

PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 2026-2028 SAD Bien Être Chez soi - FINESS 790020093

À la suite de l'évaluation HAS des 7 et 8 avril 2026 et au contrôle du Département des Deux-Sèvres

Préambule

À la suite :

- de l'évaluation HAS réalisée les 7 et 8 avril 2026 ;
- ainsi que du contrôle réalisé par le Département des Deux-Sèvres ;

le SAAD Bien Être Chez Soi poursuit et structure sa démarche d'amélioration continue afin de renforcer la qualité, la sécurité et la personnalisation des accompagnements proposés aux personnes accompagnées.

Le présent Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ) a pour objectifs :

- De consolider les points forts identifiés lors de l'évaluation HAS ;
- De répondre aux axes de progression identifiés dans le rapport définitif ;
- De poursuivre la levée des mises en demeure et recommandations du contrôle départemental ;
- De renforcer la formalisation, la traçabilité et l'appropriation des outils qualité ;
- D'assurer un pilotage structuré et continu de la démarche qualité.

Le service précise qu'une part importante des écarts identifiés lors du contrôle départemental a déjà fait l'objet d'actions correctives engagées avant l'évaluation HAS ou dans sa continuité.

Le présent plan priorise :

1. Les critères impératifs HAS n'ayant pas obtenu une cotation de 4 ;
2. Les dernières mises en demeure ou points restant à consolider à la suite du contrôle départemental ;
3. Les critères standards et axes de progression identifiés dans le rapport HAS.
4. La consolidation de l'existant

Le suivi du présent plan sera assuré dans le cadre du COPIL qualité du service avec un suivi trimestriel et un bilan annuel.

Liste des actions d'amélioration

PARTIE 1 : ACTIONS PRIORITAIRES – CRITÈRES IMPÉRATIFS HAS

Renforcement du respect du droit à l'image et du consentement – Critère 2.2.5

Renforcement du traitement des signalements de maltraitance et de violence – Critère 3.11.2

Renforcement du traitement des plaintes et réclamations – Critère 3.12.1

Renforcement de la gestion de crise et de la continuité d'activité – Critère 3.14.1

PARTIE 2 : ACTIONS PRIORITAIRES – SUITES DU CONTRÔLE DÉPARTEMENTAL

Reprise et mise en conformité du projet de service

Suite à la mise en demeure n°2 du Département des Deux-Sèvres

Reprise et mise en conformité du livret d'accueil

Suite à la mise en demeure n°3 du Département des Deux-Sèvres

Reprise et mise en conformité du règlement de fonctionnement

Suite à la mise en demeure n°4 du Département des Deux-Sèvres

Reprise et mise en conformité du DIPEC et du contrat de prestation

Suite à la mise en demeure n°5 du Département des Deux-Sèvres

Reprise et renforcement du projet d'accompagnement personnalisé (PAI)

Suite à la mise en demeure n°6 du Département des Deux-Sèvres

Formalisation de la procédure EI/EIG et transmission au Département

Suite à la mise en demeure n°7 du Département des Deux-Sèvres

Transmission du diplôme du directeur au Département

Suite à la mise en demeure n°1 du Département des Deux-Sèvres

PARTIE 3 : ACTIONS D'AMÉLIORATION – CRITÈRES STANDARDS HAS

Renforcement de l'accès des usagers aux informations

Critères concernés : 1.2.4 à 1.2.7

Structuration des sensibilisations et formations

Critères concernés : 1.2.7 / 1.14.6 / 1.17.2 / 2.4.7

Formalisation des outils d'évaluation et de suivi

Critères concernés : 1.10.3 / 1.12.2 / 1.14.2 / 1.15.5 / 1.16.2

Renforcement de la participation des professionnels au PAI

Critères concernés : 1.10.4 à 1.10.6

Développement de la coordination et des partenariats

Critères concernés : 1.10.5 / 1.15.10 / 1.17.3 / 1.17.4

Soutien aux aidants et prévention des ruptures

Critères concernés : 1.11.2 / 1.17.2

Participation des usagers et citoyenneté

Critères concernés : 1.3.1 / 1.5.1 / 1.5.2 / 1.5.3 / 1.9.2

PARTIE 4 : ACTIONS DE CONSOLIDATION – PRATIQUES EXISTANTES

Consolidation de la démarche qualité

Consolidation des outils numériques et de la traçabilité

Consolidation des actions QVT et soutien aux professionnels

Consolidation de la coordination médico-sociale

Consolidation de la participation des usagers et des familles

PARTIE 1 : AXE PRIORITAIRE 1 – CRITERES IMPERATIFS HAS

Les critères impératifs identifiés par l'évaluation HAS comme n'ayant pas obtenu une cotation de 4 font l'objet d'un traitement prioritaire dans le cadre du présent PAQ.

Ces actions visent à renforcer :

- la sécurisation des pratiques ;
- la traçabilité ;
- la formalisation des procédures ;
- ainsi que l'appropriation des outils qualité par les professionnels.

Le service précise qu'une partie des actions présentées ci-dessous a déjà été engagée ou mise en œuvre à la suite de la visite d'évaluation, dans une logique d'amélioration continue et de réactivité institutionnelle.

Les actions suivantes feront l'objet d'un suivi renforcé dans le cadre du COPIL qualité avec une échéance prioritaire fixée **à 6 mois**.

ACTION PRIORITAIRE N°1 Renforcement du respect du droit à l'image et du consentement - Critère HAS 2.2.5

Constats

L'évaluation HAS a mis en évidence la nécessité de renforcer la formalisation et la traçabilité du consentement relatif au droit à l'image.

Le service disposait déjà :

- d'une sensibilisation des professionnels concernant le respect de la dignité et de la confidentialité ;
- de consignes internes relatives à l'utilisation des photographies ;
- ainsi que d'un document de recueil du consentement.

Les échanges réalisés entre le pré-rapport et le rapport définitif ont également permis de préciser que les professionnels indiquaient être informés de l'interdiction de recueillir l'image des usagers sans autorisation.

À la suite de la visite d'évaluation, le service a engagé un renforcement de la traçabilité documentaire afin d'assurer :

- l'intégration systématique du formulaire dans les dossiers usagers ;
- la conservation du document y compris en cas de refus ;
- ainsi qu'une harmonisation des pratiques d'archivage et de contrôle.

Actions prévues

- archivage systématique du formulaire dans tous les dossiers, y compris en cas de refus ;
- contrôle trimestriel des dossiers ;
- ré-interrogation du consentement dans le cadre du PAI au moins une fois par an ;
- formalisation de la traçabilité du refus.

Responsable

Directeur

Échéance

Septembre 2026

Personne associée

Coordinatrice

Éléments de preuve

Formulaires signés ;

Note de service et procédure actualisée.

Indicateurs

100% des dossiers conformes ;

Audits trimestriels réalisés.

ACTION PRIORITAIRE N°2 Renforcement du traitement des signalements de maltraitance et de violence - Critère HAS 3.11.2

Constats

Le service disposait déjà d'un registre des événements indésirables ainsi que de procédures internes relatives aux situations sensibles.

L'évaluation HAS a toutefois mis en évidence la nécessité de renforcer :

- la formalisation spécifique des signalements de maltraitance et de violence ;
- la traçabilité des analyses réalisées ;
- ainsi que le suivi des actions correctives engagées.

Les observations transmises par le service entre le pré-rapport et le rapport définitif ont permis de préciser qu'un registre spécifique maltraitance/violence avait été mis en place à la suite de la visite d'évaluation afin de compléter le suivi déjà réalisé à travers les événements indésirables.

Le service a également engagé la structuration d'un COPIL qualité permettant :

- une analyse plus objective des situations ;
- un suivi des actions correctives ;
- et une amélioration continue des pratiques de prévention et de gestion des risques.

Actions déjà engagées

- création d'un registre spécifique maltraitance/violence ;
- intégration de la fiche de signalement dans les procédures ;
- mobilisation du COPIL qualité.

Actions complémentaires prévues

- formalisation systématique des analyses et actions correctives ;
- création d'un bilan annuel maltraitance ;
- suivi trimestriel des situations en COPIL qualité ;
- création d'une fiche réflexe professionnelle.

Responsable

Coordinatrice

Échéance

Septembre 2026

Personne associée

Directeur

Éléments de preuve

- registre ;
- comptes-rendus COPIL ;
- fiches réflexes ;
- bilan annuel.

Indicateurs

- 100 % des signalements analysés ;
- bilan annuel réalisé.

ACTION PRIORITAIRE N°3

Renforcement du traitement des plaintes et réclamations - Critère HAS 3.12.1

Constats

Le service disposait déjà de modalités de traitement des plaintes et réclamations ainsi que d'informations transmises aux usagers via :

- le livret d'accueil ;
- le règlement de fonctionnement ;
- et les échanges réalisés lors de l'accompagnement.

L'évaluation HAS a néanmoins identifié un besoin de renforcement concernant :

- la formalisation du suivi ;
- la centralisation des réclamations ;
- la traçabilité des délais de réponse ;
- et l'analyse qualité des situations recensées.

Les observations transmises par le service entre le pré-rapport et le rapport définitif ont permis de préciser que :

- les usagers peuvent désormais transmettre leurs réclamations directement via l'outil DOME ;
- les réponses sont généralement apportées dans un délai de quelques jours ;
- et qu'un délai maximal de réponse de 15 jours a été intégré au livret d'accueil.

Actions déjà engagées

- création d'un registre plaintes/réclamations spécifique ;
- intégration du délai maximal de réponse de 15 jours dans le livret d'accueil ;
- mobilisation du COPIL qualité.

Actions complémentaires prévues

- mise en place d'un QR code et formulaire numérique ;
- analyse trimestrielle des réclamations ;
- formalisation des réponses écrites ;
- suivi des actions correctives ;
- présentation d'un bilan annuel.

Responsable

Directeur

Échéance

Septembre 2026

Personne associée

Coordinatrice

Éléments de preuve

- registre ;
- procédure ;
- bilans trimestriels ;
- comptes-rendus COPIL.

Indicateurs

- 100 % des réclamations enregistrées ;
- suivi des délais de réponse

ACTION PRIORITAIRE N°4

Renforcement de la gestion de crise et de la continuité d'activité - Critère HAS 3.14.1

Constats

Le service disposait déjà d'un Plan de Continuité de Service ainsi que de modalités organisationnelles permettant d'assurer la continuité des accompagnements en situation dégradée.

Les entretiens réalisés dans le cadre de l'évaluation HAS ont mis en évidence une connaissance globale par les professionnels des conduites à tenir ainsi qu'une capacité d'adaptation organisationnelle effective.

L'évaluation a toutefois identifié un besoin de renforcement concernant :

- la formalisation de l'implication des professionnels ;
- la structuration du suivi documentaire ;
- et l'actualisation régulière du plan.

Actions déjà engagées

- diffusion des procédures auprès des équipes ;
- sensibilisation des professionnels ;
- ajustements organisationnels réguliers.

Actions complémentaires prévues

- création d'un calendrier annuel de révision du PCS ;
- formalisation des mises à jour ;
- exercice annuel de gestion de crise ;
- traçabilité de l'implication des professionnels.

Responsable

Directeur

Personnes associées

Coordinatrice / Gérante / COPIL qualité

Échéance

Octobre 2026

Éléments de preuve

- PCS actualisé ;
- calendrier annuel ;
- compte-rendu exercice ;
- émargements.

Indicateurs

- 1 exercice annuel réalisé ;
- PCS réactualisé annuellement.

PARTIE 2 : AXE PRIORITAIRE 2 – SUITES DU CONTROLE DEPARTEMENTAL

Les actions présentées dans cette partie répondent aux mises en demeure restant ouvertes à la suite du contrôle réalisé par le Département des Deux-Sèvres.

Ces actions visent principalement à :

- finaliser la mise en conformité documentaire du service ;
- renforcer la formalisation des organisations et procédures ;
- améliorer la traçabilité des pratiques ;
- et assurer l'intégration des attendus du cahier des charges des Services Autonomie à Domicile.

Le service précise qu'une partie des écarts identifiés lors du contrôle a déjà fait l'objet d'actions correctives engagées avant ou dans la continuité de l'évaluation HAS.

Les actions ci-dessous feront l'objet d'un suivi renforcé dans le cadre du COPIL qualité afin d'assurer leur mise en œuvre avant les échéances fixées par le Département.

ACTION PRIORITAIRE N°5 Reprise et mise en conformité du projet de service
Suite à la mise en demeure n°2 du Département des Deux-Sèvres

Constats

Le contrôle réalisé par le Département des Deux-Sèvres a mis en évidence plusieurs éléments nécessitant une reprise et un approfondissement du projet de service afin de répondre pleinement aux exigences du cahier des charges des Services Autonomie à Domicile.

Les remarques portent notamment sur :

- certaines mentions insuffisamment développées ;
- la nécessité d'intégrer plus précisément plusieurs organisations internes du service ;
- ainsi que l'utilisation de l'intitulé « projet d'établissement » en lieu et place de « projet de service ».

Le service disposait néanmoins déjà :

- d'un document structuré couvrant la période 2025-2029 ;
- d'une réflexion institutionnelle engagée autour des valeurs du service ;
- d'axes stratégiques identifiés ;
- ainsi que d'actions déjà mises en œuvre concernant la qualité, la coordination et les conditions de travail.

Les observations transmises dans le cadre des échanges réalisés à la suite du contrôle et de l'évaluation HAS ont permis de préciser que plusieurs thématiques étaient déjà présentes dans les pratiques du service mais insuffisamment détaillées ou formalisées dans le document institutionnel.

Le service a ainsi engagé un travail de reprise du projet de service afin de :

- renforcer sa conformité réglementaire ;
- développer les axes insuffisamment détaillés ;
- améliorer la lisibilité des organisations mises en place ;
- et intégrer les évolutions liées à la réforme des SAD et aux démarches qualité engagées.

Actions déjà engagées

- changement progressif de l'intitulé vers « projet de service » ;
- réactualisation du document dans le cadre de la réforme SAD ;
- intégration d'éléments relatifs à la qualité et à la coordination ;
- développement des axes relatifs à la continuité de service ;
- travail engagé sur les actions de prévention et la qualité de vie au travail.

Actions complémentaires prévues

- reprise complète du projet de service ;
- développement des axes insuffisamment détaillés ;
- formalisation des modalités de continuité de service ;
- formalisation des modalités de reprise des interventions ;
- formalisation des modalités de transmission des informations aux intervenants ;
- développement des actions de prévention mises en œuvre par le service ;
- formalisation de la politique QVT ;
- mise en conformité réglementaire globale du document ;

www.bienetre-chezsoi.fr

BIEN ETRE CHEZ SOI 222 AVENUE ST JEAN D'ANGELY 79000 NIORT au capital de 3000€, SIRET 51177103200048,
Téléphone : 05 49 1745 97 Courriel : contact@bienetre-chezsoi.fr – Autorisation départementale I23-145 du 31/03/2023

- validation du document en COPIL qualité.

Responsable

Directeur

Personne associée

Coordinatrice

Échéance

Décembre 2026

Éléments de preuve

- version actualisée du projet de service ;
- comptes-rendus COPIL qualité ;
- tableau de suivi documentaire ;
- preuves de diffusion aux professionnels.

Indicateurs

- projet de service actualisé et validé avant le 01/01/2027 ;
- nombre d'axes réglementaires repris ;
- traçabilité de la présentation du document en réunion ;
- taux de diffusion aux professionnels ;
- suivi annuel de l'actualisation du projet de service.

ACTION PRIORITAIRE N°6 Reprise et mise en conformité du livret d'accueil **Suite à la mise en demeure n°3 du Département des Deux-Sèvres**

Constats

Le contrôle réalisé par le Département des Deux-Sèvres a mis en évidence la nécessité de compléter le livret d'accueil afin d'y intégrer plusieurs mentions prévues par le cahier des charges des Services Autonomie à Domicile.

Les remarques portent notamment sur :

- les périodes d'intervention ;
- les modalités de remplacement des intervenants ;
- ainsi que l'approfondissement des modalités de signalement des situations de maltraitance.

Le service disposait néanmoins déjà :

- d'un livret d'accueil remis aux usagers ;
- d'informations relatives aux droits et au fonctionnement du service ;
- d'outils de communication complémentaires ;
- ainsi que d'une version FALC en cours de développement.

Les observations transmises entre le pré-rapport et le rapport définitif HAS ont permis de préciser que plusieurs compléments avaient déjà été intégrés ou engagés à la suite de la visite d'évaluation, notamment :

- l'intégration du recueil du consentement au droit à l'image ;
- la formalisation du délai maximal de réponse aux réclamations fixé à 15 jours ;
- ainsi que le renforcement des informations relatives aux signalements et aux droits des usagers.

Le service a ainsi engagé un travail de reprise du livret d'accueil afin :

- d'améliorer sa conformité réglementaire ;
- de renforcer la lisibilité des informations transmises ;
- et de développer l'accessibilité des supports remis aux usagers et familles.

Actions déjà engagées

- réactualisation du livret d'accueil ;
- ajout du formulaire droit à l'image ;
- ajout des modalités de réclamation ;
- développement des supports simplifiés ;
- amélioration des informations relatives aux droits des usagers.

Actions complémentaires prévues

- intégration des périodes d'intervention ;
- formalisation des modalités de remplacement des intervenants ;
- approfondissement des modalités de signalement de la maltraitance ;
- harmonisation des informations réglementaires ;
- actualisation des références réglementaires ;
- poursuite du développement des supports accessibles ;
- validation du livret en COPIL qualité.

Responsable

Coordinatrice

Personne associée

Directeur

Échéance

Décembre 2026

Éléments de preuve

- version actualisée du livret d'accueil ;
- tableau de suivi documentaire ;
- preuves de diffusion ;
- comptes-rendus COPIL qualité. *

Indicateurs

- livret d'accueil actualisé avant le 01/01/2027 ;
- nombre de mentions réglementaires intégrées ;
- taux de remise du livret tracé dans les dossiers ;
- nombre de supports simplifiés diffusés ;
- suivi annuel de l'actualisation du livret d'accueil.

ACTION PRIORITAIRE N°7 Reprise et mise en conformité du règlement de fonctionnement - Suite à la mise en demeure n°4 du Département des Deux-Sèvres

Constats

Le contrôle réalisé par le Département des Deux-Sèvres a mis en évidence la nécessité de revoir et compléter le règlement de fonctionnement afin qu'il réponde pleinement aux exigences du cahier des charges des Services Autonomie à Domicile.

Les remarques portent notamment sur :

- l'utilisation de l'intitulé « règlement intérieur » en lieu et place de « règlement de fonctionnement » ;
- certaines références réglementaires nécessitant une actualisation ;
- ainsi que l'absence ou l'insuffisance de certaines mentions obligatoires relatives :
 - à la sûreté des personnes et des biens ;
 - aux mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ;
 - et aux modalités de rétablissement des prestations après interruption.

Le service disposait néanmoins déjà :

- d'un document remis aux usagers ;
- de règles de fonctionnement connues des professionnels ;
- d'organisations internes relatives à la continuité de service ;
- ainsi que de consignes diffusées aux équipes concernant les situations d'urgence ou d'absence.

Les observations transmises dans le cadre des échanges liés à l'évaluation HAS et au contrôle départemental ont permis de préciser que plusieurs organisations existaient déjà dans les pratiques du service mais restaient insuffisamment formalisées dans les outils institutionnels.

Le service a ainsi engagé un travail de reprise du règlement de fonctionnement afin :

- de renforcer sa conformité réglementaire ;
- d'harmoniser les pratiques ;
- d'améliorer la lisibilité des informations transmises aux usagers ;
- et de formaliser davantage les organisations déjà mises en œuvre au sein du service

Actions déjà engagées

- changement progressif de l'intitulé vers « règlement de fonctionnement » ;
- réactualisation partielle des références réglementaires ;
- travail engagé sur les procédures liées aux situations d'urgence ;
- amélioration des outils qualité et des supports remis aux usagers.

Actions complémentaires prévues

- reprise complète du règlement de fonctionnement ;
- actualisation des références réglementaires ;
- intégration des modalités relatives à la sûreté des personnes et des biens ;
- formalisation des mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle
- formalisation des modalités de continuité et de rétablissement des prestations ;
- harmonisation du document avec les autres outils loi 2002-2 ;
- validation du document en COPIL qualité.

Responsable

Directeur

Personne associée

Coordinatrice

Échéance

Décembre 2026

Éléments de preuve

- version actualisée du règlement de fonctionnement ;
- tableau de suivi documentaire ;
- procédures associées ;
- comptes-rendus COPIL qualité ;
- preuves de diffusion aux usagers et professionnels.

Indicateurs

- règlement de fonctionnement actualisé avant le 01/01/2027 ;
- nombre de mentions réglementaires intégrées ;
- traçabilité de la diffusion du document ;
- suivi annuel de l'actualisation réglementaire ;
- nombre de professionnels sensibilisés aux évolutions du règlement.

ACTION PRIORITAIRE N°8 Reprise et mise en conformité du DIPEC et du contrat de prestation - Suite à la mise en demeure n°5 du Département des Deux-Sèvres

Constats

Le contrôle réalisé par le Département des Deux-Sèvres a mis en évidence la nécessité de revoir et compléter le Document Individuel de Prise En Charge (DIPEC) ainsi que le contrat de prestation afin de répondre pleinement aux exigences du cahier des charges des Services Autonomie à Domicile.

Les remarques portent notamment sur :

- la nécessité de fusionner le contrat de prestation et le DIPEC ;
- l'absence ou l'insuffisance de certaines mentions obligatoires ;
- ainsi que la nécessité de mieux formaliser certaines modalités contractuelles.

Les éléments à renforcer concernent notamment :

- les conditions de prise en charge ;
- les modalités de résiliation et les délais de préavis ;
- les conditions de remplacement des intervenants habituels ;
- les modalités d'évolution tarifaire ;
- les recours en cas de litige ;
- ainsi que le droit de rétractation.

Le service disposait néanmoins déjà :

- d'un contrat de prestation ;
- d'un DIPEC individualisé ;
- d'informations transmises aux usagers concernant les modalités d'intervention ;
- ainsi que d'une organisation permettant l'adaptation des accompagnements selon les besoins des personnes accompagnées.

Les observations transmises dans le cadre des échanges liés à l'évaluation HAS et au contrôle départemental ont permis de préciser que plusieurs éléments demandés existaient déjà dans les pratiques ou dans différents supports remis aux usagers, mais nécessitaient une harmonisation et une formalisation plus complète au sein d'un document unique.

Le service a ainsi engagé un travail de reprise du DIPEC et du contrat de prestation afin :

- de renforcer leur conformité réglementaire ;
- d'améliorer la lisibilité des engagements réciproques ;
- d'harmoniser les outils remis aux usagers ;
- et de renforcer la sécurisation juridique et organisationnelle des accompagnements.

Actions déjà engagées

- travail de fusion du contrat de prestation et du DIPEC ;
- réactualisation progressive des mentions réglementaires ;
- amélioration des supports remis aux usagers ;
- harmonisation des outils loi 2002-2.

Actions complémentaires prévues

- finalisation du document unique DIPEC/contrat ;
- intégration des mentions réglementaires manquantes ;
- formalisation des modalités de résiliation et de préavis ;

www.bienetre-chezsoi.fr

BIEN ETRE CHEZ SOI 222 AVENUE ST JEAN D'ANGELY 79000 NIORT au capital de 3000€, SIRET 51177103200048,
Téléphone : 05 49 1745 97 Courriel : contact@bienetre-chezsoi.fr – Autorisation départementale I23-145 du 31/03/2023

- formalisation des modalités de remplacement des intervenants ;
- intégration des modalités d'évolution tarifaire ;
- formalisation des recours et modalités de traitement des litiges ;
- intégration du droit de rétractation ;
- validation du document en COPIL qualité.

Responsable

Directeur

Personne associée

Coordinatrice

Échéance

Décembre 2026

Éléments de preuve

- version actualisée du DIPEC/contrat ;
- tableau de suivi documentaire ;
- preuves de diffusion ;
- comptes-rendus COPIL qualité.

Indicateurs

- document unique DIPEC/contrat validé avant le 01/01/2027 ;
- nombre de mentions réglementaires intégrées ;
- taux de dossiers comportant le document actualisé signé ;
- suivi annuel des actualisations réglementaires ;
- nombre d'utilisateurs ayant reçu le document actualisé.

ACTION PRIORITAIRE N°9 Reprise et renforcement du projet d'accompagnement personnalisé (PAI) - Suite à la mise en demeure n°6 du Département des Deux-Sèvres

Constats

Le contrôle réalisé par le Département des Deux-Sèvres a mis en évidence la nécessité de compléter le projet d'accompagnement personnalisé afin d'y intégrer de manière plus formalisée la présence, la place et le rôle des aidants dans l'accompagnement des personnes accompagnées.

L'évaluation HAS a également mis en évidence :

- une participation des professionnels aux réévaluations encore insuffisamment formalisée ;
- une traçabilité variable des échanges autour des accompagnements ;
- ainsi qu'une nécessité de renforcer la coconstruction des projets personnalisés.

Le service disposait néanmoins déjà :

- de projets d'accompagnement individualisés ;
- d'échanges réguliers avec les familles et aidants ;
- de transmissions permettant l'adaptation des accompagnements ;
- ainsi que d'une vigilance portée aux situations complexes et aux risques de rupture.

Les observations transmises dans le cadre des échanges liés à l'évaluation HAS et au contrôle départemental ont permis de préciser que les aidants étaient déjà régulièrement associés dans les pratiques quotidiennes du service, notamment :

- lors des visites à domicile ;
- des réévaluations ;
- des coordinations ;
- et des échanges réalisés avec les professionnels.

Le service a ainsi engagé un travail de reprise du PAI afin :

- de renforcer sa conformité réglementaire ;
- d'améliorer la formalisation des échanges avec les aidants ;
- de renforcer la participation des professionnels ;
- et d'améliorer la traçabilité des réévaluations et coordinations autour des accompagnements.

Actions déjà engagées

- réactualisation progressive du modèle de PAI ;
- amélioration des transmissions DOME ;
- renforcement des échanges avec les familles ;
- développement des coordinations autour des situations complexes ;
- sensibilisation des professionnels à la traçabilité des accompagnements.

Actions complémentaires prévues

- intégration d'une partie spécifique relative aux aidants dans le PAI ;
- formalisation du rôle et de la place des aidants ;
- amélioration de la traçabilité des réévaluations ;
- formalisation des échanges avec les professionnels intervenants ;
- harmonisation des pratiques de suivi ;
- renforcement de la participation des usagers et familles ;
- validation du nouveau modèle en COPIL qualité.

www.bienetre-chezsoi.fr

BIEN ETRE CHEZ SOI 222 AVENUE ST JEAN D'ANGELY 79000 NIORT au capital de 3000€, SIRET 51177103200048,
Téléphone : 05 49 1745 97 Courriel : contact@bienetre-chezsoi.fr – Autorisation départementale I23-145 du 31/03/2023

Responsable

Coordinatrice

Personne associée

Directeur

Échéance

Décembre 2026

Éléments de preuve

- modèle actualisé de PAI ;
- dossiers usagers ;
- transmissions DOME ;
- comptes-rendus de coordination ;
- comptes-rendus COPIL qualité.

Indicateurs

- taux de PAI comportant une partie aidants formalisée ;
- taux de PAI réévalués dans les délais ;
- nombre de réévaluations tracées ;
- taux de dossiers comportant une traçabilité des échanges avec les aidants ;
- nombre de situations complexes présentées en coordination.

ACTION PRIORITAIRE N°10 Formalisation de la procédure EI/EIG et transmission au Département - Suite à la mise en demeure n°7 du Département des Deux-Sèvres

Constats

Le contrôle réalisé par le Département des Deux-Sèvres a mis en évidence la nécessité de formaliser la procédure de gestion des événements indésirables graves et d'y intégrer les modalités de transmission des informations au Département.

Cette action s'inscrit en complément de l'**ACTION PRIORITAIRE N°2** du présent PAQ relative au traitement des signalements de maltraitance et de violence.

Actions déjà engagées

- existence d'un registre des événements indésirables ;
- formalisation progressive des procédures internes ;
- structuration du COPIL qualité ;
- amélioration des outils de signalement.

Actions complémentaires prévues

- finalisation de la procédure EI/EIG ;
- intégration des modalités de transmission au Département ;
- harmonisation des outils de signalement ;
- diffusion de la procédure actualisée aux professionnels.

Responsable

Coordinatrice

Personne associée

Directeur

Échéance

Décembre 2026

Éléments de preuve

- procédure EI/EIG actualisée ;
- registre EI ;
- preuves de diffusion ;
- traçabilité des transmissions.

Indicateurs

- procédure validée avant le 01/01/2027 ;
- traçabilité des transmissions réalisées au Département ;
- taux de professionnels sensibilisés à la procédure.

PARTIE 3 ACTIONS D'AMÉLIORATION – CRITÈRES STANDARDS HAS

Les actions présentées dans cette partie s'inscrivent dans la continuité des axes de progression identifiés lors de l'évaluation HAS concernant les critères standards n'ayant pas obtenu la cotation maximale.

L'évaluation a mis en évidence plusieurs pratiques déjà présentes au sein du service mais nécessitant :

- une formalisation plus aboutie ;
- une harmonisation des pratiques ;
- un renforcement de la traçabilité ;
- ou une meilleure structuration des outils et organisations existants.

Les observations transmises par le service entre le pré-rapport et le rapport définitif ont également permis de préciser que plusieurs actions d'amélioration étaient déjà engagées avant la finalisation du rapport d'évaluation, notamment concernant :

- les transmissions ;
- l'information des usagers ;
- les outils qualité ;
- les coordinations ;
- et la participation des professionnels aux accompagnements.

Les actions ci-dessous visent ainsi à poursuivre la dynamique d'amélioration continue engagée par le service afin :

- de renforcer la qualité des accompagnements ;
- d'améliorer la coordination et la personnalisation des prises en charge ;
- de consolider la participation des usagers, familles et professionnels ;
- et de poursuivre la structuration des pratiques et outils du service.

Ces actions feront l'objet d'un suivi régulier dans le cadre du COPIL qualité et des démarches de pilotage du service.

ACTION D'AMÉLIORATION N°11 Renforcement de l'accès des usagers aux informations - Critères concernés 1.2.4 – 1.2.7

Constats

L'évaluation HAS met en évidence une appropriation variable par les usagers :

- des modalités d'accès à leur dossier ;
- des outils numériques ;
- ainsi que des informations relatives à leurs droits. *

Le service disposait néanmoins déjà :

- d'un livret d'accueil ;
- d'un accès au dossier via DOME ;
- de notes d'information ;
- ainsi que d'un accompagnement proposé aux usagers pour l'utilisation de l'outil numérique.

Les observations transmises entre le pré-rapport et le rapport définitif ont permis de préciser que :

- les usagers étaient informés de leur possibilité d'accès au dossier ;
- un accompagnement à l'utilisation de DOME avait été proposé ;
- mais que l'appropriation restait hétérogène selon les capacités numériques, l'âge ou les situations de fragilité.

Le service souhaite ainsi renforcer :

- la lisibilité des informations ;
- l'accessibilité des supports ;
- et la traçabilité de l'information délivrée aux usagers et familles.

Actions prévues

- création d'une fiche simplifiée « Mes droits essentiels » ;
- amélioration de l'information sur l'accès au dossier ;
- accompagnement des familles à l'utilisation de DOME ;
- rappels lors des visites de suivi ;
- développement de supports simplifiés.

Responsable

Coordinatrice
Personne associée
Directeur

Échéance

Octobre 2026

Éléments de preuve

- fiches diffusées ;
- audits dossiers ;
- traçabilité DOME ;
- supports remis aux usagers.

Indicateurs

- taux de dossiers comportant une traçabilité d'information des droits ;
- nombre d'accompagnements réalisés à l'utilisation de DOME ;
- taux de questionnaires satisfaction mentionnant une bonne compréhension des informations ;
- nombre de supports simplifiés diffusés ;
- taux de dossiers comportant une information sur l'accès au dossier usager.

www.bienetre-chezsoi.fr

BIEN ETRE CHEZ SOI 222 AVENUE ST JEAN D'ANGELY 79000 NIORT au capital de 3000€, SIRET 51177103200048,
Téléphone : 05 49 1745 97 Courriel : contact@bienetre-chezsoi.fr – Autorisation départementale I23-145 du 31/03/2023

ACTION D'AMÉLIORATION N°12 Structuration des sensibilisations et formations - Critères concernés 1.2.7 – 1.14.6 – 1.17.2 – 2.4.7

Constats

L'évaluation HAS met en évidence une dynamique de sensibilisation déjà engagée au sein du service, notamment à travers :

- les réunions d'équipe ;
- les échanges de pratiques ;
- les rappels institutionnels ;
- et les supports diffusés aux professionnels.

Toutefois, la formalisation et la traçabilité des sensibilisations demeuraient encore incomplètes au moment de l'évaluation.

Les observations transmises entre le pré-rapport et le rapport définitif ont permis de préciser que plusieurs actions avaient déjà été engagées concernant :

- les droits des usagers ;
- les transmissions ;
- la bientraitance ;
- les événements indésirables ;
- ou encore les outils numériques.

Le service souhaite désormais structurer davantage :

- le suivi des sensibilisations ;
- leur programmation ;
- et leur traçabilité.

Actions prévues

- élaboration d'un plan annuel de sensibilisation et d'un plan de formation
- identification des formations et sensibilisations à suivre pour chaque salarié en fonction de son poste et des besoins repérés ;
- création de fiches mémo ;
- sensibilisations thématiques ;
- traçabilité des participations ;
- formalisation des temps d'échanges.

Responsable

Directeur

Personne associée

Coordinatrice

Échéance

Décembre 2026

Éléments de preuve

- plan de formation ;
- supports diffusés ;
- feuilles d'émargement ;
- comptes-rendus réunions.

Indicateurs

Plan annuel de sensibilisation validé ;
Plan de développement des compétences validé
Taux de salariés ayant une formation/sensibilisation attribuée ;
Taux de réalisation du plan de formation ;

ACTION D'AMÉLIORATION N°13 Formalisation des outils d'évaluation et de suivi
Critères concernés 1.10.3 – 1.12.2 – 1.14.2 – 1.15.5 – 1.16.2

Constats

L'évaluation HAS met en évidence une hétérogénéité dans l'utilisation et la formalisation des outils d'évaluation des besoins, de prévention et de suivi.

Le service disposait néanmoins déjà :

- d'évaluations réalisées lors des accompagnements ;
- d'échanges réguliers avec les familles et partenaires ;
- ainsi que d'une vigilance portée aux situations complexes.

Les observations transmises entre le pré-rapport et le rapport définitif ont permis de préciser que plusieurs surveillances et évaluations étaient déjà réalisées dans les pratiques quotidiennes, même si elles n'étaient pas toujours :

- standardisées ;
- formalisées ;
- ou tracées à l'aide d'outils identifiés.

Le service souhaite renforcer :

- l'harmonisation des évaluations ;
- la formalisation des outils ;
- et la traçabilité des suivis réalisés.

Actions prévues

- déploiement progressif de grilles d'évaluation ;
- formalisation des suivis prévention ;
- intégration des outils dans les dossiers ;
- sensibilisation des professionnels ;
- suivi des situations complexes.

Responsable

Coordinatrice
Personne associée
Directeur

Échéance

Décembre 2026

Éléments de preuve

- grilles intégrées ;
- dossiers usagers ;
- audits ;
- procédures.

Indicateurs

- taux de dossiers comportant une évaluation formalisée ;
- nombre d'outils déployés ;
- taux de réévaluations réalisées dans les délais ;
- nombre d'audits dossiers réalisés ;
- taux de situations complexes bénéficiant d'un suivi tracé.

ACTION D'AMÉLIORATION N°14 Renforcement de la participation des professionnels au PAI - Critères concernés 1.10.4 – 1.10.6

Constats

L'évaluation HAS met en évidence une participation encore insuffisamment formalisée des professionnels aux réévaluations et à la co-construction des PAI.

Le service disposait néanmoins déjà :

- d'échanges réguliers avec les intervenants ;
- de transmissions quotidiennes ;
- ainsi que de remontées d'informations terrain permettant des ajustements des accompagnements.

Les observations transmises entre le pré-rapport et le rapport définitif ont permis de préciser que les professionnels participaient déjà à l'évolution des accompagnements à travers :

- les transmissions DOME ;
- les échanges avec la coordination ;
- et les réunions d'équipe.

Le service souhaite désormais renforcer :

- la formalisation de cette participation ;
- la traçabilité des échanges ;
- et l'implication des professionnels dans les réévaluations.

Actions prévues

- participation renforcée des intervenants aux réévaluations ;
- formalisation des bilans ;
- traçabilité des échanges ;
- intégration des retours terrain dans les PAI.

Responsable

Coordinatrice

Échéance

Décembre 2026

Personne associée

Gérante

Éléments de preuve

- bilans PAI ;
- transmissions ;
- comptes-rendus ;
- réévaluations tracées.

Indicateurs

- taux de PAI réévalués avec participation terrain ;
- nombre de réévaluations tracées ;
- nombre de professionnels associés aux réévaluations ;
- taux de dossiers comportant des retours professionnels formalisés.

ACTION D'AMÉLIORATION N°15 Développement de la coordination et des partenariats
Critères concernés 1.10.5 – 1.15.10 – 1.17.3 – 1.17.4

Constats

L'évaluation HAS met en évidence des coordinations déjà présentes avec les partenaires du territoire mais encore insuffisamment formalisées et tracées.

Le service disposait déjà :

- de liens avec les SSIAD ;
- IDEL ;
- DAC/PTA ;
- établissements de santé ;
- et autres partenaires médico-sociaux.

Les observations transmises entre le pré-rapport et le rapport définitif ont permis de préciser que les coordinations étaient fréquentes dans les situations complexes mais peu systématiquement tracées ou structurées.

Le service souhaite renforcer :

- la formalisation des coordinations ;
- la traçabilité des échanges ;
- et la connaissance des partenaires par les professionnels.

Actions prévues

- création d'un annuaire partenaires ;
- formalisation des échanges ;
- participation aux coordinations ;
- développement des conventions partenariales.

Responsable

Coordinatrice

Personne associée

Directeur

Échéance

Février 2027

Éléments de preuve

- annuaire ;
- conventions ;
- comptes-rendus ;
- transmissions.

Indicateurs

- nombre de coordinations tracées ;
- nombre de conventions partenariales ;
- taux de situations complexes ayant bénéficié d'une coordination ;
- nombre de partenaires référencés ;
- nombre d'échanges partenariaux présentés en COPIL.

ACTION D'AMÉLIORATION N°16 Soutien aux aidants et prévention des ruptures - critères concernés 1.11.2 – 1.17.2

Constats

L'évaluation HAS met en évidence une connaissance encore partielle des dispositifs de répit et de soutien aux aidants par les professionnels.

Le service disposait néanmoins déjà :

- d'échanges avec les familles ;
- d'une vigilance concernant l'épuisement des aidants ;
- et d'orientations ponctuelles vers certains partenaires du territoire.

Les observations transmises entre le pré-rapport et le rapport définitif ont permis de préciser que des relais étaient déjà réalisés selon les situations mais que leur formalisation et leur harmonisation nécessitaient d'être renforcées.

Le service souhaite ainsi :

- améliorer la connaissance des dispositifs ;
- structurer les orientations ;
- et renforcer le repérage des situations à risque de rupture.

Actions prévues

- création d'une fiche repérage aidants ;
- annuaire des solutions de répit ;
- sensibilisation des équipes ;
- formalisation des orientations.

Responsable

Coordinatrice

Personne associée

Gérante

Échéance

Janvier 2027

Éléments de preuve

- fiches ;
- orientations tracées ;
- supports diffusés ;
- comptes-rendus.
-

Indicateurs

- nombre d'orientations vers des dispositifs de répit ;
- taux de situations aidants repérées ;
- nombre de professionnels sensibilisés ;
- nombre de situations complexes présentées en coordination ;
- taux de dossiers comportant une vigilance aidants tracée.

ACTION D'AMÉLIORATION N°17 Promotion de la citoyenneté et de la participation sociale des personnes accompagnées

Critères concernés : 1.3.1 – 1.5.1 – 1.5.2 – 1.5.3 – 1.9.2

Constats

L'évaluation HAS a mis en évidence une participation des personnes accompagnées à leur projet et à leur accompagnement, mais une formalisation encore limitée des actions favorisant l'exercice de leur citoyenneté, l'expression de leurs choix et leur participation à la vie sociale.

Le service accompagne quotidiennement les personnes dans le respect de leurs droits, de leurs habitudes de vie et de leurs choix, mais souhaite renforcer la visibilité et la traçabilité des actions favorisant leur inclusion sociale et citoyenne.

Actions prévues

- sensibilisation des professionnels à la promotion de la citoyenneté et de l'autodétermination ;
- repérage des souhaits de participation sociale lors des évaluations et réévaluations ;
- intégration d'un volet « vie sociale et citoyenneté » dans le PAI ;
- information des usagers sur leurs droits et les dispositifs de représentation ;
- accompagnement, lorsque souhaité, aux démarches administratives favorisant l'exercice des droits ;
- valorisation des activités sociales, culturelles ou citoyennes réalisées par les personnes accompagnées ;
- recensement des partenariats et ressources du territoire favorisant l'inclusion sociale.

Responsable
Directeur

Échéance
Mars 2027

Personne associée
Coordinatrice

Éléments de preuve

- PAI actualisés ;
- fiches mémo ;
- supports d'information ;
- dossiers usagers ;
- comptes-rendus COPIL qualité.

Indicateurs

- taux de PAI comportant un volet « vie sociale et citoyenneté » ;
- nombre d'usagers informés de leurs droits et dispositifs de participation ;
- nombre d'actions ou accompagnements favorisant l'inclusion sociale tracés dans les dossiers ;
- nombre de professionnels sensibilisés à la citoyenneté et à l'autodétermination ;
- nombre de partenariats ou ressources territoriales identifiés et mobilisés.

PARTIE 4 ACTIONS DE CONSOLIDATION – PRATIQUES EXISTANTES

Les actions présentées dans cette partie visent à consolider et pérenniser les pratiques, organisations et outils déjà identifiés comme globalement satisfaisants dans le cadre de l'évaluation HAS et des démarches qualité engagées par le service.

L'évaluation a mis en évidence plusieurs points forts du service, notamment :

- la proximité avec les usagers et les professionnels ;
- la dynamique qualité engagée ;
- la réactivité de la gouvernance ;
- les coordinations partenariales ;
- ainsi que les outils déjà développés en matière de suivi et de traçabilité.

Les observations transmises par le service entre le pré-rapport et le rapport définitif ont également permis de mettre en évidence :

- l'existence de nombreuses pratiques déjà opérationnelles ;
- une capacité d'adaptation rapide du service ;
- ainsi qu'une dynamique de professionnalisation déjà engagée avant la finalisation du rapport d'évaluation.

Les actions de consolidation ci-dessous ne répondent donc pas à des écarts majeurs ou à des non-conformités, mais visent principalement :

- à renforcer la pérennité des organisations mises en place ;
- à soutenir l'appropriation des outils par les professionnels ;
- à développer la culture qualité ;
- et à inscrire durablement les démarches engagées dans le fonctionnement quotidien du service.

Ces actions s'inscrivent dans une logique de progression continue et de consolidation des pratiques professionnelles, organisationnelles et partenariales du service.

ACTION DE CONSOLIDATION N°18 Consolidation de la démarche qualité

Constats

L'évaluation HAS met en évidence une dynamique qualité déjà présente au sein du service, notamment à travers :

- la réalisation de l'auto-évaluation ;
- la mise en place du COPIL qualité ;
- les réunions d'équipe ;
- le suivi des événements indésirables ;
- ainsi que les démarches engagées avant l'évaluation HAS.

Les observations transmises entre le pré-rapport et le rapport définitif ont permis de préciser que plusieurs actions correctives avaient déjà été engagées immédiatement après la visite d'évaluation, traduisant une capacité de réactivité et une implication de la gouvernance dans l'amélioration continue.

Le service souhaite désormais renforcer :

- le pilotage qualité ;
- le suivi des indicateurs ;
- la formalisation des audits ;
- et l'appropriation de la culture qualité par l'ensemble des professionnels.

Actions prévues

- maintien du COPIL qualité trimestriel ;
- développement d'audits internes ;
- suivi des indicateurs qualité ;
- formalisation des plans d'actions ;
- développement d'outils de suivi.

Responsable

Directeur

Échéance

Suivi continu – bilan annuel décembre 2026

Personne associée

Coordinatrice

Éléments de preuve

- comptes-rendus COPIL ;
- audits ;
- tableaux de bord ;
- bilans qualité.

Indicateurs

- nombre de COPIL qualité réalisés ;
- nombre d'audits internes réalisés ;
- taux d'actions du PAQ suivies ;
- nombre d'indicateurs analysés trimestriellement ;
- taux d'actions clôturées dans les délais prévus.

ACTION DE CONSOLIDATION N°19 Consolidation des outils numériques et de la traçabilité

Constats

L'évaluation HAS met en évidence une utilisation effective des outils numériques par le service, notamment concernant :

- les transmissions ;
- la coordination ;
- et la communication avec les usagers et familles.

Les observations transmises entre le pré-rapport et le rapport définitif ont permis de préciser que l'outil DOME était déjà utilisé :

- comme dossier usager informatisé ;
- comme outil de transmissions ;
- comme support de suivi ;
- et comme espace d'échanges avec certaines familles et partenaires.

Le service souhaite désormais poursuivre :

- l'harmonisation des pratiques numériques ;
- la qualité des transmissions ;
- et le développement des usages du DUI.

Actions prévues

- poursuite des sensibilisations DOME ;
- audits transmissions ;
- amélioration des supports mémo ;
- harmonisation des pratiques de traçabilité ;
- développement des outils numériques qualité.

Responsable

Coordinatrice

Échéance

Suivi continu – bilan annuel décembre 2026

Personne associée

Directeur

Éléments de preuve

- audits transmissions ;
- fiches mémo ;
- comptes-rendus ;
- captures/outils DOME.

Indicateurs

- nombre d'audits transmissions réalisés ;
- taux de dossiers comportant des transmissions régulières ;
- nombre de professionnels sensibilisés à DOME ;
- taux de conformité des transmissions auditées ;
- nombre de supports numériques diffusés.

ACTION DE CONSOLIDATION N°20 Consolidation des actions QVT

Constats

L'évaluation HAS met en évidence une organisation de proximité et une attention portée aux conditions de travail des professionnels.

Le service disposait déjà :

- d'échanges réguliers avec les équipes ;
- d'une organisation favorisant la proximité managériale ;
- de temps de réunions ;
- et d'aménagements organisationnels visant à limiter l'épuisement professionnel.

Les observations transmises entre le pré-rapport et le rapport définitif ont permis de préciser plusieurs actions déjà mises en œuvre concernant :

- l'organisation du temps de travail ;
- la prévention des risques ;
- la dynamique d'équipe ;
- et l'accompagnement des professionnels.

Le service souhaite désormais renforcer :

- la formalisation de sa politique QVT ;
- la prévention des risques psychosociaux ;
- et le suivi des actions mises en œuvre.

Actions prévues

- formalisation d'un axe QVT ;
- poursuite des réunions d'équipe ;
- développement des temps d'échange ;
- suivi des situations d'usure professionnelle ;
- maintien des actions organisationnelles existantes.

Responsable

Directeur

Échéance

Suivi continu – bilan annuel décembre 2026

Personne associée

Gérante / Coordinatrice

Éléments de preuve

- comptes-rendus réunions ;
- DUERP ;
- plan de prévention ;
- supports QVT.

Indicateurs

- nombre de réunions d'équipe réalisées ;
- taux de participation aux réunions ;
- nombre d'actions QVT mises en œuvre ;
- suivi de l'absentéisme ;
- suivi du turnover.

ACTION DE CONSOLIDATION N°21 Consolidation de la coordination médico-sociale

Constats

L'évaluation HAS met en évidence l'existence de coordinations régulières avec les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire.

Le service disposait déjà :

- de liens avec les SSIAD ;
- IDEL ;
- DAC/PTA ;
- établissements de santé ;
- et différents partenaires territoriaux.

Les observations transmises entre le pré-rapport et le rapport définitif ont permis de préciser que ces coordinations étaient fréquentes dans les situations complexes mais parfois insuffisamment formalisées ou tracées.

Le service souhaite désormais :

- renforcer la structuration des coordinations ;
- améliorer la traçabilité des échanges ;
- et développer la connaissance des partenaires par les équipes.

Actions prévues

- poursuite des coordinations partenariales ;
- formalisation des échanges complexes ;
- développement des conventions ;
- sensibilisation des professionnels aux partenaires territoriaux.

Responsable

Coordinatrice

Échéance

Suivi continu – bilan annuel décembre 2026

Personne associée

Directeur

Éléments de preuve

- conventions ;
- comptes-rendus ;
- transmissions ;
- annuaire partenaires.

Indicateurs

- nombre de coordinations tracées ;
- nombre de conventions actives ;
- nombre de situations complexes coordonnées ;
- nombre d'échanges partenariaux présentés en réunion ;
- taux de professionnels sensibilisés aux partenaires.

ACTION DE CONSOLIDATION N°22 Développement du pouvoir d'agir et de la participation des usagers et des aidants

Constats

L'évaluation HAS a mis en évidence l'existence de plusieurs modalités de recueil de la parole des personnes accompagnées et de leurs proches (enquêtes de satisfaction, échanges lors des visites à domicile, accès aux outils numériques, réclamations et suggestions).

Le service souhaite désormais renforcer la participation collective des usagers et des aidants à la vie du service afin de favoriser leur expression, leur implication dans la démarche qualité et la prise en compte de leurs attentes dans l'amélioration continue des accompagnements.

Actions prévues

- poursuite des enquêtes de satisfaction annuelles ;
- diffusion du support « Vous nous avez dit / Nous avons fait » ;
- formalisation du recueil des propositions d'amélioration des usagers et aidants ;
- expérimentation d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS) adapté au domicile ;
- organisation d'une élection de représentants des usagers ;
- organisation d'une élection de représentants des aidants ;
- élaboration d'un règlement de fonctionnement du CVS ;
- organisation d'au moins une réunion annuelle du CVS ;
- présentation au CVS des résultats des enquêtes de satisfaction, des actions qualité et des projets du service ;
- diffusion des comptes rendus aux personnes accompagnées et aux aidants.

Responsable

Directeur

Échéance

Juin 2027

Personnes associées

Coordinatrice – Gérante – Représentants
des usagers et des aidants

Éléments de preuve

- procédure CVS ;
- règlement de fonctionnement du CVS ;
- listes électorales ;
- procès-verbaux d'élection ;
- comptes rendus des réunions ;
- supports de communication diffusés aux usagers et aidants ;
- bilan annuel du CVS.
-

Indicateurs

- expérimentation du CVS réalisée ;
- nombre de représentants des usagers élus ;
- nombre de représentants des aidants élus ;
- taux de participation aux élections ;
- nombre de réunions du CVS organisées ;
- nombre de propositions formulées par les représentants ;
- nombre d'actions mises en œuvre à la suite des avis du CVS ;
- nombre de communications « Vous nous avez dit / Nous avons fait » diffusées ;
- taux de satisfaction des usagers concernant leur possibilité d'expression.

www.bienetre-chezsoi.fr

BIEN ETRE CHEZ SOI 222 AVENUE ST JEAN D'ANGELY 79000 NIORT au capital de 3000€, SIRET 51177103200048,
Téléphone : 05 49 1745 97 Courriel : contact@bienetre-chezsoi.fr – Autorisation départementale I23-145 du 31/03/2023

MODALITÉS DE SUIVI DU PAQ

Le présent Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ) fera l'objet d'un suivi régulier dans le cadre de la démarche d'amélioration continue du service.

Le pilotage du PAQ sera assuré par la Direction en lien avec la coordination et le COPIL qualité.

La gérance est associée au suivi global de la démarche qualité dans le cadre du COPIL qualité et des bilans annuels présentés par la Direction.

Le suivi des actions engagées reposera notamment sur :

- l'analyse régulière des indicateurs définis dans chaque action ;
- le suivi des échéances ;
- la traçabilité des actions mises en œuvre ;
- l'évaluation des écarts résiduels ;
- et l'identification des actions complémentaires éventuellement nécessaires.

Le COPIL qualité assurera :

- un suivi trimestriel de l'avancement du PAQ ;
- l'analyse des indicateurs qualité ;
- le suivi des événements indésirables, réclamations et situations sensibles ;
- l'évaluation de l'efficacité des actions correctives mises en œuvre ;
- ainsi que l'actualisation des priorités du service en matière de qualité et de gestion des risques.

Un tableau de suivi des actions permettra de tracer :

- les actions engagées ;
- leur état d'avancement ;
- les responsables identifiés ;
- les échéances ;
- les éléments de preuve ;
- ainsi que les actions clôturées ou restant à consolider.

Le service prévoit également :

- la réalisation d'audits internes réguliers ;
- la poursuite des réunions d'équipe intégrant des temps qualité ;
- le suivi des outils de traçabilité ;
- et l'actualisation annuelle du présent PAQ.

Un bilan annuel du PAQ sera présenté dans le cadre du pilotage institutionnel du service afin de :

- d'évaluer l'état d'avancement des actions ;
- d'analyser les résultats obtenus ;
- d'identifier les axes restant à renforcer ;
- et de définir les nouvelles priorités d'amélioration continue.

La période 2027-2028 sera consacrée à l'évaluation de l'efficacité des actions engagées, à leur consolidation, à leur réactualisation si nécessaire ainsi qu'au maintien de la dynamique d'amélioration continue du service.

www.bienetre-chezsoi.fr

BIEN ETRE CHEZ SOI 222 AVENUE ST JEAN D'ANGELY 79000 NIORT au capital de 3000€, SIRET 51177103200048,
Téléphone : 05 49 1745 97 Courriel : contact@bienetre-chezsoi.fr – Autorisation départementale I23-145 du 31/03/2023

CONCLUSION

À travers ce Plan d'Amélioration de la Qualité, le SAAD Bien Être Chez Soi réaffirme sa volonté de poursuivre une démarche d'amélioration continue adaptée aux spécificités de l'accompagnement à domicile.

Les actions engagées dans le cadre du présent PAQ traduisent :

- la volonté du service de renforcer durablement la qualité et la sécurité des accompagnements ;
- de consolider les pratiques professionnelles ;
- de renforcer la participation des usagers et des familles ;
- et de poursuivre la structuration de son organisation et de ses outils qualité.

Le service souhaite inscrire cette démarche dans une logique :

- de progression continue ;
- de prévention des risques ;
- de développement de la culture qualité ;
- et d'adaptation constante aux besoins des personnes accompagnées.

Le présent PAQ constitue ainsi un outil de pilotage permettant :

- d'assurer le suivi des actions engagées ;
- d'évaluer leur efficacité ;
- d'objectiver les évolutions mises en œuvre ;
- et de soutenir la dynamique de professionnalisation du service.

Le SAAD Bien Être Chez Soi poursuivra ainsi :

- le développement de ses outils de coordination et de traçabilité ;
- le renforcement de ses démarches qualité ;
- l'accompagnement des professionnels ;
- ainsi que la consolidation des partenariats et de la participation des usagers.

À travers cette démarche, le service réaffirme son engagement en faveur d'un accompagnements respectueux, sécurisés et personnalisés ; du respect des droits et du projet de vie des personnes accompagnées ; et d'une amélioration continue construite en lien avec les usagers, les familles, les professionnels et les partenaires du territoire.

Le présent Plan d'Amélioration de la Qualité 2026-2028 a été rédigé par Julien BARON, Directeur de service, présenté et amendé dans le cadre du COPIL qualité du 09/06/2026, puis validé pour transmission au Conseil départemental des Deux-Sèvres le 10 juin 2026.

Tableau récapitulatif du PAQ 2027-2028

Action	Responsable principal	Personnes associées	Échéance	Actions à mener conformément au PAQ
ACTION PRIORITAIRE N°1 – Droit à l'image et consentement	Directeur	Coordinatrice	Septembre 2026	Archivage systématique des formulaires ; contrôle trimestriel des dossiers ; réinterrogation annuelle du consentement ; formalisation de la traçabilité des refus
ACTION PRIORITAIRE N°2 – Signalements maltraitance/violence	Coordinatrice	Directeur	Septembre 2026	Formalisation des analyses ; suivi des actions correctives ; création d'un bilan annuel ; suivi trimestriel en COPIL ; création d'une fiche réflexe
ACTION PRIORITAIRE N°3 – Plaintes et réclamations	Directeur	Coordinatrice	Septembre 2026	Mise en place QR code et formulaire numérique ; analyse trimestrielle ; formalisation des réponses écrites ; suivi des actions correctives ; bilan annuel
ACTION PRIORITAIRE N°4 – Gestion de crise / continuité d'activité	Directeur	Coordinatrice / Gérante / COPIL qualité	Octobre 2026	Création d'un calendrier annuel PCS ; formalisation des mises à jour ; exercice annuel de gestion de crise ; traçabilité de l'implication des professionnels
ACTION PRIORITAIRE N°5 – Projet de service	Directeur	Coordinatrice	Décembre 2026	Reprise complète du projet de service ; formalisation continuité de service ; politique QVT ; actions prévention ; transmission informations ; validation COPIL
ACTION PRIORITAIRE N°6 – Livret d'accueil	Coordinatrice	Directeur	Décembre 2026	Intégration des mentions réglementaires ; modalités remplacement intervenants ; signalement maltraitance ; harmonisation réglementaire ; supports accessibles
ACTION PRIORITAIRE N°7 – Règlement de fonctionnement	Directeur	Coordinatrice	Décembre 2026	Reprise du règlement ; actualisation réglementaire ; formalisation gestion urgence ; continuité et rétablissement prestations ; harmonisation outils loi 2002-2
ACTION PRIORITAIRE N°8 – DIPEC / contrat	Directeur	Coordinatrice	Décembre 2026	Finalisation document unique ; intégration mentions réglementaires ; résiliation ; remplacements intervenants ; évolution tarifaire ; litiges ; droit de rétractation
ACTION PRIORITAIRE N°9 – PAI / aidants	Coordinatrice	Directeur	Décembre 2026	Intégration partie aidants ; formalisation échanges ; amélioration traçabilité ; harmonisation pratiques ; participation usagers/familles
ACTION PRIORITAIRE N°10 – Procédure EI/EIG	Coordinatrice	Directeur	Décembre 2026	Finalisation procédure EI/EIG ; intégration transmission Département ; harmonisation signalements ; diffusion procédure aux professionnels

Action	Responsable principal	Personnes associées	Échéance	Actions à mener conformément au PAQ
ACTION D'AMÉLIORATION N°11 – Accès des usagers aux informations	Coordinatrice	Directeur	Octobre 2026	Création fiche « Mes droits essentiels » ; accompagnement DOME ; rappels droits ; développement supports simplifiés
ACTION D'AMÉLIORATION N°12 – Sensibilisations / formations	Directeur	Coordinatrice	Décembre 2026	Élaboration plan annuel ; création fiches mémo ; sensibilisations thématiques ; traçabilité participations ; formalisation temps d'échanges
ACTION D'AMÉLIORATION N°13 – Outils d'évaluation et de suivi	Coordinatrice	Directeur	Décembre 2026	Déploiement grilles ; formalisation suivis prévention ; intégration outils dans dossiers ; sensibilisation professionnels ; suivi situations complexes
ACTION D'AMÉLIORATION N°14 – Participation professionnels au PAI	Coordinatrice	Gérante	Décembre 2026	Participation renforcée aux réévaluations ; formalisation bilans ; traçabilité échanges ; intégration retours terrain dans les PAI
ACTION D'AMÉLIORATION N°15 – Coordination et partenariats	Coordinatrice	Directeur	Février 2027	Création annuaire partenaires ; formalisation échanges ; développement conventions ; participation coordinations
ACTION D'AMÉLIORATION N°16 – Soutien aidants / prévention ruptures	Coordinatrice	Gérante	Janvier 2027	Création fiche repérage aidants ; annuaire répit ; sensibilisation équipes ; formalisation orientations
ACTION D'AMÉLIORATION N°17 – citoyenneté individuelle de la personne accompagnée	Directeur	Gérante	Mars 2027	Sensibiliser les professionnels à la citoyenneté et à l'autodétermination. / Intégrer un volet « citoyenneté et vie sociale » dans le PAI. Informer les usagers de leurs droits et des ressources du territoire. Favoriser et tracer les actions de participation sociale.
ACTION DE CONSOLIDATION N°18 – Démarche qualité	Directeur	Coordinatrice	Suivi continu – bilan annuel décembre 2026	Maintien COPIL trimestriel ; audits internes ; suivi indicateurs ; formalisation plans d'actions ; développement outils suivi
ACTION DE CONSOLIDATION N°19 –	Coordinatrice	Directeur	Suivi continu – bilan annuel décembre 2026	Sensibilisations DOME ; audits transmissions ; amélioration supports mémo ; harmonisation traçabilité ; développement outils numériques

www.bienetre-chezsoi.fr

Action	Responsable principal	Personnes associées	Échéance	Actions à mener conformément au PAQ
Outils numériques et traçabilité				
ACTION DE CONSOLIDATION N°20 – Actions QVT	Directeur	Gérante / Coordinatrice	Suivi continu – bilan annuel décembre 2026	Formalisation axe QVT ; réunions équipe ; temps d'échange ; suivi usure professionnelle ; maintien actions organisationnelles
ACTION DE CONSOLIDATION N°21 – Coordination médico-sociale	Coordinatrice	Directeur	Suivi continu – bilan annuel décembre 2026	Poursuite coordinations ; formalisation échanges complexes ; développement conventions ; sensibilisation partenaires
ACTION DE CONSOLIDATION N°22 – participation collective à la vie du service.	Directeur	Gérante / Coordinatrice	Suivi continu – bilan annuel juin 2027	Poursuivre les enquêtes de satisfaction. Développer le dispositif « Vous nous avez dit / Nous avons fait ». Expérimenter un CVS à domicile. Organiser l'élection de représentants des usagers et des aidants. Recueillir et prendre en compte les propositions d'amélioration. Assurer un retour d'information aux usagers et aidants.
ÉVALUATION ET CONSOLIDATION DU PAQ 2026-2028	Direction / COPIL qualité	Coordination / Gérante	2027-2028	Évaluation de l'efficacité des actions mises en œuvre ; suivi des indicateurs ; audits internes ; réactualisation du PAQ si nécessaire ; consolidation des pratiques ; maintien de la dynamique d'amélioration continue

www.bienetre-chezsoi.fr

BIEN ETRE CHEZ SOI 222 AVENUE ST JEAN D'ANGELY 79000 NIORT au capital de 3000€, SIRET 51177103200048, Téléphone : 05 49 1745 97 Courriel : contact@bienetre-chezsoi.fr – Autorisation départementale
I23-145 du 31/03/2023