maîtrise des outils, notamment numériques, et propose également des groupes d'analyse de pratique à ses salariés.



Formation longue

39 apprentis en alternance accueillis dans les structures du groupement.
Objectif : +10 % d'apprentis par an sur la période 2025–2029.





Les objectifs stratégiques issus du groupe de travail sont de :

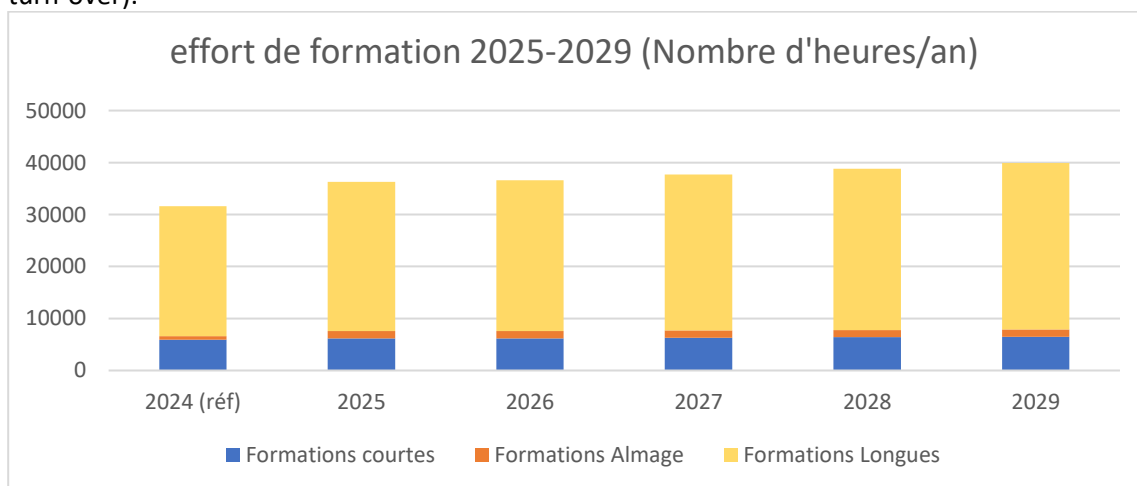
Renforcer les compétences métier (vieillesse, handicap, RBPP)

Accélérer la transition numérique et l'usage de l'IA (OBY, coordination, Ségur)

Structurer l'intégration des nouveaux professionnels (e-learning, tutorat)

Développer l'encadrement et l'apprentissage (management, communication)

Un bilan annuel sera réalisé, avec suivi des indicateurs mise en place (Nombre de salariés formés et heures réalisées, Taux de satisfaction, Diversité des thématiques, Suivi GEPP (mobilité, promotions, turn-over).



La GEPP au service de la stratégie RH

Au-delà de la formation, le GCSMS déploie une stratégie active de GEPP afin d'anticiper les évolutions des métiers, favoriser les mobilités internes et sécuriser les parcours professionnels.

Les actions mises en œuvre dans ce cadre incluent :

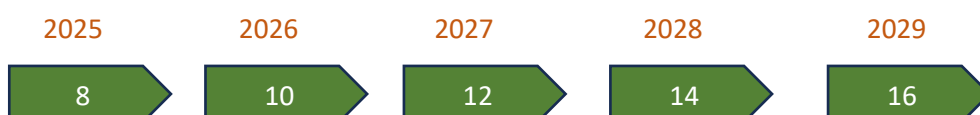
Le repérage régulier des compétences disponibles et à développer, via les entretiens professionnels, les retours d'encadrement et les besoins terrain ;
 Le renforcement de l'intégration des nouveaux arrivants par un parcours structuré (immersion, elearning, tutorat) ;
 La promotion de la mobilité interne et des parcours de progression (vers encadrement, spécialisation ou tutorat) ;
 Le suivi des indicateurs RH (turn-over, ancienneté, promotion) pour ajuster les dispositifs ;
 L'appui à l'alternance et aux reconversions via des partenariats avec les organismes de formation.

Cette GEPP est conçue comme un levier de fidélisation, d'attractivité et de sécurisation des parcours, notamment dans un contexte de pénurie structurelle de main-d'œuvre dans le secteur du domicile.

La montée en autonomie via des Equipes autonomes



La sensibilisation à la qualité via des Référents qualité (responsables d'équipe)



L'augmentation de la coordination de parcours pour promouvoir les bonnes pratiques



Emploi des personnes en situation de handicap

Le groupement affirme son engagement en faveur de l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap, notamment sur les postes administratifs. Des actions sont envisagées avec des acteurs spécialisés (réseaux de type Clubhouse, Cap emploi, etc.) et une mention explicite est intégrée dans les offres d'emploi publiées. Une réflexion est également menée pour porter au sein de notre fédération le sujet de l'emploi des travailleurs handicapés dans la filière médico-sociale.

7.1.4. La qualité de vie et conditions de travail (QVCT)

Pavillon des aides à domicile

Dans le cadre du CPOM conclu avec la Seine Saint Denis, le groupement a mis en place en 2024 à Pavillons sous-bois, un « Pavillon des aides à domicile », espace ouvert aux intervenantes leur permettant de se détendre et d'accéder gratuitement à différents services soit pendant les intermissions, soit avant ou après le travail.

Doté d'un espace détente, avec télévision, fauteuil massant, et d'un espace services avec lavage et séchage du linge, préparation de repas, permanence d'une assistante sociale dédiée aux

problématiques des salariés, d'un accès au numérique, cet espace a été plébiscité par les salariés, qui ont également perçus des tickets restaurants. Nous envisageons d'étendre cette expérimentation, progressivement aux autres départements sous conditions de CPOM, d'ici 2029.



Mise à disposition d'exosquelettes

Nous avons en 2024-25 expérimenté l'utilisation de 30 exosquelettes, sur des situations de pénibilité particulière dans les activités des personnels d'intervention. Avec l'appui financier de la région, et le gérontopôle, ces exosquelettes sont à disposition des salariés, qui peuvent l'utiliser pour certains actes d'aide ou ce matériel est requis.



Favoriser l'intégration des nouveaux salariés

Chaque nouveau salarié est accueilli individuellement et pour les intervenants se voit remettre une mallette professionnelle contenant :

- Le guide du salarié (52 pages), reprenant des techniques et bonnes pratiques et des informations sur le groupement et ses structures ;
- Un parapluie pour les déplacements lorsqu'il pleut ;
- Une batterie externe pour recharger les téléphones ;
- Un jeu de blouses ;
- Une petite trousse de 1^{er} secours ;
- Une boîte isotherme pour les repas ;
- Un courrier de bienvenue.

De plus chaque nouveau salarié, est accompagné sur une période de tutorat de 4 à 7 jours, et participe au bout de 2 mois à une journée d'intégration.



7.1.5. La communication

Le groupement BIEN VIEILLIR IDF, à son propre département de communication.

Les objectifs poursuivis par le département de communication sont :

- Améliorer la connaissance du groupement par le grand public et les professionnels ;
- Communiquer auprès et avec les partenaires ;
- Développer son réseau ;
- Aider au recrutement des collaborateurs.

Réseaux sociaux

Ce département assure la présence du groupement sur les réseaux sociaux :

- LinkedIn
- FaceBook
- Tiktok
- Instagram

Conférences et webinaires

Chaque année le groupement participe ou organise plusieurs conférences, notamment avec la CNAV, L'ARS, les départements, les communes.

Publications

Le groupement est à l'origine, ou participe à des publications grand public (notre temps, le parisien), mais également spécialisées comme le magazine « décodage » produit par l'université paris est Créteil, qui vulgarise les résultats d'études scientifiques.

Site internet

Le site internet est régulièrement mis à jour et publie des articles de Blog.

Brochures, dépliants

Le groupement édite lui-même ses brochures tant pour la communication interne qu'externe.

Sollicitation des IRP

Les Instances Représentatives du Personnel (IRP) sont désormais sollicitées pour coconstruire les actions de QVCT et formuler un avis annuel sur leur impact. Un indicateur de suivi des accidents du travail (par origine) est mis en place à partir des données DUERP.

Une analyse des durées moyennes de maintien dans les postes (par catégorie et source de recrutement) sera réalisée afin d'orienter les politiques de fidélisation.

La fonction de contrôle de gestion sociale est introduite comme axe stratégique dans le portefeuille RH, pour fiabiliser ces suivis et améliorer l'alignement entre attractivité, conditions de travail et performance RH.

7.2. Modalités de coordination interne

La coordination interne constitue un levier essentiel pour garantir la qualité, la continuité et la fluidité de l'accompagnement au sein du GCSMS Bien Vieillir IDF. Dans un contexte d'intervention à domicile souvent fragmenté, elle permet d'assurer une cohérence entre les actions des différents intervenants, services et fonctions supports du groupement.

La coordination interne repose sur plusieurs dispositifs opérationnels :

Un système d'information partagé (OBY), déployé à l'ensemble des entités, qui permet :

- La gestion du parcours de l'utilisateur (plan d'intervention, transmission, PPA/PPCS) ;
- L'accessibilité sécurisée à l'information pour les équipes via cartes CPS/CPE ;
- Le lien entre les équipes de soins, d'aide, de prévention et d'encadrement.

Une organisation hiérarchisée et territorialisée :

Chaque service dispose de responsables d'agence, d'assistants référents, et de coordinateurs de parcours (dans les SAD mixtes), des réunions régulières d'équipe permettent la coordination entre encadrants et intervenants.

Des référents thématiques internes, identifiés sur plusieurs domaines clés (qualité, RGPD, bientraitance, éthique, coordination, RSE...), qui facilitent le relais d'informations, l'appropriation des protocoles et l'amélioration continue.

Des réunions transversales (interservices, inter-équipes) sont organisées par thématique ou par situation complexe. Elles permettent l'échange de bonnes pratiques, l'analyse de cas, la coordination des réponses à enjeux (fin de vie, risque de rupture de parcours, situations médico-sociales complexes...).



Un lien fonctionnel étroit entre les fonctions support et les terrains, notamment à travers la direction qualité, la cellule RGPD, le service RH/GEPP et la direction des services numériques, qui accompagnent les équipes dans le suivi et la mise en œuvre des outils internes.

Des canaux de communication internes spécifiques et d'accessibilité aux données

Utilisation d'une messagerie interne, d'équipes teams portant sur les sujets partagés, ainsi que la standardisation des formulaires internes.

7.2.1. Coordination au sein des SAD mixtes aide et soin

La transformation des ex SAAD et ex SSIAD en SAD mixte aide et soin va s'articuler autour de l'infirmier coordinateur. Toutefois, les infirmiers coordinateurs ne souhaitent pas qu'il rentre dans leurs attribution la formulation d'une offre de prestation de service payante telle que pratiquée au sein des SAD Aide.

Pour ces raisons, l'offre de service de l'aide a domicile restera du ressort de la responsable de secteur, ainsi que les formalités administratives qui s'y rapporte. L'intervention du responsable de secteur sera limitée à cette activité de présentation de l'offre. L'ensemble des interventions qu'elles relèvent de l'aide ou du soin seront ensuite exclusivement pilotées par l'infirmier coordinateur, qui en cas de besoin pourra s'appuyer sur la direction d'exploitation du groupement et le service RH.

Les responsables de secteur des nouveaux SAD mixtes, conserveront en revanche l'intégralité de la coordination sur le périmètre des autorisation aide, sur lequel les activités de soin n'interviennent pas.

7.3. Volets techniques (soins, aides, animation, vie sociale, hygiène, plans de continuité, prise en compte des risques, etc.)

Le GCSMS Bien Vieillir IDF organise ses services autour de plusieurs volets techniques transversaux, assurant la qualité et la sécurité des interventions :

7.3.1 Volet soins

- Assuré par les SAD mixtes
- Coordination par les infirmiers coordinateurs
- Suivi des plans de soins via OBY avec intégration progressive des outils numériques de coordination (INSI, MSS, DMP, Pro Santé Connect)
- Soins de nuits et soins lourds assurés en binôme
- Réponse aux besoins croissants en soins complexes dans le cadre du virage domiciliaire.
- Véhicules de fonction et de services
- Exosquelettes
- Matériel médical
- Intervention ergothérapeute externe selon les situations
- Vêtements de protection
- Valises de télémédecine

Le repérage des besoins en soins palliatifs est renforcé dans le cadre du parcours de soins coordonné, notamment par la sensibilisation et la formation des professionnels des SSIAD et SAD mixtes.

Une liste actualisée de partenaires pouvant être sollicités (HAD, médecins, structures ressources) est diffusée aux équipes via l'intranet. Cette démarche vise à garantir l'anticipation, l'adéquation et la continuité des accompagnements en phase palliative.

7.3.2 Volet aide

- Missions incluant les actes essentiels (toilette, habillage, alimentation...) et les actes de la vie courante (ménage, courses, repas).

- Formation continue des intervenants à la sécurité, la manutention, les gestes techniques.

7.3.3. Volet animation et vie sociale

- Actions collectives : ateliers mémoire, équilibre, activité physique, ateliers aidants/aidés, conférences thématiques.
- Actions individuelles : télé-ergothérapie, accompagnement personnalisé au domicile.
- Objectif : prévention du repli, maintien du lien social, stimulation cognitive et physique.
- Animations diverses (équithérapie, sorties).



7.3.4. Volet hygiène et sécurité

- Mise en œuvre du **DUERP** dans chaque structure,
- Mise à disposition d'**équipements spécifiques** : exosquelettes, trousse de secours, kits de ménage, blouses,

- Accompagnement des salariés en cas de difficulté (Pavillon des aides à domicile, soutien social).
- Vêtements de protection, masques, gants, parapluies.



Un plan de gestion du risque infectieux est établi aux situations rencontrées par les activités de soin (prise en charge de plaies, escarres, ulcères variqueux) et étendu aux personnels de l'aide à domicile exposés en cas d'épidémie ou d'intervention auprès de personnes contagieuses. Les conduites à tenir sont intégrées dans le DUERP et les protocoles de soins et d'aide à domicile.

7.3.5. Volet continuité d'activité

- Plans de continuité activables en cas de crise (plan bleu, Covid, crise sanitaire, événement climatique, plan de crash informatique),
- Test régulier de ces plans,
- Tests d'intrusion
- Coordination interservices assurée par les directions départementales.

7.3.6. Volet gestion des risques

- Recensement et traitement des événements indésirables (EI/EIG).
- Implication des référents qualité.
- Intégration des risques dans l'évaluation initiale et dans les projets personnalisés.
- Recours à des indicateurs de fragilité et à une analyse IA dès 2025 pour la prévention des risques.

8. Qualité et Évaluation des Services

La démarche qualité du GCSMS "Bien Vieillir IDF" a été structurée par le groupe de travail dédié, à partir :

- D'un autodiagnostic approfondi (via l'outil QualiESMS) ;
- De l'analyse des réglementations en vigueur (HAS, loi 2002-2...)
- De l'étude des procédures internes existantes ;
- De retours d'expérience recueillis auprès d'autres établissements et services médico-sociaux, afin d'adapter les pratiques aux réalités du terrain et aux besoins spécifiques des publics accompagnés.

Les principaux axes retenus sont :

- La désignation d'un référent qualité, en charge du suivi de la satisfaction à court et long terme, ainsi que du PPA et DPIC.
- Le suivi structuré des plaintes, réclamations, événements indésirables (EI/EIG), avec bilans annuels par type d'autorisation.
- Le recueil d'avis externes par un organisme indépendant (Aviseniors).
- L'actualisation des procédures qualité, notamment en lien avec les évolutions numériques (Séguir).
- L'organisation de réunions bimensuelles d'équipe, intégrant la qualité et l'appropriation des outils de la loi 2002-2 et des RBPP.
- La création d'équipes autonomes et de référents qualité de terrain, capables d'intervenir sur les situations complexes et d'actualiser les PPA.

Cette démarche vise à ancrer une culture qualité partagée, fondée sur l'amélioration continue, la participation des professionnels, et l'adéquation avec les besoins des personnes accompagnées.

Cette démarche qualité du GCSMS "Bien Vieillir IDF" repose sur une organisation structurée, transversale et évolutive. Elle est portée par un responsable qualité dédiée au sein du groupement, garant de la cohérence, de la régularité et de l'actualisation des pratiques professionnelles au regard des exigences réglementaires, des RBPP, et des retours des usagers.

8.1 Pilotage qualité

Le **responsable qualité du groupement** coordonne la mise en œuvre de la politique qualité sur l'ensemble des entités membres. Ses missions incluent :

- Le suivi des procédures et de leur actualisation ;
- L'analyse des **plaintes, réclamations et événements indésirables**, en lien avec les encadrants de terrain ;
- L'organisation de **revues qualités périodiques** sur la base d'indicateurs consolidés,
- La supervision des audits internes, des enquêtes de satisfaction et des actions correctives associées ;
- L'animation du réseau des référents qualité de terrain.

8.2 Suivi de la satisfaction des usagers

La qualité ne se limite pas au respect des normes : elle repose avant tout sur l'écoute active des personnes accompagnées. Pour cela, plusieurs dispositifs complémentaires sont en place :

- Une société indépendante (Aviseniors) est mandatée pour recueillir des avis vérifiés, sur la base d'une méthodologie conforme aux normes AFNOR.
- Le responsable qualité réalise également, à des moments-clés du parcours (entrée dans le service, réévaluation annuelle, situation sensible), des entretiens directs avec les usagers, afin de recueillir leur ressenti sur les prestations et les soins.
- Des visites qualité à domicile sont organisées de manière aléatoire ou sur signalement.
- Les retours sont systématiquement tracés dans le logiciel OBY et analysés selon des indicateurs de fréquence, gravité, récurrence et impact.

8.3 Procédures et documentation qualité

Le service qualité est responsable de la **gestion documentaire du GCSMS**, incluant :

- Le référentiel des **protocoles et procédures qualité**, communs à toutes les entités membres,
- Leur **mise à jour régulière**, intégrant les évolutions réglementaires, les recommandations de la HAS, les exigences CPOM et les retours des évaluations internes et externes,
- L'accessibilité de ces documents via le portail intranet ou le chatbot qualité intégré dans OBY.

Afin de renforcer la sécurisation juridique et réglementaire de cette documentation, **le recrutement d'un juriste** dédié au sein du service qualité est prévu pour **juin 2025**. Ce professionnel assurera une **veille réglementaire active**, accompagnera la mise en conformité continue des documents produits, et interviendra dans l'analyse des impacts juridiques des évolutions législatives sur les pratiques.

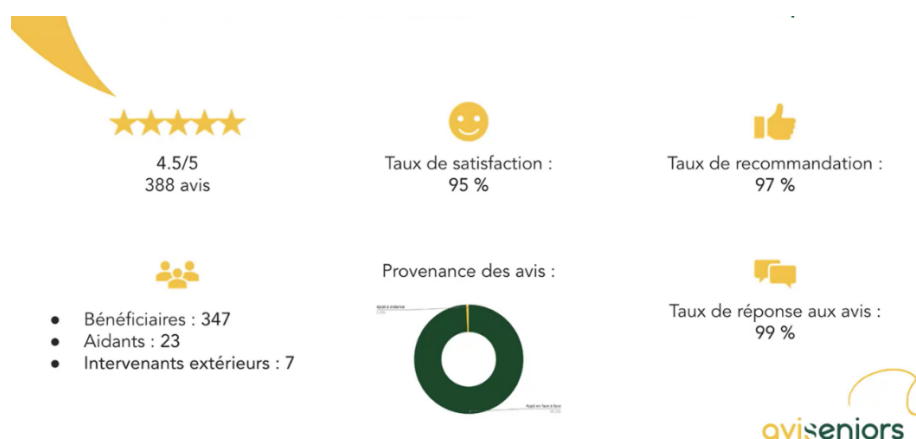
8.4 Enquêtes de Satisfaction

Le GCSMS "Bien Vieillir IDF" réalise régulièrement des enquêtes de satisfaction afin d'évaluer la qualité des services proposés.

Une fois par an une enquête globale auprès de tous les usagers et leurs aidants est lancée.

De manière plus ciblées d'autres enquêtes sont lancées en cours d'année, sur la satisfaction et les attentes des usagers.

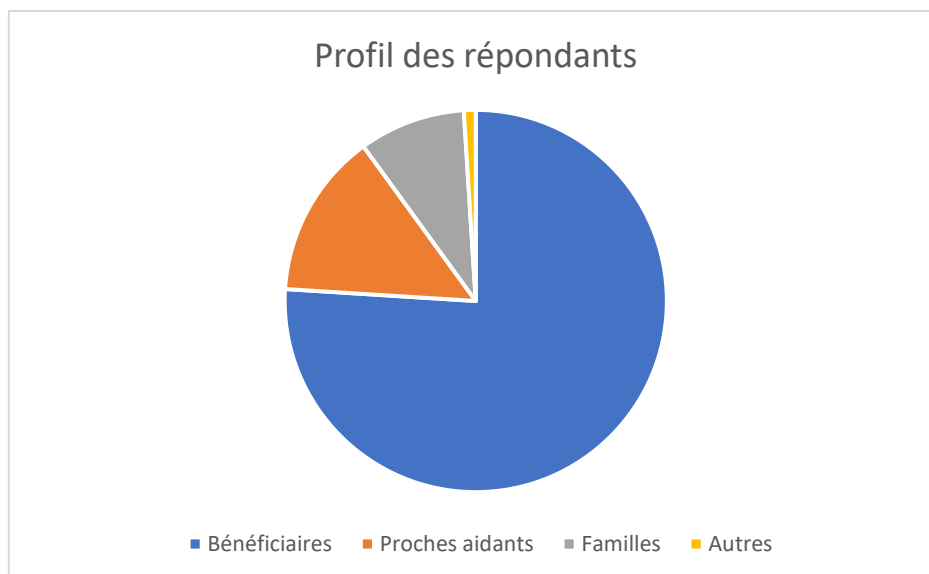
Un recueil d'avis externes par une société spécialisée (Avis-Seniors) est également réalisé :



8.5 Résultats de l'Enquête de Satisfaction - Services à Domicile 2024

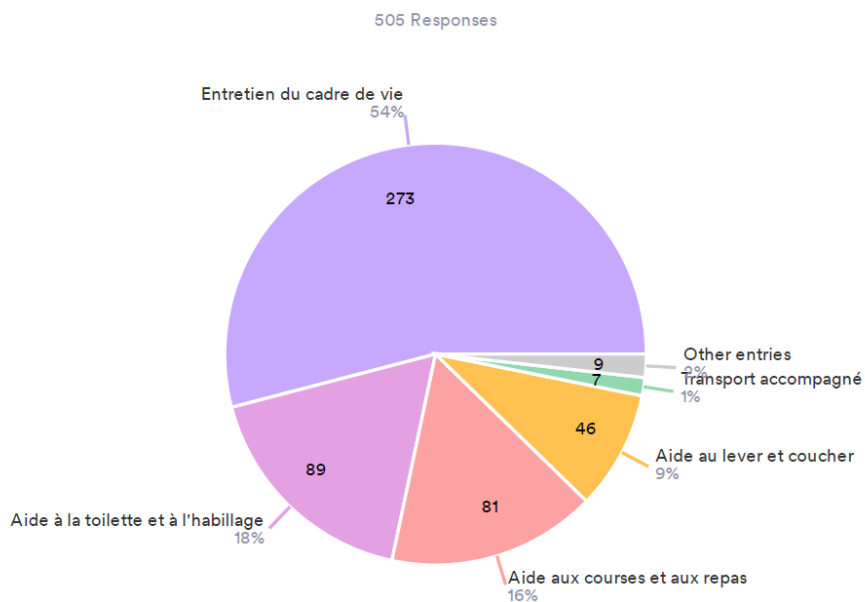
Résumé de l'enquête annuelle de satisfaction 2024 (510 réponses)

Le profil des répondants

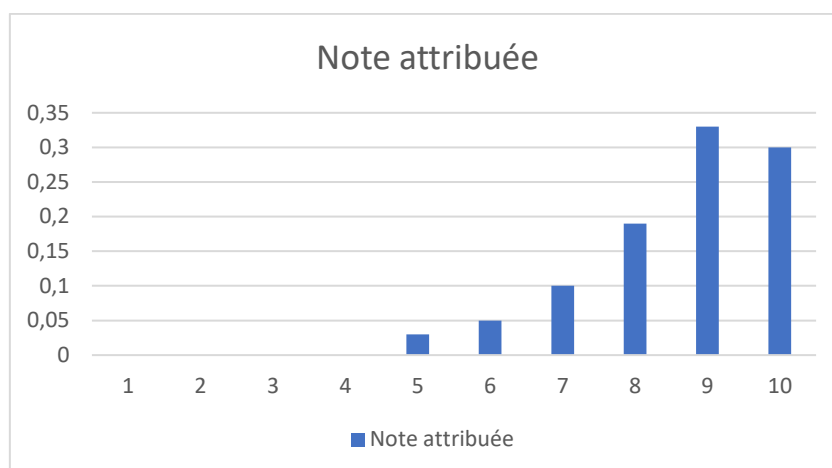


Les services utilisés (hors soins)

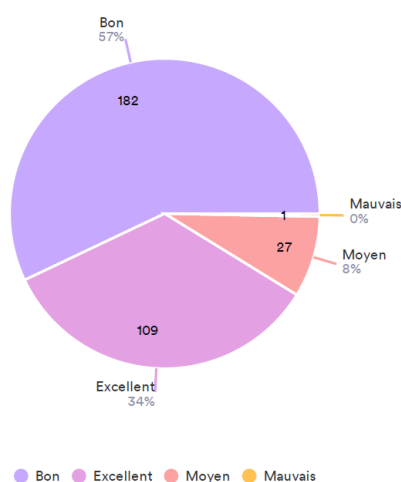
De quel(s) service(s) bénéficiez-vous? (Plusieurs réponses possibles)



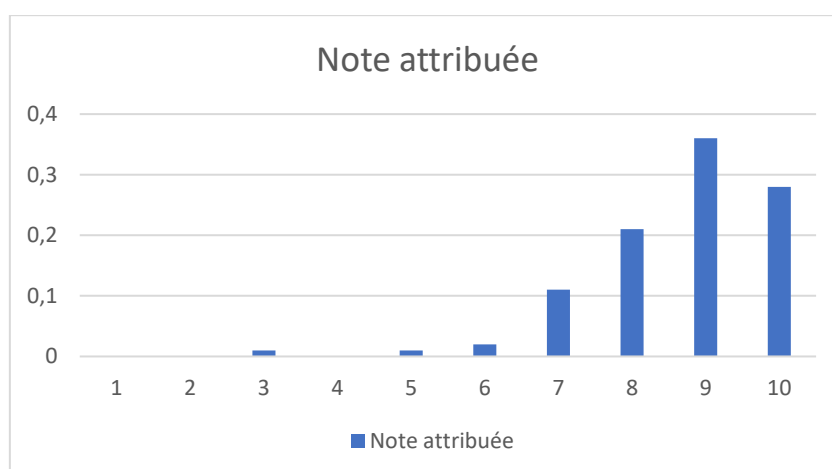
Niveau de satisfaction globale (Note sur 10)



Perception de la qualité des services



Perception de la bientraitance Note sur 10

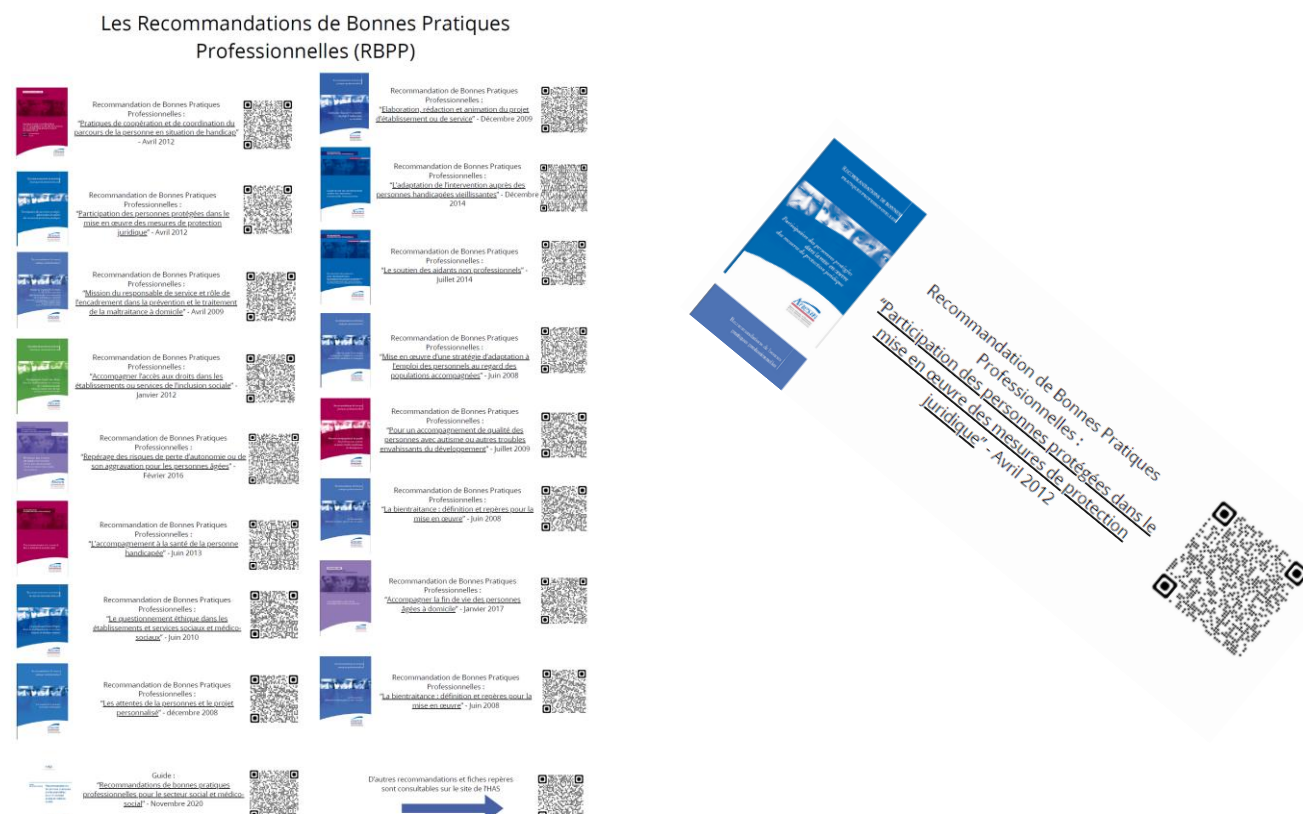


8.6 Prise en compte et diffusion des RBPP

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, sont prises en compte tant dans les formations des professionnels, que dans toutes les actions du parcours de vie au domicile.

Ainsi le projet de service porte une attention particulière à ces recommandations et à leur diffusion.

Notre service qualité a conçu un document plastifié affiché dans chaque agence, ou est indiqué l'ensemble des RBPP applicable aux soins et services à domicile. Ce document comporte un QR Code qui renvoie automatiquement à la recommandation concernée.



Par ailleurs ces RBPP, seront intégrées dans la solution numérique OBY, et seront analysées et traitées par l'IA générative intégrée, de sorte que tout utilisateur, pourra sur un dossier usager obtenir des RBPP personnalisées et adaptées.

8.7. Qualité des soins (SAD mixtes)

La qualité des soins constitue un enjeu central du projet de service du GCSMS Bien Vieillir IDF, en particulier dans le contexte du développement des SAD mixtes. Elle repose sur l'articulation entre les bonnes pratiques professionnelles, la sécurité des interventions, la coordination pluridisciplinaire, et le respect des choix de la personne.

Objectifs poursuivis

- Garantir des soins individualisés, continus, et sécurisés à domicile ;
- Intégrer les soins dans le projet personnalisé d'accompagnement (PPA) et, le cas échéant, dans le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) ;

- Mettre en œuvre les recommandations de la HAS et les protocoles validés (douleur, soins palliatifs, nutrition, prévention des chutes...) ;
- Évaluer la qualité perçue des soins par les usagers et leurs proches.

Organisation et coordination

Les soins sont organisés sous la responsabilité des infirmiers coordinateurs des SAD mixtes, en lien avec les équipes de soins infirmiers, les professionnels de santé libéraux, les médecins traitants, et les services partenaires (HAD, DAC, établissements...).

La coordination des soins s'appuie sur :

- Le dossier usager numérique OBY, intégré au DMP et sécurisé (MSS, INS, carte CPS) ;
- Des réunions de concertation pluridisciplinaires en cas de situation complexe ;
- Des procédures de suivi des traitements, de la douleur et des soins palliatifs, avec outils d'évaluation systématisés (EVA, Norton, MNA, etc.).

Suivi de la qualité des soins

Le suivi de la qualité des soins repose sur plusieurs outils :

- Audit annuel des pratiques de soins sur la base des RBPP de la HAS ;
- Revue des prescriptions et suivi des indicateurs de polymédication ;
- Traçabilité dans OBY des actes, alertes, plans de soins, et réévaluations ;
- Évaluation de la satisfaction des usagers sur les soins reçus, par entretiens qualitatifs réalisés par le responsable qualité ou les infirmiers coordinateurs ;
- Formations continues en lien avec les soins (douleur, fin de vie, TND, surveillance clinique, gestes techniques...) intégrées au plan de formation annuel.

Sécurité et protocoles

Des protocoles de soins sont diffusés à l'ensemble des professionnels, incluant :

- Hygiène et prévention des infections (EPI, soins à plaies, escarres) ;
- Administration et surveillance des traitements ;
- Soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie à domicile ;
- Gestion des urgences et coordination avec le 15 ou les réseaux palliatifs.

Amélioration continue

Des revues de cas complexes sont organisées régulièrement à l'initiative des équipes de soins ou de la coordination de parcours. Les indicateurs cliniques sont analysés avec l'appui du service qualité et, à partir de 2026, d'une IA prédictive intégrée dans OBY. Les SAD mixtes font des staffs hebdomadaires sur le suivi des prises en charge. Les personnels d'aide à domicile résultant des prises en charge communes avec le soin y seront conviés, lorsque les fusions seront effectives.

Le recrutement d'un juriste au sein du service qualité en juin 2025 permettra en complément d'actualiser les protocoles liés à la réglementation des actes de soins et des responsabilités professionnelles.

8.8. Tableau récapitulatif des objectifs et indicateurs qualité

Axe stratégique	Objectif qualité	Indicateurs de suivi	Fréquence de mesure	Responsable
1. Qualité des soins	Garantir des soins individualisés, sécurisés, conformes aux RBPP	- % de PPA incluant un volet soins- % de soins tracés dans OBY- Taux d'incidents liés aux soins	Trimestrielle / Annuelle	IDEC / Responsable qualité
2. Accompagnement global	Assurer la cohérence du projet personnalisé et la participation active de l'utilisateur	- % de PPA actualisés dans les délais- % d'utilisateurs rencontrés pour évaluation qualitative du suivi	Semestrielle	Référent / Coordinateur
3. Satisfaction des usagers et proches	Mesurer la satisfaction et identifier les axes de progrès	- Taux de satisfaction global (>85%)- Nombre de retours usagers via prestataire externe (Aviseniors)- Nombre de visites qualité réalisées	Annuelle / Ponctuelle (aléatoire)	Responsable qualité / Direction
4. Sécurité et gestion des risques	Réduire les incidents critiques et garantir une culture du signalement	- Nombre de signalements analysés- % de professionnels formés aux protocoles clés- Plan de prévention à jour	Trimestrielle	Responsable qualité / Encadrants
5. Amélioration continue / conformité	Maintenir les documents, procédures et outils en conformité réglementaire	- % de procédures actualisées- Nombre de revues qualité réalisées- Nombre de recommandations HAS intégrées	Trimestrielle / Annuelle	Responsable qualité / Juriste (dès 2025)

9. Prise en compte des critères impératifs de qualité des ESSMS

Les 18 critères impératifs définis par la Haute Autorité de Santé (HAS) constituent le socle évaluatif de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Ils permettent de garantir un accompagnement respectueux des droits, sûr et adapté aux besoins des personnes accompagnées. Leur intégration dans le projet de service assure une conformité avec les attentes réglementaires et une amélioration continue des pratiques professionnelles. Chaque critère fait l'objet d'une fiche action spécifique. Ces fiches détaillent les modalités de mise en œuvre, les indicateurs d'évaluation et les actions correctives éventuelles.

Axe 1 : Respect des droits fondamentaux

Respect de la dignité et de l'intimité : Garantir un accompagnement respectueux des personnes.

Intégration dans le projet de service : Mise en place d'un cadre éthique et d'une formation du personnel.

Droits et libertés individuelles : Informer et garantir l'exercice des droits fondamentaux.

Intégration dans le projet de service : Charte des droits affichée et expliquée aux usagers.

Absence de maltraitance : Mise en place de dispositifs de prévention et de signalement.

Intégration dans le projet de service : Protocoles de bientraitance et formation spécifique des professionnels.

Participation des personnes accompagnées : Prise en compte des souhaits et besoins.

Intégration dans le projet de service : Consultation des usagers via des enquêtes, questionnaires, et autres formes de consultation.

Axe 2 : Qualité et continuité de l'accompagnement

Projet personnalisé d'accompagnement (PPA) et de santé (PPCS) : Adaptation aux besoins individuels.

Intégration dans le projet de service : Élaboration et suivi régulier des PPA et PPCS

Soutien à l'autonomie : Favoriser l'indépendance et les capacités d'action.

Intégration dans le projet de service : actions de prévention et de stimulation cognitive et physique.

Accès à la santé : Organisation des soins et prévention.

Intégration dans le projet de service : Protocoles de coordination avec les services médicaux.

Gestion de la douleur : Identification et traitement adaptés.

Intégration dans le projet de service : Formations sur l'évaluation de la douleur, échelle EVA de la douleur intégrée à l'évaluation multidimensionnelle

Prévention des risques : Identification et réduction des situations à risque.

Intégration dans le projet de service : Mise en place d'un dispositif de veille sanitaire, intégration des risques dans l'évaluation initiale.

Axe 3 : Compétences et formation des professionnels

Qualification et compétences des professionnels : Formation continue et recrutement adapté.

Intégration dans le projet de service : Plan de formation annuelle.

Supervision et analyse des pratiques : Mise en place de temps d'analyse et d'échanges.

Intégration dans le projet de service : Groupes de parole et supervisions professionnelles.

Axe 4 : Qualité de l'environnement et bientraitance

Qualité de vie des personnes accompagnées : Adaptation des lieux de vie.

Intégration dans le projet de service : repérage des risques domestiques et suggestions d'aménagement des espaces de vie, de mise en place d'aides techniques interventions directes de désencombrement.

Vie sociale et inclusion : Favoriser la participation à la vie collective.

Intégration dans le projet de service : Activités de vie sociale, ateliers de prévention, ateliers aidants-aidés, actions de vie sociale au domicile.

Relation avec les familles et proches : Maintien des liens sociaux.

Intégration dans le projet de service : Organisation de rencontres et événements, prise en compte des aidants dans la prise en charge, mesure de la charge des aidants, soutien de l'aidant par la coordination de parcours, la psychologue.

Axe 5 : Organisation et pilotage de la qualité

Gestion de la qualité et des risques : Mise en place de systèmes d'évaluation.

Intégration dans le projet de service : Outils d'autoévaluation et audits internes.

Coordination avec les partenaires : Travail en réseau avec les acteurs de l'accompagnement.

Intégration dans le projet de service : Partenariats avec des structures médico-sociales.

Démarche d'amélioration continue : Adaptation régulière des pratiques.

Intégration dans le projet de service : Réunions stratégiques et comités de suivi.

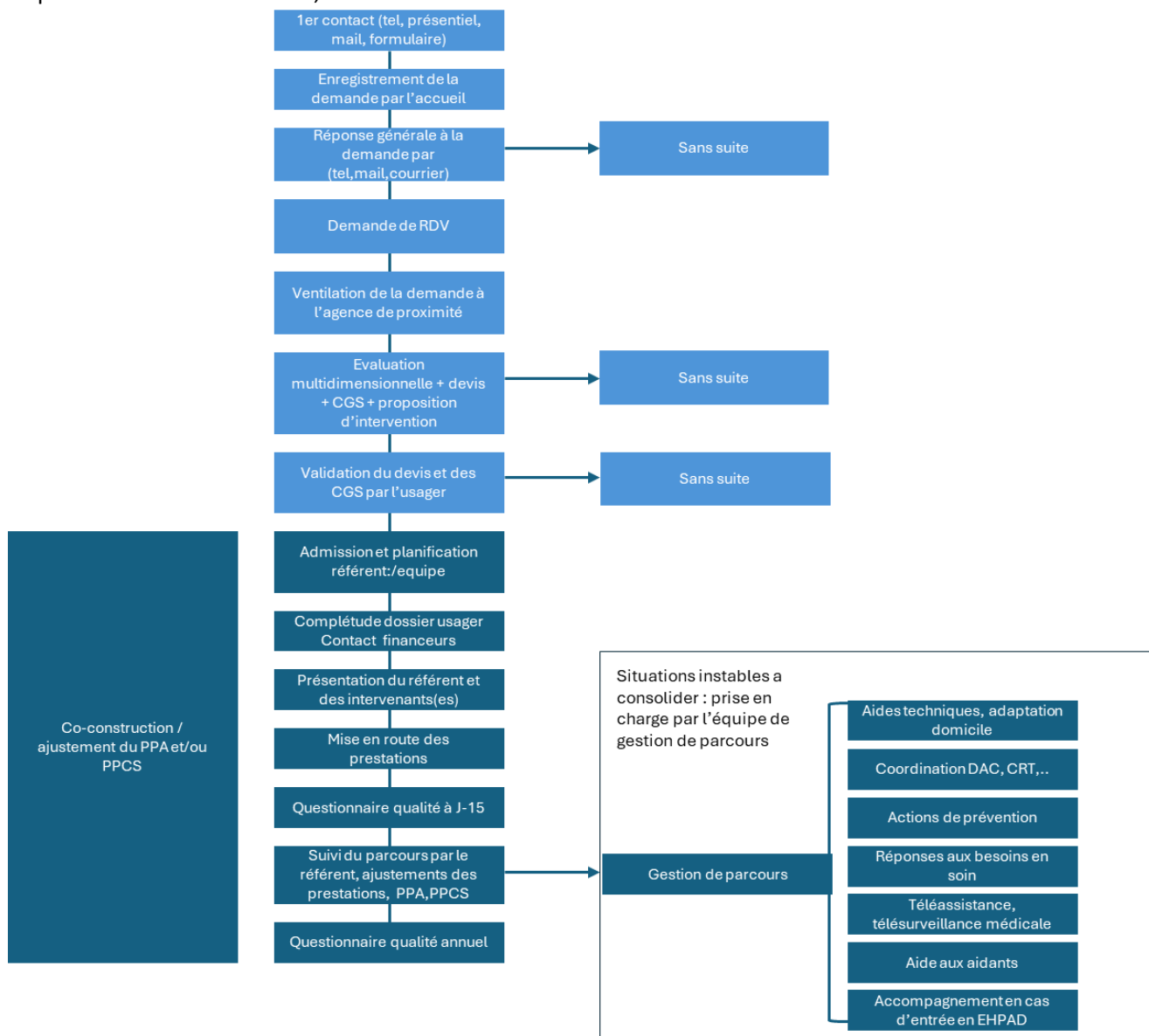
Transparence et communication : Information des parties prenantes.

Intégration dans le projet de service : Diffusion d'un rapport annuel de qualité.

10. Le parcours de la personne accompagnée

10.1 Logigramme du parcours de la personne accompagnée

Le parcours de la personne accompagnée est organisé autour d'un référent, le responsable d'agence, ses assistants responsables d'équipes, et dans le cas d'un SAD mixte, l'infirmier coordinateur. Le référent est désigné et peut faire appel aux services déployés au sein du groupement comme la gestion de parcours, les actions de prévention, les actions de soutien aux aidants, la téléassistance, les dispositifs de télésurveillance, de téléconsultation assistée.



10.2 le suivi des personnes accompagnées

Afin d'accompagner les personnes dans leur globalité, et faciliter ce parcours, le GCSMS BIEN VIEILLIR IDF, s'est doté en 2018 d'un outil d'évaluation multidimensionnelle. Depuis 2024 cet outil est en transformation afin d'intégrer, la connexion aux services socles tels que l'INSI, le DMP, PROSANTE CONNECT, la MSS, et d'inclure au sein de l'outil une section médicale et paramédicale, afin de permettre l'accompagnement en pluridisciplinarité. De fait, ce nouvel outil dont vont disposer les membres du groupement constituera le dossier usager « cœur de métier » qui manque dans les ERP actuels.

Ainsi l'utilisation de cet outil dans sa version V2 va permettre de suivre des indicateurs fin et précoce de dépistage des fragilités.

Enfin chaque professionnel qui se connectera pour le faire selon un profil attribué, ou via une carte CPS ou CPE, qui lui permettra de n'accéder qu'aux seules informations relatives aux personnes suivies et dans le respect de la matrice d'habilitation produite par l'agence du numérique en santé.

Contexte

Date de la demande : 11/03/2025
 Date du rendez-vous : 11/03/2025
 Nature de la demande : Suivi
 Précisions sur l'origine de l'orientation vers nos services : Non renseigné
 Evénements et situations de rupture : Hospitalisation récente
 Tiers présent ou contact pour cette évaluation : Oui
 Expression de la personne (souhaits, projets, attentes...) : mr sors de l'hôpital après une fracture du col du fémur et après 15 jours en SSR
 Identité et expression du tiers présent ou du contact principal : son épouse a besoin d'aide car il a du mal à se lever et est très lourd
 Commentaires de l'évaluateur sur le contexte de la demande : Sortie d'hôpital

Habitat

Localisation : Urbain
 Statut : Propriétaire
 Surface approximative du logement : > 100 m2
 Composition du logement : Séjour : 1, Chambre : 3, SDB : 2, WC : 3, Coudoirs : 1
 Éléments posant des difficultés au sein du logement : Séjour 1
 Éléments posant des difficultés dans Séjour 1

Plan d'aide mensuel

GIR 2 Temps d'aide estimé/24 heures: 3h13min

	S	T	C	H	RÉSULTAT	TYPE D'AIDE	COMMENTAIRES
TRANSFERTS	✓	✓	✓	✓	C	["Tout faire"]	✓ Écrire un commentaire...
DÉPLACEMENTS INTÉRIEURS	✓	✓	✓	✓	C	["Tout faire"]	✓ Écrire un commentaire...
TOILETTE - HAUT	✓	✓	✓	✓	C	["Tout faire"]	✓ Écrire un commentaire...
TOILETTE - BAS	✓	✓	✓	✓	C	["Tout faire"]	✓ Écrire un commentaire...
ELIMINATION - URINAIRE	✓	✓	✓	✓	B	["Inclure / surveiller"]	✓ Écrire un commentaire...
ELIMINATION - FÉCALE	✓	✓	✓	✓	B	["Aide partielle"]	✓ Écrire un commentaire...
HABILLAGE - HAUT	✓	✓	✓	✓	B	["Laisser faire, relancer"]	✓ Écrire un commentaire...
HABILLAGE - MOYEN	✓	✓	✓	✓	B	["Aide partielle"]	✓ Écrire un commentaire...
HABILLAGE - BAS	✓	✓	✓	✓	B	Sans objet	✓ Écrire un commentaire...
CUISINE	✓	✓	✓	✓	A	Sans objet	✓ Écrire un commentaire...
ALIMENTATION - SE SERVIR	✓	✓	✓	✓	A	Sans objet	✓ Écrire un commentaire...
ALIMENTATION - MANGER	✓	✓	✓	✓	A	Sans objet	✓ Écrire un commentaire...
SUIVI DU TRAITEMENT	✓	✓	✓	✓	B	Sans objet	✓ Écrire un commentaire...
MÉNAGE	✓	✓	✓	✓	C	Sans objet	✓ Écrire un commentaire...
ALERTER	✓	✓	✓	✓	A	Sans objet	✓ Écrire un commentaire...

Didier PAGEL ! PRO SANTÉ CONNECT

by

Identité

Social

Autonomie

Santé

Général et Ressenti

Cardio-vasculaire

Nutrition

Équilibre

Mobilité

Pain

Sensoriel

Douleur

Fonctions neuro-psychologiques

Médicaments

Comorbidités

Projet d'intervention

NON

N.L.N. : PAGEL P.N. : DIDIER N.N. : PAGEL P.N. : DIDIER D.N. : 15/09/1952 67 ans S : MASCULIN INSEE N. : 75075

Enregistrer Annuler les modifications

Préparations et prise médicamenteuse

Le patient a-t-il des problèmes d'oubli récurrents de la prise des médicaments ?

☒ OUI ☐ NON ☐ NE SAIT PAS

Contre-indications médicamenteuses ?

☐ OUI ☒ NON ☐ NE SAIT PAS

Y a-t-il d'autres traitements à signaler ?

☐ OUI ☒ NON ☐ NE SAIT PAS

Fréquence de la prise médicamenteuse

Sélectionnez une réponse

☒ Matin ☐ Soir

Préparation et dispensation des médicaments

Sélectionnez une réponse

☒ Médicaments pris seul(e) ☐ Aide à la prise par une infirmière

Ajouter un commentaire

Modifier commentaire

Enregistrer Annuler les modifications

Thomas PAGEL ! PRO SANTÉ CONNECT

by

Identité

Social

Autonomie

Santé

Général et Ressenti

Cardio-vasculaire

Nutrition

Équilibre

Mobilité

Pain

Sensoriel

Douleur

Fonctions neuro-psychologiques

Médicaments

Comorbidités

Projet d'intervention

N.L.N. : PAGEL P.N. : DIDIER N.N. : PAGEL P.N. : DIDIER D.N. : 15/09/1952 67 ans S : MASCULIN INSEE N. : 75075

Identité provisoire

Général et ressenti

Résumé de la personne sur son état de santé, ses maladies ?
durable, force du futur

Par rapport aux personnes du même âge, comment le patient juge-t-il son état de santé ?
Plutôt moyen bon

Le patient a-t-il été hospitalisé au cours des 6 derniers mois ?
Oui

Ajouter un commentaire :
A un appui à la marche mais douleurs ++

Saisir les mesures des constantes

Ajouter de nouvelles données

FR	FC	TA	Sat.O ₂	Temp.	HGT AJ.	HGT PP.	Poids
			Sat.O ₂ %	Status	Date	Heure	Actions
			95	Normale	11/03/2025	10H19	✎
			95	Normale	13/03/2025	12H25	✎

Pour les usagers des services autonomie à domicile mixtes :

- Indicateur du nombre de pathologies stabilisées, ou en évolution.
- Indicateur du nombre de médicaments / jour.
- Indicateur de dé-prescription (pour certaines classes de médicaments).
- Grille de Norton.
- Echelle EVA de la douleur.

Pour tous les usagers des Sad IDE et SAD Mixtes selon la nature des fragilités

- Nutrition : MNA, Icope Nutrition, IMC.
- Motricité : Test de la marche sur 4 m ; Test du lever de chaise.
- Icope dépistage.
- Fonction neuro-psychologiques : Mini COG, Mini MNA, Icope, GAI.
- Aidants : Zarit

D'ici 2027 ces indicateurs seront progressivement analysés avec une intelligence artificielle à partir de données consolidées et anonymisées, afin de tirer des enseignements sur un repérage précoce des fragilités avec des valeurs prédictives, intégrant d'autres données recueillies comme l'âge le sexe, le contexte social, le logement, etc.

	2025	2026	2027	2028	2029
Intégration IA	10%	50%	100%	100%	100%
Domaines	Dossier individuel PPA/PPCS Chatbot	Analyse historique individuel	Analyse multifactorielle de groupe permettant un pilotage de l'activité, de la formation, de la prévention		

A partir de la mise en service de l'outil prévue en novembre 2025, chaque usager bénéficiera progressivement d'un dossier permanent de suivi. Le volume d'utilisateurs bénéficiant de l'outil est déployé de la manière suivante par le projet de service :

	2025	2026	2027	2028	2029
Déploiement	10%	25%	50%	75%	100%

10.3 le suivi des risques liés au médicaments et la polymédication

Le suivi des traitements médicamenteux fait partie intégrante du parcours coordonné. Les professionnels des SAD Mixtes interviennent dans l'administration et la surveillance, tandis que les SAD Aide participent à l'alerte, notamment en cas de non-observance, de perte d'autonomie ou de signes de surdosage. Ces alertes sont tracées dans l'outil OBY, qui permet un partage en temps réel avec les professionnels référents (IDE, médecin traitant, pharmacien) et une adaptation rapide du plan d'aide.

11. L'expression et la participation des usagers et de l'entourage

Le projet de service promeut la participation des usagers :

A titre collectif, des formes de participation sont mises en œuvre par des questionnaires qui leur sont adressés, et où les personnes sont invitées à s'exprimer sur le fonctionnement de l'établissement et leurs attentes. Une fiche action détaille les engagements pris par le groupement et ses membres.

A titre individuel, l'élaboration conjointe du projet personnalisé, est mise en œuvre lors des premiers mois de l'accompagnement, et poursuivi ensuite tout au long de la prise en charge par l'adaptation en continu de ce plan personnalisé.

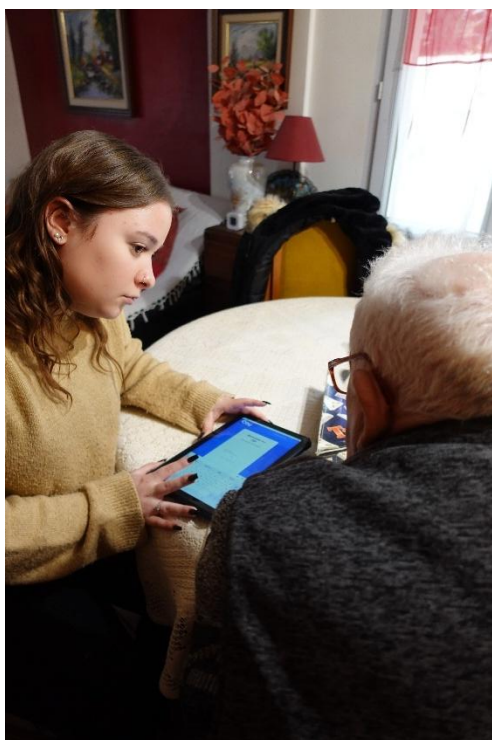
L'entourage est également associé aux travers de différentes modalités

Lors du recueil d'information et de l'élaboration du PPA et ou PPCS, les familles, les représentant légaux sont consulté en accord avec la personne accompagnée.

Le PPA et PPCS prévoient notamment le recueil de leurs attentes, la mesure le cas échéant de leurs problématiques liées à l'aide.

Les personnes accompagnées sont également invitées à la désignation d'une personne de confiance, et informées via le livret d'accueil.

Le dossier numérique OBY en cours de réalisation prévoit également dans une seconde étape des échanges et informations directes aux familles et personnes désignées par la personne accompagnée.



12. Perspectives d'Évolution

Afin de garantir une amélioration continue des services et une adaptation aux nouveaux défis, le GCSMS "Bien Vieillir IDF" oriente son développement selon les axes suivants :

12.1 Couverture territoriale

L'objectif principal est d'élargir la couverture géographique du groupement pour assurer un accès équitable aux services sur l'ensemble de l'Île-de-France, avec une priorité donnée aux départements du Val-d'Oise (95) et de la Seine-et-Marne (77) qui ne sont pas encore couverts. Une attention particulière sera également portée à l'amélioration de la couverture des départements de la grande couronne encore insuffisamment couverts par le groupement (78, 91).

Nous prévoyons entre une et deux ouvertures ou reprises chaque année en priorité sur les territoires visés.

Au terme des 5 années de ce projet de service nous projetons entre 8 et 10 antennes supplémentaires en priorité sur les territoires susmentionnés.

Ces ouvertures pourraient également être attenant ou complétées par des services d'hébergement de type Marpa ou résidence Autonomie, ou d'autres formes d'habitat collectif.

12.2 Digitalisation et Intelligence Artificielle

Le numérique constitue un levier stratégique pour améliorer la qualité des services et optimiser les parcours d'accompagnement. Trois axes sont privilégiés :

Intégration de l'IA à OBY : Développement de solutions basées sur l'intelligence artificielle pour optimiser le parcours des personnes accompagnées, en facilitant la gestion des interventions, la communication et l'anticipation des besoins.

Voir en annexe un modèle de PPA généré par l'IA

IA générative pour les personnels d'encadrement et intervenants : Mise en place d'un assistant numérique basé sur l'IA accessible sur tous les postes et appareils mobiles, afin d'apporter des réponses en temps réel aux questions RH et aux problématiques métiers rencontrés sur le terrain.

Nomination d'un directeur des services informatiques et de l'innovation : Afin de poursuivre et amplifier les efforts en matière de numérique, tant sur le plan de la gestion du parc, que de la sécurité, des règles de confidentialité, et de l'innovation, le groupement a opté pour une direction des services informatiques et de l'innovation.

Canal d'échange avec les usagers et familles : Déploiement d'un système de dialogue assisté par IA permettant d'améliorer la communication avec les personnes accompagnées et leurs proches, afin de mieux comprendre leurs attentes et d'adapter les services en conséquence.

12.3 Virage domiciliaire, temps médical et continuité des soins et services

Compte tenu du vieillissement de la population, de la difficulté d'accès aux soins, du virage domiciliaire, le groupement entend se préparer à des accompagnements de plus en plus complexes, impliquant une couverture des soins et services 24/24, du temps médical pour coordonner au niveau médical les soins et services en lien avec les médecins traitants et les équipes du groupement Bien Vieillir IDF.

Cette vision de la médicalisation des services à domicile n'est pas encore une préoccupation des pouvoirs publics, qui ne prévoient pas de médecin coordonnateur au sein des services à domicile, pour autant elle nous apparaît comme une nécessité si notre société veut garantir un accompagnement domiciliaire de qualité et en mesure d'embrasser en complément des EHPAD, la croissance démographique du vieillissement, la pénurie durable pour au moins 10 ans des professionnels de santé, et l'aspiration majoritaire des Français à vieillir chez eux.

Ces évolutions permettront de renforcer l'efficacité opérationnelle du groupement tout en garantissant une prise en charge plus fluide et adaptée aux besoins des usagers.

	2025	2026	2027	2028	2029
Temps médical en ETP	10% (CRT)	25% (SAD Mixtes)	50% (SAD Mixte)	50%	50%

Afin d'offrir une solution de continuité des soins, et favoriser l'accès au soin, le groupement va explorer en pendant la période 2025-2030, différentes possibilités de développement :

- Création d'un centre de santé pluridisciplinaire avec téléconsultation assistée par une ; infirmière ou IPA pour les usagers en difficulté d'accès aux soins ;
- Contractualisation avec des opérateurs de téléconsultation ;
- Réponse à des appels à projet pour la création de places de soins infirmiers à domicile sur les territoires non couverts par des membres du groupement ;
- Création d'un centre de soins infirmiers à domicile.

12.4 Sécurisation et amélioration du parcours et des compétences des collaborateurs

Le groupement réaffirme sa volonté de renforcer les conditions de travail, l'attractivité des métiers et les perspectives d'évolution professionnelle en son sein.

Dans cette optique, nous prévoyons d'augmenter de 12,5 % les avantages liés à l'emploi sur l'ensemble de la période couverte par le projet d'établissement, soit une progression annuelle de 2,5 %, avec une attention particulière portée aux personnels intervenants.

Au-delà des mesures salariales (revalorisations, avantages complémentaires, évolutions de carrière), nous ambitionnons de :

- Étendre à l'ensemble des structures membres le dispositif d'assistance sociale du personnel, actuellement limité au département 93 ;
- Favoriser la mobilité géographique entre les différents lieux d'intervention ;
- accompagner les agents en difficulté sur les questions de logement et de transport.

13. Annexes

13.1 Fiches actions

Fiche action N° : 1 Couverture territoriale

Objectifs poursuivis :

Élargir la couverture territoriale du GCSMS Bien Vieillir IDF aux départements 95 et 77.

Effets attendus :

Accès équitable aux services sur tous les départements d'Île-de-France.

Contexte :

Absence actuelle d'implantation du GCSMS dans les départements du Val-d'Oise et de la Seine-et-Marne.

Groupe projet :

Direction générale, Directeur d'exploitation, responsable entités.

Responsable projet :

Directeur d'exploitation.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Analyse des besoins territoriaux, identification de partenaires potentiels, ouverture ou reprise d'agences locales.

Échéancier :

2025–2029 (2 implantations/an).

Indicateurs d'évaluation :

Nombre de nouvelles agences ouvertes dans les départements cibles ; nombre d'utilisateurs accompagnés dans ces territoires.

Fiche action N° : 2 Parcours usager, développement de l'IA

Objectifs poursuivis :

Déployer une IA générative dans les outils OBY pour le parcours usager.

Effets attendus :

Amélioration de la fluidité du parcours usager et anticipation des besoins.

Contexte :

Évolution du numérique dans le secteur médico-social et levier identifié pour la personnalisation de l'accompagnement.

Groupe projet :

Pôle informatique et innovation, DPO, équipe OBY.

Responsable projet :

Directeur des services informatiques et de l'innovation.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Développement d'une brique IA dans OBY, test utilisateurs, formation des référents.

Échéancier :

2025–2026

Indicateurs d'évaluation :

Taux d'utilisation de l'IA, taux de satisfaction des équipes, performance sur les temps de réponse et de coordination.

Fiche action N° : 3 Assistant IA à destination des salariés

Objectifs poursuivis :

Mettre en place un assistant IA génératif accessible à tous les intervenants.

Effets attendus :

Meilleure autonomie des équipes et fluidité des réponses aux problématiques RH et métiers.

Contexte :

Besoins récurrents exprimés par les intervenants terrain sur les questions RH et techniques.

Groupe projet :

Direction RH, Directeur des services informatiques et de l'innovation, référents qualité.

Responsable projet :

Responsable RH

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Déploiement d'un assistant IA sur poste et mobile, formation, suivi des usages.

Échéancier :

2025–2027

Indicateurs d'évaluation :

Nombre d'utilisateurs actifs, taux de satisfaction, réduction des sollicitations RH classiques.

Fiche action N° : 4 Canal d'échange numérique avec les usagers et familles

Objectifs poursuivis :

Ouvrir un canal d'échange numérique avec les usagers et familles via IA.

Effets attendus :

Amélioration de la communication et renforcement du lien avec les proches.

Contexte :

Volonté d'associer davantage les proches dans l'accompagnement au domicile.

Groupe projet :

Equipe qualité, Direction d'exploitation, Directeur des services informatiques et de l'innovation.

Responsable projet :

Directeur des services informatiques et de l'innovation.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Développement d'un chatbot/IA sur OBY ou app dédiée, tests utilisateurs.

Échéancier :

2026–2028

Indicateurs d'évaluation :

Nombre d'échanges réalisés via ce canal, taux de satisfaction des familles, feedback sur la qualité des informations.

Fiche action N° : 9 RGPD

Objectifs poursuivis :

Mettre en conformité l'ensemble des structures avec le RGPD.

Effets attendus :

Sécurisation des données personnelles et conformité légale.

Contexte :

Obligations croissantes en matière de protection des données dans le secteur médico-social.

Groupe projet :

DPO, direction informatique, responsables qualité.

Responsable projet :

DPO du GCSMS

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Nomination du DPO, registre des traitements, formations, audits, procédures de gestion des incidents.

Échéancier :

2024–2025

Indicateurs d'évaluation :

Conformité audit CNIL, taux de sensibilisation, nombre d'incidents enregistrés.

Fiche action N° : 10 Coordination

Objectifs poursuivis :

Améliorer la coordination interprofessionnelle et inter-institutionnelle.

Effets attendus :

Parcours de soins fluidifiés, meilleure prise en charge globale.

Contexte :

Multiplicité des intervenants et complexité croissante des situations accompagnées.

Groupe projet :

Direction, CRT, coordinateurs de parcours.

Responsable projet :

Responsable coordination de parcours.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Renforcement des partenariats, réunions de coordination, intégration via OBY.

Échéancier :

2025–2029

Indicateurs d'évaluation :

Nombre de réunions partenariales, taux d'actualisation des PPA, retours des professionnels.

Fiche action N° : 11 Participation des usagers

Objectifs poursuivis :

Renforcer la participation des usagers au projet personnalisé.

Effets attendus :

Meilleure individualisation de l'accompagnement et satisfaction accrue.

Contexte :

Obligation réglementaire et besoin de reconnaissance du rôle des usagers.

Groupe projet :

Référents usagers, responsables qualité, encadrement.

Responsable projet :

Responsable d'entité - Référent participation usage.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Réunions d'expression, intégration dans OBY, outils de mesure, formation.

Échéancier :

2025–2026

Indicateurs d'évaluation :

Nombre de projets signés, taux de participation aux enquêtes, score de satisfaction.

Fiche action N° : 12 Animation de la réflexion éthique

Objectifs poursuivis :

Animer la réflexion éthique collective dans l'ensemble du GCSMS.

Effets attendus :

Renforcement des pratiques respectueuses et concertées.

Contexte :

Nécessité d'un questionnement éthique en réponse à des situations complexes.

Groupe projet :

Comité éthique, représentants usagers, professionnels de santé.

Responsable projet :

Président du comité éthique.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Mise en place d'un comité consultatif, rédaction d'une charte éthique, séances de réflexion.

Échéancier :

2025–2029

Indicateurs d'évaluation :

Nombre de réunions éthiques, nombre de situations analysées, retours des participants.

.Fiche action N° : 13 Développement de la qualité de vie au travail

Objectifs poursuivis :

Développer la qualité de vie au travail (QVT) dans tous les services.

Effets attendus :

Amélioration du bien-être au travail, réduction du turn-over.

Contexte :

Forte sollicitation du personnel et pénurie de professionnels.

Groupe projet :

Direction RH, représentants du personnel, service prévention.

Responsable projet :

Référent QVT.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Pavillon des aides à domicile, actions sociales, équipements (exosquelettes), sondages internes, ;
Tickets restaurants (sous condition de CPOM) ;
Solliciter les IRP pour construire les actions de QVT.

Échéancier :

2025–2029

Indicateurs d'évaluation :

Taux de satisfaction, taux d'absentéisme, taux de fidélisation.

Fiche action N° : 14 Articulation du projet avec les évaluations internes et externes

Objectifs poursuivis :

Articuler le projet de service avec les évaluations internes et externes.

Effets attendus :

Conformité HAS et amélioration continue documentée.

Contexte :

Obligation réglementaire et alignement qualité/stratégie.

Groupe projet :

Direction, responsables qualité, encadrement.

Responsable projet :

Référent qualité.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Fiches actions par critère HAS, auto-évaluation QUALIESMS, suivi des indicateurs.

Échéancier :

2025–2026

Indicateurs d'évaluation :

Résultat des évaluations externes, suivi des fiches actions, taux de mise en œuvre des recommandations.

Fiche action N° : 15 Renforcement des actions de prévention

Objectifs poursuivis :

Renforcer les actions de prévention au domicile et en atelier.

Effets attendus :

Réduction des risques de perte d'autonomie et amélioration de la santé globale.

Contexte :

Public âgé ou fragile nécessitant un accompagnement renforcé en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Groupe projet :

Responsable prévention, psychologue, équipes SAD.

Responsable projet :

Responsable prévention.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Déploiement d'ateliers collectifs, actions individuelles (télé-ergothérapie, activité physique, mémoire), analyse des retours.

Échéancier :

2025–2029

Indicateurs d'évaluation :

Nombre d'actions menées, nombre de bénéficiaires, taux de satisfaction.

Fiche action N° : 16 Renforcer la participation des aidants au projet d'accompagnement

Objectifs poursuivis :

Renforcer la participation des aidants à l'accompagnement.

Effets attendus :

Meilleure coordination, réduction de l'épuisement des proches.

.

Contexte :

Nombre croissant de proches aidants impliqués dans les plans d'aide et les soins.

Groupe projet :

Psychologue, coordination parcours, référents qualité.

Responsable projet :

Psychologue et/ou Coordinateur de parcours.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Groupes de parole, enquêtes, ateliers aidants-aidés, intégration dans OBY.

Échéancier :

2025–2028

Indicateurs d'évaluation :

Nombre d'aidants accompagnés, taux de participation, mesures de charge aidant.

Fiche action N° : 17 Le soutien aux aidants

Objectifs poursuivis :

- Prévenir l'épuisement des aidants naturels en proposant un accompagnement individualisé.
- Valoriser la place des aidants dans le parcours de vie de la personne accompagnée.
- Déployer des actions de répit et de soutien psychologique adaptées aux besoins du territoire.
- Renforcer l'articulation entre aidants, professionnels et partenaires.

Effets attendus :

Amélioration du bien-être des aidants.

- Meilleure coordination entre les aidants, les équipes et les partenaires.
- Diminution des situations de rupture ou de crise liées à l'épuisement des aidants.
- Hausse de la participation des aidants aux ateliers et au projet personnalisé.

Contexte :

La reconnaissance des aidants comme partenaires de l'accompagnement nécessite des dispositifs dédiés. La RBPP HAS 2015 recommande leur soutien par des professionnels formés et une écoute active. Le GCSMS Bien Vieillir IDF a mis en place une démarche outillée et progressive en ce sens.

Groupe projet :

Psychologue, coordinateurs de parcours, référents qualité, direction prévention.

Responsable projet :

Psychologue et/ou Coordinateur de parcours

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Intégration systématique de la parole des aidants dans l'évaluation OBY.

- Utilisation de la grille ZARIT pour évaluer la charge mentale de l'aidant.
- Ateliers AIDANTS / AIDÉS avec activités simultanées : stimulation cognitive pour l'aidé, groupe de parole pour l'aidant.
- Interventions de la psychologue sur demande ou dans le cadre de situations critiques.
- Mise en œuvre progressive des heures de lien social dès validation départementale.
- Partenariats locaux pour solutions relais ou hébergements temporaires.

Échéancier :

2025 : Formalisation des outils et déploiement des premiers ateliers aidants/aidés.

2026 : Finalisation intégration Zarit à OBY.

2026 : Déploiement des évaluations ZARIT et formation des coordinateurs.

2027-2029 : Extension territoriale, consolidation et bilan qualitatif de la démarche.

Indicateurs d'évaluation :

- Nombre d'aidants accompagnés (via OBY).
- Nombre d'évaluations ZARIT réalisées.
- Taux de participation aux ateliers et groupes de parole.
- Retours qualitatifs recueillis (entretiens, questionnaires, observations).
- Suivi du taux de réévaluation des PPA intégrant un volet aidant.

Fiche action N° : 18 Améliorer la sécurité des professionnels et bénéficiaires

Objectifs poursuivis :

Améliorer la sécurité des professionnels et des bénéficiaires.

Effets attendus :

Réduction des risques liés aux interventions à domicile.

Contexte :

Environnement de travail parfois contraint ou potentiellement à risque.

Groupe projet :

Direction, référents sécurité, Direction RH, encadrement SAD.

Responsable projet :

Référent sécurité.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Plan de prévention, DUERP actualisé, matériel (exosquelettes, téléphones sécurisés), formation.

Échéancier :

2025–2026

Indicateurs d'évaluation :

Nombre d'incidents signalés, audits sécurité, taux de participation aux formations, taux d'utilisation des exosquelettes.

Fiche action N° : 19 Structuration et déploiement d'une stratégie RSE

Objectifs poursuivis :

Formaliser une démarche RSE globale, adaptée aux enjeux du secteur médico-social à domicile.
Intégrer les principes de durabilité, d'éthique et de responsabilité sociale dans l'ensemble des pratiques du groupement.
Réduire l'empreinte environnementale, améliorer la qualité de vie au travail, et renforcer l'impact territorial du groupement.

Effets attendus :

Réduction de l'impact environnemental et amélioration de la perception RSE du GCSMS.

Contexte :

Demande croissante des parties prenantes en matière d'engagement RSE.

Groupe projet :

Comité de pilotage RSE, direction, équipe logistique.

Responsable projet :

Référent RSE.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Indicateur	Objectif cible
% de salariés formés à la RSE	10 % d'ici fin 2027
Réduction des émissions CO ₂ déplacements	-10 % d'ici fin 2029
Taux d'achats avec clause RSE	30 % d'ici 2027
Nombre d'actions RSE locales / sur les 5 ans	≥ 1 par agence
Taux de satisfaction des salariés sur QVT (baromètre interne)	≥ 85 %

Échéancier :

2025	Lancement, désignation du référent, premières actions QVT & environnement.
2026	Intégration des critères RSE dans les achats, formation généralisée.
2027	Bilan intermédiaire – 1er rapport d'impact social et environnemental.
2028	Renforcement des actions territoriales et évaluation des impacts.
2029	Audit final et ajustement pour un second cycle RSE.

Indicateurs d'évaluation :

Suivi des indicateurs environnementaux, nombre d'actions RSE, taux d'engagement du personnel.

Fiche action N° : 20 Gestion des parcours complexes

Objectifs poursuivis :

Structurer la gestion des parcours complexes.

Effets attendus :

Amélioration de la fluidité et de la coordination dans l'accompagnement.

Contexte :

Augmentation du nombre de situations complexes nécessitant un appui pluridisciplinaire.

Groupe projet :

Responsables SAD mixtes, gestionnaires de parcours, coordination médicale, Direction d'exploitation.

Responsable projet :

Référente gestion de parcours.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Cartographie des situations, coordination via OBY, outils partagés de suivi, réunions de concertation.

Échéancier :

2025–2027

Indicateurs d'évaluation :

Nombre de situations complexes accompagnées, nombre de réunions de coordination, retour des partenaires.

Fiche action N° : 21 Formation continue

Objectifs poursuivis :

Formaliser un programme de formation continue intégré à la GEPP.

Effets attendus :

Montée en compétences, sécurisation des pratiques et fidélisation des professionnels.

Contexte :

Réformes des SAD et diversification des publics nécessitant des compétences renforcées.

.

Groupe projet :

Direction RH, centre de formation, encadrants.

Responsable projet :

Responsable formation.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Plan de formation annuel, suivi des heures, intégration RBPP et outils numériques, parcours intégrés.

Échéancier :

2025–2029

Indicateurs d'évaluation :

Nombre de formations, heures dispensées, satisfaction stagiaires, taux de couverture des effectifs.

Fiche action N° : 22 Renforcement de l'analyse des pratiques professionnelles

Objectifs poursuivis :

Renforcer l'analyse des pratiques professionnelles.

Effets attendus :

Amélioration continue, retour réflexif sur les accompagnements.

Contexte :

Besoins exprimés par les professionnels, HAS et recommandations éthiques.

Groupe projet :

Encadrants, psychologue, équipe qualité.

Responsable projet :

Psychologue

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Supervision mensuelle, outils d'analyse, animation de groupes de pratiques par territoire.

Échéancier :

2025–2028

Indicateurs d'évaluation :

Nombre de séances réalisées, thématiques abordées, retours des professionnels.

Fiche action N° : 23 Pilotage et suivi des CPOM

Objectifs poursuivis :

Assurer le pilotage et le suivi des engagements CPOM.

Effets attendus :

Suivi rigoureux des obligations contractuelles avec les départements.

Contexte :

Multiplicité des CPOM avec des spécificités territoriales.

Groupe projet :

Direction, encadrants, responsables opérationnels.

Responsable projet :

Direction générale, Direction d'exploitation, Référent CPOM.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Tableau de bord, calendrier partagé, reporting semestriel, préparation des dialogues de gestion.

Échéancier :

2025–2029

Indicateurs d'évaluation :

Respect des échéances CPOM, nombre de bilans transmis, taux d'atteinte des objectifs contractualisés.

Fiche action N° : 24 Amélioration du projet personnalisé

Objectifs poursuivis :

Renforcer la qualité, la révision et la co-construction du PPA et PPCS.

Effets attendus :

Amélioration les PPA et PPCS.

Contexte :

Qualité de prise en charge et interopérabilité.

Groupe projet :

Direction, encadrants, responsables opérationnels.

Responsable projet :

Direction générale, Direction d'exploitation, Référent CPOM.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

développement d'une IA générative au sein de OBY pour améliorer la qualité des PPA et PPCS rodés

Échéancier :

2025 : Intégration de l'IA dans OBY via un POC (Proof of concept).

2026 : Entraînement de l'IA.

2027 : formation des utilisateurs de OBY.

Indicateurs d'évaluation :

Respect des délais de production.

Nombre de PPA et PPCS.

Nombre de PPA et PPCS produits avec l'aide de l'IA.

Fiche action N° : 25 Optimisation de l'admission et de l'accueil

Objectifs poursuivis :

Uniformiser les pratiques d'accueil, améliorer l'expérience de l'admission.

Effets attendus :

Sécurisation de la phase d'accueil, amélioration de la satisfaction client pour l'accueil.

Contexte :

Le livret d'accueil, le DIPC et la phase d'admission sont des outils-clés pour les ESSMS.

Groupe projet :

Encadrants SAD, coordinateurs, référents qualité.

Responsable projet :

Direction d'exploitation.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

Mise à jour des documents remis à l'entrée.

- Standardisation des visites d'évaluation.
- Suivi des délais d'admission.
- Formation des responsables d'admission.

Échéancier :

2025-2026

Indicateurs d'évaluation :

Délai moyen entre demande et admission.

- Taux de DIPC remis signés sous 7 jours.
- Satisfaction des nouveaux usagers.

Fiche action N° : 26 Prise en compte de la douleur et accompagnement de la fin de vie

Objectifs poursuivis :

- Systématiser l'évaluation et le suivi de la douleur.
- Former les équipes aux soins palliatifs à domicile.
- Intégrer des outils validés (EVA, Norton, etc.) dans l'évaluation.
- Repérage des besoins en soins palliatifs.

Effets attendus :

- Réduction des situations non repérées ou mal accompagnées.
- Montée en compétence des professionnels.
- Qualité et dignité des fins de vie à domicile renforcées.

Contexte :

PPL Fin de vie et soins palliatifs.

Groupe projet :

Direction des soins, coordinateurs de parcours, psychologue, équipes CRT.

Responsable projet :

Direction des soins, équipes CRT.

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

- Intégration des échelles EVA, Norton dans OBY.
- Déploiement d'un module 'fin de vie' en formation continue.
- Coordination avec les réseaux palliatifs.
- Etablir une procédure de dépistage des besoins et d'orientation en soins palliatifs.

Échéancier :

2025-2027

Indicateurs d'évaluation :

- Nombre de formations 'soins palliatifs' délivrées.
- Taux d'usagers évalués via échelle EVA.
- Satisfaction des familles en fin de vie (retour post-décès).

Fiche action N° : 27 harmonisation et MAJ de la documentation à usage professionnel

Objectifs poursuivis :

- Assurer la conformité réglementaire des documents remis aux usagers.
- Garantir l'homogénéité des documents utilisés dans les structures membres.
- Faciliter la mise à jour continue des supports obligatoires.

Effets attendus :

- Meilleure lisibilité des droits et obligations.
- Professionnalisation de l'accueil et de la communication.
- Réduction des écarts entre entités du groupement.

Contexte :

Les outils obligatoires doivent être actualisés, harmonisés et diffusés.

Groupe projet :

Référents qualité, direction juridique, services informatiques.

Responsable projet :

Responsable qualité

Moyens/modalités à mettre en œuvre :

- Audit documentaire des pratiques existantes.
- Création d'un kit documentaire harmonisé (accessible via Chatbot).
- Veille juridique partagée.
- Chatbot.

Échéancier :

2026-2029

Indicateurs d'évaluation :

- Taux de conformité des documents (audit interne).
- Nombre d'agences utilisant le kit harmonisé.
- Mise à jour annuelle effective des documents.

Tableau récapitulatif des fiches action

N° Fiche	Intitulé	Objectif principal	Responsable	Échéancier	Indicateurs de suivi
1	Couverture territoriale	Élargir la couverture territoriale du groupement	Directeur d'exploitation	2025–2029	Nb d'agences ouvertes ; Nb usagers nouveaux
2	Parcours usager, développement de l'IA	Déployer une IA générative dans OBY	Directeur des services informatiques	2025–2026	Utilisation IA ; taux satisfaction
3	Assistant IA à destination des salariés	Mettre à disposition un assistant IA métier pour les salariés	Responsable RH	2025–2027	Nb d'utilisateurs IA ; sollicitation RH
4	Canal d'échange numérique avec les usagers et familles	Créer un canal numérique pour les usagers et familles	Directeur innovation	2026–2028	Nb d'échanges via OBY ; satisfaction familles
9	RGPD	Mettre en conformité RGPD l'ensemble des structures	DPO	2024–2025	Conformité audit ; incidents enregistrés
10	Coordination	Renforcer la coordination interprofessionnelle	Responsable coordination parcours	2025–2029	Nb de réunions partenariales ; suivi des PPA
11	Participation des usagers	Renforcer la participation des usagers au projet d'accompagnement	Référent participation usagers	2025–2026	Taux de signature PPA ; participation usagers
12	Animation de la réflexion éthique	Structurer la réflexion éthique	Président du comité éthique	2025–2029	Nb de réunions ; cas analysés ; retours
13	Développement de la qualité de vie au travail	Améliorer la qualité de vie au travail	Référent QVT	2025–2029	Taux satisfaction ; fidélisation ; absentéisme
14	Articulation du projet avec les évaluations internes et externes	Aligner le projet de service avec les évaluations qualité	Référent qualité	2025–2026	Taux mise en œuvre recommandations ; résultats
15	Renforcement des actions de prévention	Déployer des actions de prévention à domicile	Responsable prévention	2025–2029	Nb d'ateliers / séances ; nb bénéficiaires
16	Renforcer la participation des aidants au projet d'accompagnement	Impliquer les aidants dans le PPA/PPCS	Psychologue ou coordinateur parcours	2025–2028	Taux implication aidants ; score Zarit
17	Le soutien aux aidants	Mettre en œuvre des dispositifs de soutien aux aidants	Psychologue ou coordinateur parcours	2025–2029	Nb aidants accompagnés ; satisfaction
18	Améliorer la sécurité des professionnels et bénéficiaires	Renforcer la sécurité des professionnels et bénéficiaires	Référent sécurité	2025–2026	Nb incidents ; taux équipement sécurité
19	Structuration et déploiement d'une stratégie RSE	Formaliser et piloter une stratégie RSE	Référent RSE	2025–2029	Nb actions RSE ; taux engagement salariés
20	Gestion des parcours complexes	Coordonner les accompagnements complexes	Référente gestion de parcours	2025–2027	Nb situations complexes coordonnées
21	Formation continue	Mettre en œuvre un programme de formation continue	Responsable formation	2025–2029	Nb de formations ; heures dispensées
22	Renforcement de l'analyse des pratiques professionnelles	Renforcer les pratiques professionnelles par l'analyse	Psychologue	2025–2028	Nb de séances ; thématiques abordées
23	Pilotage et suivi des CPOM	Piloter et suivre les engagements des CPOM	Direction générale / Référent CPOM	2025–2029	Nb de bilans transmis ; taux atteinte objectifs
24	Amélioration du projet personnalisé	Améliorer la qualité et la traçabilité du PPA	Référent qualité	2025–2027	Taux de PPA actualisés ; signature ; conformité
25	Optimisation de l'admission et de l'accueil des usagers	Harmoniser l'accueil et contractualisation	Responsable admission	2025–2026	Délai admission ; taux satisfaction
26	Prise en compte de la douleur et accompagnement de la fin de vie	Intégrer évaluation douleur et soins palliatifs	Directeur des soins	2025–2027	Nb d'évaluations EVA ; formations palliatifs
27	Harmonisation et mise à jour de la documentation usager et professionnelle	Harmoniser les documents contractuels et supports	Responsable qualité	2025	Nb de documents harmonisés ; conformité audit

13.2. Les résultats des travaux des groupes de travail

13.2.1. La stratégie numérique

La stratégie numérique du GCSMS « Bien Vieillir IDF » repose sur une approche progressive, sécurisée et innovante, visant à améliorer la qualité des services, optimiser les ressources et renforcer la coordination des parcours.

Avancées majeures

Conformité Ségur du numérique atteinte fin 2024 pour l'ensemble des ERP métiers.

Mise à niveau d'OBY en cours, avec intégration prévue d'ici fin 2025 des services :

INSI, Pro Santé Connect, MSS, DMP.

Évolution d'OBY vers une solution complète intégrant le suivi en temps réel, les outils de coordination (PPA, PPCS, DLU) et l'historique des données.

Intégration de l'intelligence artificielle (IA)

Le groupe de travail recommande 4 axes de déploiement de l'IA générative :

Dans OBY : soutien à l'élaboration des projets personnalisés, repérage de fragilités, statistiques.

Pour les encadrants/administratifs : outils d'aide à la gestion et au pilotage.

Pour les intervenants : appui aux pratiques professionnelles et à la progression interne.

Pour les usagers : assistant IA facilitant l'accès aux informations et aux droits.

Sécurisation des systèmes

OBY est hébergé sur un serveur agréé HDS.

Mises à jour de sécurité régulières assurées par le prestataire.

Planification de tests d'intrusion (2025–2029) :

Externe (attaque simulée depuis Internet),

Interne (simulation d'un accès malveillant en interne),

Ingénierie sociale (phishing, manipulation...).

13.2.2. La réglementation générale sur la protection des données (RGPD) :

Le GCSMS "Bien Vieillir IDF" s'engage dans une démarche de mise en conformité RGPD sur la période 2025–2029, issue des travaux du groupe de travail dédié à la protection des données.

Les objectifs principaux sont de :

Garantir la sécurité des données personnelles des usagers et des professionnels ;

Respecter les obligations légales et réglementaires ;

Renforcer la confiance des bénéficiaires, familles et partenaires ;

Optimiser la gestion des données au service de la qualité des accompagnements.

Le groupe de travail a identifié les priorités suivantes :

Désignation d'un DPO et organisation de ses missions ;

Création d'un registre des traitements ;

Formation du personnel au RGPD et à la sécurité des données ;

Déploiement de procédures et d'outils de sécurisation ;

Suivi d'un calendrier structuré jusqu'à fin 2029 ;

Un audit final validera la mise en conformité de l'ensemble des structures membres.

Au-delà des aspects techniques, ce groupe de travail a permis de sensibiliser les équipes à la gestion des données personnelles et de les impliquer activement dans la mise en œuvre des bonnes pratiques.

13.2.3. La formation et la gestion des emplois et des parcours professionnels (GEPP)

La formation constitue un pilier stratégique du GCSMS "Bien Vieillir IDF" et s'inscrit dans une logique de montée en compétence continue, en réponse à l'évolution des besoins des usagers et des métiers du domicile.

Issue des travaux du groupe de travail dédié, la stratégie de formation repose sur deux axes complémentaires :

Des formations longues (apprentissage, professionnalisation) pour intégrer et faire évoluer les professionnels ;

Des formations courtes, centrées sur les besoins identifiés en lien avec la perte d'autonomie, le handicap, la qualité et la bientraitance.

L'élaboration du plan de formation est définie annuellement à partir des remontées des équipes et agences via le service des ressources humaines en s'appuyant sur les bilans qualité, les RBPP, les retours usagers en lien avec le centre de formation et après validation budgétaire et consultation du CSE.

Formations courtes

85 sessions de formation courte prévues (770 salariés formés, 1,5 jour/an en moyenne).

Thématiques : accompagnement, sécurité, pathologies, outils numériques, bientraitance.

Déploiement du programme "Almage Alzheimer Centers" : méthode non médicamenteuse d'accompagnement des TND ; objectif de 25 % du personnel formé d'ici 2029.

Thématique	Nombre de sessions	Total heures
Nutrition adaptée aux publics accompagnés	6	48
La maladie d'Alzheimer	4	32
Aide à la toilette	10	80
Manutention des personnes âgées	11	88
SST (Sauveteur Secouriste du Travail)	9	72
Pathologies liées au handicap: les handicaps moteurs	7	56
Formation OBY	1	8
Intégration des nouveaux arrivants	5	40
La maladie de Parkinson	6	48
Prise en charge de la dépendance	5	40
Entretien du logement	2	16
Accompagnement à la fin de vie	5	40
Entretien du linge	3	24
Bientraitance/Maltraitance	3	24
Méthode Almage accompagnement des MND encadrants	5	35
Méthode Almage accompagnement des MND intervenants	3	21

Focus : la méthode *Almage Alzheimer Centers*

En partenariat avec Almage Alzheimer Centers, le groupement a engagé un programme pluriannuel de formation à destination des intervenants et encadrants, pour l'accompagnement des personnes atteintes de troubles neurodégénératifs (TND).

Objectifs : favoriser la bientraitance, l'autonomie, et proposer une approche non médicamenteuse.

Format : audit initial + 5 jours de formation + suivi clinique par neuropsychologue sur cas réels.

Premiers résultats : 6 encadrants et 20 intervenants formés en 2024-2025 ; retour très positif des équipes et des bénéficiaires.

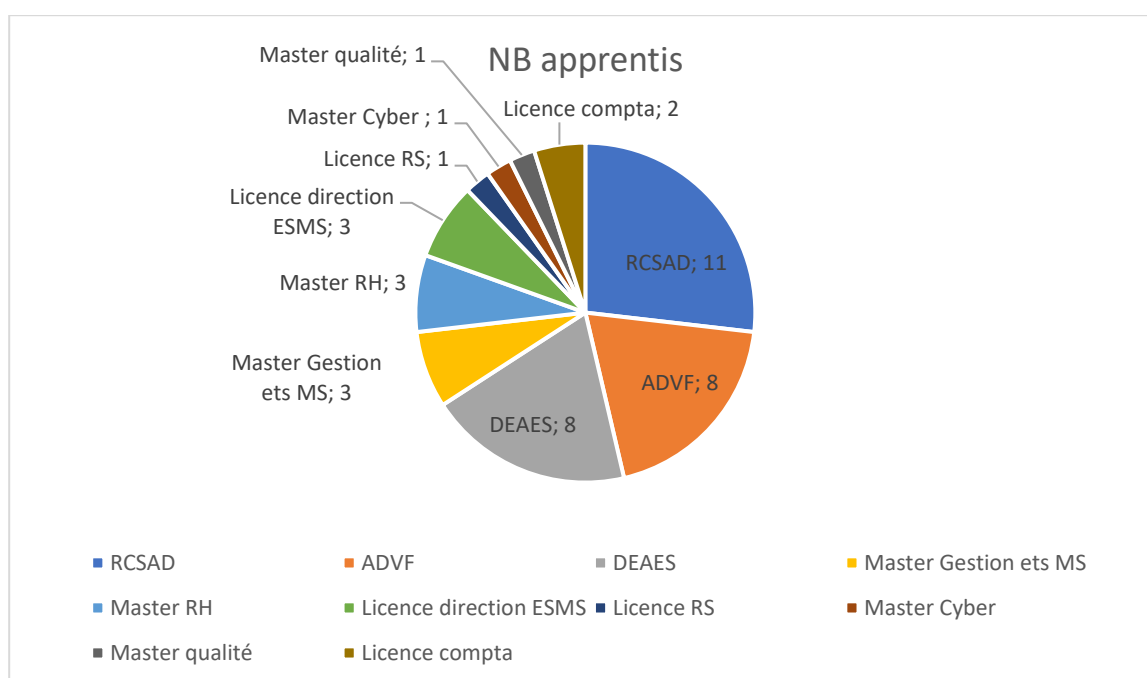
Objectif à horizon 2029 : 25 % du personnel formé, soit 40 salariés formés/an = 1400 heures de formation cumulées.

Au-delà des formations courtes, le groupement organise lui-même un certain nombre de formations en lien avec l'organisation interne, la maîtrise des outils, notamment numériques, et propose également des groupes d'analyse de pratique à ses salariés.

Formations longues

39 apprentis en alternance accueillis dans les structures du groupement.

Objectif : +10 % d'apprentis par an sur la période 2025–2029.



Les objectifs stratégiques issus des groupes de travail sont de :

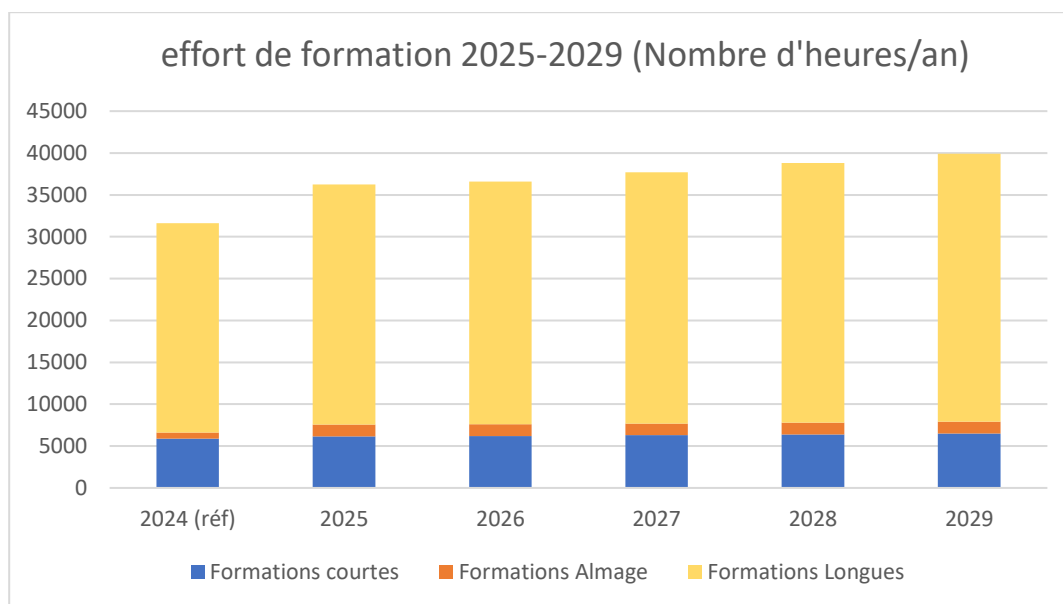
Renforcer les compétences métier (vieillesse, handicap, RBPP).

Accélérer la transition numérique et l'usage de l'IA (OBY, coordination, Ségur).

Structurer l'intégration des nouveaux professionnels (e-learning, tutorat).

Développer l'encadrement et l'apprentissage (management, communication).

Un bilan annuel sera réalisé, avec suivi des indicateurs mise en place (Nombre de salariés formés et heures réalisées, Taux de satisfaction, Diversité des thématiques, Suivi GEPP (mobilité, promotions, turn-over).



La GEPP au service de la stratégie RH

Au-delà de la formation, le GCSMS déploie une stratégie active de GEPP afin d’anticiper les évolutions des métiers, favoriser les mobilités internes et sécuriser les parcours professionnels.

Les actions mises en œuvre dans ce cadre incluent :

Le repérage régulier des compétences disponibles et à développer, via les entretiens professionnels, les retours d’encadrement et les besoins terrain ;

Le renforcement de l’intégration des nouveaux arrivants par un parcours structuré (immersion, e-learning, tutorat) ;

La promotion de la mobilité interne et des parcours de progression (vers encadrement, spécialisation ou tutorat) ;

Le suivi des indicateurs RH (turn-over, ancienneté, promotion) pour ajuster les dispositifs ;

L’appui à l’alternance et aux reconversions via des partenariats avec les organismes de formation.

Cette GEPP est conçue comme un levier de fidélisation, d’attractivité et de sécurisation des parcours, notamment dans un contexte de pénurie structurelle de main-d’œuvre dans le secteur du domicile.

13.2.4. La qualité de vie et conditions de travail (QVCT)

Pavillon des aides a domicile

Dans le cadre du CPOM conclu avec la Seine Saint Denis, le groupement a mis en place en 2024 à Pavillons sous-bois, un « Pavillon des aides à domicile », espace ouvert aux intervenantes leur permettant de se détendre et d’accéder gratuitement à différents services soit pendant les intermissions, soit avant ou après le travail. Doté d’une espace détente, avec télévision, fauteuil massant, et d’un espace services avec lavage et séchage du linge, préparation de repas, permanence d’une assistante sociale dédiée aux problématiques des salariés, d’un accès au numérique, cet espace a été plébiscité par les salariés, qui ont également perçus des tickets restaurants.

Nous envisageons d’étendre cette expérimentation, progressivement aux autres départements sous conditions de CPOM, d’ici 2029.

Mise à disposition d'exosquelettes

Nous avons en 2024-25 expérimenté l'utilisation de 30 exosquelettes, sur des situations de pénibilité particulière dans les activités des personnels d'intervention. Avec l'appui financier de la région, et le gérontopôle, ces exosquelettes sont à disposition des salariés, qui peuvent l'utiliser pour certains actes d'aide où ce matériel est requis.

Favoriser l'intégration des nouveaux salariés

Chaque nouveau salarié est accueilli individuellement et pour les intervenants se voit remettre une mallette professionnelle contenant :

Le guide du salarié (52 pages), reprenant des techniques et bonnes pratiques et des informations sur le groupement et ses structures ;

Un parapluie pour les déplacements lorsqu'il pleut ;

Une batterie externe pour recharger les téléphones ;

Un jeu de blouses ;

Une petite trousse de 1^{er} secours ;

Une boîte isotherme pour les repas ;

Un courrier de bienvenue.

De plus chaque nouveau salarié, est accompagné sur une période de tutorat de 4 à 7 jours, et participe au bout de 2 mois à une journée d'intégration.

13.2.5. La qualité

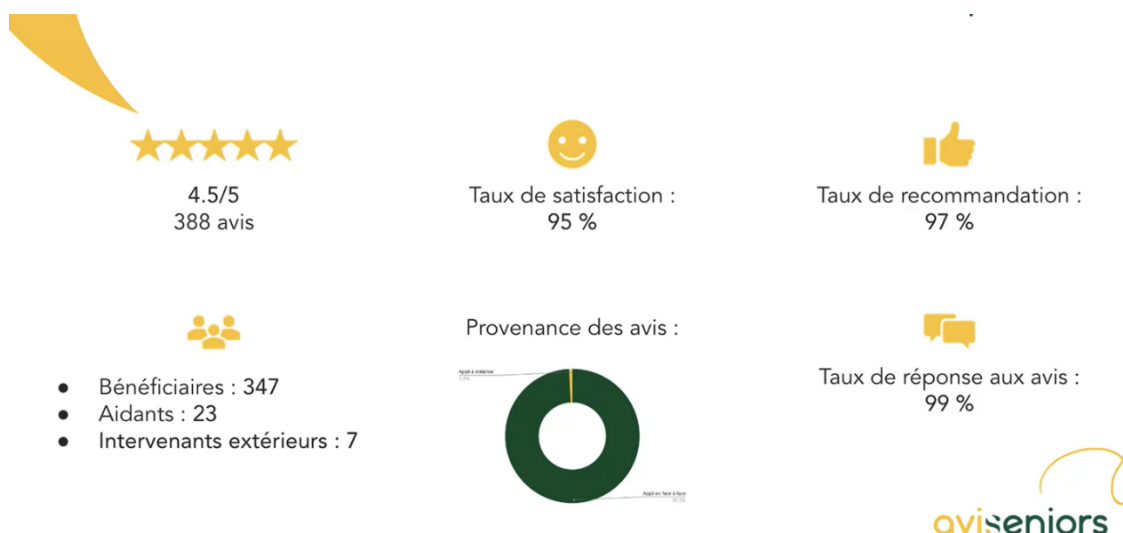
La démarche qualité du GCSMS "Bien Vieillir IDF" a été structurée par le groupe de travail dédié, à partir :

- D'un autodiagnostic approfondi (via l'outil QualiESMS),
- De l'analyse des réglementations en vigueur (HAS, loi 2002-2...),
- De l'étude des procédures internes existantes,
- De retours d'expérience recueillis auprès d'autres établissements et services médico-sociaux, afin d'adapter les pratiques aux réalités du terrain et aux besoins spécifiques des publics accompagnés.

Les principaux axes retenus sont :

- La désignation d'un référent qualité, en charge du suivi de la satisfaction à court et long terme, ainsi que du PPA et DPIC
- Le suivi structuré des plaintes, réclamations, événements indésirables (EI/EIG), avec bilans annuels par type d'autorisation.
- Le recueil d'avis externes par un organisme indépendant (Aviseniors).
- L'actualisation des procédures qualité, notamment en lien avec les évolutions numériques (Séguir).
- L'organisation de réunions bimensuelles d'équipe, intégrant la qualité et l'appropriation des outils de la loi 2002-2 et des RBPP.
- La création d'équipes autonomes et de référents qualité de terrain, capables d'intervenir sur les situations complexes et d'actualiser les PPA.

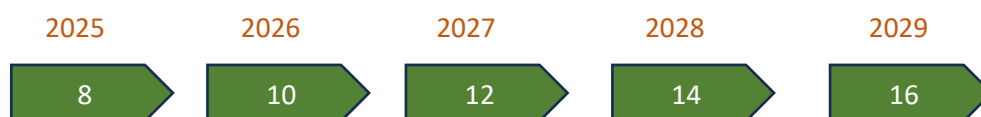
Cette démarche vise à ancrer une culture qualité partagée, fondée sur l'amélioration continue, la participation des professionnels, et l'adéquation avec les besoins des personnes accompagnées.



Equipes autonomes



Référents qualité (responsables d'équipe)



Coordinateurs de parcours



13.2.6. La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance

La prévention de la maltraitance constitue une priorité stratégique du GCSMS "Bien Vieillir IDF". Elle s'inscrit dans le cadre légal et réglementaire applicable aux ESSMS (articles L.311-3 et L.311-4 du CASF), des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la HAS, et des circulaires nationales sur la bientraitance et la protection des personnes vulnérables.

Ce volet a été travaillé de manière approfondie par le groupe de travail dédié, dont la réflexion a été nourrie par l'analyse des textes de référence, les remontées de terrain, les retours d'expérience d'autres structures du secteur et les constats liés aux spécificités du travail à domicile, où les situations se déroulent dans un huis clos difficilement observable par l'encadrement.

Le risque de maltraitance est souvent sous-estimé à domicile, du fait de la brièveté des interventions (en moyenne une heure par jour), de l'absence de présence continue d'un tiers dans l'espace domestique et de la vulnérabilité de certaines personnes accompagnées ou de leurs aidants.

Les travaux ont permis de mettre en place sur une stratégie basée sur quatre leviers complémentaires :

Mieux connaître le huis clos des interventions à domicile :

Organisation de visites qualité régulières au domicile des usagers.

Déploiement de coordinateurs de parcours pour assurer un lien étroit entre terrain, famille, encadrement et intervenants.

Mise en place de partenariats avec des professionnels du territoire pour favoriser les signalements précoces et les interventions coordonnées.

Favoriser la libre expression des personnes accompagnées et de leur entourage :

Mise à disposition d'un outil d'automesure de ressenti, remis à chaque usager dès l'accueil, en complément du livret d'accueil.

Intégration de cette parole dans les outils numériques de suivi (dont OBY).

Valorisation du cercle d'aidants comme source d'alerte et de prévention.

Prévenir l'épuisement des aidants et repérer les signaux faibles :

Intégration du repérage dans le cadre des entretiens de coordination de parcours.

Accompagnement individualisé proposé dès les premiers signes de surcharge ou de mal-être.

Former et sensibiliser les professionnels en continu :

Modules spécifiques sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance, intégrés dans le plan de formation.

Intégration transversale de ces thématiques dans toutes les formations (toilette, fin de vie, relation à l'usager...).

Appropriation des outils de la loi 2002-2 (charte, projet personnalisé, CVS, document individuel de prise en charge...).

L'ensemble de cette démarche vise à inscrire durablement une culture de la bientraitance, fondée sur l'observation active, l'écoute, la coordination interprofessionnelle et une vigilance éthique partagée, au service des personnes les plus vulnérables.

Bientraitance 😊			Vigilance - Négligence 😞			Maltraitance 😡		
Je m'exprime sans peur	Je suis informé, je donne mon avis	Mon entourage prend soin de moi et de ma santé	Mon entourage me tutote, on me donne un surnom sans mon accord	Mon entourage me parle mal	Mon entourage menace de m'abandonner	Mon entourage n'écoute pas mes demandes	Mon intimité n'est pas respectée	Mon entourage menace de me faire du mal, de me punir
Mon entourage prend soin de moi. Tout va bien			Vous êtes victime de négligence. Ces comportements doivent vous alerter. Vous n'êtes pas seul/seul. Appelez le 3977, numéro gratuit (de 9 h à 19 h tous les jours).			Vous êtes en danger immédiat. Contactez le numéro d'urgence le 112, et/ou le 114 par sms pour les personnes malentendantes ou ne pouvant pas téléphoner.		
						Mon entourage m'empêche de sortir ou de voir qui je veux	J'ai faim, je suis sale, je n'ai pas mes médicaments	Mon entourage me vole
								Mon entourage est brutal quand il s'occupe de moi
								Mon entourage m'humilie, m'insulte
								Mon entourage me force à donner ou recevoir des caresses sans mon accord
								Mon entourage me frappe ou m'oblige à avoir des rapports sexuels

13.2.7. La démarche de questionnement éthique

Afin de vivre sur toute la durée du nouveau projet, la réflexion éthique doit être collective, et associer des points de vue différents (usagers, proches, représentants d'usagers, professionnels, personnes ressources, personnalités qualifiées...).

Résumé des orientations stratégiques du projet 2025-2030 en matière de questionnement éthique
Le projet 2025-2030 place la réflexion éthique au cœur de son action, affirmant son caractère collectif et participatif. Cette démarche vise à associer différents acteurs (usagers, proches, professionnels, experts) afin de confronter des points de vue variés et enrichir le débat.

Fondements du questionnement éthique

L'éthique s'impose lorsque des contradictions apparaissent entre les valeurs humanistes, républicaines et responsables portées par l'organisation et les pratiques observées sur le terrain. Les principes affirmés en 2018 restent pertinents, mais certaines préoccupations deviennent plus prégnantes, notamment en matière de responsabilité sociale et environnementale, protection des données et lutte contre les discriminations.

Le projet doit non seulement intégrer ces évolutions, mais aussi assurer la diffusion et l'animation de la réflexion éthique, tout en mesurant ses effets grâce à des indicateurs.

Actions prévues sur la période 2025-2030.

1. Mise en place d'un Comité consultatif de questionnement éthique

Rôle : émettre des avis sur des dilemmes éthiques liés aux pratiques et aux valeurs du projet de service.

Composition :

- 1 membre du personnel intervenant ;
- 1 encadrant ;
- 1 membre de la direction ;
- 1 représentant des usagers ;
- 1 représentant des partenaires/institutions ;
- 1 médecin ou professionnel de santé externe ;
- 1 expert en éthique des ESSMS ;
- Consultation possible des référents internes (RGPD, QVT, RSE...).

Fonctionnement :

Instance consultative (sans quorum requis).

Réunions semestrielles ou à la demande de la direction (3h30 par séance).

Coût annuel estimé à 2 264 € (indemnités et frais annexes).

2. Création d'une Charte éthique

Élaborée par un groupe de travail associant plusieurs parties prenantes (direction, RH, juridique, soins, exploitation).

Consultation des référents internes (RGPD, QVT, RSE...).

Validation par le Comité consultatif de questionnement éthique.

Diffusion auprès des usagers, collaborateurs et partenaires.

3. Suivi et évaluation de la démarche éthique

Mise en place d'indicateurs pour mesurer l'impact de la charte et des avis du comité.

Intégration des résultats dans les rapports annuels.

Ce plan stratégique inscrit la réflexion éthique dans une dynamique d'amélioration continue, garantissant une prise de décision éclairée et conforme aux valeurs fondamentales du projet.

13.2.8. La responsabilité sociétale des entreprises (RSE)

Le GCSMS Bien Vieillir IDF affirme, à travers sa stratégie RSE, sa volonté de conjuguer efficacité organisationnelle, qualité de service et responsabilité vis-à-vis de l'environnement, des professionnels, des usagers et de l'ensemble de ses parties prenantes. La RSE s'inscrit ici comme un levier stratégique de transformation sociale, territoriale et écologique dans le secteur médico-social à domicile.

Une stratégie globale au service du sens et de l'impact

La démarche RSE du GCSMS repose sur une volonté de formalisation progressive à partir de 2025, avec les objectifs suivants :

Intégrer les principes de durabilité, d'éthique et d'équité dans les pratiques de gestion et d'accompagnement ;

Réduire l'empreinte environnementale de l'activité ;

Renforcer l'impact social et territorial du groupement (inclusion, lien local, soutien aux salariés) ;

Améliorer la qualité de vie au travail (QVT) dans l'ensemble des structures membres.

Cette démarche répond à une attente croissante des usagers, des partenaires publics et privés, et des salariés du secteur médico-social.

Organisation du pilotage

La structuration de la démarche repose sur :

Un référent RSE désigné en 2025 ;

Un comité de pilotage RSE regroupant la direction, des représentants des salariés et l'équipe logistique ;

L'intégration progressive des critères RSE dans la politique d'achats, les projets territoriaux, les événements internes et le dialogue social.

Objectifs quantifiés à horizon 2029

Indicateur	Objectif cible
% de salariés formés à la RSE	10 % d'ici fin 2027
Réduction des émissions de CO ₂ liées aux déplacements	−10 % d'ici fin 2029
Taux d'achats intégrant une clause RSE	30 % d'ici 2027
Nombre d'actions RSE locales organisées	≥ 1 par agence sur 5 ans
Taux de satisfaction QVT (baromètre interne)	≥ 85 %

Calendrier de déploiement

- 2025 : Lancement de la stratégie, désignation du référent, premières actions QVT et environnement (mobilité, tri, sobriété numérique...).
- 2026 : Intégration des critères RSE dans les achats, formation des équipes, diffusion de la charte RSE.
- 2027 : Bilan intermédiaire, 1er rapport d'impact social et environnemental du GCSMS.
- 2028 : Consolidation des actions locales (ateliers, partenariats, mobilité douce).
- 2029 : Audit final, mise à jour de la stratégie pour un second cycle RSE 2030–2035.

Évaluation et amélioration continue

Le suivi repose sur :

- Le monitoring d'indicateurs environnementaux (mobilité, consommation, empreinte numérique...),
- Le nombre et la diversité des actions déployées localement,
- Le taux d'engagement des salariés, évalué par des enquêtes internes et par la participation aux démarches proposées.

Cette démarche s'intègre pleinement dans la logique de gouvernance éthique, d'ancrage territorial, de cohésion interne et de qualité globale portée par le projet de service.

13.2.9. La participation des usagers

Les usagers peuvent s'exprimer via différents canaux :

- Appels téléphoniques à destination de leur agence ou à l'accueil joignable 7J/7 de 8h à 20h (l'ensemble des appels sont tracés sur le logiciel interne apologic).
- Courriers/courriels adressés en agence ou au siège.
- Visites Qualité réalisées à leur domicile par le Responsable de Secteur et/ou référent d'équipe : CR transcrit sur le logiciel interne dans l'onglet qualité.
- Accompagnement par la coordination de parcours / responsable de secteur.
- Dispositif OYES (sur le département 92) : étudiants sollicités sur la période estivale pour contacter les usagers et leur proposer des visites de convivialité (pour échanger, faire des jeux, sorties...).
- Services Civiques.
- Aviséniors : avis vérifiés suite questions soumise aux usagers ou à leur aidant lors d'une visite à domicile par le Responsable de Secteur.
- Avis Google.
- Réseaux : les usagers peuvent éventuellement s'exprimer en interagissant aux publications du Groupement postées sur Facebook, Instagram, LinkedIn.

- Enquête de satisfaction des usagers sur le fonctionnement et les attentes.
- Participation de l'utilisateur et de ses proches à son projet d'accompagnement individualisé OBY évaluation.
- Mise en place systématique d'un PPA et / ou PPCS SIGNE et mis à jour.
- Enquêtes téléphoniques à 15 jours de prise en charge et en cas de résiliation.

13.2.10 Les modalités de coordination et de coopération

La coordination et la coopération interinstitutionnelles et territoriales constituent un axe stratégique central du GCSMS Bien Vieillir IDF, en cohérence avec les exigences du Code de l'action sociale et des familles, les attendus des CPOM, et les recommandations de la HAS en matière de fluidité des parcours et de continuité de l'accompagnement.

Une coordination ancrée dans les territoires

Le GCSMS et ses membres développent une présence active au niveau local sur l'ensemble des territoires d'intervention :

Participation régulière aux réunions des CLIC, CCAS, conférences des financeurs, forums locaux, journées de sensibilisation, événements interprofessionnels ;

Engagement dans les instances de coordination territoriale (CPTS, DAC, commissions communales, etc.) ;

Coopération régulière avec les équipes médico-sociales départementales, notamment dans le cadre des évaluations APA/PCH, des accompagnements complexes ou des situations de crise.

Des coordinateurs de parcours pour chacun des départements concernés.

Des conventions structurantes avec les acteurs du territoire

Le GCSMS a signé des conventions de coopération avec de nombreux acteurs institutionnels et de terrain, notamment :

- Les CCAS, pour faciliter l'orientation, la coordination des aides sociales et le repérage de la fragilité ;
- Les établissements de santé et les EHPAD, pour fluidifier les admissions, les retours à domicile, les soins de suite, et organiser des relais d'hébergement temporaire ou d'astreinte gériatrique ;
- Les caisses de retraite et l'Assurance Retraite (CNAV), dans le cadre d'actions de prévention ciblées (ateliers aidants, conférences, prévention des chutes, etc.) ;
- Les centres de formation partenaires, pour sécuriser les parcours professionnels et développer l'apprentissage, la formation continue et les périodes d'immersion.

La liste complète des conventions sera annexée au projet de service.

Un Centre de Ressources Territorial (CRT) au service de l'appui et de la coordination

Le CRT porté par le GCSMS Bien Vieillir IDF est une structure pivot de coordination. Il remplit une double mission :

- Appui aux professionnels du territoire : partage d'expertise, animation de réunions de concertation, co-évaluation, diffusion de ressources et de bonnes pratiques ;
- Accompagnement renforcé de situations complexes : repérage des ruptures de parcours, mobilisation de ressources pluridisciplinaires, coordination avec les acteurs sanitaires et sociaux.

Ce dispositif favorise l'harmonisation des pratiques et contribue activement à la construction de parcours de vie cohérents pour les personnes accompagnées.

Des CPOM pour renforcer les coopérations stratégiques

Le GCSMS est engagé dans plusieurs Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les conseils départementaux (94, 93, 92, 78), qui prévoient :

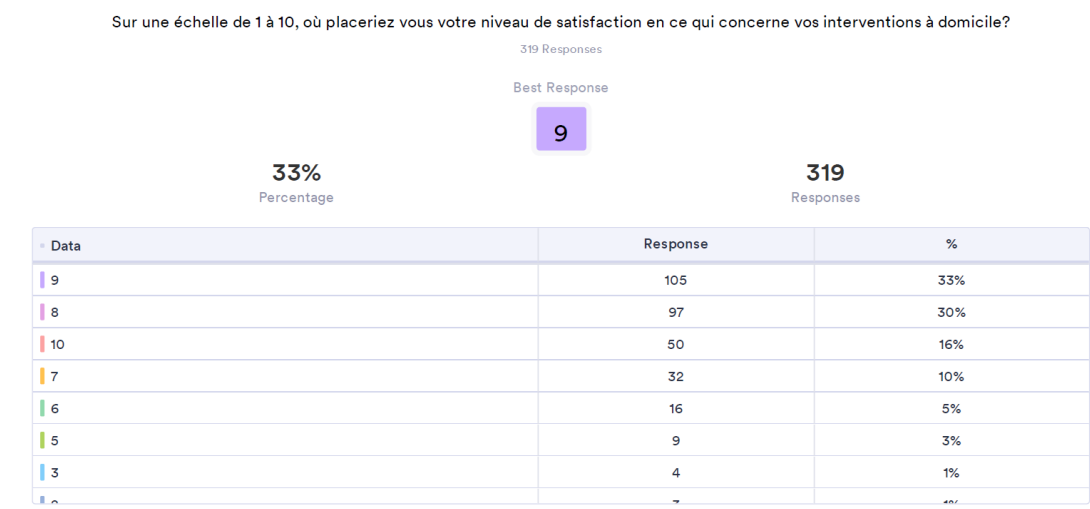
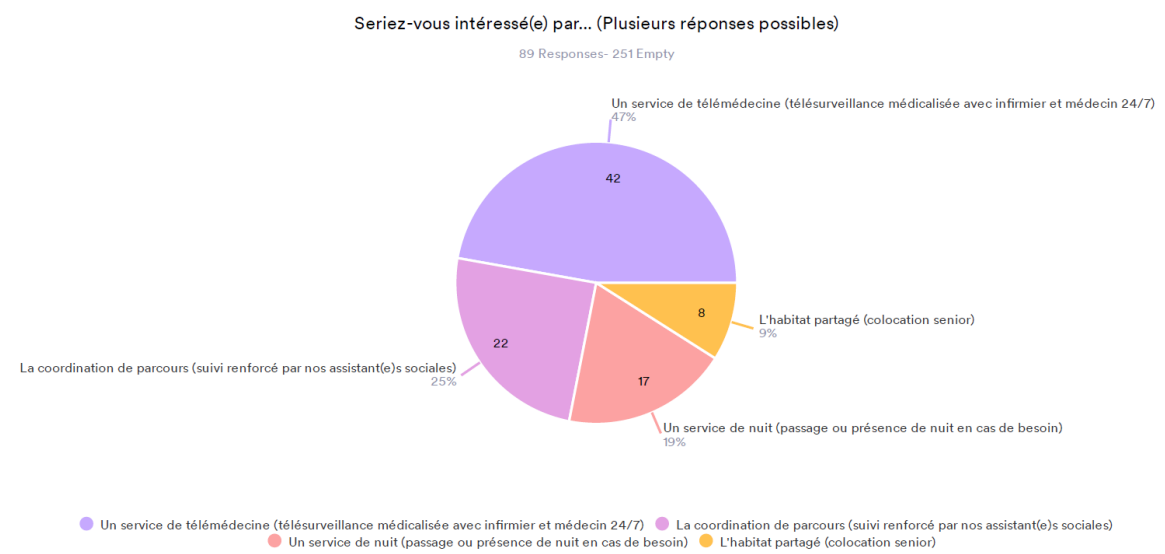
Des actions de coordination renforcée avec les acteurs du territoire ;

- Des projets de partenariat autour de la qualité de vie au travail, de la formation ou de l'innovation organisationnelle ;
- Des dispositifs d'appui à la coordination des parcours (gestionnaires de parcours, référents sociaux, infirmiers coordinateurs...).

Ces contrats structurent une coopération institutionnelle soutenue et favorisent l'innovation dans la réponse aux besoins des publics.

13.3. Les attentes des usagers sur le projet de service

Enquête réalisée au 2° semestre 2024 dans le cadre du lancement du PS



13.4. La charte des droits et libertés de la personne accueillie

Article 1 - Principe de non-discrimination

Nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2 - Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3 - Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement, ses droits, et l'organisation de la structure.

Article 4 - Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées. Son consentement éclairé doit être recherché. Elle participe à la conception et à la mise en œuvre de son projet d'accueil.

Article 5 - Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement.

Article 6 - Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation, dans le respect des souhaits de la personne.

Article 7 - Droit à la protection

Le respect de la confidentialité des informations est garanti, ainsi que le droit à la protection, à la sécurité, à la santé, et à un suivi médical adapté.

Article 8 - Droit à l'autonomie

Il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement et de conserver ses biens, sous réserve des limites prévues par la loi.

Article 9 - Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales doivent être prises en compte, tout comme l'accompagnement en fin de vie dans le respect des convictions.

Article 10 - Droit à l'exercice des droits civiques

L'exercice effectif des droits civiques et des libertés individuelles est facilité par l'établissement.

Article 11 - Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse doivent être facilitées, dans le respect de la liberté d'autrui et du fonctionnement des services.

Article 12 - Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intimité est garanti, sauf nécessité exclusive liée à l'accompagnement.

13.5. Procédure d'orientation en réponse à des besoins en soin

Objectif

Garantir l'accès effectif aux soins pour les personnes accompagnées par le Service Autonomie à Domicile (SAD), conformément aux obligations du décret n°2023-608 du 13 juillet 2023, notamment son article D.312-3 II, et en respect du droit au libre choix du praticien.

Repérage du besoin de soins

Le besoin de soins peut être repéré :

- Lors de l'évaluation initiale ou réévaluation du plan d'aide ;
- Lors des visites au domicile par les professionnels du service ;
- À la demande de la personne ou de ses aidants ;
- Suite à des alertes transmises par d'autres acteurs (infirmiers libéraux, médecins traitants, aidants, etc.).

Le personnel intervenant note toute alerte ou signalement dans le dossier de la personne et en informe le responsable de secteur ou la coordination.

2. Analyse de la demande et recueil du consentement

Le coordinateur :

- Recueille le consentement éclairé de la personne ou de son représentant ;
- Vérifie l'existence d'un professionnel de santé référent ou d'un parcours de soins en cours ;
- Rappelle à la personne son droit au libre choix du professionnel.

3. Mise en relation avec les professionnels de santé

Le service :

- Oriente prioritairement vers les partenaires de soins avec lesquels il a conclu des conventions (infirmiers libéraux, centres de santé, SAD relevant du 1° de l'article L. 313-1-3...) ;
- Peut proposer une prise de rendez-vous directement avec l'accord de la personne accompagnée ;
- Accompagne, si nécessaire, à la téléconsultation (dans les limites prévues au D.312-3-I) ;
- Informe le médecin traitant si la personne le souhaite.

4. Coordination et traçabilité

Toute orientation est tracée dans le dossier usager.

Le service assure un suivi de l'issue de la demande : réalisation du soin, refus, impossibilité de mise en œuvre, etc.

En cas de refus de soins ou d'impossibilité de mobilisation d'un professionnel, une analyse de la situation est réalisée en équipe pluridisciplinaire avec proposition de solutions alternatives.

5. Conventionnement avec les acteurs de santé

Le service peut établir des conventions avec :

- Infirmiers libéraux ;
- Centres de santé infirmiers (art. L.6323-1 CSP) ;
- SAD mixtes ou SAD soins autorisés ;
- Structures de soins palliatifs ou de soins coordonnés à domicile.

Ces conventions précisent les modalités d'intervention, d'échange d'informations et de retour d'expérience.

6. Évaluation et amélioration continue

La procédure est revue annuellement.

- Des indicateurs de suivi (demandes, délais, taux de concrétisation des soins) sont intégrés au tableau de bord qualité du service.
- La satisfaction des usagers sur cette dimension est recueillie.

13.6. Modèle du DIPEC



Document Individuel de Prise en Charge (DIPEC)

1. Structure et Agence

Raison sociale de la structure signataire : _____
Numéro de SIRET : _____
Adresse du siège : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Agence en charge de l'accompagnement :
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____

2. Personne accompagnée

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____
Adresse : _____
Téléphone : _____
Personne de confiance désignée : _____
Coordonnées : _____
Représentant légal (si désigné) : _____ Type : _____
Coordonnées du représentant légal : _____

3. Objectifs de l'accompagnement

- Préserver l'autonomie et le libre choix du lieu de vie.
- Offrir un accompagnement personnalisé, respectueux et sécurisé.
- Soulager les aidants et prévenir l'épuisement.
- Faciliter l'accès aux droits et aux soins.

4. Prestations prévues

Prestations d'aide à domicile

Nature des prestations	Modalités Prestataire ou mandataire	Jours	Tranche Horaire	Durée

--	--	--	--	--

Soins infirmiers à domicile

Nature des soins	Modalités	Jours	Tranche Horaire	Durée

Actions de prévention : ☐ oui ☐ non

Coordination de parcours complexe : ☐ oui ☐ non

Actions en faveur des aidants : ☐ oui ☐ non

Actions du centre de ressources territorial : ☐ oui ☐ non

5. Modalités de coordination et de coopération

- Coordination assurée par un référent ou un infirmier coordinateur (si SAD mixte).
- En cas de situation complexe : mobilisation de l'équipe de coordination de parcours (travailleurs sociaux, IDE...).
- Interface OBY utilisée pour le partage d'information et le suivi.
- Partenariats formalisés avec DAC, EHPAD, SSIAD, CCAS, services hospitaliers, CRT, CPTS etc.

6. Prévention et gestion des risques de maltraitance

- Référent bientraitance identifié.
- Plan d'actions inscrit au projet de service et dans le livret d'accueil.
- Formation des professionnels à la RBPP "bientraitance" et "prévention de la maltraitance".
- Traçabilité des signalements via le dispositif qualité du groupement.
- Signalement possible : référent, référent bientraitance, qualite@bienvieillir-idf.org, 3977, personne qualifiée (cf. livret d'accueil).

7. Éléments contractuels

- Devis remis et signé : ☐ oui ☐ non
- Conditions générales de service remises : ☐ oui ☐ non
- Livret d'accueil remis : ☐ oui ☐ non

- Contrat de mandat annexé (si mandataire) : ☐ oui ☐ non
- Durée de la prise en charge : _____
- Fréquence de révision : au moins 1/an ou à la demande

8. Droits et obligations de la personne accompagnée

Droits :

- Participation au projet personnalisé, libre choix des professionnels, information et consentement éclairé.
- Possibilité de formuler des réclamations et de demander une révision du DIPEC.

Obligations :

- Respect du règlement de fonctionnement (annexé au livret d'accueil) et des modalités convenues dans ce document.

9. Modalités de recours ou de réclamation

- Contacter son référent de parcours, le service qualité ou la direction.
- Saisine du médiateur CNPM (www.cnpm-mediation-consommation.eu).
- Saisine d'une personne qualifiée ou autre autorité compétente (Défenseur des droits, ARS, Conseil départemental).

10. Signatures

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature de la personne accompagnée ou du représentant légal : _____

Signature du représentant de la structure : _____

13.7. Exemple de PPA Type (données fictives)

Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) de Monsieur Alain DELOIN du 02/01/2025

I - Présentation de la personne accompagnée

1 - Identification

Nom : DELOIN

Prénom : Alain

Date de naissance : 15 septembre 1945

Âge : 79 ans

Adresse : 12 avenue Caffin, La Varenne Saint-Hilaire, 94100

Situation familiale : Marié, vit avec son épouse

Téléphone : 06 25 45 41 21

Courriel : alain.deloin@gmail.com

2 - Situation médicale et sociale

Monsieur DELOIN a subi un accident vasculaire cérébral (AVC) en mars 2025, entraînant une hémiplégie gauche.

Il présente une perte d'autonomie importante sur les activités corporelles, nécessite une aide pour la toilette, les transferts, l'élimination, l'habillage, l'alimentation et les déplacements.

Il souffre de douleurs à l'épaule gauche (cotée paralysée), évaluées à 5/10 à la mobilisation.

Présence d'une anxiété significative (score GAI-SF à 3/5).

Risque modéré d'escarres (Norton 14/20).

Présente une dénutrition avérée (MNA 7/14, perte de poids, perte d'appétit).

Polymédication avec traitement neuroleptique à surveiller.

3 - Besoins, attentes et objectifs

Besoins : aide humaine pour tous les actes de la vie quotidienne ; aides techniques pour sécuriser l'environnement.

Attentes : rester à domicile, éviter les chutes, améliorer son confort et soulager les douleurs.

Objectifs : maintenir un maximum d'autonomie, éviter l'institutionnalisation, restaurer une qualité de vie acceptable.

4 - Évaluation de l'autonomie (grille AGGIR)

GIR 4 : perte d'autonomie partielle pour les actes corporels (toilette, transferts, déplacements intérieurs, élimination).

Aides nécessaires sur : hygiène, habillage, alimentation, déplacements, médicaments.

Présence d'une dépendance dans les activités domestiques : courses, ménage, repas.

Les tests de mobilité n'ont pas pu être réalisés du fait des limitations physiques importantes.

5 - Difficultés dans la vie quotidienne

Difficulté de mobilité dans le logement : chambre non adaptée, WC trop bas, pas de barres d'appui, faible luminosité.

Douleur au bras gauche paralysé.

Risque de chutes accru (facteurs moteurs, environnement, polymédication).

Fatigue rapide, anxiété, perte d'appétit.

II - Projet de vie de la personne

1 - Aspirations et souhaits

Monsieur DELOIN souhaite continuer à vivre à son domicile auprès de son épouse, malgré sa perte d'autonomie.

Il souhaite retrouver une certaine indépendance pour les gestes simples, bénéficier d'un environnement sécurisé, soulager ses douleurs et conserver des relations sociales même limitées.

2 - Priorités fixées

Maintien au domicile avec l'aide de son épouse et des professionnels.

Prévention des chutes et des complications (escarres, dénutrition, douleurs).

Soulagement de la douleur et accompagnement de l'anxiété.

Reprise progressive des activités adaptées (lecture, télévision, sorties accompagnées si possible).

III - Objectifs d'accompagnement

1 - Objectifs généraux et spécifiques

1. Maintenir l'autonomie restante et retarder l'aggravation de la dépendance.

2. Prévenir les chutes et les complications liées à l'immobilité.

3. Réduire les douleurs et prévenir les escarres.

4. Maintenir un bon état nutritionnel et une hydratation suffisante.

5. Réduire l'anxiété par un accompagnement adapté.

6. Préserver un lien social et émotionnel avec les proches et les aidants.

IV - Actions et moyens mis en œuvre

1 - Services et prestations mobilisés

Aide à domicile (hygiène, habillage, transferts).

Soins infirmiers à domicile (SSIAD en cours de sollicitation).

Kinésithérapie à domicile dès que possible.

Suivi médical coordonné par le médecin traitant.

Évaluation ergothérapeutique pour aménagement du logement.

Soutien psychologique à proposer (anxiété repérée).

2 - Prestations spécifiques à coordonner

Installation d'un lit médicalisé, barre d'appui, rehausseur WC, siège de douche.

Préparation des repas adaptée (riches en protéines, texturé si besoin).

Accompagnement à la prise de médicaments et surveillance des effets indésirables.

Surveillance des risques d'escarres (mobilisation, matelas adapté).

3 - Professionnels impliqués

Médecin traitant, infirmier à domicile, kinésithérapeute, aide à domicile, ergothérapeute, psychologue si accepté.

Coordination assurée par le référent de parcours (Anne Mangin).

13.8. PPA généré par Intelligence artificielle

A partir des données du dossier OBY, l'IA générative pourra à partir d'un simple prompt « proposes moi un PPA pour M. X », générer le PPA structuré, conforme, et le proposer au référent de parcours.

OBY IA

OBY - CHAT

Bonjour, comment puis-je vous aider ?

Prépare un Plan Personnalisé d'Accompagnement du patient Deloin

ENVOYER

DÉCONNEXION

Prépare un Plan Personnalisé d'Accompagnement du patient Deloin

Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) de Monsieur Alain DELOIN

I - Présentation de la personne accompagnée

1 - Identification

- Nom : DELOIN
- Prénom : Alain
- Date de naissance : 15 septembre 1945
- Âge : 79 ans
- Adresse : Non renseigné
- Situation familiale : Marié, vit avec son épouse
- Téléphone : Non renseigné
- Courriel : Non renseigné

2 - Situation médicale et sociale Monsieur DELOIN a subi un accident vasculaire cérébral (AVC) en mars 2025, entraînant une hémiplegie gauche. Il présente une perte d'autonomie importante sur les activités corporelles, nécessite une aide pour la toilette, les transferts, l'élimination, l'habillage, l'alimentation et les déplacements. Il souffre de douleurs à l'épaule gauche (cotée paralysée), évaluées à 5/10 à la mobilisation. Présence d'une anxiété significative (score GAI-SF à 3/5). Risque modéré d'escarres (Norton 14/20). Présente une dénutrition avérée (MNA 7/14, perte de poids, perte d'appétit). Polymédication avec traitement neuroleptique à surveiller.

3 - Besoins, attentes et objectifs

- Besoins : aide humaine pour tous les actes de la vie quotidienne ; aides techniques pour sécuriser l'environnement.
- Attentes : rester à domicile, éviter les chutes, améliorer son confort et soulager les douleurs.
- Objectifs : maintenir un maximum d'autonomie, éviter l'institutionnalisation, restaurer une qualité de vie acceptable.

4 - Évaluation de l'autonomie (grille AGGIR)

OBY IA

OBY - CHAT

Bonjour, comment puis-je vous aider ?

Prépare un Plan Personnalisé d'Accompagnement du patient Deloin

ENVOYER

DÉCONNEXION

4 - Évaluation de l'autonomie (grille AGGIR)

- GIR 4 : perte d'autonomie partielle pour les actes corporels (toilette, transferts, déplacements intérieurs, élimination).
- Aides nécessaires : hygiène, habillage, alimentation, déplacements, médicaments.
- Dépendance dans les activités domestiques : courses, ménage, repas.
- Tests de mobilité : non réalisables du fait des limitations physiques importantes.

5 - Difficultés dans la vie quotidienne

- Difficulté de mobilité dans le logement : chambre non adaptée, WC trop bas, pas de barres d'appui, faible luminosité.
- Douleur au bras gauche paralysé.
- Risque de chutes accru (facteurs moteurs, environnement, polymédication).
- Fatigue rapide, anxiété, perte d'appétit.

II - Projet de vie de la personne

1 - Aspirations et souhaits Monsieur DELOIN souhaite continuer à vivre à son domicile auprès de son épouse, malgré sa perte d'autonomie. Il souhaite retrouver une certaine indépendance pour les gestes simples, bénéficier d'un environnement sécurisé, soulager ses douleurs et conserver des relations sociales même limitées.

2 - Priorités fixées

- Maintien au domicile avec l'aide de son épouse et des professionnels.
- Prévention des chutes et des complications (escarres, dénutrition, douleurs).
- Soulagement de la douleur et accompagnement de l'anxiété.
- Reprise progressive des activités adaptées (lecture, télévision, sorties accompagnées si possible).

III - Objectifs d'accompagnement

1 - Objectifs généraux et spécifiques 1. Maintenir l'autonomie restante et retarder l'aggravation de la dépendance. 2. Prévenir les chutes et les complications liées à l'immobilité. 3. Réduire les douleurs et prévenir les escarres. 4. Maintenir un bon état nutritionnel et une hydratation suffisante. 5. Réduire l'anxiété par un accompagnement adapté. 6. Préserver un lien social et émotionnel avec les proches et les aidants.

OBY - CHAT

Bonjour, comment puis-je vous aider ?

Prépare un Plan Personnalisé d'Accompagnement du patient Deloin

ENVOYER

DÉCONNEXION

16h00-17h00	goûter, surveillance	goûter, surveillance	goûter, surveillance	goûter, surveillance	goûter, surveillance	goûter, surveillance	goûter, surveillance
18h00-19h30	aide au coucher, toilette partielle	aide au coucher, toilette partielle	aide au coucher, toilette partielle	aide au coucher, toilette partielle	aide au coucher, toilette partielle	aide au coucher, toilette partielle	aide au coucher, toilette partielle
20h00-21h00	surveillance, préparation au coucher	surveillance, préparation au coucher	surveillance, préparation au coucher	surveillance, préparation au coucher	surveillance, préparation au coucher	surveillance, préparation au coucher	surveillance, préparation au coucher
nuit	surveillance nocturne	surveillance nocturne	surveillance nocturne	surveillance nocturne	surveillance nocturne	surveillance nocturne	surveillance nocturne
Semaine 2.							
HEURE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
8h00-9h30	aide au lever, toilette complète	aide au lever, toilette complète	aide au lever, toilette complète	aide au lever, toilette complète	aide au lever, toilette complète	aide au lever, toilette complète	aide au lever, toilette complète
10h00-11h00	change, élimination, stimulation	change, élimination, stimulation	change, élimination, stimulation	change, élimination, stimulation	change, élimination, stimulation	change, élimination, stimulation	change, élimination, stimulation
12h00-13h00	aide au repas, surveillance	aide au repas, surveillance	aide au repas, surveillance	aide au repas, surveillance	aide au repas, surveillance	aide au repas, surveillance	aide au repas, surveillance
14h00-15h30	activités de loisirs, stimulation	activités de loisirs, stimulation	activités de loisirs, stimulation	activités de loisirs, stimulation	activités de loisirs, stimulation	activités de loisirs, stimulation	activités de loisirs, stimulation

L'intelligence artificielle générative, pourra produire le PPA, mais également le PPCS et le DLU, et via un chatbot elle pourra répondre à toutes les questions des utilisateurs, en ayant dans sa bibliothèque toutes les RBPP et procédures.

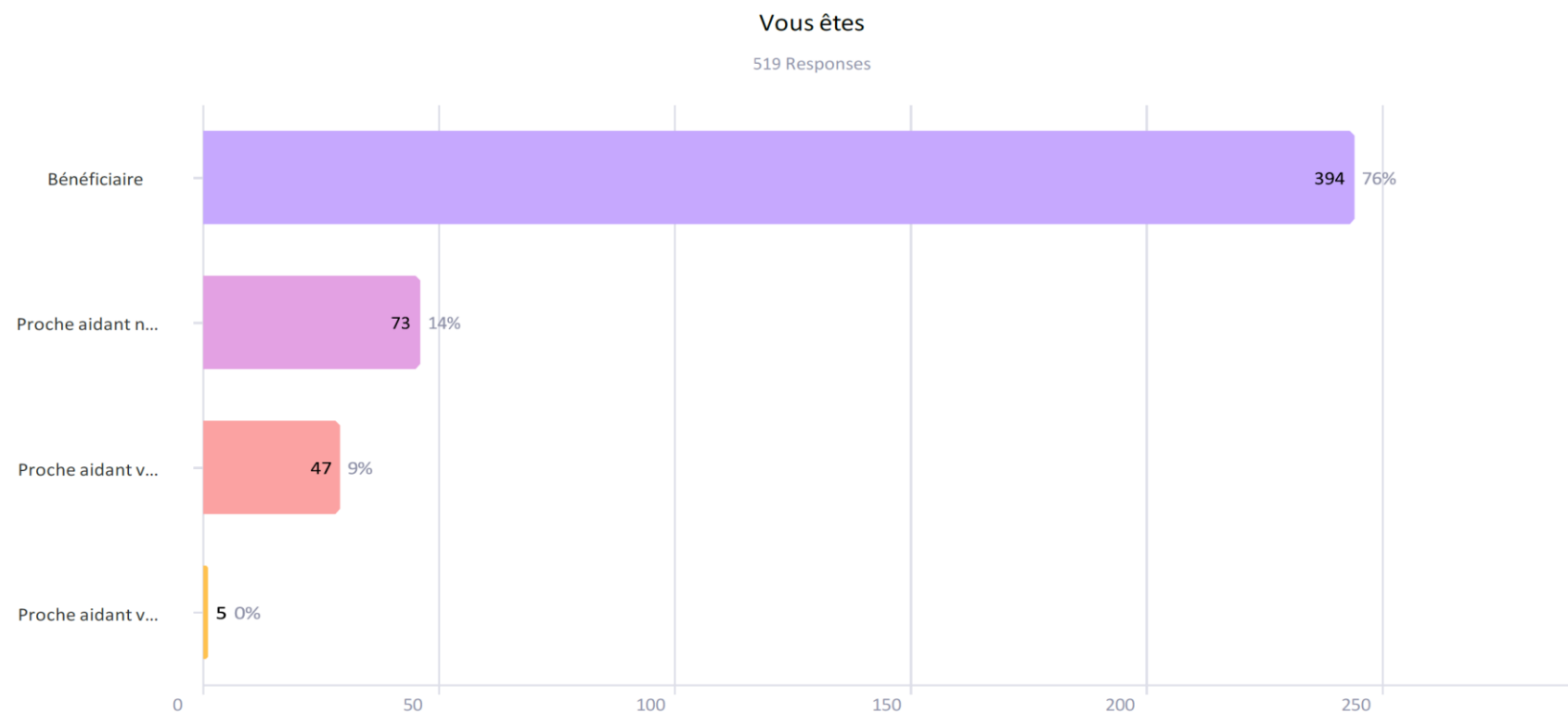
13.9. Enquête de satisfaction 2024



Enquête de satisfaction

2024

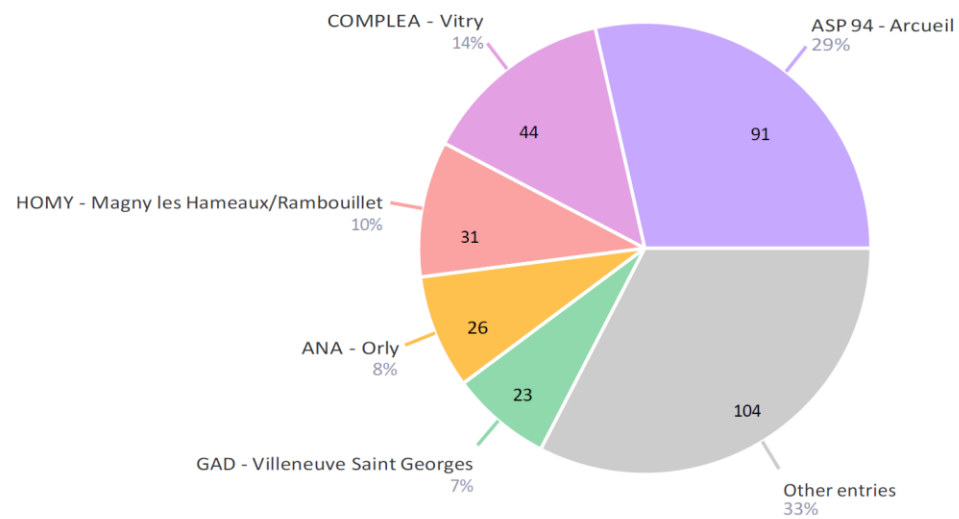
Enquête de satisfaction



Enquête de satisfaction

De quelle agence relevez vous?

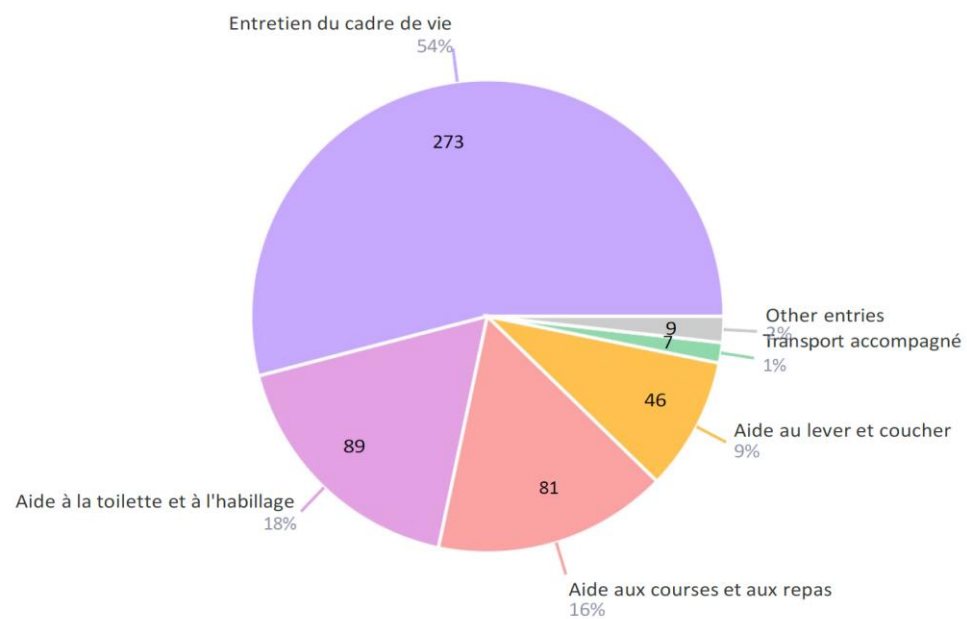
519 Responses



Enquête de satisfaction

De quel(s) service(s) bénéficiez-vous? (Plusieurs réponses possibles)

505 Responses



Enquête de satisfaction

Sur une échelle de 1 à 10, où placeriez vous votre niveau de satisfaction en ce qui concerne vos interventions à domicile?

519 Responses

Average

8,74 / 10

503

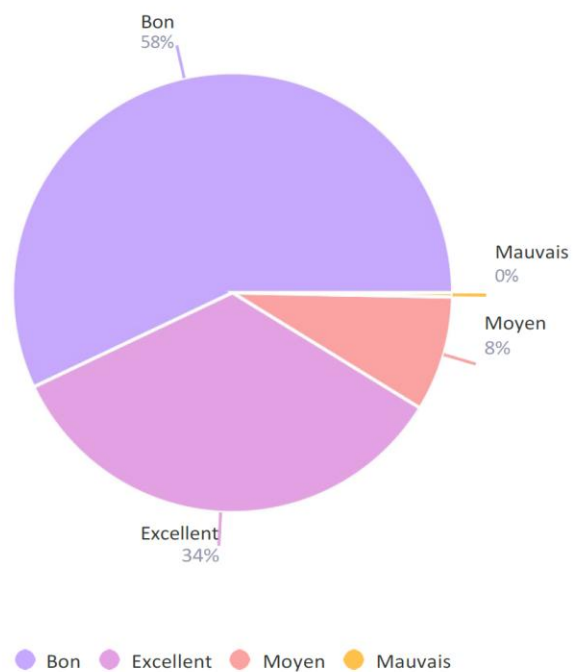
Responses

Data	Response	%
9	205	41%
10	140	28%
8	97	19%
7	32	6%
6	16	3%
5	9	2%
3	4	1%

Enquête de satisfaction

Globalement, comment jugeriez vous la qualité des services ?

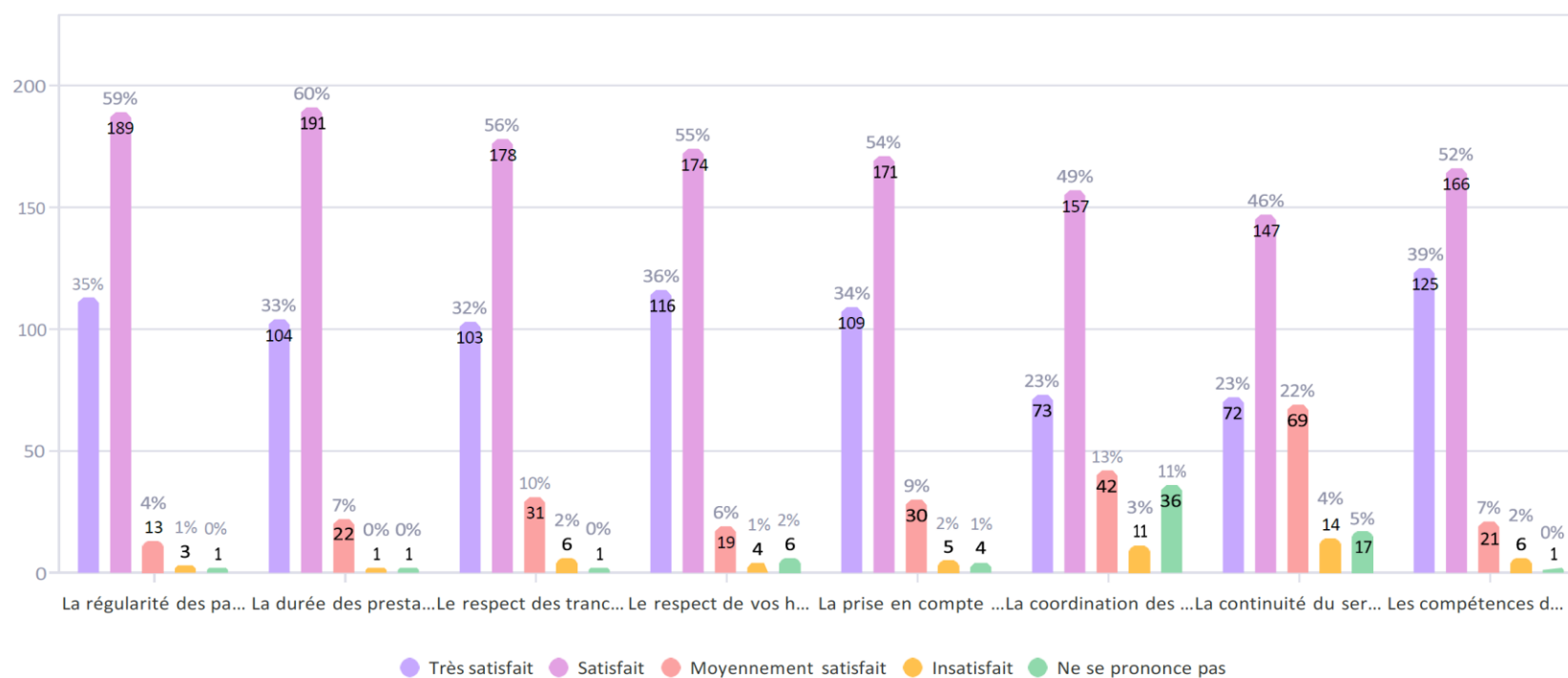
510 Responses



Enquête de satisfaction

Comment jugez vous ?

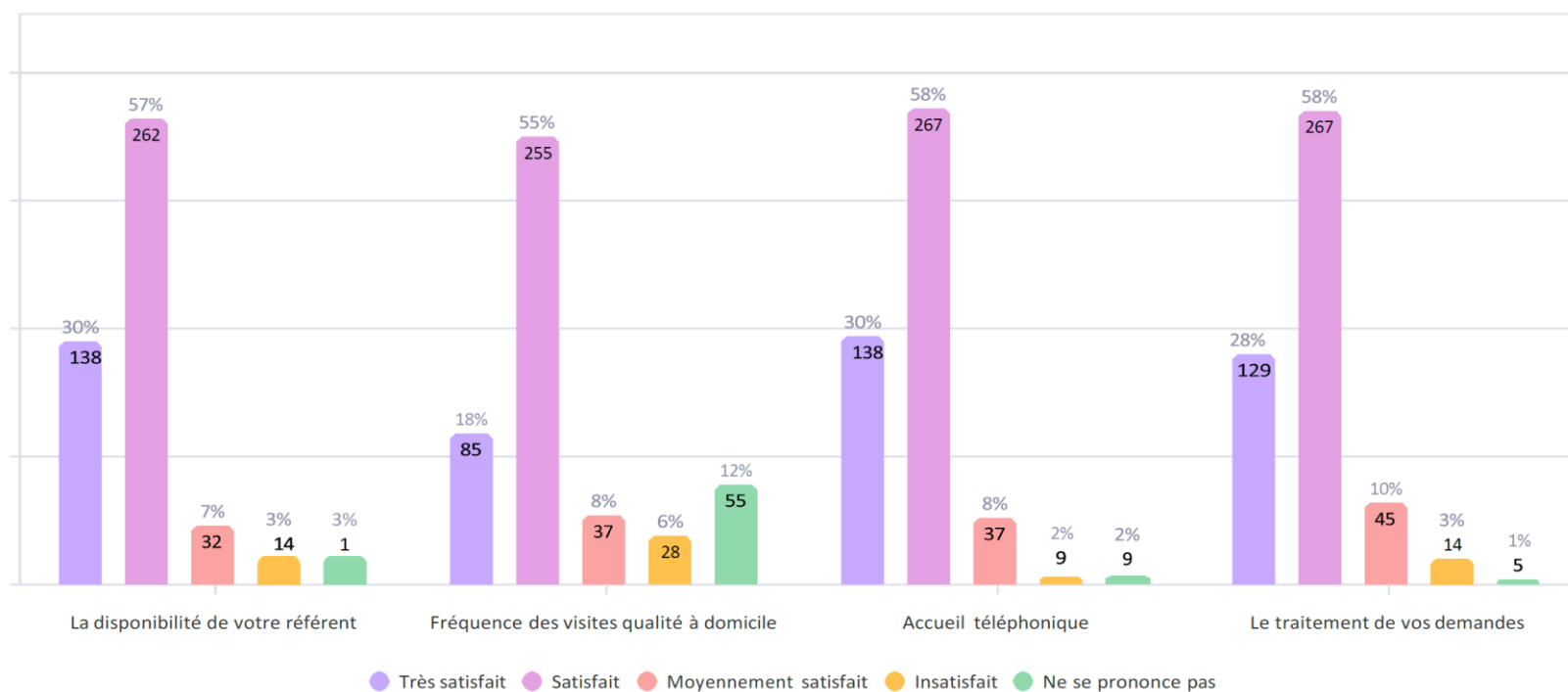
319 Responses



Enquête de satisfaction

Comment jugez-vous ?

460 Responses



Enquête de satisfaction

Comment évaluez-vous le niveau de bientraitance du service ? (Attitude respectueuse, respect de votre dignité et de vos besoins physiques et moraux)

412 Responses

Average

8,69 / 10

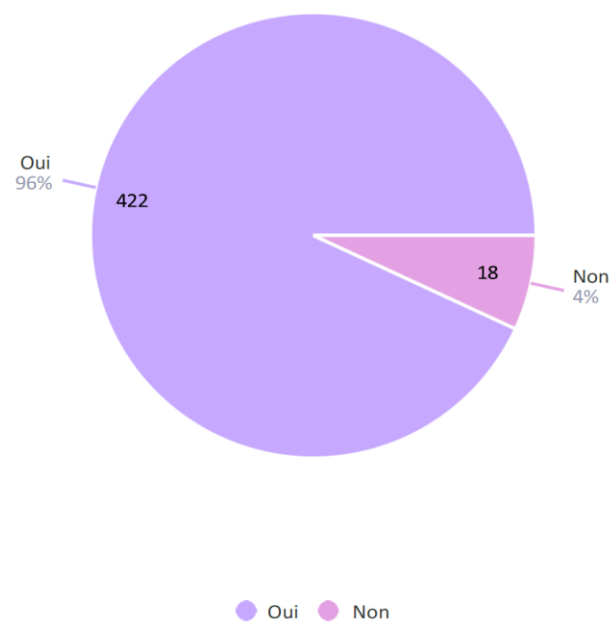
411

Responses

Data	Response	%
9	148	36%
10	115	28%
8	87	21%
7	45	11%
6	8	2%
3	4	1%
5	4	1%

Recommanderiez-vous nos services à d'autres personnes ?

440 Responses



13.10. Lexique

ADVF

Assistant(e) de Vie aux Familles

APA

Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS

Agence Régionale de Santé

CCAS

Centre Communal d'Action Sociale

CDCA

Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

CLIC

Centre Local d'Information et de Coordination

CPOM

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRT

Centre de Ressources Territorial

CVS

Conseil de la Vie Sociale

DAC

Dispositif d'Appui à la Coordination

DEAES

Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social

DIPC

Document Individuel de Prise en Charge

DMP

Dossier Médical Partagé

DUERP

Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

ESSMS

Établissement ou Service Social et Médico-Social

GCSMS

Groupement de Coopération Social et Médico-Social

GEPP

Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels

HAS

Haute Autorité de Santé

IA

Intelligence Artificielle

INSI

Identité Nationale de Santé Informatisée

MND

Maladies neuro dégénératives

MSS

Messagerie Sécurisée de Santé

OBV

Outil de coordination numérique interne au GCSMS Bien Vieillir IDF

PA-PH

Personnes Âgées - Personnes Handicapées

PCH

Prestation de Compensation du Handicap

PPA

Projet Personnalisé d'Accompagnement

PPCS

Projet Personnalisé de Coordination en Santé

QVCT

Qualité de Vie et Conditions de Travail

QVT

Qualité de Vie au Travail

RBPP

Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

RCSAD

Responsable de Coordination des Services d'Aide à Domicile

RGPD

Règlement Général sur la Protection des Données

RSA

Revenu de Solidarité Active

RSE

Responsabilité Sociétale des Entreprises

SAAD

Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAD

Service d'Aide à Domicile

SPASAD

Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile

SSIAD

Service de Soins Infirmiers À Domicile

TND

Troubles Neuro-Dégénératifs

13.11. Liste des versions et modalités de révision du projet de service

13.11.1. Modalités de révision

Le projet de service du GCSMS Bien Vieillir IDF constitue un document évolutif, vivant, régulièrement ajusté pour rester en adéquation avec les besoins des personnes accompagnées, les évolutions réglementaires et les réalités du terrain.

Sa révision est assurée **au fil de l'eau par les équipes de direction du groupement**, en lien avec les responsables de service et les fonctions support. Toute modification substantielle est **soumise pour avis aux instances représentatives** concernées, notamment les représentants du personnel et les usagers (CVS ou autres formes de participation prévues).

Le projet est ensuite présenté pour **validation formelle au Conseil de gestion**, élargi à l'ensemble des **présidents des associations membres** du groupement, garantissant ainsi une cohérence stratégique partagée à l'échelle de l'ensemble des entités.

Une **révision annuelle systématique** est organisée, incluant une évaluation des actions engagées, des indicateurs qualité et des ajustements nécessaires. Cette dynamique garantit la lisibilité, l'actualisation et l'appropriation continue du projet par tous les acteurs du GCSMS.

13.11.2. Versions

02-01-2025 : Projet de service initial adopté

07-05-2025 : Projet de service révisé :

- Ajout aux annexes de la procédure d'orientation en réponse aux besoins en soins
- Ajout aux annexes d'un modèle de PPA (données fictives)
- Intégration de l'autodétermination dans les valeurs

30-06-2025 : Projet de service révisé :

- Intégration de l'agrément ESUS.
- Ajout sur l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la GEPP.
- Intégration du repérage des besoins en soins palliatifs.
- Ajout du modèle de DIPEC aux annexes.
- Ajout de l'enquête satisfaction 2024 aux annexes.
- Ajout chapitre sur les partenariat et Liste des conventions.
- -Ajout sur le contexte de la transformation en SAD mixtes.
- Ajout sur la qualité des soins.
- Ajout sur la coordination des SAD mixte.
- MAJ convention avec vivr'AG (CRT).
- Intégration agences pré saint Gervais, Montreuil, et Stains.

14-07-2025 : Intégration de l'annexe sur l'organisation de GAD (ex ADS) dans le cadre de la réponse à l'AAC régional de l'ARS IDF.

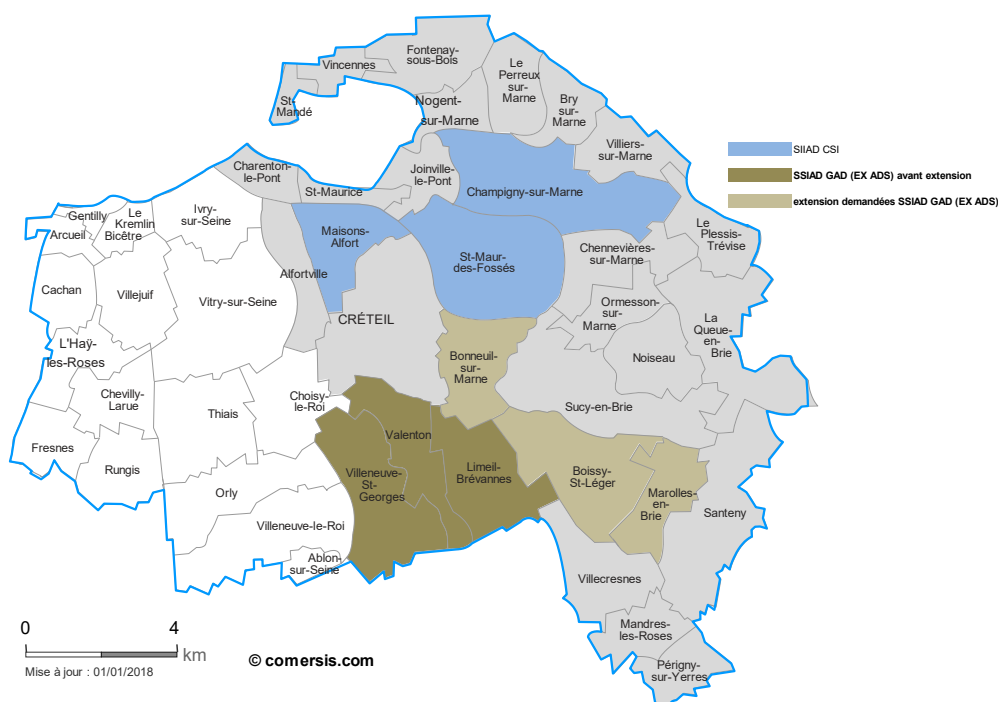
13.12. Annexe au projet de service portant sur l'organisation de 25 places supplémentaires de SSIAD et d'extension territoriale pour GAD (ex : ADS)

Dans le cadre de l'appel à candidatures régional 2025 relatif à l'attribution de nouvelles places de SSIAD en Île-de-France, la structure GAD, issue de la fusion des associations ADS et GAD et membre du GCSMS Bien Vieillir IDF, pourrait être attributaire de 25 nouvelles places de soins infirmiers à domicile.

Dans l'hypothèse où notre candidature serait retenue, cette annexe sera intégrée lors de la prochaine révision du projet de service. Dans le cas contraire le projet de service ne sera pas modifié.

1. Territoires concernés par l'extension

Ces 25 nouvelles places viendront renforcer l'offre de soins à domicile sur les communes de Bonneuil-sur-Marne, Boissy-Saint-Léger et Marolles-en-Brie, qui jusqu'alors ne bénéficiaient pas d'un service autonome dédié dans notre groupement. Elles permettront de mieux couvrir la zone est du Val-de-Marne en réponse aux besoins exprimés par les partenaires territoriaux et identifiés dans le diagnostic de territoire.



5. Calendrier de mise en œuvre et de montée en charge

Septembre 2025 : Diffusion des offres d'emploi visées par l'AAC sur les supports par le service recrutement du GCSMS et pré sélection des CV.

	Nombre ETP	Qualification
Combien d'ETP seront nécessaires pour la mise en œuvre de cette extension de capacité ?	4	Aide soignants
	2	IDE
	0,5	IDEC
	6,5	

A noter : le recrutement de l'IDEC sera de 1 ETP, et les AS de 6 ETP compte tenu de la vacance de certains postes dans le périmètre actuel.

Octobre 2025 : consultation en vue de la réorganisation des locaux de Boissy saint léger pour accueillir le nouveau service (externalisation des 2 salles d'archives, création d'un bureau et d'une salle de réunion pour les soignants, soit 40M2 affectés à l'antenne pour le SAD GAD (ex ADS).

Octobre à décembre (date à confirmer)

- **Résultats de l'AAC**
- **Si positif :**
 - Communication auprès des partenaires
 - Identification des personnes en besoin en soin sur les nouvelles communes (au sein des structures du GCSMS et auprès des partenaires)
 - Aménagement des espaces
 - Programme de formation des nouveaux arrivants (50% via OPCO sur programme réalisé par UMEG formation et 50% en accompagnement terrain)
 - Pendant le temps des travaux, embauche de l'IDEC et formation sur 1 mois au sein du GCSMS et des 2 SSIAD (J-30 de l'ouverture)
 - Embauche et formation des personnels d'intervention (J-15 de l'ouverture)
- **Décembre 2025** : Ouverture au public, accueil des premiers patients
- **Janvier 2025 à Mars 2025** : Montée en charge jusqu'à atteinte de l'objectif de 25 nouvelles places.

Tableau de montée en charge personnel et patients (pour une signification des résultats au 1/11/2025)

	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars
IDEC	Annonces	1 - Recrutement Formation				
IDE	Annonces	2 - Recrutement Formation				
AS	Annonces	2 - Recrutement Formation	2 – Recrutement Formation			
Patients	Identification	Info partenaires	Ouverture (10 patients)	18 patients	25 patients	25 patients

5. Suivi, pilotage et évaluation

Le déploiement de ces 25 nouvelles places fera l'objet d'un suivi opérationnel mensuel :

- - Indicateurs de montée en charge et d'activité,
- - Suivi de la qualité perçue et de la satisfaction usagers,
- - Échanges réguliers avec l'ARS et le Conseil départemental du Val-de-Marne,
- - Mobilisation des outils de pilotage communs du GCSMS (dossier partagé OBY, visites qualité, enquêtes).