

Projet du Service d'Aide et d'Accompagnement à domicile

2018 - 2023

Préambule

Le premier projet de service produit par l'ADAR a été rédigé par mon prédécesseur dans la perspective d'obtenir la fameuse « autorisation » du Conseil Général nous permettant de nous revendiquer comme une structure relevant de la **Loi de 2002.2** et non pas seulement du champ de **l'agrément qualité**. Ce projet définissait nos objectifs et nos moyens pour la période 2006-2011.

Par ce geste éminemment politique, l'association a bénéficié d'un tarif plus adapté mais a accepté par la même, l'intervention d'une nouvelle forme de tutelle, plus contraignante, exercée par le Département des Bouches du Rhône.

Une seconde version du projet de service a été produite pour la période 2012-2017. Durant cette période, l'adoption de la **loi d'adaptation de la société au vieillissement** en **2015** (loi ASV) a institué un régime unique de l'autorisation. A cet effet, un cahier des charges national applicable à l'ensemble des SAAD a été défini par le décret n°2016-502 le 22 avril 2016.

La **version actualisée** de ce second projet, qui couvre désormais la période **2018-2023**, a pour objectif de mettre à jour les diagnostics interne et externe et les objectifs visés par l'association à 5 ans.

Que signifie pour nous d'être dans la Loi du 2 janvier 2002 ?

L'ADAR doit s'assurer que ses activités respectent **les 7 catégories de droits et libertés individuels des usagers** :

1. Le respect de la dignité, de l'intégrité et de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité ;
2. Libre choix entre les différentes prestations qui sont offertes soit dans l'aide à domicile soit en établissement ;
3. Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement et l'insertion, adaptés à l'âge et aux besoins. Le consentement de l'utilisateur doit être respecté et systématiquement recherché lorsque la personne est apte à l'exprimer. A défaut, le consentement du représentant légal est sollicité ;
4. La confidentialité des informations concernant la situation de l'utilisateur ;
5. L'accès au dossier médical et à toute information relative à la prise en charge ;
6. L'information sur les droits fondamentaux et les protections individuelles ;
7. La participation directe ou avec l'aide du représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne.

Pour garantir ces droits, la loi prévoit que nous disposions de :

- Un livret d'accueil : il est remis aux personnes devant séjourner dans une structure d'accueil. La charte des droits et libertés doit y être annexée. Il doit préciser le règlement de fonctionnement de la structure, des éléments d'informations concernant l'établissement, le service ou le lieu de

vie et d'accueil, des précisions sur les prestations possibles, un rappel de certains droits de l'utilisateur.

- Une charte des droits et libertés.
- Un règlement de fonctionnement : définit les droits de la personne accueillie et les obligations et les devoirs nécessaires au respect de la vie collective.
- Un contrat : définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement et détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. Lorsque la notion de séjour est inadaptée le contrat de séjour prend la forme d'un « document individuel de prise en charge ».
- La possibilité d'avoir recours à une personne qualifiée (inexistant dans les BDR).
- Une instance de participation permettant aux usagers de participer au fonctionnement de la structure, pour nous ce sera des enquêtes de satisfaction obligatoires lorsque la prise en charge se fait à domicile et que le recours à d'autres formes de participation n'est pas possible.

- Un projet d'établissement et de service : définit les objectifs notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité. Il définit aussi les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service. Il donne du sens aux actions à entreprendre et donne les orientations à moyen et long terme.

Certains documents ont évolué avec le temps : c'est le cas du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement, des questionnaires de satisfaction ou du contrat. Le projet de service est un document plus compliqué à rédiger qui impactera notre fonctionnement pour les cinq années à venir.

Depuis le **25 mai 2018**, le **Règlement Général sur la Protection des Données** (RGPD) du 27 avril 2016 est applicable à toutes les organisations proposant des services à la personne. Il pose un nouveau cadre juridique en matière de protection des données personnelles. Le RGPD simplifie l'application des droits existants et en crée de nouveaux. Les personnes disposent des droits : d'accéder à leurs données, de les rectifier, de s'y opposer et de demander leur suppression. Elles disposent également de nouveaux droits comme : le droit à la portabilité des données, le droit à la notification en cas de piratages, le droit à la réparation matérielle ou morale et le droit de mener une action de groupe si ceux-ci sont bafoués.

Enfin, en complément de ces dispositions réglementaires garantissant les droits des usagers de l'association, une démarche volontaire de certification a été initiée fin 2018 afin d'obtenir la Certification de service Cap'Handéo « Services à la personne » (en cours d'obtention au moment de l'actualisation du projet de service).

Rémi Cabon, Directeur d'ADAR Provence

I. Sommaire

PREAMBULE	3
I. SOMMAIRE	5
II. LE PROJET DE SERVICE	6
1. Le cadre législatif	7
2. Comprendre le secteur, les acteurs, les enjeux et les perspectives	9
3. Les principes directeurs du projet de service	10
4. Dynamique d'écriture et de validation	14
5. Le diagnostic	16
6. Les projets structurants-Fiches action	66
7. Critères d'évaluation et indicateurs de réalisation	71
Conclusion	74
III. LE GUIDE DE FONCTIONNEMENT	75
1. Protocole de prise en charge	76
2. Suivi de la prise en charge	77
3. Processus d'intégration et d'accompagnement du salarié	77
4. Processus téléphonique	78
IV. LES ANNEXES	80
Annexe 1 : Agences - établissements secondaires	81
Annexe 2 : Composition des groupes de travail – Actualisation 2018-2023	82
Annexe 3 : Détail des conventions ou partenariats	83
Annexe 4 : Récapitulatif des différents services liés à l'aide a domicile	84
Annexe 5 : Bibliographie	86
Annexe 6 : Lexique	87

II. Le projet de service

1. Le cadre législatif

Apparaissent en couleur les références ayant été ajoutées lors de la dernière actualisation du document (2018)

1.1. Textes fondateurs

- [Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement](#)
- [Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale](#)
- [Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances](#)
- [Loi du 2002.2 du 2 janvier 2002](#)

1.2. Activités de services à la personne

- [Arrêté du 17 mars 2015 relatif à l'information préalable du consommateur sur les prestations de services à la personne \(Articles 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7\)](#)
- [Décret n°2016-750 du 06 juin 2016 relatif à la liste des activités de services à la personne soumises à agrément ou à autorisation dans le cadre du régime commun de la déclaration](#)
- [Décret n°2007-854 du 14 mai 2007](#) relatif aux services à la personne
- [Circulaire du 24 septembre 1971](#)
- [Article D. 129-35 du code du travail](#)
- [Articles D. 7233-1 et 7234-4 du Code du travail](#)

1.3. Agrément au titre des services à la personne

- [Cahier des charges de l'agrément- Arrêté du 26 décembre 2011](#)
- [Circulaire n°1-2007 du 15 mai 2007](#) relative à l'agrément des organismes de services à la personne
- [Arrêté du 24 novembre 2005](#) fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail
- [Circulaire du 28 novembre 2005](#) (PDF - 116 Ko)
- [Article L129-1 du code du travail](#) modifié par la loi n°2005-32 du 18 janvier 2005 - art. 8 JORF 19 janvier 2005
- [Article L. 129-1 à 4 du code du travail](#)
- [Article L. 129-17 du code du travail](#)
- [Article D. 129-36 du code du travail](#)
- [Article D. 129-38 du code du travail](#)
- [Article R. 129-1 à R.129-5 du code du travail](#)

1.4. Autorisation de création des établissements et services sociaux et médico-sociaux

- [Articles L. 313-1 à 313-8 du code de l'action sociale et des familles](#)
- [Articles D. 312-6-2, D. 312-176-6 et 7 du Code de l'action sociale et des familles](#)
- [Droit d'option entre l'autorisation prévue à L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles et l'agrément prévu à l'article L. 129-1 du code du travail pour les services d'aide et d'accompagnement des personnes âgées, handicapées et des familles : article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles](#)

- [Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007](#) fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Art L.312.1 alinéa 6 du CASF : « *Sont des établissements sociaux et médico sociaux... Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* »

1.5. Services d'aide et d'accompagnement des personnes âgées, handicapées et des familles sous le régime unique d'autorisation – dispositions applicables

- [Décret n°2016-502 du 22 avril 2016](#) relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles
- [Arrêté du 24 décembre 2010](#) relatif au tarif des services d'aide et d'accompagnement à domicile
- [Arrêté du 2 mars 2007](#) modifiant l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs de l'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles
- Articles [L.313-1-1](#), [L.347-1](#), [L.347-2](#), [L.311-3](#), [L.311-4](#), [L.311-5](#), [L.311-6](#), [L.311-7](#), [L.311-8](#), [L.311-5-1](#), [1^{er} alinéa de l'article L. 342-2](#), [L. 312-8](#) du code de l'action sociale et des familles
- [Articles D. 311-21](#)
- [Article L. 1111-6](#) du Code de la santé publique
- [Articles L. 312-1](#), [L. 312-8](#), [L. 312-9](#) du Code de l'action sociale et des familles
- [Décret 2004-613 du 25 juin 2004](#) modifié par le [décret 2005-1135 du 7 septembre 2005](#) art 3 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
- [Article D 311](#) du Code de l'action sociale et des familles relatif au document individuel de prise en charge (DIPC), ou *contrat*
- Informations précontractuelles et contractuelles : [Articles L.111-1 \(R.111-1\)](#) ; [L.111-2 \(R.111-2\)](#) ; [L.112-1 à L.112-4](#) ; [L.113-3](#) ; [L.114-1](#) ; [L.121-17](#) ; [L.132-1 \(R.132-1\)](#) ; [R212-1](#) ; [R212-2](#) ; [L.133-4](#) ; [L.211-2](#) ; [L.211-3](#) ; [L.221-5 \(R221-2\)](#) ; [L.221-8](#) ; [L.221-9](#) ; [L.221-10](#) ; [L.221-18](#) ; [L.221-25](#) ; [L.616-1](#) du code de la consommation
- [Articles R. 311-35 et 313-8-1](#) du Code de l'action sociale et des familles
- « *Charte des droits et des libertés de la personne accueillie* »- [Article L.6121-7](#) du code de la santé publique
- [Art 311.8](#) : « *Pour chaque établissement [...] il est élaboré un projet de service ou de service, qui définit ses objectifs notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation de ses activités et de la qualité de la prestation, ainsi que ses modes d'organisations et de fonctionnement* »

1.6. La direction générale – dispositions applicables

- Le [décret n° 2007-221 du 19 février 2007](#) relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux,
- La [loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002](#) rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- Le code de l'action sociale et des familles, [articles D.312-176-5](#) et suivants,

2. Comprendre le secteur, les acteurs, les enjeux et les perspectives

2.1. Une brève histoire des SAP

Dès la fin de la Seconde Guerre mondiale, on voit apparaître la notion de « **services à la personne** » suite à de nouveaux besoins de la société française, qui ne cesseront de grandir jusqu'à aujourd'hui. Ils sont dus en grande partie à l'essor du travail des femmes, à l'augmentation des divorces et des familles monoparentales, au vieillissement de la population et à une certaine idée du confort du fait de l'évolution des modes de vie. Les différentes politiques publiques qui encouragent naturellement le monde associatif, s'intéressent de plus en plus fortement aux entreprises, qui constituent dès les années 80, un réservoir non négligeable d'emplois et de richesses.

2.2. Après-guerre : démarrage de l'assistance aux personnes

1953 Réforme des lois d'assistance et création des bureaux d'aide sociale qui regroupent bureaux de bienfaisance et bureaux d'assistance (décret du 29 novembre 1953). Le décret constitue la base juridique de l'aide à domicile. On parle désormais « d'aide sociale » et non plus d'assistance.

1962 Une aide aux personnes âgées à domicile est préconisée dans le Rapport Laroque (M. Laroque a aussi créé la Sécurité Sociale)

2.3. Les Années 80 et 90 : Les SAP sont créateurs d'emplois !

1987 L'exonération de charges patronales pour les particuliers employeurs handicapés ou âgés de plus de 70 ans est adoptée.

1990 Création de l'AFEAMA, l'aide à la Famille pour l'emploi d'une Assistante Maternelle Agréée. Les politiques sociales traditionnelles intègrent des objectifs de création d'emplois : des mesures apparaissent pour la première fois pour rendre solvable la demande d'emplois familiaux.

1991 Première réduction d'impôt sur le revenu à hauteur de la moitié des dépenses pour des emplois familiaux de chaque foyer.

1993 Mise en place du **Chèque Emploi Service** (CES) pour simplifier les formalités administratives autour des emplois familiaux.

1996 Création du **titre « emploi service »**, pour permettre aux entreprises de financer partiellement des services à la personne pour leurs salariés.

1997 Création de la Prestation Spécifique Dépendance

2.4. Les années 2000 : l'envolée des services et des entreprises

2002 L'agrément jusqu'à présent réservé aux structures associatives est ouvert aux entreprises et divisé en deux types d'agrément :

- **L'agrément qualité** qui s'applique aux services aux personnes âgées et à la garde d'enfants de moins de trois ans ;
- **L'agrément simple** est destiné aux services à domicile non destinés à l'accompagnement d'un public fragile

2002 La réduction fiscale s'étend désormais aux utilisateurs de services à domicile qui sont délivrés par les entreprises agréées.

2005 Plan Borloo de développement des services dits « **à la personne** » et création de l'ANSP (Agence Nationale des SàP) sous tutelle de l'Etat. Les services sont au nombre de 21 avec une TVA à 5,5 %. Création du **Chèque Emploi Service Universel** (bancaire ou préfinancé par une entreprise pour ses salariés).

2009 2ème plan de développement des services à la personne qui élargit le champ du plan de 2005 en prévoyant l'éligibilité de cinq services supplémentaires.

2.5. A partir des années 2010, priorité aux prestations « à domicile » pour les « personnes fragiles »

2010 : Fin de la clause d'exclusivité de l'agrément, nouveau **régime de la déclaration** pour obtenir les avantages fiscaux et sociaux

2012 Le taux de TVA réduit à 5,5% passe à **7 %**

2013 La **TVA de 19,6 %** pour 5 activités : le jardinage ; les cours à domicile (hors prestations de soutien scolaire) ; l'assistance informatique à domicile ; le gardiennage ; les services de mise en relation des particuliers avec des professionnels de divers domaines.

2014 Le taux de **TVA est clarifié et est réparti en 3 niveaux : 5,5 % , 10 % ou 20 %** selon les cas.

2015/2016 La loi **ASV** modifie en profondeur l'organisation du secteur, remplaçant le régime de l'agrément qualité pour les structures intervenant auprès des personnes âgées ou en situation de handicap par une autorisation. Désormais, les structures anciennement agréées pour ces activités deviennent des **Ser-vices d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)** réputés autorisés. L'autorisation est délivrée par le Président du Conseil Départemental pour une durée de 15 ans durant laquelle plusieurs évaluations, internes et externes, devront être

3. Les principes directeurs du projet de service

3.1. Un projet centré sur la personne

Conformément aux prescriptions de la loi 2002.2 l'ensemble de nos organisations techniques et de nos modalités opératoires vise donc à mettre l'utilisateur au centre de notre dispositif. Des outils tels que le projet individuel d'aide et d'accompagnement (PIAA) et sa réactualisation annuelle sont utilisés avec chacun des bénéficiaires de l'association pour s'assurer que les services rendus répondent au plus près à leurs besoins et attentes. En complémentarité, nous avons opté pour une formule innovante garantissant le recueil de l'expression d'une partie des usagers, au service de l'ensemble de nos bénéficiaires : une enquête sous forme d'interviews auprès d'un échantillon de bénéficiaires réalisée par Marilyn Marcenaro en 2016. Ces entretiens réalisés à domicile ont permis d'aborder et d'analyser en profondeur des thématiques telles que les activités, les projets, la relation avec les proches et avec les intervenants à domicile, la vie à domicile et sur le territoire. Les résultats de cette enquête ont été mobilisés lors de l'actualisation du projet de service en 2018.

3.2. Une démarche prospective, stratégique et participative

Notre démarche repose sur une réflexion **prospective** qui s'attache à analyser la situation actuelle et les évolutions futures de notre environnement.

A partir de ce diagnostic, le projet propose une **vision stratégique** : formulation de choix sur les options externes (positionnement, activités,) et internes (organisation, compétences, locaux, équipements...) de façon à imaginer des plans d'actions.

Une démarche que nous avons voulu globale mais déclinée en actions identifiables pour chacun, quel que soit son niveau hiérarchique (aidant, administratif, technique, encadrement...), chacun devrait alors être en mesure de se reconnaître dans la stratégie d'ensemble du service.

3.3. Un projet inscrit dans un contexte socio-économique

Le projet prend en considération le contexte budgétaire et économique dans lequel les activités de l'association sont menées et s'inscrit dans le cadre des orientations définies par les politiques publiques sur ce même territoire (Plan Régional de Santé, Schémas départementaux de l'autonomie).

3.4. Un projet articulé avec d'autres partenaires

Dépassant les logiques de concurrence inhérentes à notre champ d'activité, le projet de service doit être l'occasion de s'inscrire en complémentarité avec les autres établissements destinés aux publics visés par notre démarche. Dans un souci de rationalité et d'efficacité, le développement de coopérations sera recherché avec l'ensemble des partenaires : établissements de santé, établissements médico-sociaux, services sociaux, autres associations d'aide à domicile, professionnels de santé libéraux, réseaux...

3.5. Une rationalisation de l'organisation interne

Le projet de service doit aussi tenir compte avec réalisme des compétences, emplois et ressources dont il dispose pour mettre en œuvre ses objectifs.

3.6. Un code déontologique commun

Chaque salarié de l'ADAR Provence, intervenant ou non au domicile des bénéficiaires, quel que soit son niveau de compétence ou de responsabilité, se doit d'observer une obligation de réserve stricte.

En effet, intervenant dans une activité directement liée à l'intimité de la personne au travers de son domicile, il est essentiel que ce qui se passe ou se dit au domicile ne soit pas divulgué sauf dans le cadre d'un partage d'informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité de soins, à la prévention, au suivi médico-social ou social entre les différents intervenants pour un même bénéficiaire (Art. L.1110-4 et R.1110-1 CSP).

Par ailleurs, afin de construire un lien durable et respectueux de l'individu, l'intervenant devra :

1. s'efforcer d'établir une relation de confiance et de dialogue avec la personne aidée et avec son entourage familial et social ;

2. solliciter son accord sur toutes les actions à entreprendre et susciter autant que possible sa collaboration, l'essentiel étant de "faire avec" et non "à la place" ;
3. adopter une attitude générale de respect impliquant réserve et discrétion à tout moment de l'intervention : respect de la personne, de ses droits fondamentaux, respect de ses biens, respect de son espace de vie privée, de son intimité, respect de sa vie privée, respect de sa culture, de son choix de vie ;
4. témoigner à la personne âgée et/ou handicapée en perte d'autonomie bienveillance et compréhension en évitant tout ce qui pourrait blesser son amour propre ou porter atteinte à sa dignité ;
5. être attentif au bien-être du bénéficiaire et au respect de son mode de vie dans les limites du contrat d'engagement.

L'ensemble de nos actes professionnels doit être conforme à l'esprit de la Charte des Droits et Libertés de la personne (arrêté du 08/09/2003 pris en application de la loi n°2002-2 du 02 janvier 2002) :

- *principe de non-discrimination,*
- *droit à une prise en charge ou un accompagnement adapté,*
- *droit à l'information,*
- *principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne,*
- *droit à la renonciation,*
- *droit au respect des liens familiaux,*
- *droit à la protection,*
- *droit à l'autonomie,*
- *principe de prévention et de soutien,*
- *droit à l'exercice des droits civiques,*
- *droit à la pratique religieuse,*
- *respect de la dignité et de l'intimité.*

3.7. Une démarche qualité

Le rôle de chacun devra s'inscrire dans une démarche de qualité afin d'optimiser les conditions de maintien à domicile. Cette démarche qualité se décline en :

- Une première évaluation définissant les besoins de la personne,
- La définition des objectifs à atteindre qui seront définis selon les attentes et les besoins du bénéficiaire,
- La déclinaison des actions à mener en partenariat avec un réseau d'intervenants, chacun veillant à éviter la multiplicité des actes inutiles qui pourrait dérouter le bénéficiaire,
- Le suivi du dossier afin d'obtenir une adéquation permanente entre les besoins et les actions,
- Le réajustement éventuel selon les résultats de l'évaluation annuelle et des différents questionnaires.

La démarche qualité doit aussi se concrétiser par un partenariat contractuel et/ou individuel entre le bénéficiaire et/ou son entourage et les acteurs des domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux. À cet égard, la coordination des interventions et l'échange des informations écrites et orales entre les professionnels de la santé et du secteur social constituent des éléments indissociables de la qualité et de la continuité du service rendu à la personne âgée et/ou handicapée et à sa famille. A minima, un outil de type « cahier de liaison » sera dédié à cette fonction.

Cette démarche qualité est mise en œuvre sur la base de 3 référentiels qualité : le label Cap'Handéo, la certification Cap'Handéo (en cours d'obtention) et le référentiel utilisé pour l'évaluation interne de l'association. Ces 3 référentiels sont complémentaires et permettent un suivi continu du plan d'action d'amélioration de nos prestations.

3.8. Une référence conceptuelle commune : Le Care

Au-delà ou en deçà de la déontologie dans un cadre professionnel et de la bienséance dans le cadre social, notre projet a pour ambition de s'articuler autour du « care » ou « caring », terme proposé par Jean Watson, infirmier et professeur à l'Université du Colorado en 1979¹. Milton Watson, philosophe, en donne une définition dans la préface de cet ouvrage : « *une activité d'aider une autre personne à croître, à s'actualiser, un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement* ».

Du fait de l'activité professionnelle de son auteur, le caring a été à tort exclusivement associé à l'activité de soin. Or, ce terme se veut traduire l'éthique dans la relation humaine en œuvre dans toute activité d'aide, de soin, d'accompagnement de personnes en souffrance, au sens général du terme. Nous pouvons le lier au travail de Levinas, philosophe de l'altérité et de l'éthique, que nous citons : « *la souffrance convoque le sujet à une responsabilité pour un temps de souci de l'autre.* » C'est bien ce que reprend Francesca Cancian : « *La définition du care avec laquelle je travaille est une combinaison de sentiments d'affection et de responsabilité, accompagnés d'actions qui subviennent aux besoins ou au bien-être d'un individu dans une interaction en face à face.*² »

Dans le « care », il y a oubli de soi pour se préoccuper de l'autre et engagement dans une attention sur la personne en face de soi afin de favoriser son bien-être ; ainsi la personne est reconnue comme un être humain, en position d'égalité et à une place légitime. C'est ce à quoi tendent tous les intervenants de l'aide à domicile – « tendent » car cela ne va pas de soi et nécessite un réel travail de réflexion sur ses représentations, ses actions, ses paroles, etc.

Rappelons que les années soixante et soixante-dix ont vu un développement de la pensée et des préoccupations autour de l'éthique avec le développement des sciences et des technologies (et notamment de la bioéthique) dans un courant d'avancée de la démocratie humaniste. Ce terme s'inscrit dans ce courant. Et aujourd'hui, c'est tout naturellement qu'il rencontre l'adhésion des spécialistes et politiques concernés par la prise en charge des personnes en restriction ou perte d'autonomie pour des raisons de vieillissements, handicaps, pathologies comme en témoigne la création de l'éthique sociale en 2002 en France avec la chartre des droits et libertés de la personne accueillie.

Aujourd'hui, pour éviter les ambiguïtés, est adopté le terme de « care » pour dire l'éthique du prendre soin, du souci de l'autre, l'importance d'une relation de « qualité » pour le différencier du « cure », acte de soin, acte thérapeutique ou technique médical qui fait appel à des protocoles. Nos interventions d'ordre alimentaire, matériel, relationnel, qui se limitent à répondre aux besoins quotidiens d'entretien et de maintien de la vie auprès de personnes qui doivent recourir à l'assistance du fait du vieillissement, de la maladie et/ou du handicap³ quel que soit leur âge ou leur profil, relèvent donc bien du « care ».

¹ Jean Watson, Nursing, *The philosophy and science of caring*, - livre publié en France en 1999

² Francesca Cancian, Y.Olivier Stacey, *Caring and gender*, Thousand Paks, Pine Forge Press, 2000

³ Cf. Arrêté du 24 novembre 2005, Cahier des charges de l'agrément qualité

Le « care » suppose attention et vigilance, écoute et adaptation à la singularité, accueil et sollicitude, engagement et responsabilité du professionnel (soignant, aidant, accompagnant) envers autrui, professionnel ou non. Il implique de travailler en collaboration, en partenariat et de penser la coordination des actes de tous ces différents intervenants auprès de la personne. C'est dans cette logique qu'est apparue la notion anglo-saxonne d'« *integrated-care* » qui concentre toutes les dimensions du « care » au sein d'une même structure comme garantie d'une qualité et dimension humaine du prendre soin. Ainsi en 2004 ont été créés les Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile, SPASAD, qui apportent simultanément un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins en associant compétences et savoir-faire des SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement A Domicile) et des SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile). Ces dispositifs font l'objet d'une autorisation conjointe de l'Etat et du Département. Très peu développés sur nos territoires, ils restent à nos yeux un des dispositifs d'accompagnement à domicile les plus innovants et ambitieux en intégrant la totalité du « Care ».

Conformément au questionnaire posé dans le Projet de Service précédent (2012-2017), l'ADAR Provence a déposé une demande relative à l'expérimentation des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) en 2016. L'association n'a pas été retenue dans le cadre de cet appel à projet mais croit toujours en la pertinence du rapprochement des outils dédiés au SSIAD et au SAAD et restera attentive au calendrier de généralisation de ce dispositif, s'il existe, au niveau national.

3.9. Une référence réglementaire centrale : Le droit à la compensation

Cette conception du Care qui guide notre action est renforcée par une référence réglementaire centrale concernant le public des personnes en situation de handicap : le **droit à la compensation**. Cette reconnaissance du droit à la compensation est l'un des principaux apports de la loi de 2005⁴ et elle réside dans la création d'un droit à la compensation que la collectivité doit aux personnes en situation de handicap.

L'article 11 de la loi de 2005 (retranscrit dans l'article L.114-1-1 du Code de l'Action sociale et des familles) prévoit ainsi que « *la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* ». Il s'agit d'un droit individuel qui se traduit par la création d'une prestation de compensation (PCH), destinée à compléter les autres prestations sociales pour couvrir réellement l'ensemble des besoins liés au handicap⁵. Ce droit à la compensation recouvre les aides humaines ou techniques mais également les dispositions environnementales et l'ensemble des adaptations éducatives et pédagogiques⁶. Enfin, l'ensemble de ces dispositions doivent prendre en compte le projet de vie de la personne.

L'approche d'ADAR Provence consiste à prendre en compte l'éthique du prendre soin contenu dans le *Care* pour tous ses bénéficiaires et adapte son accompagnement aux principes réglementaires en vigueur et notamment ceux liés au droit à la compensation pour les personnes en situation de handicap.

4. Dynamique d'écriture et de validation

⁴ LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁵ Calin, Daniel. « Comprendre la loi de février 2005 sur les droits des personnes handicapées », *Enfances & Psy*, vol. n° 29, no. 4, 2005, pp. 191-200.

⁶ Gardou, Charles. « Mettre en œuvre l'inclusion scolaire, les voies de la mutation », *Reliance*, vol. no22, no. 4, 2006, pp. 91-98.

4.1. Contenu du projet de service

Le projet de service a pour vocation première de revisiter le fonctionnement de l'organisation, il doit en (re)définir la nature, l'utilité et le positionnement (déontologique et stratégique).

C'est un document d'orientation, qui après validation du Conseil d'Administration, doit permettre à toutes les parties prenantes de l'organisation (bénévoles, partenaires, salariés et usagers) d'identifier les missions du service, d'en visualiser ses organisations techniques, de percevoir le rôle de chacun et de comprendre la politique de l'association pour les cinq années à venir.

4.2. Conditions d'élaboration du projet de service

Rôle du Conseil d'Administration

→ Le Conseil d'Administration définit la politique générale de l'association et délibère sur le projet de service.

Rôle de la direction

→ Le directeur rédige le projet de service.

Rôles des autres acteurs participants

Ils sont consultés sur :

- L'évaluation du précédent projet
- L'organisation générale proposée
- Les procédures
- Les orientations stratégiques

4.3. Approbation du projet de service

- Par les commissions au fur et à mesure de l'écriture
- Par le Conseil d'Administration le 21 octobre 2011 (actualisé en 2018 et validé en CA le 15 janvier 2019)

4.4. La méthodologie de travail choisie

La démarche repose sur une méthodologie classique de conduite de projet, articulée autour des étapes suivantes :

IDENTIFICATION DES PILOTES

Le directeur de l'établissement est de fait directement concerné par ce pilotage, par délégation du Conseil d'Administration. Mais, il est utile de s'entourer d'autres participants afin de donner une dimension participative au processus rédactionnel, d'élargir les relais, de répartir la recherche d'informations et d'appréhender toutes les dimensions de l'activité, notamment dans ses composantes humaines.

ROLE DES AUTRES ACTEURS

A chacune des phases, les différentes catégories d'acteurs doivent être interrogées. En effet, le projet s'appuyant sur une logique participative, il convient de garantir et d'organiser les modalités de cette participation.

L'implication s'est faite sous deux formes : participative, sous la forme de groupes de travail pilotés par le directeur ou un représentant de l'encadrement intermédiaire, et consultative, par la réalisation d'entretiens auprès de personnel de chaque agence d'Adar Provence. Les points suivants ont été traités lors des groupes de travail et des entretiens :

- *L'évaluation du précédent projet*
- *L'organisation générale proposée*
- *Les procédures*
- *Les orientations stratégiques*

L'implication des salariés, notamment des responsables de secteur et des représentants des personnels, est indispensable pour relayer auprès des différentes parties prenantes de l'organisation l'ensemble de la démarche.

Nous souhaitons ainsi que soient associés à la réflexion un ou plusieurs représentants de l'encadrement administratif et technique de l'ensemble des cultures professionnelles (anciennes et nouvelles), des différents métiers présents dans l'association (AD, ADVF, AES).

ACTUALISATION DU PROJET DE SERVICE

L'actualisation du projet de service a été réalisée en 2018 et s'est déroulée selon les étapes suivantes :

- Evaluation du précédent projet de service
- Actualisation des données concernant le diagnostic externe
- Actualisation des données concernant le diagnostic interne
 - Analyse des données internes
 - Entretiens avec les représentants de chaque agence (enjeux et objectifs territoriaux)
 - Séances de travail collectives en présence de représentants de toutes les agences et du siège (niveau de réalisation des orientations des politiques publiques par l'ADAR/formalisation des nouvelles fiches actions)
- Rédaction du nouveau projet de service et de ses synthèses (une version de 10 pages et une version plaquette) qui puissent s'adapter aux attentes de tous les types de lecteurs
- Restitution publique du nouveau projet de service 2018-2023

5. *Le diagnostic*

Le diagnostic stratégique des cinq années à venir, nous impose de poser quelques préalables méthodologies et de s'intéresser au niveau de réalisation des objectifs du projet 2012-2017 avant de présenter une analyse du fonctionnement interne de l'ADAR Provence et de son environnement actuel.

5.1. Évaluation du précédent projet de service

Avant de procéder au diagnostic stratégique de la structure, nous proposons d'évaluer le précédent projet au regard des différents « objectifs de progrès » proposés lors de sa rédaction.

ACTIVITES – DEVELOPPEMENT

OBJECTIFS	INDICATEURS	REALISATION ENTRE 2011 ET 2017	PERSPECTIVES EVENTUELLES
20% d'intervention auprès des personnes souffrant d'un handicap soit 104 000 heures soit une progression de 50% l'an.	Chiffre d'activité PCH fin d'année – indicateur évolution dans RA	En 2017, 119 849 heures ont été réalisées en PCH ce qui représente 20,37% de l'activité globale. L'objectif a donc été atteint	Maintien a minima à 20% d'intervention en PCH. Cet objectif représente un objectif ambitieux puisque nous chercherons à l'atteindre quelles que soient les différentes options de croissance externes choisies
Atteindre le plafond dans la prise en charge des personnes âgées soit 416 000 soit 3% par an.	Idem	La prise en charge des personnes âgées atteint 347 018 heures en 2017.	La notion de plafond n'est plus applicable à l'association depuis la loi ASV 2015
Conserver notre positionnement actuel	Élaboration d'une carte stratégique - benchmark	Carte stratégique élaborée ➤ Extension du territoire d'intervention	Poursuivre la stratégie qui vise une couverture territoriale et un maillage complet du territoire
Renforcer notre position dans les territoires historiques	Progression de l'activité N/N-1 positive	- 1,6 % d'activité en 2017 (progression 2012-2017 : +17%)	Poursuivre une projection positive de l'activité. Indicateur : focus particulier sur les agences en déficit. Objectif : Uniformiser la dynamique de croissance à toutes les agences

RESSOURCES HUMAINES

OBJECTIFS	INDICATEURS	REALISATION ENTRE 2011 ET 2017	PERSPECTIVES EVENTUELLES
Poursuivre notre politique d'intensification des formations professionnalisantes	Plan de formation –bilan du plan	Données : 2013 (19188 h) ; 2014 (13960) ; 2015 (14147) ; 2016 (12988) ; 2017 (13237) - 30% (2013-2017) + 2% (2016-2017)	Formations qualifiantes sur le titre ADVF ou sur des modules du titre ADVF notamment ceux concernant la personne âgée, les personnes en situation des handicaps.
Optimiser le recrutement : développer le réseau emploi. Être plus attractif pour les candidats. Être plus réactif en interne	Augmentation du nombre du taux de candidatures recensées	Le taux de candidatures n'a pas été évalué. La difficulté à recenser cette information tient au caractère diffus de la réception des candidatures dans les différentes agences	Créer une procédure pour systématiser et centraliser cette information afin qu'elle puisse servir d'indicateur lors de la prochaine actualisation du PS. Mettre en place une procédure de recrutement harmonisée entre toutes les agences et utilisant un questionnaire d'entretien unique et court (modèle : questionnaire de la Joie de vivre)
Travailler sur la cohésion d'équipe à tous les niveaux, développer une culture « associative ».		Différents évènements ont été organisés (par l'association ou par son CE) par agence ou pour l'ensemble des salariés afin de renforcer le sentiment d'appartenance. A titre d'exemple, les galettes des rois sont fêtées dans toutes les agences, la fête de fin d'année réuni environ 200 personnes chaque année, diffusion d'une newsletter, du livret d'accueil salarié, organisation tous les salariés sont invités à l'assemblée	Poursuivre et renforcer ces actions visant à créer une dynamique collective par le développement du sentiment d'appartenance. Imaginer de nouvelles actions pour favoriser l'esprit d'équipe. Mettre en place des réunions de coordination.

		générale (durant laquelle est organisée une remise de diplômes)	
Augmenter la fidélisation des salariés	baisse du taux d'absentéisme, baisse du taux d'arrêt maladie	2012 : 70j absence (tout type)/poste 2016 : 63j absence (tout type)/poste 2012 : 35 arrêts maladies (courts ou longs)/poste 2016 : 37 arrêts maladies (courts ou longs)/poste	Amélioration de la qualité de vie au travail avec mise en place d'un comité de pilotage Mise en place d'une gestion des carrières (GPEC) Lutte contre l'usure professionnelle Prévention des risques au domicile Prévention des TMS
Optimiser la communication vers les intervenants à domicile	Construction d'outils nouveaux	Mail, sms automatisés, newsletter (18 NL de 2012 à 2017 : informations sécurité et santé au travail, événements et actualités, RH, infos utiles, etc.), outils utilisant la charte graphique d'Adar Provence distribués aux salariés (carte professionnelle, marque pages, flyer de présentation, livret d'accueil santé et sécurité au travail, guide de l'intervenant à domicile, disque de stationnement, etc. La communication à l'attention des intervenants à domicile a été renforcée et enrichie	Poursuivre cette dynamique et adapter les outils aux attentes des intervenants en recensant leurs avis. Recommencer la diffusion d'une NL en version papier et électronique
Disposer de ressources en intra et en externe adaptées à chaque typologie de dépendance et ou de handicap	Bilan du plan de formation – variété du plan	Les formations sur la connaissance des différentes pathologies ont été une priorité dans chaque plan de formation sur la période 2012-2017. Différentes formations ont permis aux salariés, en interne, de disposer de connaissances sur les formes de dépendance ou de handicap (« parcours pathologie », titre « accompagnateur à domicile de personnes en situation de handicap, connaissance personnes âgées, connaissance du handicap).	Partenariat avec les IFSI, « La maison » de Gardanne, CARSAT
Disposer dans chaque agence à minima d'un référent sensibilisé à chaque type de handicap (accompagnement à la mise en place de l'intervention).	Identification du nom et de la spécialité des référents	2013/2014 : formations réalisées (Epilepsie, autisme, ...). Ce projet est freiné par le taux de turn over important dans les agences. Celui-ci ne permet pas de former et de garder des référents sur le long terme. L'organisation manque de réactivité pour gérer le turn over et les formations nécessaires pour assurer une continuité dans ce type de projet.	
Former les responsables de secteur aux questions spécifiques aux problématiques de « dépendance » et « d'incapacité » et/ou imaginer un système de Responsable de secteur référent (spécialisation) en soutien transversal aux agences	Bilan du plan – attestation de formation	RS formés sur le BTS SP3S Formation Leuco encéphalopathie / SLA / Epilepsie / Chorée de Huntington Sensibilisation pathologie RS 2012 : Formations autisme, Epilepsie, Oncologie 2014 : Leuco encéphalopathie 2015 : Sensibilisation pathologie / gestion de l'agressivité	

		2016 : APS (acteur prévention secours)	
--	--	--	--

FONCTIONS BACK OFFICE

OBJECTIFS	INDICATEURS	REALISATION ENTRE 2011 ET 2017	PERSPECTIVES EVENTUELLES
Investissement plus fort de la direction dans la fonction développement et les questions stratégiques	Mise en place de nouveau services – participation à des opérations en externe	Sur la période : réponse à 7 appels à projets, 3 offres de reprises, 2 reprises d'activité, mise en place d'une expérimentation pour la Carsat Développement de nouveaux services : Médiation sanitaire (projet réalisé sur appel d'offre ADOMA en 2014-2016). Malgré une forte plus-value sociale du service, le positionnement stratégique du financeur n'a pas permis à l'Adar Provence de poursuivre son implication dans le projet. Logements supervisés Accompagnements véhiculés	Cet objectif est toujours d'actualité et doit se poursuivre. 1. Etoffer les fonctions de direction et de coordination / Réaliser un diagnostic afin d'identifier les types de missions à renforcer 2. Mettre en place un SASA (soutien aux aidants) – dispositif qui propose un SAAD aux compétences renforcées et financé par la MDPH
La comptabilité, production de bilans et compte de résultat pour chaque service (SAAD, SSIAD, etc..)	Réalisation d'un bilan du SAAD et SSIAD	Réalisé	GED et dématérialisation des procédures de gestion Modernisation : dématérialisation des évaluations initiales, devis et contrats en se servant des outils numériques (tablette) – octobre 2018 + télégestion mobile dès que possible (dans la mesure où le cahier des charges du financeur le demande)
La qualité produise des procédures de contrôle, les tableaux d'indicateurs, Le recensement des procédures	Bilan des indicateurs	Tableau d'indicateur réalisé	Adaptation des indicateurs à la certification Cap'Handéo
La facturation/ bénéficiaires amélioration productivité, optimisation outil, ouverture extérieur et/ou en agence	Baisse des encours clients, délais de recouvrement raccourcis, mise en place d'outils de gestion, nombre de visite en agence	Mise en place d'outils performants : optimisation de la productivité du service en termes de délais d'encaissement et de recouvrement interne (taux de recouvrement 2017 :98.59% hors recouvrement externe) Délégation de l'activité en dernier recours (années 2012-2016) à une société de recouvrement : taux de recouvrement externe 40%) – Pas d'effets notables sur les délais de recouvrement mais les résultats ont été améliorés grâce à cette collaboration. Les encours ont augmenté mais de façon proportionnelle à la forte augmentation du volume d'activité Visites en agence : non réalisées	Poursuivre l'optimisation de la productivité du service par le développement de nouveaux outils et/ou compétences Poursuivre l'amélioration des délais et encours clients en interne avec un approche plus personnalisée auprès du bénéficiaire (accord de paiement, échéancier, aide pour déclencher un financement) et en externe Soutien d'harmonisation des procédures en agences Optimiser la production de REPORTING d'activité et statistiques
Modélisation des agences	Horaire d'ouverture identique – ratio d'encadrement – mode de rangement	Horaires d'ouvertures harmonisées ; les ratios d'encadrement restent inégaux en fonction des agences (ratio de 2600 heures/ETP en moyenne, Avignon :	L'objectif en matière de ratio est à la fois d'atteindre une moyenne de 2700h/ETP (objectif quasiment atteint), mais tout en ayant une

		1644h/ETP encadrement vs 2949h pour Aix. Il existe donc un écart à la moyenne de -35% à +15%) ; dossiers clients normalisés	répartition harmonieuse entre toutes les agences (objectif qui reste à atteindre)
--	--	---	---

ORGANISATION TECHNIQUE

OBJECTIFS	INDICATEURS	REALISATION ENTRE 2011 ET 2017	PERSPECTIVES EVENTUELLES
Trouver des locaux répondant au même cahier des charges (Modéliser sur l'agence de Mari-gnane = surface + aménagements + accessibi-lité + visibilité)	Baux des nouveaux lo-caux	Aménagement de l'ensemble des locaux sur le modèle du cahier des charges, sauf celle d'Avignon.	Réaménagement des locaux de l'agence d'Avi-gnon sur le même modèle + Marseille Nord
Doter chaque agence d'un véhicule TMPR	Copie des factures	Dans un premier temps, l'objectif visant à doter chaque agence d'un véhicule a été atteint. Mais, dans la pratique, la répartition des véhicules s'est ajustée aux besoins réels des agences. L'objectif théorique s'est adapté naturelle-ment aux objectifs pragmatiques des acteurs de terrain.	Poursuivre sur la même logique
Coordination des interventions, création d'un cahier de liaison commun, multiplier les temps d'échanges, pluridisciplinarité	Création de la commis-sion technique handicap	Réalisé : réunions ponctuelles à l'initiative des RS concer-nant les cas complexes rassemblant tous les intervenants impliqués ; Echanges mensuels entre RS et intervenants à domicile ; Groupes de paroles avec une psychologue (1 an) et construction de fiches missions ; Poste d'ergothérapeute proposant des évaluations à domicile (1 an).	Le manque d'adhésion aux 2 projets réalisés et non reconduits (groupes de parole et ergothéra-peute) devra être questionné pour mieux ré-pondre aux attentes des salariés ou des bénéficiaires à travers le développement de nou-velles solutions.
Proposer des réponses aux aidants familiaux	Feuille de présence	Non réalisé	Privilégier le travail partenarial sur ce volet
Rééquilibrer les ressources et les compétences entre les agences, professionnaliser autour des questions de grande dépendance et de prise en charge des personnes handicapées	Intégration dans le bilan social de cet item	Sur les 9 agences au 31 juillet 2017 : Catégorie A représente de 54% à 81% des effectifs salariés en fonction des agences. Sur l'ensemble des agences cette catégorie représente 67% des effectifs salariés interve-nants. Catégorie B représente de 13% à 27% des effectifs salariés en fonction des agences. Sur l'ensemble des agences cette catégorie représente 20% des effectifs salariés interve-nants. Catégorie C représente de 4% à 22% des effectifs salariés en fonction des agences. Sur l'ensemble des agences cette catégorie représente 13% des effectifs salariés interve-nants.	L'objectif est de poursuivre le rééquilibrage des ratios de diplômés en fonction des agences avec comme objectifs : Cat. A : 55% Cat. B : 30% Cat. C : 15% La stratégie centrale consiste à offrir des forma-tions diplômantes aux salariés intervenants de catégorie A pour renforcer le nombre de salariés de catégorie B
Création d'une commission technique « grande dépendance handicap »	Fréquence des réunions – compte rendu	Non réalisé	
Remise d'une carte professionnelle aux salariés	Remise dossier salarié - émargement	Effectif – nouvelle carte remise aux salariés et actualisée en fonction de l'évolution de la charte graphique d'Adar Pro-vence	
Sécurisation des particuliers employeurs,	Nombre de contentieux	Aucun contentieux	

Trouver un équilibre financier pérenne + caler l'augmentation tarifaire sur l'inflation – Continuer à maîtriser le delta entre APA et tarif horaire ADAR	Equilibre budgétaire du SAAD	Excédentaire sur chaque année	Poursuivre cette dynamique
--	------------------------------	-------------------------------	----------------------------

5.2. Le diagnostic externe

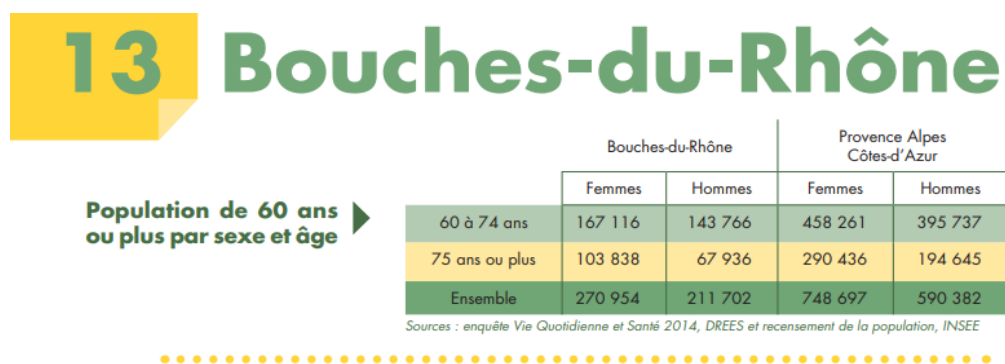
Analyse des besoins et de leur évolution prévisible (5 ans) dans le secteur sanitaire ou la zone de desserte de la structure.

DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET GEOGRAPHIQUES

Le département des Bouches-du-Rhône est le troisième département le plus peuplé de France, après Paris et le Nord. Il comptait 1 993 177 habitants en 2013⁷. Depuis 2018, la croissance démographique a ralenti pour s'établir à +0,3% par an, contre +0,8% entre 1999 et 2008.

PERSONNES AGEES – APA

Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent environ 24% des habitants du département et celles âgées de plus de 75 ans environ 9% de la population totale.



Les différents secteurs composant le territoire voient leurs populations âgées évoluer de façon variée. Le nombre important de seniors vivant à Marseille s'inscrit en cohérence avec une concentration globale de la population sur ce territoire⁸. En revanche, l'évolution de la population âgée de 60-74 ans diffère de celle de la population tout âge confondu sur certains secteurs. Tandis que la population globale stagne ou augmente très faiblement sur les territoires d'Istres et Vitrolles, la population des 60-74 ans y augmente de plus de 3%. Ce phénomène de géronto-croissance est également visible sur le secteur de la Durance-Alpilles. Par ailleurs, la population âgée de plus de 75 ans augmente fortement entre 2008 et 2013 sur les territoires d'Istres, Martigues et Marignane (plus de 3,5%). Mais il est à noter que, malgré ces hausses récentes du nombre de PA sur ces territoires, les indices de vieillissement y sont proches de la moyenne du territoire (76,5 PA de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans).

Selon les projections de l'INSEE, d'ici 2040, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus augmentera de 57% contre 1% pour les moins de 60 ans. A l'échelle régionale, plus du tiers de la population aura plus de 60 ans en 2040 et un habitant sur 5 aura 75 ans et plus (contre 10 aujourd'hui)⁹.

Observations sur les besoins à venir :

⁷ INSEE Analyse PACA, n°19, paru le 06/04/2016

⁸ Schéma départemental en faveur des personnes du bel âge 2017-2022

⁹ Schéma régional de santé 2018-2023 Provence-Alpes-Côte d'Azur

1. Aujourd'hui en région PACA, plus d'une personne sur deux souffre d'un problème de santé chronique, plus d'une personne sur 3 est limitée dans ses activités de vie quotidienne et le territoire est le deuxième le plus touché de France concernant les maladies invalidantes et neurodégénératives¹⁰. Dans ce contexte, où l'accent réglementaire est mis sur le maintien à domicile, la prise en charge des PA apparaît comme un véritable enjeu pour le système de santé dans les décennies à venir.
2. La question de l'isolement de ces PA demandera également une attention particulière. En effet, en 2012, 38,5% des personnes âgées de plus de 75 ans dans les Bouches-du-Rhône vivaient seules¹¹. Dans les secteurs de Marseille centre et Marseille sud, la part de la population des ménages âgés de 80 ans ou plus vivant seule en 2013 dépasse les 50%. A l'échelle départementale ce taux est de 48,3%. Les activités d'Adar Provence doivent pouvoir prendre en compte ce constat et l'enjeu d'inclusion sociale de ces populations.
3. Enfin, la photographie des situations individuelles des personnes âgées à l'échelle du département permet d'observer un enjeu autour de la précarité financière des publics âgés. Les situations sont variables selon les territoires considérés. On remarque par exemple que le montant moyen des retraites et pensions sur le secteur d'Aix est globalement plus élevé que sur le reste du territoire (en moyenne 25 850 euros) tandis que ce montant chute à 18 312 euros pour le secteur de Marseille Nord.

Le territoire des Bouches-du-Rhône est marqué par un taux de pénétration de l'APA plus faible qu'au niveau régional ou national.

Territoire	13	France métropolitaine	PAC A	04	05	06	83	84
Taux de bénéficiaires de l'APA (pour 100 personnes de plus de 75 ans)	17.8	20.8	18.7	21.2	21.2	18.8	19.8	17.9

Source : données 2015 (STATISS, 2016)

Dans le département 15,4% des bénéficiaires de l'APA sont en GIR 1-2 et 84,6% sont en GIR 3-4. Le niveau de dépendance est variable en fonction des secteurs puisque le secteur de Gardanne compte 19,1% de bénéficiaires en GIR 1-2 tandis que ceux de Salon, Marseille Nord et Istres connaissent un niveau de dépendance moins élevé que la moyenne départementale (respectivement 11,3%, 12,6% et 13,9%). Des projections à l'échelle nationale¹² estiment que le rythme moyen d'évolution des bénéficiaires APA sera de +1,4% par an sur la période 2010-2060 avec une évolution soutenue jusqu'à 2020, une évolution faible de 2020 à 2030 puis une évolution plus soutenue à nouveau de 2030 à 2045. Enfin, ces projections permettent d'observer un fort ralentissement de 2045 à 2060. Si ces tendances sont exactes, nous devons nous attendre à un surcroît d'activité concernant ces publics sur la période que couvre notre projet de service 2018-2023.

Département	Type APA	2014	2015	2016
Bouches-du-Rhône	Domicile	22 861	22 891 (+0,13%)	23 489 (+2,6%)
	Total (domicile + établissement)	35 983	36 173 (+0,52%)	36 924 (+2%)

Source : DREES, Enquêtes Aide sociale, 2016

L'évolution du nombre total de bénéficiaires de l'APA dans les Bouches-du-Rhône connaît une très faible augmentation de 2014 à 2015 et légèrement plus marquée entre 2015 et 2016. On constate que le taux

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, DREES et recensement de la population

¹² Lécroart A., Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 - Sources, méthode et résultats, Drees, Série sources et méthodes n°23, septembre 2011.

d'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile est supérieur à celle des bénéficiaires de l'aide en établissement sans que cela ne soit significatif sur cette dernière période.

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP – PCH

Pour mémo, nous rappelons que l'autorisation de l'ADAR prévoyait, avant l'adoption de la loi ASV en 2015, que nous intervenions auprès de personnes handicapées pour un volume autorisé de 104 000 heures, soit 20% de notre activité. Cette limite ne nous est plus opposable depuis cette date et notre capacité est désormais définie par zone d'intervention et non plus par volume horaire.

Il est difficile de trouver des statistiques sur le nombre et les besoins des personnes handicapées. A l'instar du schéma départemental en faveur des personnes du bel âge, celui pour les personnes handicapées¹³ ne nous donne aucune information quantitative sur le besoin mais uniquement sur l'offre de service existante sur le département.

Nous allons considérer le nombre d'heures attribué au titre de la PCH comme un indicateur pertinent. Il reflète au moins la part prise en compte par la collectivité des besoins exprimés par les personnes. Les besoins réels sont certainement supérieurs.

Total des bénéficiaires de la PCH, au 31 décembre

Département	2012	2013	2014	2015	2016
Bouches-du-Rhône	5 434	6 149	6 301	6 786	7 318
	-	+13%	+2%	+7%	+8%

Source : DREES, Enquêtes Aide sociale, 2016

On observe, sur la période que couvre le précédent projet de service, une augmentation du nombre d'heures alloué. La « croissance » de ce dispositif est constante et supérieure à celle de l'APA.

¹³ Schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2017-2022

Quelques chiffres pour prendre la mesure de l'importance de la mission d'un SAAD

Les chiffres clés concernant les personnes âgées¹⁴

En France :

1,5 million de personnes de **85 ans en 2017**

4,8 millions de personnes de **85 ans en 2050**

8% des personnes âgées touchées par la **perte d'autonomie**

760 000 personnes âgées en perte d'autonomie qui bénéficient d'un **service d'aide et d'accompagnement à domicile**

1 265 000 bénéficiaires de l'APA (décembre 2015)

→ Parmi eux : 60% vivent à leur domicile

1,6 million de personnes **en perte d'autonomie en 2030**

→ **2,35 millions** en **2060**

Les chiffres clés concernant les personnes handicapées¹⁵

En France :

12 millions de personnes touchées par un handicap
→ **1,5 millions** atteintes d'une **déficience visuelle** / **850 000** ayant une **mobilité réduite**

9,6 millions de personnes reconnues administrativement comme handicapées

730 000 personnes qui **cumulent les 3 formes de handicap** :

1. **Ressenti** du handicap
2. **Limitation** fonctionnelle
3. **Reconnaissance** administrative

Emploi :

349 188 allocataires de la Prestation de Compensation du Handicap (**PCH**) ou de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (**ACTP**), fin 2016

1 130 000 bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés versée par la CAF (**AAH**)

272 000 bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé versée par la CAF (**AEEH**) fin 2017

2,7 millions de personnes **en âge de travailler** (15 à 64 ans) qui sont bénéficiaires d'une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

938 000 personnes handicapées qui sont bénéficiaires d'une reconnaissance administrative du handicap et **occupent un emploi**, soit un **taux d'emploi de 35 %**.

Scolarité

350 000 enfants ou adolescents en situation de handicap **scolarisés** à la rentrée 2015
→ dont **279 000** en milieu ordinaire (soit 80 %), et 20 % en établissement hospitalier ou médico-social.

¹⁴ Source : DREES, 2018

¹⁵ Sources : Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2018, CNSA ; Enquête aide sociale DREES, mars 2018 ; CNAF et CCMSA 2018 ; Enquête emploi 2015 ; INSEE, traitement DARES

Axe de progrès :

Maintenir *a minima* à 20% d'intervention en PCH. Cet objectif représente un objectif ambitieux puisque nous chercherons à l'atteindre quelles que soient les différentes options de croissance externes choisies.

ANALYSES DES ORIENTATIONS DES SCHEMAS¹⁶ 2017-2022

Schéma Régional de Santé				
	Orientations Personnes âgées	Niveau de réalisation Adar	Orientations personnes handicapées	Niveau de réalisation Adar
A destination des personnes	<p>→ Prévenir la perte d'autonomie et anticiper les ruptures de parcours (Objectif 1)</p> <p>→ Renforcer, adapter et sécuriser le maintien à domicile (Objectif 2)</p>	<p>→ Actions de prévention, sensibilisation des aidants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation des salariés (conseiller et informer) ; Communication avec la famille, conseils, visites à domicile ; Formation nutrition, psychologie de la personne âgée ; Groupes de parole Carsat (études de cas et échanges de pratiques), etc. <p>→ « Repérer les fragilités et expérimenter l'intervention d'appui de temps de psychologue, psychomotricien et ergothérapeute dans les services intervenant au domicile des personnes âgées, en fonction des besoins. / Développer une offre spécifique d'habitat inclusif. »</p>		
A destination des aidants			<p>→ Développer et structurer l'offre de répit (Objectif 6)</p> <p>→ Développer l'information et la formation en direction des familles et proches aidants (Objectif 7)</p>	<p>→ Favoriser les interventions à domicile de longue durée : formation de l'aidant, soutien par un tiers, équipes mobiles</p> <p>→ Temps de rencontre entre pairs aidant, formation en direction aidants, promotion séjours répits</p>
A destination des dispositifs	<p>→ Améliorer la coordination des professionnels et l'information des PA et de leurs aidants sur le territoire (Objectif 3)</p>	<p>Travail partenarial avec la MAIA, échanges avec toutes les assistantes sociales du département/</p>	<p>→ Développer l'offre médico-sociale d'accueil et d'accompagnement (Objectif 1)</p>	<p>→ Renforcer et diversifier les modalités d'accueil et les modalités de fonctionnement (ambulatoire, file active...) / Promouvoir les plateformes de services selon une logique de</p>

¹⁶ Schémas départementaux en faveur des personnes du bel âge et des personnes handicapées des BdR « 2017-2022 ».

	→ Améliorer les interfaces villes-hôpital (Objectif 4)	→ Préparation et sécurisation des sorties d'hospitalisation		dispositif permettant d'offrir un panel diversifié d'accompagnements / Promouvoir les dispositifs expérimentaux (équipe mobile sanitaire intervenant dans les ESMS et à domicile, pôle de compétences et de prestations externalisées).
A destination des structures			→ Assurer la continuité entre repérage, dépistage, diagnostic et prise en charge (Objectif 4)	→ Développer l'offre de service
A destination des professionnels			→ Former, informer les professionnels (du secteur sanitaire, social et médico-social) et les aidants sur l'accès aux soins, la santé, la prévention et le dépistage du handicap (Objectif 3)	→ Sensibilisation par des échanges thématiques, sensibilisation à la prévention et au dépistage, formations PEC des PH (=relais auprès des autres professionnels), dvper tps d'échanges intersectoriels

Schémas départementaux				
	Orientations personnes du bel âge	Niveau de réalisation Adar	Orientations personnes handicapées	Niveau de réalisation Adar
A destination des personnes	<p>→ Renforcer le lien social (p.17)</p> <p>→ Améliorer les dispositifs d'adaptation et d'aménagement des logements (p.21)</p> <p>→ Réaffirmer la place et l'utilité des résidences autonomie dans le continuum de PEC des PA</p>	<p>→ Inclure les personnes dans la société/lutter contre l'isolement/favoriser les actions intergénérationnelles/développer des actions culturelles, sportives, de loisir</p> <p>→ Informer les PA sur les dispos/ développer de nouveaux services d'accompagnement</p> <p>→ Financement de colis pour les personnes âgées isolées</p> <p>→ Aide à l'identification des besoins en matière d'aides techniques</p> <p>→ Résidence autonomie Aix</p>	<p>→ Renforcer l'accès à l'information des personnes en situation de handicap et de leurs proches aidants (p.12)</p> <p>→ Promouvoir la qualité de vie des personnes en situation de handicap dans les domaines culturels et sportifs (p.25)</p> <p>→ Renforcer l'accès et le maintien dans un logement autonome</p>	<p>→ Inscription dans le répertoire handi-contact, participation aux réunions : connaissances des acteurs et dispositifs du territoire pour jouer le rôle de relais d'informations auprès des bénéficiaires PH? Partenariat avec parcours handicap 13 ? Mobilisation d'outils d'informations à l'attention des bénéf.</p> <p>→ Développer des actions collectives et partenariales</p> <p>→ Partenaire de l'association handitoit</p> <p>→ Investissement dans les projets de logements alternatifs : expérimentation ARI/ADAR, projets de logements partagés, Résidence Emmanuelle</p>
A destination des aidants	→ Renforcer le soutien aux proches aidants (p.15)	→ Soutien et valorisation/meilleur connaissance. Repérage des signes de fragilité des aidants, prise en compte de leurs besoins (lors de la 1ère visite,	→ Diversifier l'offre d'aide et de répit pour les proches aidants (p.24)	

	→ Développer, sur l'ensemble du département, des services de répit à domicile (p.16)	<i>au moment des réévaluations...)/ travail en partenariat avec des associations de soutien spécialisées (A3)</i>		
A destination des dispositifs	→ Favoriser la coordination des acteurs (p.12) → Poursuivre le maillage du territoire des dispositifs d'information et de coordination (p.13)	→ <i>Fluidification parcours et évitement des ruptures/ Partages d'infos et coordination entre les acteurs</i> → <i>Améliorer l'info aux PA et aux aidants/actions partenariales et de proximité sur la prévention de la perte d'autonomie</i>	→ Favoriser la coordination des acteurs (p.13)	→ <i>Partages d'infos et coordination entre les acteurs : membre actif d'Interparcours et de parcours handicap 13</i>
A destination des structures	→ Refondre l'aide à domicile (p.19)	→ <i>Mise en œuvre du CDC des SAAD autorisés/échanges entre travailleurs sociaux APA/mise en place d'actions de prévention via la CoFi</i>		→
A destination des professionnels			→ Permettre le repérage précoce des troubles envahissants du développement et troubles du spectre de l'autisme (p.15)	→

Axe de progrès : L'activité actuelle de l'ADAR s'inscrit dans les orientations des Schémas départementaux en faveur des personnes du bel âge et des personnes handicapées « 2017-2022 » du Département des Bouches du Rhône. Il conviendra de prendre connaissance du prochain projet et d'amender le projet de service en cas de modifications substantielles.

POSITIONNEMENT DU SERVICE DANS SON AIRE D'ATTRACTION

> **Analyse de l'offre de soutien à domicile publique et privée**

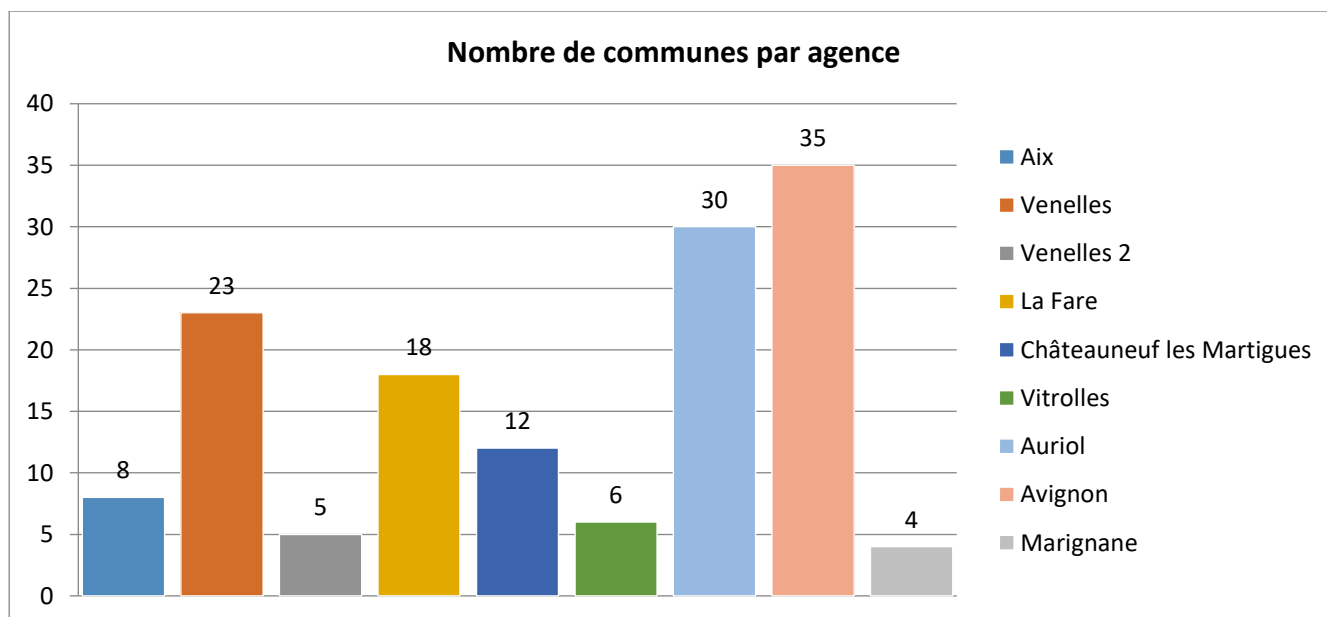
Le secteur de l'aide à domicile connaît une offre abondante. Ainsi, sur le seul département des Bouches du Rhône, on dénombre près de 180 services autorisés à intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA, dont 24 habilités à l'aide sociale¹⁷. Si l'évolution du nombre de structures tend à diminuer en raison des mouvements de fusion/absorption que connaît le secteur, le nombre de SAAD autorisés sur le territoire reste important.

Au mouvement de croissance qu'a connu le secteur des services à la personne jusqu'en 2011/2012, a succédé un tassement à la fois pour le secteur des services à la personne et de l'aide à domicile puis un mouvement structurel de concentration. Cette tendance est commune aux secteurs sanitaire et médico-social. En effet, « face à la pénurie des ressources financières, à l'allongement de la durée de vie et à la complexification des prises en charges [...], la mutualisation est fréquemment évoquée comme une solution salvatrice dans plusieurs domaines »¹⁸.

Ces rapprochements d'acteurs et de structures, dans un objectif de rationalisation de l'offre et d'amélioration de la performance¹⁹, sont issus d'une volonté politique d'impulser des dynamiques institutionnelles et économiques autour de la mutualisation des compétences, de moyens, de projets. Adar Provence s'inscrit pleinement dans cette dynamique de développement et souhaite la poursuivre sur la période que couvre ce présent projet de service.

> **Positionnement de l'ADAR Provence sur le département**

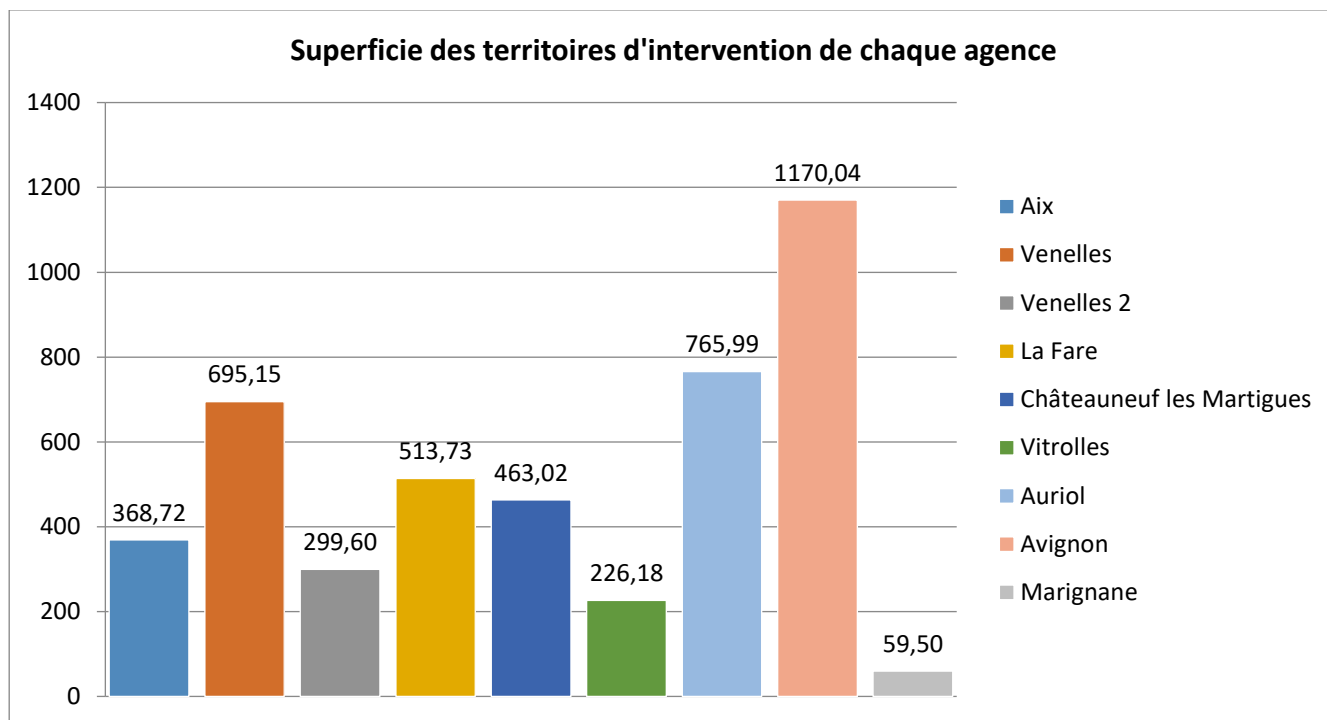
Données géographiques



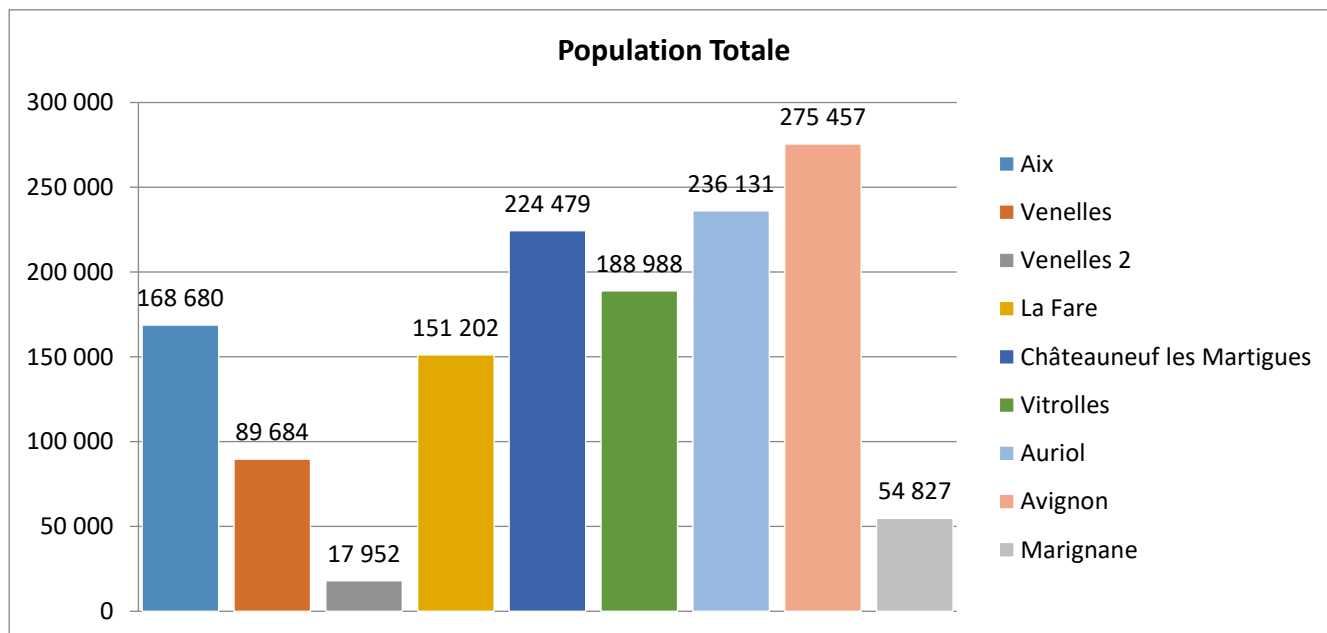
¹⁷ Schéma départemental en faveur des personnes du bel âge 2017-2022

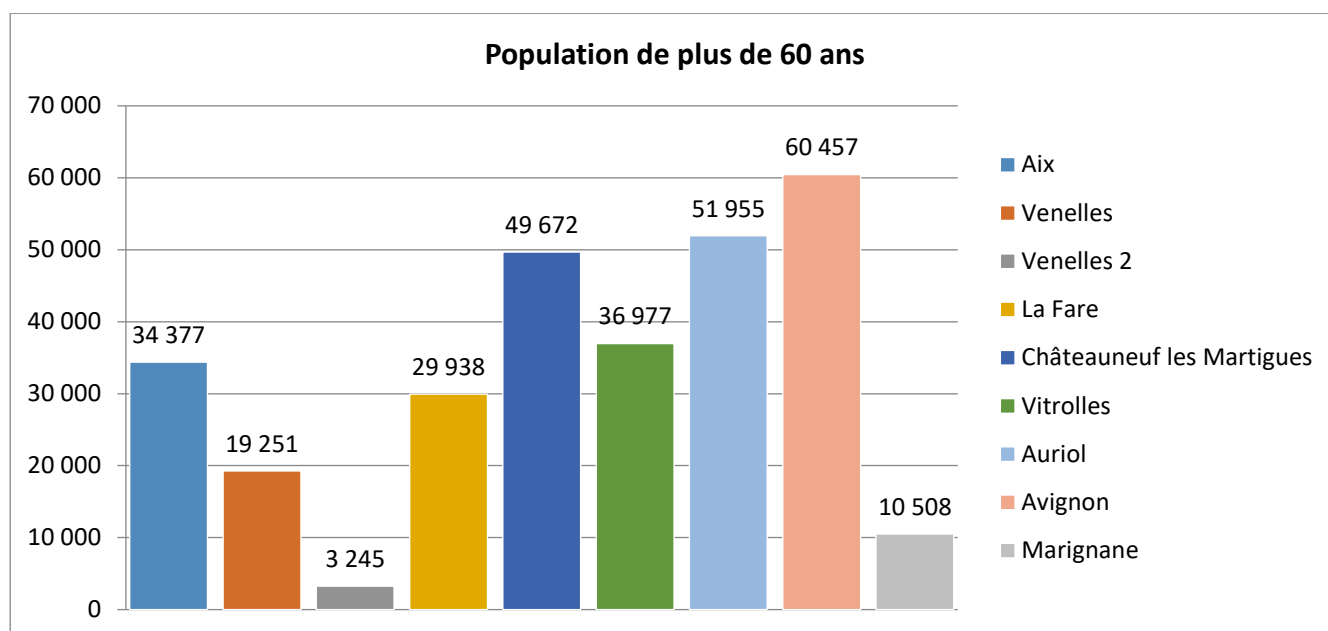
¹⁸ Courrie Lemeur A., *Les réseaux de santé : les enjeux de la pérennité*, ISTE éditions, Coll. Ingénierie de la santé et société, Série Santé et patients, Vol. 2, 2018

¹⁹ Grenier C, Guitton-Philippe S., « La question des regroupements / mutualisations dans le champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique ? », *Management & Avenir* 2011/7 (n°47), p.98-113.



Population





Ressources humaines

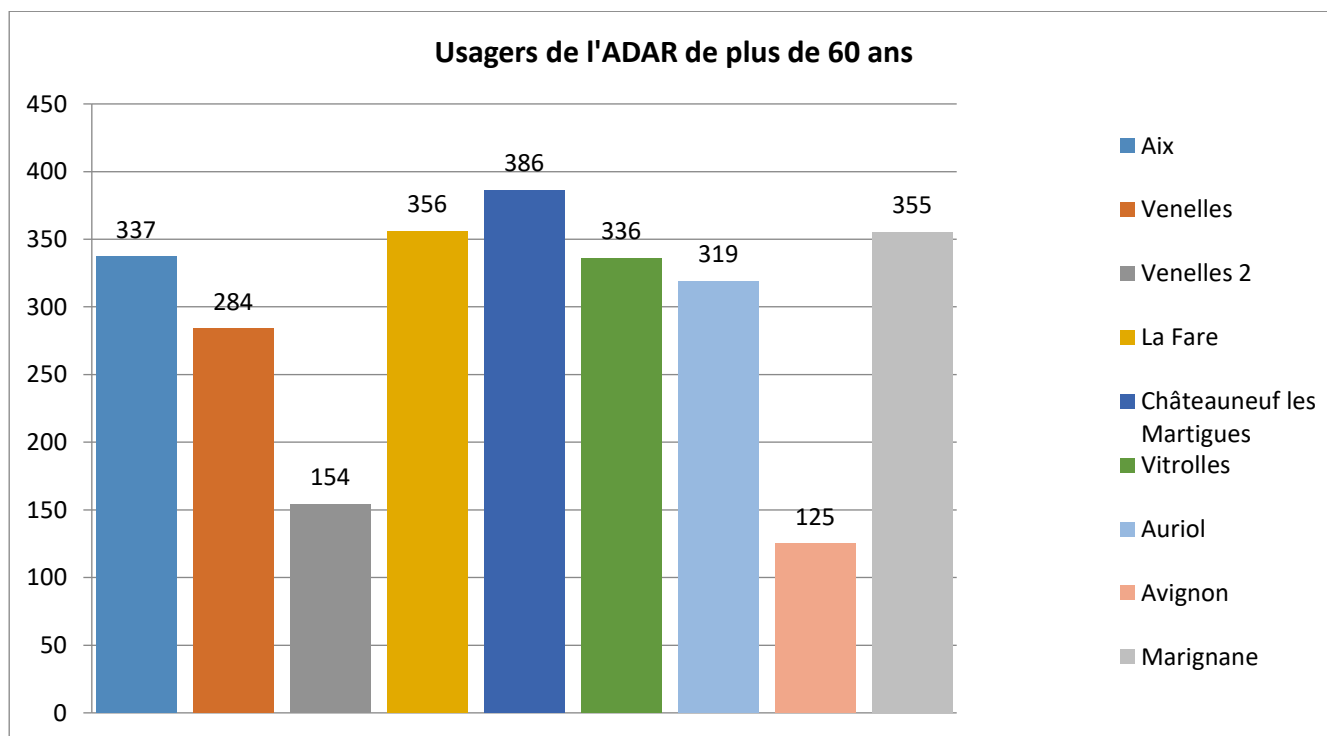
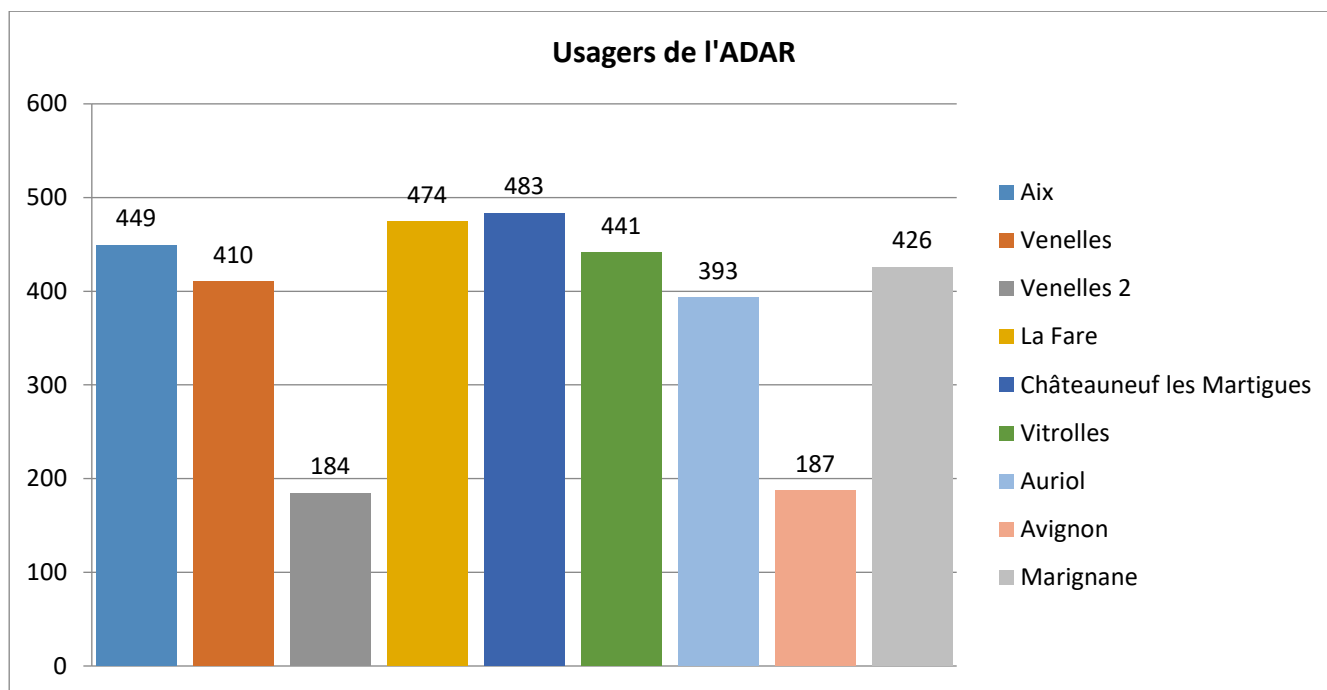
S'il est aujourd'hui difficile de connaître avec précision la réalité du positionnement des organisations dans le secteur, l'enquête réalisée pour étayer la politique du département à l'égard des SAAD (schéma départemental 2017-2022) nous offre quelques éléments de comparaison.

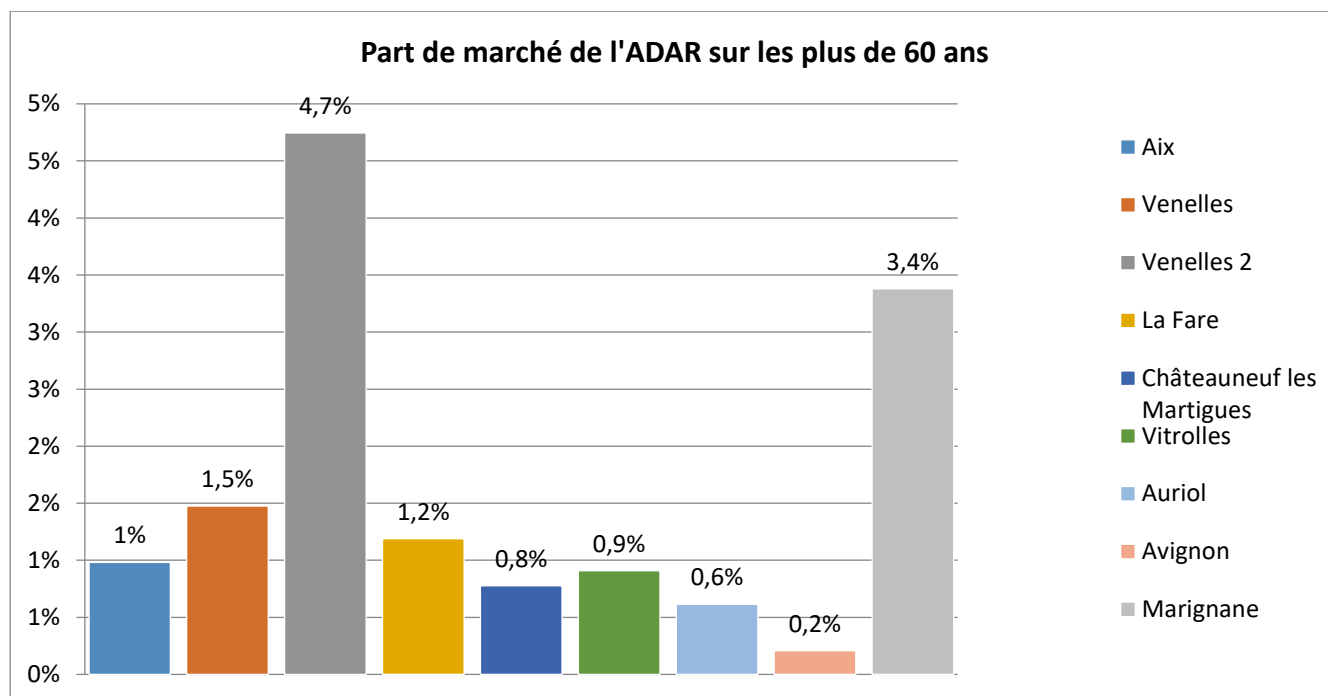
Les SAAD ayant répondu (145 sur les 154 SAAD autorisés) comptent 11784,48 ETP en 2015, la médiane se situe à 21 ETP et la moyenne à 80 ETP par service. En moyenne, environ 1 500 heures ont été réalisées par ETP au cours de l'année. A noter que ce ratio est plus élevé pour les SAAD privés à but non lucratif. En comparaison, l'Adar comptait 519 ETP en 2015 et réalisait 586 763 heures, soit 1130h/ETP.

Le **taux moyen de qualification de 30,52%** sur l'ensemble des SAAD masque des disparités importantes (7 SAAD avec plus de 80% de qualification et 29 SAAD avec moins de 10% dont 15 sans aucune qualification déclarée). (source : schéma PA). Le taux de qualification au sein d'Adar Provence est légèrement plus élevé puisqu'il est de 32 % (AVS+ADVF+AMP/effectif intervenant à domicile).

Le **taux moyen d'absentéisme de 9,69 %** masque également des écarts importants (allant jusqu'à 52% d'absentéisme). Le taux d'absentéisme chez Adar Provence est de 17.4 % (AM, absences injustifiées, MP, AT).

Part de marché





Axes de progrès :

1. Poursuivre la stratégie qui vise une couverture territoriale et un maillage complet du territoire
2. Poursuivre une projection positive de l'activité. Indicateur : focus particulier sur les agences en déficit. Objectif : uniformiser la dynamique de croissance à toutes les agences.

5.3. Le diagnostic interne

MISSIONS ET OBJECTIFS DU SAAD

La circulaire du 24 septembre 1971 considère l'aide-ménagère comme faisant partie d'un ensemble concourant au maintien à domicile et à l'intégration sociale de la personne âgée au même titre que les SSIAD, les visites à domicile, les organisations de quartiers de types clubs ou établissements, les aides aux vacances. Le décret 2004-613 du 25 juin 2004 modifié par le décret 2005-1135 du 7 septembre 2005 art 3 vient préciser les missions des services qui interviennent auprès des personnes mentionnées à l'article D. 312-1.

Trois objectifs principaux s'imposent donc à notre organisation :

1. Le soutien à domicile ;
2. La préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ;
3. Le maintien au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Le SAAD assurera au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les services mentionnés à l'article D. 312-1, de type SSIAD.

- les actes essentiels à l'exception des soins (aide au lever, aide à l'habillage, aide à l'hygiène, etc.)
- les activités ordinaires de la vie ou « activités domestiques » (entretien du logement et du linge, courses, préparation des repas, etc.)
- les activités sociales ou relationnelles

Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale.

Deux champs d'intervention se dessinent ainsi :

Le champ de la dépendance : définit par les géiatres *comme le besoin d'aide d'une personne, résultant de son incapacité à faire toute seule les principaux actes de la vie quotidienne,*

et

Le champ du handicap qui constitue *« une situation de handicap, l'interaction entre une altération substantielle, durable et définitive, voire multiple et complexe, sensorielle, mentale, cognitive, psychique ou trouble de santé d'une personne, lorsque cette interaction limite ses activités ou réduit sa participation à la vie sociale, au regard du projet formulé par la personne.²⁰ ».*

1. L'ADAR Provence a donc pour mission de penser et de proposer des modalités d'organisation et de coordination des interventions notamment de la définition et de la mise en œuvre conformément à l'article L. 311-8 du CASF.
2. L'ADAR a ainsi conclu plusieurs accords d'entreprises sur le travail de nuit et la mise en place d'astreinte lui permettant de proposer des services 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.
3. L'évaluation interne a permis d'attester de la réalité de trois points fondamentaux relevés par l'UNA comme constitutifs de l'appellation SAAD.
 1. Intervient sur le registre des actes essentiels et des activités domestiques ;
 2. Participe ou procède à l'évaluation individuelle des situations ;
 3. Elabore (rédige) un projet individualisé d'aide et d'accompagnement.

UNE MISSION, DES PUBLICS ET DES SINGULARITES

a) Les personnes âgées :

« Les instruments réglementaires et statistiques français définissent comme personnes "âgées" les personnes de 60 ans et plus. Cet âge ne constitue pourtant pas un seuil pertinent dans le processus de vieillissement, et moins encore pour la dépendance qui ne concerne qu'une faible part des sexagénaires. La clef de voûte du dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui peut être attribuée à partir de 60 ans.²¹ »

²⁰ Comité d'entente des associations 22/09/2004 Michèle Dessine.

²¹ « Les personnes âgées dépendantes » Rapport au président de la république – Novembre 2005

Plus loin dans le même rapport, l'auteur insiste sur la notion de dépendance qui présente, de notre point de vue, plus d'intérêt. En effet cette notion ne nous enferme pas dans des critères d'âges mais permet une réflexion sur la nécessité ou non d'être aidé dans le quotidien, et non sur les causes de la survenance de la dépendance.

« Le terme de "dépendance" est explicité par la loi qui a institué en 1997 la prestation spécifique dépendance (PSD), et par celle du 20 juillet 2001 qui a créé l'APA : peuvent bénéficier de cette allocation "les personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière". »

Un degré de dépendance mesuré grâce à la grille nationale **AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources)** destinée à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens. Une évaluation faite sur la base de dix-sept variables :

- dix variables se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) ;
- sept variables concernent la perte d'autonomie domestique et sociale et n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide.

A l'arrivée, les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA sont classées dans les six groupes iso-ressources que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état. Seuls les quatre premiers niveaux de GIR de la grille (1 à 4) ouvrent droit à l'APA. Les deux derniers étant pris en charge par la CARSAT.

Une grille très largement critiquée, notamment pour son inadaptation aux personnes âgées souffrant de troubles psychiques (type Alzheimer) et très largement présente chez nos adhérents.

b) Les personnes handicapées :

La loi du 11 février 2005, article L.114 du code de l'action sociale et des familles nous donne une définition du handicap :

« Constitue un handicap, [...], toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »

Le Comité d'Entente des Associations Représentatives de Personnes Handicapées et de Parents d'Enfants Handicapés (qui comprend l'ensemble des grandes associations du champ du handicap) reprend à son compte cette définition et l'enrichi d'une mise en perspective de la personne dans un projet de vie :

« Constitue une situation de handicap l'interaction entre une altération substantielle, durable ou définitive, voire multiple et complexe d'un organe ou d'une fonction motrice, sensorielle, mentale, cognitive, psychique ou un trouble de santé d'une personne, et un environnement qu'il soit facilitateur ou générateur d'obstacle lorsque cette interaction limite ses activités ou réduit sa participation à la vie sociale, au regard du projet formulé par la personne ou à défaut avec ou pour la personne lorsqu'elle ne peut exprimer son avis. »

A l'instar de la grille AGIR, le handicap possède sa propre classification le CIH ou classification internationale des handicaps. Elle "décrit" ainsi le handicap, à travers l'atteinte du corps (les "déficiences"), mais aussi les difficultés ou impossibilités à réaliser les activités de la vie courante qui découlent de ces déficiences (les "incapacités") et les problèmes sociaux qui en résultent (les "désavantages").

Ainsi le handicap est-il décomposé et décrit par ses différents éléments constitutifs : déficience(s), incapacité(s) et désavantage(s).

- **Une déficience** est une perte de substance ou altération d'une structure ou fonction (psychologique, physiologique ou anatomique); la déficience correspond donc à la lésion (exemple ; amputation, lésion de la moelle, dégénérescence d'un nerf...) et/ou au déficit en résultant (exemple : paraplégie, ankylose, aphasie, surdité, incontinence urinaire...).
- **L'incapacité** correspond à toute réduction (partielle ou totale) de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales. Par exemple : incapacités à marcher, à s'accroupir, à fermer le poing..., mais aussi (en "situation") à se lever, à se laver, utiliser les W-C, s'habiller, communiquer, mémoriser, réfléchir...
- **Le désavantage** (conséquence des déficiences ou des incapacités) représente une limitation ou une interdiction d'accomplissement d'un rôle social normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) : gagner sa vie, faire des études, avoir un emploi, s'occuper...

Le champ d'intervention de l'aide à domicile intègre donc la prise en charge des différentes « *incapacités* » et on voit ici la proximité entre les incapacités liées aux handicaps et celles liées à la dépendance. Si l'objectif de l'intervention semble similaire, les compétences à déployer seront radicalement différentes selon qu'il s'agisse d'une personne âgée de GIR 1 ou de GIR 5, souffrant ou non de troubles psychiques ou de personnes handicapées souffrant de déficiences qu'elles soient intellectuelles, motrices, visuelles, auditives ou multiples (polyhandicap).

c) Les personnes souffrant d'une maladie

Il s'agit de cas singuliers qui, s'ils ne représentent pas un volume d'activité conséquent, sont très chargés émotionnellement.

- Les activités liées à la fonction dite « garde malade » : pour les personnes rencontrant une difficulté temporaire qui les rend incapables de vaquer seules à leurs occupations et dont l'accompagnement consiste à se substituer à elles pour la réalisation des tâches qu'elles ne parviennent pas à réaliser seules
- L'accompagnement de type « soins palliatif », « hospitalisation à domicile » ou « accompagnement de fin de vie ».

Ces accompagnants s'inscrivent généralement dans le cadre d'une prise en charge globale de la personne en complément d'autres interventions médicales ou paramédicales.

Objectifs de progrès : disposer en interne des compétences et savoir-faire nécessaires à la prise en charge des personnes dans leur singularité. Pour réaliser cet objectif il convient que nous parvenions à :

1. Poursuivre notre politique d'intensification des formations professionnalisantes
2. Identifier les salariés en fonction des compétences acquises (codage).
3. Disposer de ressources en intra et en externe adaptées à chaque typologie de dépendance et ou de handicap.
4. Disposer dans chaque agence à minima d'un référent sensibilisé à chaque type de handicap (accompagnement à la mise en place de l'intervention).
5. Former les responsables de secteur aux questions spécifiques aux problématiques de « dépendance » et « d'incapacité » et/ou imaginer un système de Responsable de secteur référent (spécialisation) en soutien transversal aux agences.

LES PERSONNES ACCUEILLIES DURANT LES 5 DERNIERES ANNEES

Capacités installées par service

Année	Total heures prestataires réalisées	Total heures SAAD prestataire réalisées
2012	488 959	466 076
2013	520 240 + 6,4%	491 473 + 5,4%
2014	527 277 + 1,3%	495 701 + 0,9%
2015	585 421 + 11%	551 755 +11,3%
2016	597 750 +2,1%	564 485 2,3%
2017	588 088 -1,6%	554 663 - 1,7%

Notre service enregistre une évolution moyenne de 5 points par an de 2012 à 2016 et une baisse de 1,7 point en 2017 en termes d'heures prestées toutes activités confondues.

Année	Total heures mandataires réalisées	Total heures PCH réalisées
2012	46 125	51 160
2013	38 736 -16%	62 913 +23%
2014	35 284 -9%	75 320 +19,7%
2015	31 714 -10%	104 497 +38,7%
2016	27 526 -13%	115 047 +10%
2017	29 366 + 6,7%	119 849 +4,2%

Le nombre d'heures réalisées en mode mandataire par l'ADAR a connu une baisse continue de 2012 à 2016. En revanche, le nombre d'heures a progressé de 6,7% en 2017.

Concernant les heures réalisées en PCH, notre service a connu une augmentation continue de 2012 à 2017 (en moyenne de 19 % par an). Cette évolution positive s'est progressivement affaiblie jusqu'en 2017 où le nombre d'heures n'a progressé que de 4,2% par rapport à 2016.

Sexe, âge, durées moyennes de séjour, motifs de sorties

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Effectifs total bénéficiaires SAAD	3078	3073	3087	3235	3034	3050

L'effectif global des usagers du SAAD autorisé d'ADAR Provence est resté relativement stable ces 5 dernières années²². Les femmes représentent en moyenne les trois quarts de cet effectif (72%) et cette répartition est elle

²² Précautions de lecture : les chiffres mentionnés concernent l'activité du SAAD autorisé et non celle de l'ADAR Provence qui inclue également l'activité de services à la personne. L'effectif global d'usagers de l'association a quant à lui connu une croissance de 25% sur les 5 dernières années et de 40% en 2018.

aussi stable depuis 2012. Enfin, la tranche d'âge la plus représentée parmi les bénéficiaires est celle des 80-90 ans, qui représente en moyenne 42% des effectifs. Vient ensuite celle des 70-80 ans qui représente en moyenne un quart des bénéficiaires et des plus de 90 ans qui représente environ 18% des effectifs. La répartition des bénéficiaires par tranches d'âge est stable depuis 2012.

Une analyse comparative des données permet d'observer une augmentation du nombre d'heures prestées et une stabilité de l'effectif des bénéficiaires. Ce constat tend à mettre en évidence une augmentation du volume des prestations par bénéficiaire. Ceci peut s'expliquer notamment par une augmentation du nombre de dossier PCH pris en charge.

Age	Total (%)						Hommes (Eff.)						Femmes (Eff.)					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
< 60 ans	5	6	7	7	7	7	64	63	78	86	82	83	104	111	122	140	133	135
[60-65[	3	4	4	4	3	3	31	37	38	38	28	31	71	83	87	87	56	49
[65-70[	6	6	6	6	6	6	46	55	39	49	53	56	142	128	142	133	126	119
[70-75[	10	9	8	9	9	10	77	68	77	76	71	84	225	200	181	203	207	224
[75-80[	15	15	15	14	15	14	131	145	141	135	133	115	335	327	340	316	318	312
[80-85[	23	21	21	22	21	21	202	192	178	210	183	188	507	463	469	515	455	470
[85-90[	20	21	21	20	22	22	170	184	181	174	182	173	436	460	459	483	501	484
[90-95[	9	11	12	12	12	13	62	74	98	94	88	98	202	252	262	285	286	294
[95-100[	2	2	2	2	3	3	13	10	6	16	22	29	57	53	51	51	66	73
>100 ans	7	5	4	4	2	1	63	44	39	38	17	8	140	124	99	106	27	25
Total	100	100	100	100	100	100	859	872	875	916	859	865	2219	2201	2212	2319	2175	2185

Durée de la prise en charge

Durée de la PEC	Total (%)					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Moins de 1 mois	5	4	4	4	3	5
de 1 à 7 mois	14	13	15	16	12	12
de 7 à 1 an	9	12	9	10	7	9
de 1 a 2 ans	16	13	15	14	17	13
de 2 à 3 ans	11	12	10	11	12	12
de 3 à 5 ans	15	15	16	14	16	17
de 6 à 10 ans	26	22	20	20	21	20
plus de 10ans	4	9	11	11	12	12
Total	100	100	100	100	100	100

En moyenne, ces 6 dernières années, 27% des prises en charge ont duré moins d'1 an ; 40% ont duré de 1 à 5 ans et environ un tiers ont duré plus de 5 ans.

Motif de la Fin de la prise en charge

Motif de la fin de prise en charge	Total (%)					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Décès	30	25	33,4	30,1	32,6	27,5
Dossier ponctuel	22,7	20,6	19,5	20,4	15,7	24
Placement en structure	14,5	16,4	15,1	16,5	16,4	17,7

PEC Transport	7,5	3,4	4,6	5,6	3,7	5
Plus de besoin	5	2,5	3,3	3,5	4,7	3
Tarif trop élevé	4,5	3,8	3,6	2,7	1,7	1,4
Déménagement	3,4	2,9	5,4	2,4	2,6	2,7
Planification interventions	2,6	1	1,7	2,9	3,8	2,2
Arrêt PEC	2	15	5,4	3,9	2,7	1,1
Intervenants savoirs	1,8	1,8	2,7	3,6	3,3	4
Hospitalisation	1,3	2,2	0,6	1,5	4,1	2
Relation agence	0,9	0,5	0,1	0,2	0,4	0,1
Gré à gré	0,9	1,1	1,2	0,4	1	1,3
Renonciation	0,5	0,7	0,5	0,5	0,7	0,6
Raison personnelle	0,4	1,3	1	3,5	3,5	2,5
Non précisé	0,4	0,2	0,1		0,3	
Aidant familial	0,3	1	0,8	0,6	0,9	0,6
Changement d'association	0,1	0,1	0,3		0,1	
Inconnu	0,1	0,4	0,5		0,3	
Autres	1,1	0,1	0,2	1,7	1,5	4,3
Total	100	100	100	100	100	100

Les trois raisons principales de l'arrêt des prises en charges depuis 2012 sont, dans l'ordre : le décès du bénéficiaires (pour 29,8% des cas d'arrêt de prise en charge en moyenne), l'arrêt d'un dossier ponctuel (pour 20,5% des cas en moyenne) et le placement en structure d'hébergement (pour 16% des cas en moyenne).

Évolution des GIR

Depuis 2012, les deux groupes les plus représentés parmi les bénéficiaires en perte d'autonomie chez Adar sont les groupes 4 et 5. Suivent, par ordre décroissant, les groupes 3 ; 2 ; 6 puis 1. On observe sur le graphique ci-dessus une augmentation légère mais constante du groupe 4 et une diminution plus marquée du groupe 5. En 2012, le groupe 4 représentait le quart des bénéficiaires du SAAD, ils représentent en 2017 un peu moins d'un tiers (31,5%). A l'inverse, le groupe 5 représentait 26% des usagers en 2012, il représente en 2017 à peine 15% des effectifs. La part des GIR 2 a quant à elle augmenté de 2,6 points de 2012 à 2017. Enfin, les groupes limites (GIR 1 et 6) restent marginaux dans la distribution des effectifs. Ces tendances montrent une augmentation du niveau de dépendance des personnes prises en charge par le SAAD d'Adar Provence.

Besoins et attentes

Les besoins exprimés par les bénéficiaires²³ sont les suivants :

- Recevoir des soins médicaux
- Être accompagné dans les gestes de la vie quotidienne
- Être accompagné à l'extérieur de domicile
- Maintenir les liens sociaux et familiaux
- Vivre dans un environnement adapté

Les attentes qu'ils expriment peuvent être résumées par 3 grandes ambitions :

- Conserver leur identité (ce qu'ils étaient avant la dépendance)
- Garder leur pouvoir de décision (leur autonomie)

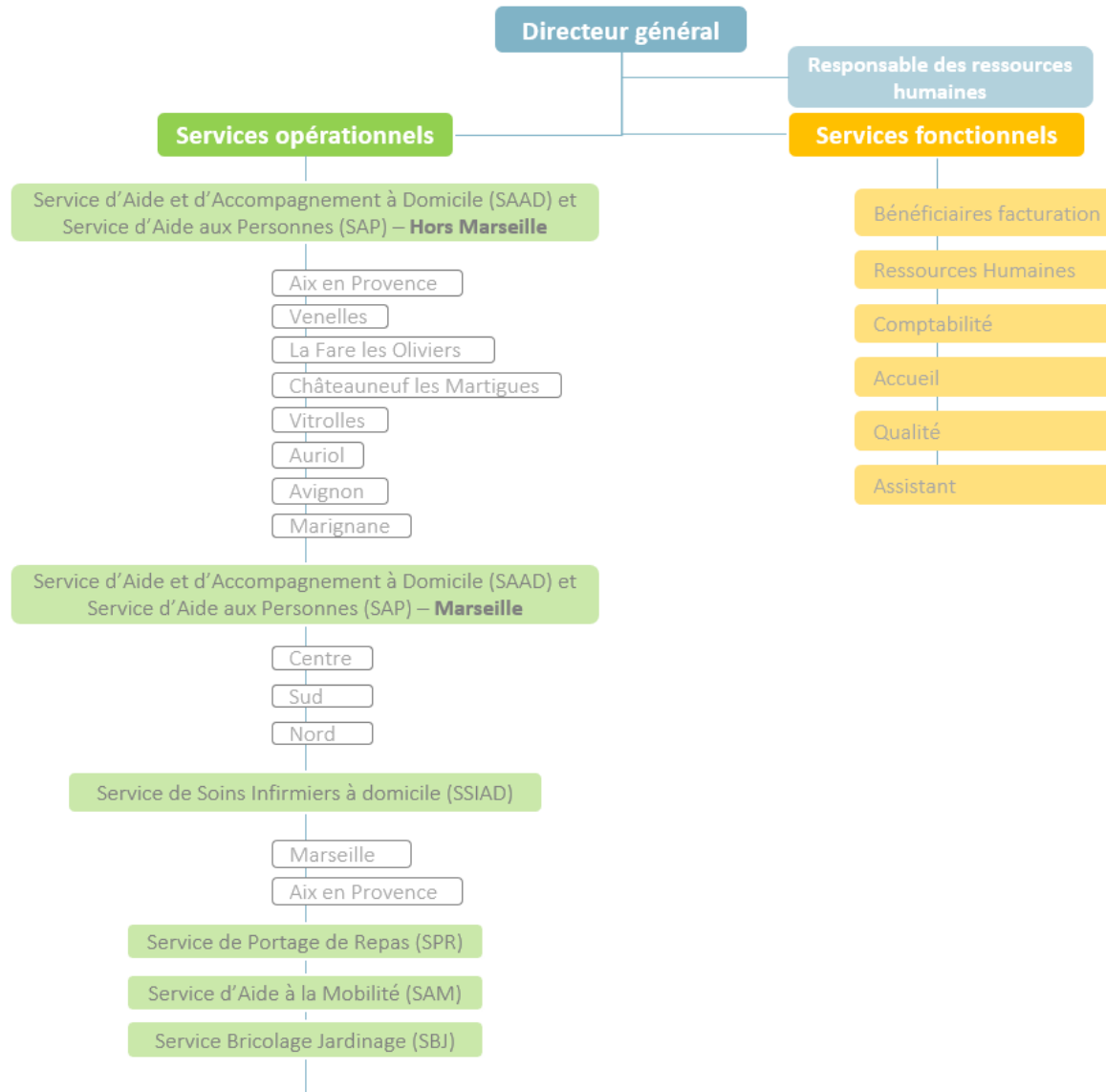
²³ Source : Enquête menée en 2016 par Marylin Marcenaro auprès d'un échantillon de bénéficiaires de l'ADAR Provence.

- Préserver leur individualité, leur vie singulière et sociale

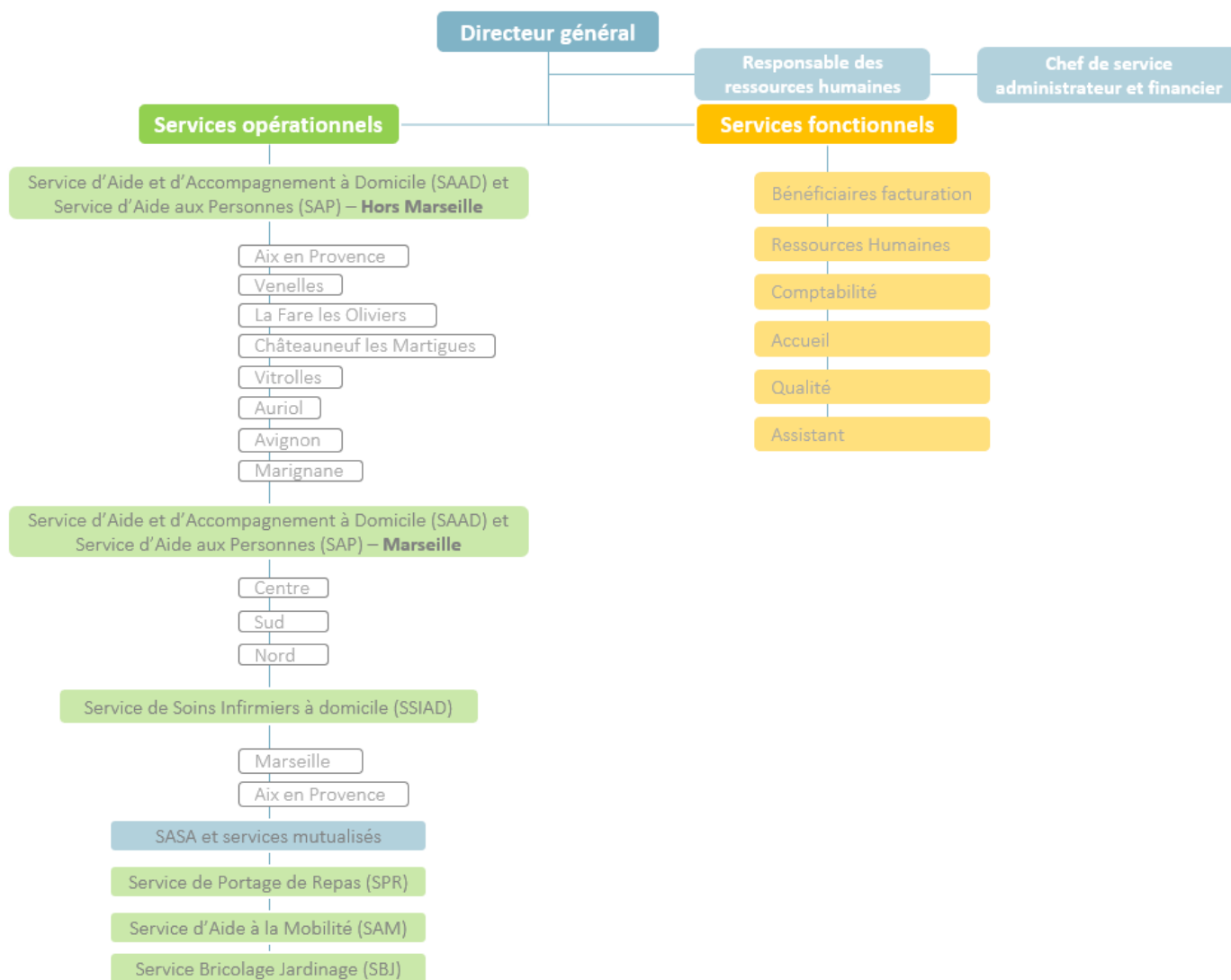
Pour répondre à ces besoins, nous avons développé des activités nouvelles en soutien comme le service de portage de repas (2010), le SSIAD (2011), le service d'aide à la mobilité (2011), le service bricolage et jardinage (2013), le service de médiation sanitaire (2014). Nous avons comme projet de poursuivre cette dynamique pour la prochaine période en développant de nouveaux services au sein de l'association pour répondre aux besoins non couverts.

5.4. Organisation des services du SAAD

ORGANIGRAMME - 2018



PROJECTION ORGANIGRAMME - 2019



Les services fonctionnels au siège social

Il s'agit d'une structure construite autour de principes de **mutualisation des ressources** et de **gestion transversale** des dossiers. Une fonction de type « *backoffice* » qui vise la **recherche** de coûts minimaux et reste absolument incontournable au regard de l'importance actuelle de notre activité.

C'est donc une équipe de salariés qui porte les différents processus de direction, de gestion et d'organisation intrinsèque au management de l'association.

1. L'**animation, la gestion** et la mise en cohérence de l'ensemble de l'association,
2. L'**appui technique et pédagogique** aux différentes agences de l'association,
3. Le soutien à la gestion comptable et financière,
4. L'élaboration et le suivi des processus de facturation,
5. La gestion sociale,
6. La **représentativité**,
7. Le **suivi qualitatif** et financier des opérations.

Des missions qui se déclinent par l'offre de services suivante :

- la gestion des Ressources Humaines,
- la comptabilité,
- la gestion financière,
- le suivi des dossiers importants ou sensibles,
- l'animation de la vie associative,
- l'évaluation générale,
- la formation,
- l'information et la communication,
- les fonctions de représentation de l'association.

Le siège est un des éléments constitutifs de l'organisation de l'association et ne peut avoir d'autre orientation que celle de servir l'ADAR et l'ensemble de ses agences. Il est en constante adaptation et se doit de s'adapter en permanence aux différents facteurs de contingences que sont l'environnement économique, juridique, politique et technique. Il ne définit aucun schéma axiologique ou politique, mais se doit de mettre en œuvre celui qui, définit par le Conseil d'Administration, sera entériné par l'assemblée générale.

La direction - appuyée par le secrétariat de direction

Les pouvoirs de la Direction lui sont délégués par le Conseil d'Administration de l'ADAR

1. Administration générale et direction technique :

Le directeur assure la responsabilité générale de la conduite du projet de service et de son évaluation. Dans ce cadre, il veille à la mise en œuvre permanente des actions techniques pour lesquelles l'établissement a été créé et autorisé.

Il recrute et dirige l'équipe des techniciens employés dans l'établissement. Il lui appartient, dans le respect de leurs disciplines respectives, d'organiser et de coordonner leur action. À cette fin, il programme et anime les réunions de travail, assure la concertation ainsi que les liaisons internes et externes. Il veille aussi à l'application de toutes les décisions prises.

Le responsable administratif et financier aura une mission de support concernant l'administration générale et technique.

2. Gestion et administration des ressources humaines :

Le Directeur prend toutes les mesures utiles pour couvrir l'ensemble des besoins et les nécessités de service, dans le cadre des budgets alloués. Il est le responsable hiérarchique de l'ensemble du personnel de la structure qu'il dirige et prend les mesures disciplinaires nécessaires à la bonne marche de la structure, dans le respect des dispositions légales, conventionnelles et du Règlement intérieur en vigueur.

3. Sécurité :

Le Directeur est responsable de la sécurité des personnes (usagers, salariés, stagiaires, tiers, ...) se trouvant dans la structure. Il garantit la mise en œuvre des dispositions relatives à l'évaluation des risques professionnels (mise en place et suivi régulier du document unique et des plans d'actions en découlant) et veille au respect et à la bonne application des prescriptions en matière d'hygiène et de sécurité au sein de la structure.

4. Gestion budgétaire, financière et comptable :

Le directeur est responsable devant le Conseil d'Administration du fonctionnement financier de l'établissement.

Il assume la préparation du budget de fonctionnement de l'établissement, et propose le programme des travaux d'entretien ainsi que des investissements qu'il juge nécessaire. Après son adoption par le Conseil d'Administration, il défend, conjointement avec un représentant du Conseil d'Administration, le budget auprès des autorités de contrôle.

Par délégation du Président du Conseil d'Administration, il est responsable de l'exécution du budget d'exploitation.

Après la clôture de l'exercice, il rend compte de sa gestion au Conseil d'Administration.

Il est responsable de la conservation et de l'entretien des biens.

Il sera appuyé dans ses fonctions par le responsable administratif et financier

Axes de Progrès :

1. Etoffer les fonctions de direction et de coordination. En raison de la dynamique de croissance du service, certaines fonctions connaissent une « saturation » de leur capacité d'action. De ce fait, le volume d'activité actuel impose un questionnement sur le mode de management de la structure afin que chaque fonction puisse prendre en charge le plus sereinement possible ses activités. Un diagnostic sera réalisé afin d'identifier les types de missions à renforcer.

2. Mettre en place un SASA (soutien aux aidants) – dispositif qui propose un SAAD aux compétences renforcées et financé par la MDPH

Le service Ressources humaines

La gestion des ressources humaines dans notre domaine d'activité demande une expertise toute particulière. En effet, c'est dans son champ de compétences que se concentre la quasi-totalité des risques : risque

prudhommal, risque financier, risque pénal, risque civil. La fonction RH repose donc sur des prises de décisions et des actions menées en vue d'accroître l'efficacité de l'association au regard de ses orientations stratégiques tout en étant en tension permanente avec les différents cadres juridiques.

Par délégation du directeur et sous la direction de la responsable des ressources humaines, le service gère la politique de recrutement, les plans de formation, le système de rémunération ainsi que les conditions de travail. Il mène la politique de GPEC et participe au pilotage des instances de représentations du personnel. Il procède à la recherche, au choix et à l'embauche des personnels dans le respect des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles applicables, ainsi que des procédures associatives. Il veille notamment à la réalisation des déclarations et formalités obligatoires, à la rédaction et à la signature d'un contrat de travail dans les délais prescrits et à la constitution du dossier administratif des salariés.

Les contrats de travail et tous les avenants successifs formalisant une modification des conditions contractuelles des CDI en cours seront obligatoirement établis par la Direction des ressources humaines, garante notamment de la cohérence du traitement des cadres de l'association.

Il élabore les fiches de poste en cohérence avec le référentiel associatif quand il existe.

Il veille à la gestion quotidienne du personnel dans le strict respect des dispositions légales et réglementaires résultant du Code du Travail ainsi que des dispositions conventionnelles, contractuelles ou d'usages applicables à l'Association ou à la structure.

Cela concerne notamment :

- les obligations liées à la conclusion, l'exécution et la rupture des contrats de travail ;
- la mise en place et le fonctionnement des instances représentatives du personnel (délégués du personnel, Comité de service, Comité hygiène, sécurité et conditions de travail) ;
- l'exercice du droit syndical ;
- la réalisation des affichages, la tenue des registres et de tout autre document obligatoire ;
- la durée et l'aménagement du temps de travail ;
- les salaires et l'ensemble des affiliations, déclarations et paiements qui en résultent ;
- la formation et le PAUF ;
- l'emploi et la formation des travailleurs handicapés ;
- les obligations liées à l'accueil dans la structure de stagiaires ou d'emplois aidés (notamment élaboration des conventions ou contrats spécifiques)

Il veille à ce que chaque salarié ait pu prendre connaissance du Règlement Intérieur des accords d'entreprise et de la réglementation en vigueur et à le faire respecter.

Il organise ou supervise le travail des stagiaires confiés à l'établissement par les centres de formation.

Axe de Progrès :

- Créer une procédure pour systématiser et centraliser cette information afin qu'elle puisse servir d'indicateur lors de la prochaine actualisation du Projet de Service
- Poursuivre et renforcer les actions visant à créer une dynamique collective par le développement du sentiment d'appartenance. Imaginer de nouvelles actions pour favoriser l'esprit d'équipe
- Augmenter la fidélisation des salariés : baisse du taux d'absentéisme, baisse du taux d'arrêt maladie

- Poursuivre la dynamique de communication vers les intervenants à domicile et adapter les outils aux attentes des intervenants en recensant leurs avis.

3 Le Service Bénéficiaire

Il a en charge la gestion administrative de l'intervention auprès des usagers :

- o Ouverture des dossiers
- o Vérification des heures
- o Relation avec les caisses
- o Facturation auprès de caisses
- o Facturation des restes à charges
- o Suivi des encaissements
- o Suivi des renouvellements
- o Procédure de recouvrement éventuel
- o Production d'indicateurs d'activité

Axe de Progrès :

- Dématérialisation des procédures de gestion (dématérialisation des évaluations initiales, devis et contrats via l'utilisation de tablettes + télégestion mobile)

4 Le Service comptabilité

La comptabilité générale doit rendre lisible les résultats de l'entreprise, ses principales activités sont liées à la production des comptes, les travaux de clôture comptable, en fin d'exercice, et la production des états et annexes. Le service doit produire les indicateurs nécessaires au pilotage financier de l'association.

Les éléments fournis donnent des indications sur la santé de l'association en un instant donné sur tout ou partie de l'activité de l'association ou de ses composantes. Ainsi l'ADAR produit une comptabilité analytique permettant de suivre financièrement chaque agence.

Contraint par de nombreuses obligations légales de l'administration, l'ADAR Provence a fait le choix de s'associer les services d'un cabinet d'expert-comptable qui vérifie et valide les documents produits en interne.

Par ailleurs, conformément aux obligations légales, nos comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes.

5 L'accueil – Standard général

Les missions des équipes de l'accueil (au siège) sont les suivantes :

- Accueillir toute personne se présentant à l'accueil ;
- Enregistrer, trier et répartir le courrier dans les différents services du siège (le courrier RH est réparti selon les secteurs géographiques) ;
- Gérer le standard général. Il s'agit d'assurer la réception des appels téléphoniques et de les transmettre aux services concernés en respectant les normes propres à l'association (filtrage, identification de l'appelant, qualification de l'appel, etc.) ;

Le mode restreint est un paramètre effectué manuellement et qui permet que tous les appels des agences soient centralisés sur le standard. Cela permet aux agences de ne plus recevoir d'appels en direct.

Lorsque ces appels sont réceptionnés (utilisation du Logiciel APOLOGIC) le nom du bénéficiaire ou du salarié apparaît sur les écrans du personnel de l'accueil, cela facilite la recherche et permet une vue sur le planning et toute

les informations utiles (adresse, téléphone, prise en charge...). L'objet de l'appel est enregistré et, en fonction de la demande et de l'urgence, un « POP UP » (message via Perceval) avec le motif de l'appel est transmis directement à l'agence ou au service concerné. Les appels jugés urgents sont transférés aux agences concernées (accident de travail d'un salarié, absences, litiges ou événements demandant une action rapide telle qu'une sortie d'hospitalisation non prévue).

- Gérer le planning des sessions de formations se déroulant au siège, préparer les salles et organiser les déjeuners ; gérer les attestations de formation
- Diffuser et faire le suivi des annonces Pôle Emploi. Lorsqu'une agence a besoin de personnel, elle complète une check-list interne qu'elle transmet par mail à l'accueil ;
- Suivre les dates d'anniversaire des bénéficiaires et leur envoyer des vœux de la part de l'association (liste par le biais du logiciel Perceval) ;
- Gérer le dispositif d'astreintes pour les week-end et jours fériés avec transferts sur le téléphone portable de la responsable de secteur d'astreinte ;
- Prendre les rendez-vous recrutement pour la RRH ;
- Saisir les questionnaires qualité ;
- Appui ponctuel aux services Bénéficiaire ou Ressources humaines.

6 Le service qualité

Ce service a pour mission d'améliorer de façon continue la qualité des prestations fournies par l'association notamment par une meilleure connaissance **des différentes parties prenantes de l'association**.

Le service qualité a pour tâche essentielle de créer, de mettre en place et de faire vivre des « outils qualité » qui permettront de suivre et de respecter la politique qualité précédemment définie par la direction.

Ses missions couvrent donc aussi bien la définition de la qualité, que les moyens de l'assurer ou encore son contrôle. Ses tâches concernent les réclamations, résiliations, visites à domicile, la gestion des questionnaires, la constitution des dossiers, les évaluations annuelles, les évaluations internes, la certification Cap'Handéo et la relation avec les agences (suivi de la démarche qualité).

Par définition, le service qualité doit être indépendant du reste de l'organisation notamment de la production dans la mesure où elle interfère avec toutes les autres fonctions de l'entreprise. Il dépendra donc directement de la direction générale

Les services fonctionnels en Agences

Les agences ont été initiées en 2003 par la mise en place de l'accord de réduction du temps de travail.

1 Une organisation territorialisée

L'organisation d'un service intervenant à un niveau départemental intègre nécessairement une approche territoriale. La question du « bon niveau de territoire » affecté à chaque agence reste d'actualité et, s'agissant de baux, nous sommes malheureusement limités par les engagements passés.

Nous questionnerons donc la pertinence des implantations actuelles au fil du temps et en fonction de l'évolution d'un certain nombre de facteurs incontournables à une approche réellement territoriale : bassin de vie, sociologie du territoire, offre de service, réalité administrative.

Tout d'abord le bassin de vie de la personne, ainsi pour une population habitant le territoire choisi, il conviendrait d'identifier les réponses opérationnelles de proximité et donc l'offre de prestations et/ou services et de se

questionner sur les modes de coordination existants.

Nous nous orientons donc sur d'autres options plus réalistes. L'adossement de l'agence à des organisations professionnelles dont les missions sont identiques. Par exemple, le territoire du CLIC/Pôle infos seniors (s'il existe) ou d'une plate-forme de service ou pourquoi pas des territoires affectés à tels ou tels travailleurs sociaux dans un souci de non multiplication des partenaires. Soit l'adoption d'une organisation copiée sur des découpages administratifs existants. Ce niveau serait, au minimum celui de l'intercommunalité ou du canton. Dernière option, le rattachement de communes à l'agence en fonction des axes de circulation. Une dernière orientation qui se voudrait donc purement pratique et faciliterait la gestion des interventions.

La liste actuelle des agences de l'ADAR Provence et leurs spécificités se trouve en annexe.

2 Modélisation d'une agence de l'ADAR :

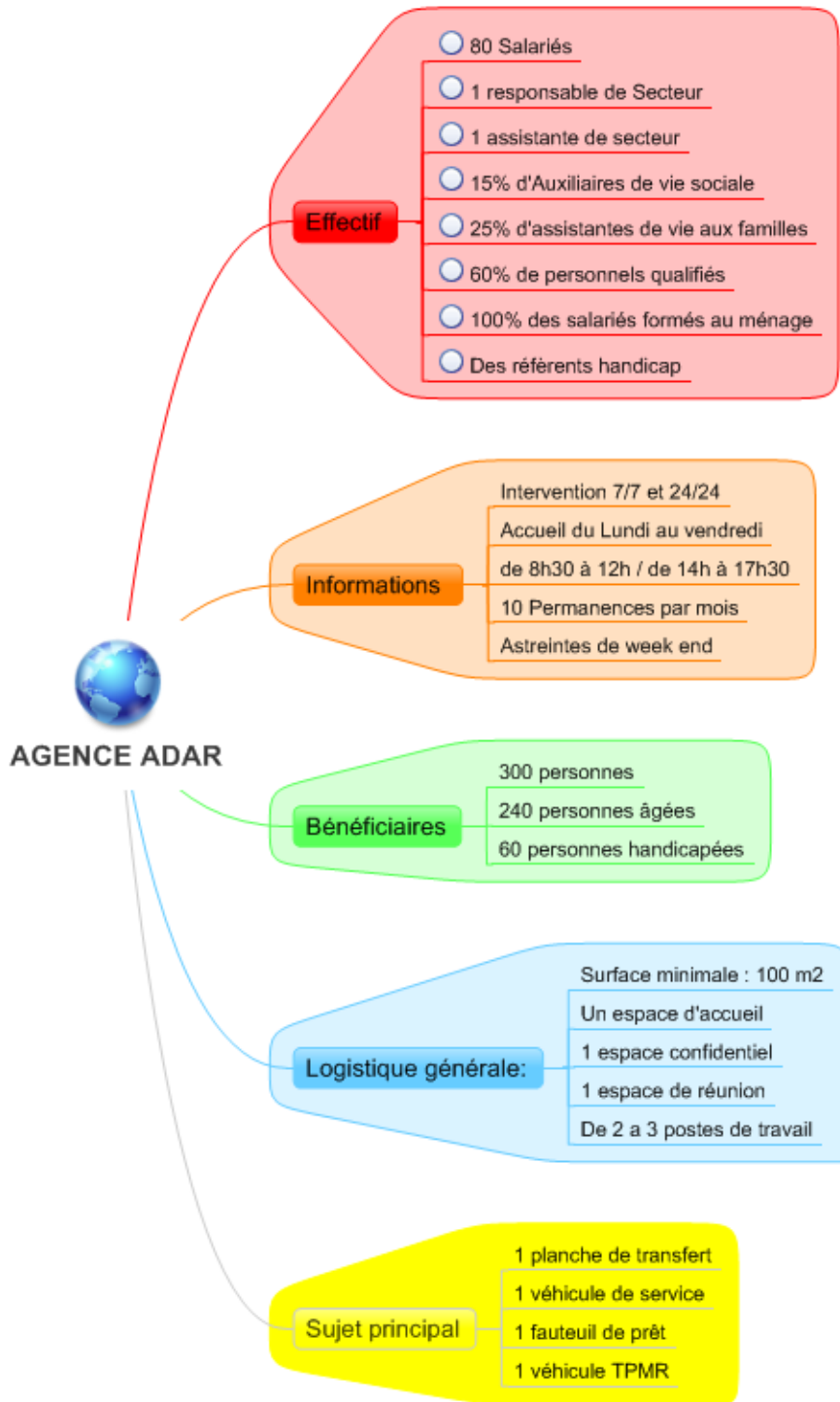
Seuil d'encadrement :

	Responsable	Assistant
De 0 à 3600 heures mensuelles	0,8 etp	0 etp
De 3600 à 5000 heures mensuelles	1 etp	0,5 etp
De 5000 à 6500 heures mensuelles	1 etp	1 etp
De 6500 à 7000 heures mensuelles	1 etp	1 etp
De 7000 à 8000 heures mensuelles	1,5 etp	1 etp
De 8000 à 9000 heures mensuelles	2 etp	1,5etp
De 9000 à 10000 heures mensuelles	2 etp	2 etp

Sachant qu'avec un ETP de responsable sur l'agence il semble difficile d'assurer tout à la fois l'ouverture de l'agence et les nécessaires visites à domicile pour mettre en place la prise en charge, présenter le salarié ou procéder à la visite annuelle.

Axe de Progrès :

- L'objectif en matière de ratio est à la fois d'atteindre une moyenne de 2700h/ETP (objectif quasiment atteint), mais tout en ayant une répartition harmonieuse entre toutes les agences (objectif qui reste à atteindre)
- Réaménager les locaux de l'agence d'Avignon selon le modèle du cahier des charges Adar



3 Les métiers dans les agences :

○ LE RESPONSABLE DE SECTEUR

Le responsable de secteur occupe un poste clé dans l'activité de l'aide à domicile. Il assure l'animation de son équipe et le bon déroulement des interventions auprès des bénéficiaires. Le responsable de secteur a aussi pour responsabilité le développement de l'activité sur la zone géographique qui lui a été confiée.

○ L'ASSISTANT DE SECTEUR

L'assistant seconde le responsable et fait vivre l'agence lors des déplacements de celui-ci. Il est l'interlocuteur repéré par les bénéficiaires et les salariés. Récipiendaire de l'ensemble des difficultés en matière de planning et d'interventions, il renseigne, oriente, suit les demandes et s'assure la satisfaction de chacun. Par son accueil et sa réactivité, l'assistant est un acteur majeur du continuum de la prise en charge et participe à la fidélisation des adhérents.

Il suit aussi tous les salariés de l'agence de leur entrée à leur sortie (accueil, planning, gestion des absences).

○ L'AIDE A DOMICILE ET L'EMPLOYE A DOMICILE

L'Aide à domicile ou l'employé à domicile a pour mission d'accomplir un « travail matériel, moral et social » contribuant au soutien à domicile des personnes âgées, vulnérables ou handicapées, ayant des difficultés à effectuer les gestes de la vie quotidienne sur des situations ne nécessitant pas les compétences d'une AES ou ADVF.

Son intervention s'inscrit dans une action sociale globale qui inclue un ensemble de prestations favorisant le maintien à domicile (soins, portage de repas, kinésithérapie...).

Son rôle est de favoriser « l'accompagnement » de la personne dans :

Les activités de la vie quotidienne

- Aide au lever, au coucher, à l'habillage.
- Aide ou surveillance aux soins d'hygiène corporelle.
- Surveillance de la prise de médicaments (les médicaments devront être préparés à l'avance par un tiers dans un semainier).
- Faire un change.
- Aide à l'alimentation (courses, élaboration des repas).
- Aide au maintien du cadre de vie (tâches ménagères, coutures, petites réparations, entretien du logement).
- Aide à la mobilisation (déplacement, installation au fauteuil).

Le maintien de la vie sociale

- Aide aux loisirs (accompagner, repérer les lieux pour accessibilité).
- Assistance et soutien moral.

L'assistante de vie aux familles

Cet emploi s'exerce auprès de familles, de personnes dites « fragilisées » ou « sensibles » comme les jeunes enfants, les personnes malades, handicapées, les personnes âgées, soit ponctuellement, soit régulièrement.

L'assistant(e) de vie aux familles effectue les services attendus par les personnes auprès desquelles il (elle) intervient pour concourir au maintien à domicile et faciliter la vie quotidienne :

L'assistant(e) de vie aux familles de par ses habilitations spécifiques sera tout particulièrement amené à intervenir sur les situations complexes : Personnes dépendantes de GIR 1 et 2, personnes âgées souffrant de troubles psychiques (type Alzheimer) ; personnes souffrant d'un handicap et sur le soin palliatif.

Les activités de la vie quotidienne

- Aide au lever, au coucher, à l'habillage.
- Aide ou surveillance aux soins d'hygiène corporelle.
- Surveillance de la prise de médicaments (les médicaments devront être préparés à l'avance par un tiers dans un semainier).
- Faire un change.
- Aide à l'alimentation (courses, élaboration des repas).
- Aide au maintien du cadre de vie (tâches ménagères, coutures, petites réparations, entretien du logement).
- Aide à la mobilisation (déplacement, installation au fauteuil).

Le maintien de la vie sociale

- Aide aux loisirs (accompagner, repérer les lieux pour accessibilité).
- Assistance et soutien moral.

○ **L'AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE**

L'auxiliaire de vie sociale aide à domicile les familles, les personnes âgées, les personnes handicapées, dans l'accomplissement des tâches et des activités de la vie quotidienne. Elle aide à faire en stimulant, accompagnant, ou elle fait à la place de la personne dans l'incapacité de faire seule.

L'auxiliaire de vie sociale de par ses habilitations spécifiques, sera tout particulièrement amenée à intervenir sur les situations complexes : Personnes dépendantes de GIR 1 et 2, personnes âgées souffrant de troubles psychiques (type Alzheimer) ; personnes souffrant d'un handicap et sur les soins palliatifs.

Il peut s'agir d'un :

- accompagnement et une aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne, elle peut aider une personne à se lever, s'alimenter, s'habiller...
- accompagnement et une aide aux personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne, entretien du linge et du logement, repas,
- accompagnement et une aide aux personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle, aide dans la gestion des démarches administratives.

Mais aussi

Les activités de la vie quotidienne

- Aide au lever, au coucher, à l'habillage.
- Aide ou surveillance aux soins d'hygiène corporelle.
- Surveillance de la prise de médicaments (les médicaments devront être préparés à l'avance par un tiers dans un semainier).
- Faire un change.
- Aide à l'alimentation (courses, élaboration des repas).
- Aide au maintien du cadre de vie (tâches ménagères, coutures, petites réparations, entretien du logement).
- Aide à la mobilisation (déplacement, installation au fauteuil).

Le maintien de la vie sociale

- Aide aux loisirs (accompagner, repérer les lieux pour accessibilité).
- Assistance et soutien moral.

L'auxiliaire de vie sociale fait également le lien avec tous les autres professionnels intervenant ou la famille.

Ces quatre métiers, bien que relevant d'un positionnement indiciaire différent et de formations distinctes sont au cœur de l'activité d'un SAAD en assurant quatre missions essentielles au maintien à domicile des personnes :

- 1 Assister et/ou accompagner les personnes dans les actes essentiels de leur vie quotidienne ;**
- 2 Persévérer et stimuler l'autonomie des personnes ;**
- 3 Relayer les parents dans la prise en charge de leurs enfants à leur domicile ;**
- 4 Assister les personnes dans leurs tâches domestiques.**

Axe de Progrès : Revaloriser les métiers de l'aide à domicile, leur donner du sens et dépasser les aspects purement « ménagers ».

4 Fonctionnement :

> **Les ressources humaines - 2017**

EFFECTIF en ETP	
FONCTION	Nombre d'agents
Directeur	1
Chef de service RH	1
Cadre comptabilité	1
Cadre réclamations - qualité	1
Cadre facturation	1
Direction / encadrement	5
Secrétaire direction	1
Assistant direction	1
Assistante GRH	2,6
Assistante facturation	1
Administration	4,6
TOTAL Backoffice	9,6
Responsable de secteur	8

Assistante de secteur	11,7
Encadrement intermédiaire	18,7
Cat. C: Auxiliaire de vie	48
Cat. B: Employé à dom.	73
Cat A: Agent à domicile	245
personnel d'intervention	366
TOTAL 1 + 2 + 3	394,3

Autres ressources mobilisées par l'association au service du SAAD non tarifé

Autres ressources	
Administrateurs	X
Agent accueil	1
Coordinateur SSIAD	1

Ressources techniques actuelles et objectifs

	DIPLOMANT	OBJECTIFS
A l'échelle de l'association	A : 71,65 % B : 15,23 % (-57 ETP) / ADVF ou autres B C : 13,12 % (+11 ETP) / AES (ex.AVS)	Mise en place de quotas de diplômes par agence A : 55% B : 30% C : 15%
Agence 1	+1,27 ETP ADVF ou autres B -3 ETP AES	
Agence 2	+ 1 Etp ADVF ou autres B + 4,22 Etp AES	Diminuer le volume horaire en séparant l'agence en deux
Agence 2 bis	idem	
Agence 3	+ 3,54 Etp ADVF ou autres B Ok Etp AES	
Agence 4	+ 11 Etp ADVF ou autres B + 2 Etp AES	
Agence 5	Ok Etp ADVF ou autres B + 6 Etp AES	
Agence 6	+ 6,53 Etp ADVF ou autres B + 0,5 Etp AES	
Agence 7	Ok Etp ADVF ou autres B Ok Etp ADVF	
Agence 9	+ 1,5 ETP ADVF ou autres B Ok ETP AES	
Agence 11	+ 9 ETP ADVF ou autres B + 0,8 ETP AES	
Agence12	+ 12 ETP ADVF ou autres B Ok ETP AES	
Agence 13	+ 2 ETP ADVF ou autres B +14 ETP AES	

Axe de Progrès :

L'objectif est de poursuivre le rééquilibrage des ratios de diplômés en fonction des agences avec comme objectifs :

Cat. A : 55%

Cat. B : 30%

Cat. C : 15%

La stratégie centrale consiste à offrir des formations diplômantes aux salariés intervenants de catégorie A pour renforcer le nombre de salariés de catégorie B

Etayages techniques des équipes

Personnes Handicapées	Accessibilité – Moyens techniques	Formation spécifique	Formation généralistes	Nouveautés 2017/2018
Le handicap moteur	Locaux 80% Véhicule TPMR Planche de transfert Prêt de fauteuil	<i>Méthode de manutention manuelle</i> <i>Approche relationnelle de la douleur</i> <i>Aide à la toilette et à l'habillement</i>	<i>Développer la bientraitance</i> <i>Certification ADVF (15)</i> <i>VAE Aide-soignante</i> <i>Aspect psychosocial du métier d'aide à domicile</i> <i>Sexualité des personnes handicapées</i> <i>Le cahier de liaison</i> <i>Le projet individualisé</i> <i>Relation à la famille</i>	<i>Mise en beauté</i> <i>Outil de diagnostic pour les RS – connaissance des personnes handicapées - Handeo</i>
Le handicap sensoriel (Déficience auditive, Déficience visuelle)	Site adapté aux non-voyants Outil de la loi 2002 en braille			
Le handicap mental		<i>Handicap mental et handicap psychique</i>	<i>La prise en charge du handicap</i> <i>Relation et communication avec la personne aidée</i> <i>Autonomie, maintien et restauration dans la vie quotidienne</i> <i>Gestion du stress</i> <i>Savoir de base</i> <i>Secouriste sauveteur</i>	<i>24 Référents à la prise en charge des personnes souffrant d'autismes</i>
Le handicap psychique (schizophrénie, névroses, bipolaire)		<i>Dépressions et états dépressifs</i> <i>Gérer ses émotions face au stress</i> <i>Comportement face à l'agressivité</i> <i>L'agressivité</i> <i>Peurs et angoisses</i> <i>Comprendre et gérer les conflits</i> <i>Handicap mental et handicap psychique</i>		
Le handicap cognitif (les dyslexies, dysphasies, dyspraxies)				
Le polyhandicap	Locaux 80% Véhicule TPMR Planche de transfert Prêt de fauteuil	<i>Méthode de manutention manuelle</i> <i>Approche relationnelle de la douleur</i> <i>Aide à la toilette et à l'habillement</i> <i>Connaissance des matériels au domicile (levage, lits médicalisés)</i>		<i>24 Référents à la prise en charge des personnes épileptiques</i> <i>Mise en beauté</i> <i>Prise en charge des malades souffrant de maladie dégénérative (SLA, myopathie)</i>

Personnes âgées	Accessibilité – Moyens techniques	Formation spécifique	Formation généralistes	Nouveautés 2017/2018
Dépendance	Véhicule TPMR Planche de transfert Prêt de fauteuil	<i>Méthode de manutention manuelle</i> <i>Approche relationnelle de la douleur</i> <i>Aide à la toilette et à l'habillement</i> <i>Dépressions et état dépressifs</i> <i>Méthode de manutention manuelle</i> <i>Mieux connaître et mieux agir auprès des personnes âgées</i> <i>Approche de la personne âgée</i>	<i>Développer la bientraitance</i> <i>Certification ADVF (15)</i> <i>Vae aide-soignante</i> <i>Aspect psychosocial du métier d'aide à domicile</i> <i>Sexualité des personnes âgées</i> <i>Le cahier de liaison</i> <i>Le projet individualisé</i>	<i>Mise en beauté</i>
Soins palliatif		<i>Approche relationnelle de la douleur</i> <i>Aide à la toilette et à l'habillement</i> <i>Connaissance des matériels au domicile (levage, lits médicalisés)</i> <i>Accompagnement fin de vie</i> <i>Journée du soin palliatif</i>	<i>Relation à la famille</i> <i>Relation et communication avec la personne aidée</i> <i>Autonomie, maintien et restauration dans la vie quotidienne</i> <i>Gestion du stress</i>	
La dépendance psychique (Alzheimer)		<i>Gérer ses émotions face au stress</i> <i>Comportement face à l'agressivité</i> <i>L'agressivité</i> <i>Peurs et angoisses</i> <i>Comprendre et gérer les conflits</i> <i>Handicap mental et handicap psychique</i> <i>Maladie d'Alzheimer</i> <i>Colloque maladie d'Alzheimer</i>	<i>Décès d'un bénéficiaire</i> <i>Entretien du cadre de vie</i> <i>Secouriste sauveteur</i> <i>Cuisiner bon et pas cher</i> <i>Savoirs de base</i>	<i>Prise en charge des malades souffrant de maladie dégénérative</i>

Axe de Progrès : Rééquilibrer les ressources et les compétences entre les agences, professionnaliser autour des questions de grande dépendance et de prise en charge des personnes handicapées

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Le SAAD doit s'intégrer dans une logique évaluative qui considère la personne de manière globale (dimension physique, psychique, psychologique, sociale et environnementale). Cette évaluation sort en première intention de notre champ de responsabilité et incomberait plutôt aux différents prescripteurs.

De notre point de vue, l'évaluation de la situation devrait s'intéresser aux parcours de personnes en situation de fragilité et à leur projet de vie. L'environnement de la personne, la place de l'entourage (stabilité), son éventuelle situation d'isolement social et ses difficultés de santé viendront éclairer la mise en place d'un plan d'aide qui, dans le meilleur des cas, fera la synthèse des différents éclairages du point de vue du bénéficiaire, de la famille, du travailleur social et du responsable de secteur.

Les besoins et attentes seront ainsi évalués/exprimés de manière multidimensionnelle, notamment dans le champ du handicap ou des soins palliatifs où les besoins sont multiples et requièrent l'intervention de différents professionnels

Dans les situations complexes où les besoins touchent aux dimensions sanitaires, sociales, psychologiques et environnementales, la complexité tient principalement à la nécessaire coordination des réponses en matière de compensation dans le domaine des soins et de l'aide à la vie quotidienne.

La qualité des PEC dépend donc étroitement de :

- La continuité des PEC,
- La coordination avec l'équipe d'intervenants,
- L'articulation avec les autres aidants, familiaux ou professionnels (aidants, soignants, familles).

L'organisation des PEC est donc la suivante :

- Elle doit définir l'organisation du travail afin de mettre en adéquation les besoins en soins des usagers et les moyens existants (personnel, matériel, temps, locaux) ;
- Elle doit garantir la prise en compte individualisée des attentes et besoins des personnes accompagnées (signature du document individuel de prise en charge -DIPC, formalisation du projet individualisé d'aide et d'accompagnement- PIAA) ;
- Elle sous-tend la mise en place d'outils (dossier, cahier de liaison) et la description de tâches (fiche de missions).

Nous observons que dans la majeure partie des situations complexes, l'absence d'outils d'évaluation multidimensionnelle partagés par les parties prenantes rend quasi impossible une bonne coordination des interventions.

Dans le service, les modalités générales de la prise en charge sont celles définies dans le cahier des charges de l'autorisation. Le service utilise un plan d'aide formalisé qui identifie les objectifs et les tâches de chaque intervenant.

Le processus proposé fait l'objet d'une procédure jointe en annexe.

COORDINATION ET COOPERATION INTER SERVICES

Les modalités coordination interne :

Dans le Larousse, coordonner c'est « *Ordonner des éléments séparés, combiner des actions, des activités distinctes en vue de constituer un ensemble cohérent ou d'atteindre un résultat déterminé* ».

Intitulé	Objet	Fréquence	Participants	Animateur
Réunions de Bureau	Elles traitent de l'actualité de l'établissement et des articulations entre les différents pôles. Elles interrogent prioritairement l'organisation et le fonctionnement.	Tous les 15 jours	Bureau, directeur, RRH	Président
Réunions de partenaires	Elles ont pour objet l'amélioration des liens de communication avec un certain nombre de partenaires fonctionnels.	Dès que nécessaire	Les partenaires et des représentants de l'équipe.	Le directeur ou le responsable de secteur
Réunions de service	Ces séances de travail permettent de faire le point sur l'organisation et les problèmes rencontrés par l'équipe. Elles ont aussi pour objet la circulation de l'information au sein de l'établissement.	Variable	Responsable et assistants.	Responsable de service
Réunions Cadres	Ces réunions se déroulent selon un format très court (environ 1 heure). Chaque service présente ses difficultés du mois et l'état d'avancée des chantiers en court. C'est un lieu d'échange d'information qui peut aussi précéder l'allocation éventuelle de nouvelles ressources.	1 fois par mois	Concerne les cadres techniques et hiérarchiques.	Le directeur
La coordination	Point avec les responsables de secteur et/ou les assistantes sur l'actualité de l'association, les nouvelles procédures, les choix stratégiques – permet la confrontation des différentes pratiques territoriales	1 à 2 fois par an	Concerne les RS et AS	Le directeur, la chef de service RH ou les responsables de service
Les reportings mensuels de territoriaux	Reporting par agence avec la direction sur les points suivants : les questions d'organisation du travail, de modulation, de ressources humaines, de suivi des bénéficiaires, d'évolution de l'activité et construction du partenariat. C'est aussi un lieu où les salariés peuvent venir rencontrer le directeur et où le responsable peut solliciter la direction pour rencontrer des partenaires ou des bénéficiaires.	1 fois par mois	Concerne les Responsables d'agences et les assistantes.	Le directeur
Le rendez-vous de fin de mois	Remise des plannings, rendu compte de l'activité et point sur les situations des bénéficiaires – Sont éventuellement abordées les modifications de planning et/ou de modalités d'interventions avec les intervenantes.	1 fois par mois	Responsable de secteur, aide à domicile, auxiliaire de vie sociale	Responsable de secteur
Commission technique	Appui pluridisciplinaire aux agences sur la mise en place des plans d'aide relevant du champ du handicap	1 fois par mois	Directeur, coordinateur SSIAD, Psychologue, cadre qualité, RS, AD, AES	Directeur ou coordinateur SSIAD

L'échange d'informations entre les salariés et la coordination des interventions sont facilités par la mobilisation d'outils tels que les cahiers de liaison communs ou les temps d'échanges pluridisciplinaires (notamment pour les cas complexes, à l'initiative des responsables de secteurs ou des intervenants à domicile).

Concernant la communication interne l'enquête menée auprès des salariés de l'Adar Provence en vue de l'actualisation du Projet de Service, a fait apparaître le besoin d'une meilleure communication entre les agences afin d'harmoniser les pratiques et de participer à une meilleure interconnaissance entre les salariés des différents territoires.

Axe de progrès : Poursuivre et renforcer les actions visant à créer une dynamique collective par le développement du sentiment d'appartenance. Imaginer de nouvelles actions pour favoriser l'esprit d'équipe. Mettre en place des temps de rencontre entre les intervenants selon des modalités qui restent à définir afin de favoriser des échanges de pratiques en interne adaptés à leurs attentes.

Les coopérations inter services

Les coopérations sont de nature à améliorer l'accessibilité à des différentes prestations dans des délais raisonnables. Il peut s'agir des modes de coordination tels que les réseaux ou les plateformes. Mais il peut aussi s'agir de modalités coopératives très souples comme des conventions, ou des espaces permettant l'échange des pratiques entre professionnels intervenant dans des domaines actuellement séparés.

- **Les réseaux ou plateforme :** Pôle Services à la Personne PACA, Plateforme CQFD, Plateforme pôle d'activité de service du Pays d'Aix, Plateforme Dom'inno, Parcours handicap 13, Respect 13, Handi Santé 13, France Alzheimer.
- **Les organismes d'information et de coordination :** Les Clic, Pôles Infos Seniors, MAIA, CCAS, la MDPH
- **La coopération entre établissements :** Médecin traitant, accompagnements sociaux, Soins de suite et de réadaptation – SSR, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD).

Le travail coopératif reste une priorité de l'ADAR Provence. L'association est inscrite dans de nombreux réseaux à vocation professionnelle ou partenariale.

Notre implication vise les objectifs suivants :

1. Avec d'autres acteurs de l'aide à domicile, il s'agit pour nous d'organiser les transferts de prise en charge ou de palier une incapacité pour intervenir, notamment sur la question des remplacements.
2. Avec d'autres acteurs institutionnels, il s'agit de porter une parole technique et politique afin de valoriser une « éthique » de l'intervention aide à domicile.
3. Avec d'autres acteurs associatifs ou privés intervenant dans le champ de la dépendance, il s'agit de construire une « chaîne du vieillissement » cohérente avec des acteurs professionnels.
4. Avec des acteurs associatifs du secteur du handicap, il s'agit d'élaborer ensemble des prises en charge adaptées aux différentes situations de handicaps.

L'ensemble de nos partenariats fait l'objet de conventions et d'une procédure en annexe.

SECURITE DES INTERVENTIONS

Des procédures d'astreintes ont été mises en œuvre pour tous les temps d'intervention. Un personnel d'encadrement est ainsi joignable lors de tous les temps d'intervention. L'association a négocié avec les partenaires sociaux plusieurs accords de nuit qui nous permettent d'intervenir 7/7 jrs et 24/24 h en assurant la sécurité et le continuum des interventions.

- Astreinte de nuit
- Travail de nuit et astreinte de Week end.

ACCUEIL ET DROITS DES USAGERS

L'ADAR Provence dispose de l'ensemble des documents dits « outils de la loi de 2002.2 ». Ces documents sont régulièrement revus (a minima tous les 5 ans) et remis systématiquement lors de la première visite.

Par ailleurs dans un souci d'accessibilité, ils sont téléchargeables sur le site internet de l'association (www.adar-provence.com).

- L'ADAR Provence a fait un effort tout particulier à destination des personnes malvoyantes : livret d'accueil, contrat, règlement de fonctionnement et charte ont été traduits en braille – Ce dispositif est présent sur chaque agence.
- Le site de l'ADAR est accessible aux malvoyants qui disposent d'un logiciel prévu à cet effet.
- Une enquête de satisfaction (annuelle et anonyme) est réalisée chaque année – les résultats sont téléchargeables en ligne.
- Les usagers sont questionnés un mois après de début de l'intervention par le biais du « questionnaire relatif à la finalisation des interventions à votre domicile ».

ACTIVITES NOUVELLES EN SOUTIEN

Nous avons continué d'étoffer nos organisations techniques en proposant des services supplémentaires à nos adhérents.

2009-2010 : Mise à disposition d'un ergothérapeute en soutien aux agences sur la question des aménagements intérieurs des domiciles.

Depuis 2010 : Service portage de repas sur la commune de Meyrargues

Depuis 2011 : Service de soins Infirmiers à domicile.
Service d'aide à la mobilité

Depuis 2013 : Service jardinage et bricolage

Depuis 2014 : Service de médiation sanitaire

Certains projets développés sur la période couverte par le précédent projet de service n'ont pas su recueillir l'adhésion pleine des salariés et des usagers (groupe de parole avec une psychologue et construction de fiches missions pour les salariés ; Poste d'ergothérapeute proposant des évaluations à domicile pour les usagers). En revanche aujourd'hui, certains services supplémentaires font partie intégrante du

mode de fonctionnement d'Adar et de son identité locale (soins infirmiers et service d'aide à la mobilité par exemple).

Axe de Progrès : Le manque d'adhésion aux projets réalisés et non reconduits (ex. ergothérapeute) devra être questionné pour mieux répondre aux attentes des salariés et des bénéficiaires à travers le développement de nouvelles solutions. Les groupes de paroles (étude de cas, échanges de bonnes pratiques) financés par la Carsat sont plébiscités par certains salariés. Des sources de financement complémentaires ou renouvelées devront être identifiées afin de les poursuivre.

o **Le service Mobilité**

Objectif : faciliter les déplacements des personnes ayant des difficultés à se déplacer

Modalités : Le moyen de transport utilisé est variable, mais il doit être adapté à la situation ou au trajet de la personne accompagnée : à pied, en transports en commun, en voiture, en véhicule aménagé.

Le service d'aide à la mobilité et transport permet notamment d'aller et revenir au domicile pour :

- consulter le médecin ou le dentiste ;
- entrer ou sortir de l'hôpital accompagné ;
- aller chercher ses médicaments à la pharmacie ;
- se rendre au théâtre, au cinéma... ;
- aller voir la mer ;
- rendre visite à ses amis ;
- etc.

Nous pouvons ainsi soit :

- Conduire le véhicule de la personne ;
- Accompagner, en dehors du domicile, pour des courses ou pour d'autres démarches avec nos véhicules standards ;
- Accompagner la personne dans un véhicule spécialement aménagé (TPMR) pour les personnes à mobilité réduite ;
- Accompagner les personnes âgées dont la mobilité est réduite de fait de leur perte de capacités ou problème de poids en mettant à disposition un fauteuil roulant et un véhicule TPMR.



Axe de Progrès : Recenser les besoins réels de chaque agence afin d'adapter l'évolution de la flotte de véhicules et sa répartition.

LES NOUVEAUX EQUIPEMENTS

- Amélioration de notre réseau VPN
- Changement du serveur informatique
- Renouvellement de nombreux postes informatiques
- Dotation d'un véhicule de service à chaque agence
- Dotation de matériel de transferts sur chaque agence
- Mise à disposition de blouses avec identification du nom
- Mise à disposition de gants hypoallergéniques
- Création d'un Service d'aide à la mobilité - véhicule TPMR

LOCAUX ET SECURITE

L'ADAR Provence a pour objectif d'être au plus près de ses adhérents. Sur le SAAD, nos adhérents font généralement face à une baisse de leur autonomie et ce, pour des questions d'aggravation de leur dépendance ou de leur handicap. La proximité doit donc être au cœur de nos préoccupations et influencer sur nos organisations techniques.

Chaque agence dispose donc d'un local, actuellement au nombre de 9 sur les Bouches du Rhône, ils n'apparaissent pas aujourd'hui comme disposant des prérequis idéaux pour exercer notre activité.

Les visites de contrôle sont désormais organisées conformément à la réglementation en vigueur.

A ce jour, les locaux de l'ADAR, hormis ceux de l'agence d'Avignon, ont été harmonisés selon une modélisation prenant en compte les points suivants :

- Surface
- Accessibilité aux personnes handicapées

- Infrastructure adaptée à une activité professionnelle
- Visibilité des locaux et donc impact sur notre communication.

Axe de Progrès : Réaménagement des locaux de l'agence d'Avignon sur le même modèle

ORGANISATION LOGISTIQUE

S'agissant d'une activité de service au sein du domicile, les questions logistiques ne sont pas d'une grande complexité. Il s'agit principalement de fournir aux personnels du matériel de protections corporelles :

- Les blouses – Elles sont désormais floquées et disposent d'un emplacement dédié pour écrire le nom²⁴ du personnel
- Les gants de ménage
- Les gants de toilettes (gants hypoallergéniques pour les personnels allergiques au latex)

Le siège se charge de procéder aux commandes selon l'évaluation des besoins communiqués par les agences.

Le matériel est renouvelé au fur et à mesure de sa détérioration (remplacement sur présentation de l'ancien).

ORGANISATION JURIDIQUE (ASPECTS SOCIAUX) DES INTERVENTIONS

L'activité du SAAD peut être déployée selon deux modalités distinctes : le mode prestataire ou les personnes bénéficient de la totalité de notre organisation. Pour des questions économiques certains font le choix d'un mode « alternatif » ou ils deviennent l'employeur du salarié et les organisateurs quasi exclusifs de leur prise en charge.

○ Le mode mandataire

Notre service mandataire propose des prestations dans un cadre juridique particulier : la personne recourant à ce service mandataire devient **l'employeur** de l'intervenante à domicile (aide à domicile, assistante de vie, ou AES). De fait, au regard des risques juridiques encourus la personne doit être en capacité d'exercer cette responsabilité et l'on peut se questionner sur la pertinence de cette modalité pour des personnes en situation de fragilité (abus de faiblesse).

Nous pouvons intervenir en soutien sur les points suivants :

- Recherche des candidats et sélection du personnel qui interviendra au domicile de l'adhérent qui en fait la demande.
- Eventuellement recherche du remplaçant (en cas d'absence du salarié -maladie ou congés- ou insatisfaction de l'adhérent).
- Réalisation, en qualité de mandataire, de toutes les démarches administratives nécessaires obligatoires liées à son statut d'employeur : bulletin de salaire, charges sociales, contrats de travail.

²⁴ En réponse au questionnaire de satisfaction 2010

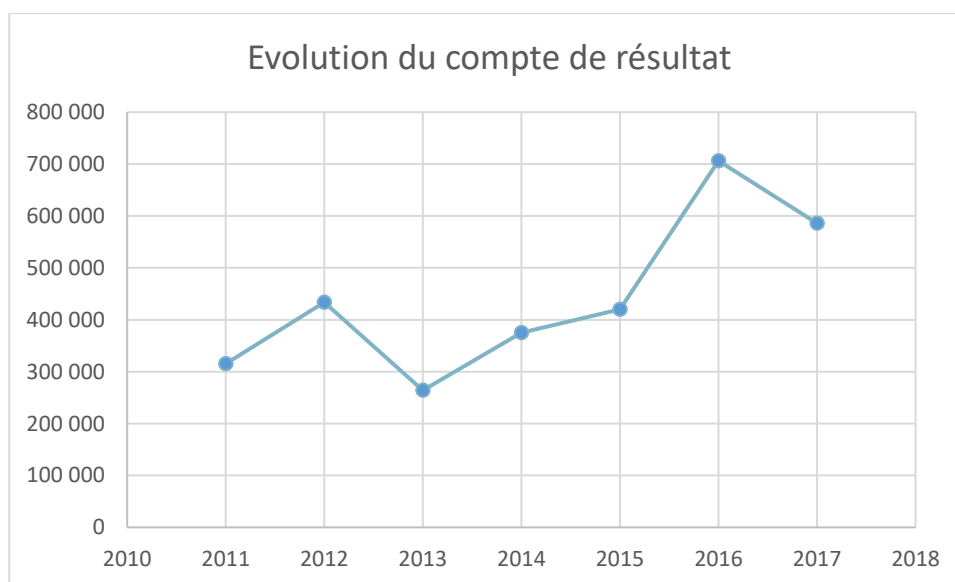
- Conseiller l'adhérent sur toutes les formalités relatives à l'exécution (ou de la non-exécution) du contrat de travail.

ANALYSE FINANCIERE

Evolution sur trois ans minimum, chiffres après retraitement de l'autorité de tarification

Evolution du compte de résultat

	Produits	Dépenses	Résultats	%
2011	9 719 299	9 404 341	314 958	
2012	10 848 300	10 414 940	433 360	+37
2013	11 493 877	11 229 935	263 942	-39
2014	11 946 389	11 571 102	375 287	+42
2015	13 327 000	12 906 679	420 321	+12
2016	13 889 000	13 182 861	706 139	+68
2017	13 662 963	13 076 867	586 096	-17



Axe de Progrès : Trouver un équilibre financier pérenne + caler l'augmentation tarifaire sur l'inflation
 – Continuer à maîtriser le delta entre APA et tarif horaire ADAR

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tarif ADAR	19.28	19.54	19.79	19.99	19.99	20.07
Evolution	+ 1,5%	+1,3%	+1,3%	+1%	0	+0,4%

6. Les projets structurants-Fiches action

6.1. La cohésion d'équipe, coopération interne et parcours d'intégration

Fiche action n°1

Objectifs	Renforcer l'interconnaissance et favoriser les échanges entre les salariés / Fluidifier les relations et favoriser la communication entre le personnel du siège et celui des agences / Faciliter l'intégration des salariés ayant rejoint Adar depuis l'absorption de l'association « la joie de vivre ».
Groupe projet	Direction + service RH + représentants salariés (tous les secteurs et tous les postes)
Sous la responsabilité de :	Service RH
Moyens à mettre en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Multiplier et organiser des temps de coordination et de rencontres entre les salariés des différentes agences et ceux du Siège. Les modalités de rencontres seront à définir collectivement. - Organiser des rencontres régulières entre la direction et les responsables de chaque agence afin de favoriser un dialogue continu, une prise en compte des attentes et besoins spécifiques aux territoires couverts et une diffusion des bonnes pratiques repérées. - Organiser des parcours d'intégration croisés pour les salariés. <p>→ Pratique actuelle : parcours d'intégration à destination du personnel des agences locales, au siège</p> <p>→ Objectif action : organiser, sur le même modèle, des parcours d'intégration du personnel du siège, dans les agences locales</p> <p>→ Réaliser un support vidéo qui permettrait de renforcer l'interconnaissance du rôle et des missions de chacun : reportage sur le quotidien des agences locales (et lors des interventions à domicile) et des activités au siège</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer un poste d'« assistante volante » qui permettrait de faire le lien entre le siège et les différentes agences.
Echéancier	2023
Indicateurs	CR réunions du groupe projet / Nombre de rencontres organisées
Analyse globale	Les personnels de l'association ont plébiscité le renforcement d'outils de communication interne afin de mieux identifier les rôles et missions de chacun dans la structure, de rencontrer ou de mieux connaître les personnes intervenant sur les mêmes dossiers et de permettre un dialogue plus régulier entre tous.

6.2. Harmonisation des pratiques (entre agences)

Fiche action n°2	
Objectifs	Harmoniser les procédures entre agences afin de clarifier le positionnement général de l'association
Groupe projet	Responsables d'agence et assistant-e-s
Sous la responsabilité de :	Direction
Moyens à mettre en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un état des lieux des procédures existantes dans chaque agence (gestion des arrêts maladies, gestion des interventions, gestion des contrats, etc.) - Organiser des sessions d'échanges de bonnes pratiques de gestion en interne - Diffuser des supports harmonisés des procédures internes (livret des procédures)

	<ul style="list-style-type: none"> - Outiller, former et offrir un support en matière de GRH aux responsables d'agence (pour leur faciliter la tâche et non pour ajouter une mission supplémentaire à leur fiche de poste, l'objectif étant de leur permettre d'acquérir un savoir supplémentaire et non pas de leur assigner des missions supplémentaires en termes de GRH). Ceci pourrait être renforcé par le détachement d'un membre du personnel du service RH 1 fois/mois pour une permanence dans les agences.
Echéancier	Diffusion des procédures harmonisées 2020
Indicateurs	Formalisation des procédures
Analyse globale	L'harmonisation des pratiques entre les différentes agences aura une incidence positive et ceci à plusieurs niveaux : elle doit permettre de clarifier le positionnement général de l'association et d'en faciliter la gestion mais elle permettra aussi, par le dialogue et le renforcement de l'interconnaissance, une meilleure cohérence entre les procédures et les modalités d'action de chaque agence.

6.3. Le système d'informations : la gestion électronique de documents (GED)

Fiche action n°3	
Objectifs	<p>Dématérialisation des documents papier en flux et traitements numériques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la réduction des coûts liés aux frais administratifs (par exemple réduction des coûts liés à l'affranchissement des envois) ; - la fluidification des processus métier : par une circulation plus rapide des documents et une communication interne et/ou externe plus efficiente ; - le gain de place important ; - la distribution plus pertinente, plus productive et plus rapide des documents : le multi canal ; - la conservation de la valeur juridique des documents numérisés ; - l'implication dans le développement durable.
Groupe projet	Direction et CA
Sous la responsabilité de :	Directeur général
Moyens à mettre en œuvre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Process de numérisation : la RAD (reconnaissance automatique de documents) ; la LAD (lecture automatisée de documents) ; l'OCR (optical character recognition) 2. Process d'archivage : Une fois les documents numérisés, ceux-ci sont archivés dans une base de données documentaires de l'organisation. 3. Process de transmission et d'évolution ou « workflow » : Le workflow décrit le circuit de validation, les tâches à accomplir entre les différents acteurs d'un processus, les délais, les modes de validation, et fournit à chacun des acteurs les informations nécessaires pour la réalisation de sa tâche. 4. Process de distribution : Après avoir archivé et transmis les documents, la dématérialisation va permettre de distribuer les documents au travers de différents canaux. Les documents pourront

	être distribués suivant des supports adaptés à la demande : e-mail, fax, SMS, MMS, courrier, réseau interne, etc.
Echéancier	
Indicateurs	Validation des process
Analyse globale	

6.4. Développer des types d'habitats adaptés pour favoriser le maintien à domicile

Fiche action n°4	
Objectifs	<p>Développer des projets d'habitats adaptés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre aux habitants d'accéder à des services depuis leur domicile à l'aide d'outils numériques adaptés - Offrir un service de conciergerie, de prise de rendez-vous - Favoriser le lien avec l'entourage via les solutions de la Silver Economy - Offrir des opportunités d'évolution au personnel de l'association
Groupe projet	Direction et CA
Sous la responsabilité de :	Directeur général
Moyens à mettre en œuvre	<p>Etoffer les services disponibles dans la Résidence Emmanuelle</p> <p>Adapter la résidence Emmanuelle aux besoins des usagers pour favoriser leur autonomie.</p> <p>Développer de nouveaux projets d'habitats adaptés</p>
Echéancier	2023
Indicateurs	Taux de remplissage de la résidence Emmanuelle / Nombre de réponses à des appels à projet sur la thématique de l'habitat adapté ou évolutif
Analyse globale	<p>Favoriser le maintien à domicile en déployant des solutions adaptées aux besoins des différents publics. Pour les publics autonomes, l'installation dans un habitat adapté peut permettre une analyse plus pertinente de leur situation (vs une réponse uniquement en termes d'aide humaine). La diversification des services vient répondre à celles des attentes des bénéficiaires et à la possibilité d'offrir des solutions dans le cadre d'un parcours de soins et de services à domicile.</p> <p>Lien avec le Schéma PA :</p> <p>→ Réaffirmer la place et l'utilité des résidences autonomie dans le continuum de PEC des PA</p>

6.5. L'animation et le développement du réseau partenarial

Fiche action n°5	
Objectifs	Mieux connaître l'écosystème local (au niveau des agences) et suivre l'actualité des partenaires. / Outiller les agences en matière d'animation territoriale des partenariats
Groupe projet	Responsables d'agence et assistant-e-s
Sous la responsabilité de :	
Moyens à mettre en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une cartographie des partenariats (existants et souhaités) sur chaque territoire

	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de contact (a minima annuelle) de chaque agence avec tous ces partenaires - Intégrer à l'outil une veille sur les réunions partenariales organisées sur le territoire
Echéancier	Reporting annuel
Indicateurs	Nombre d'organismes répertoriés dans l'outil (tableau) / Nombre de réunion partenariales organisées ou auxquelles les salariés des agences d'Adar ont participé.
Analyse globale	<p>Lien avec le PRS :</p> <p>→ Complémentarité de l'offre médico-sociale et des ressources sur un territoire / favorise la logique de parcours, des réponses graduées et coordonnées.</p> <p>→ Améliorer la coordination des professionnels et l'information des PA et de leurs aidants sur le territoire / Améliorer les interfaces villes-hôpital</p> <p>Lien avec les schémas PA/PH :</p> <p>→ Favoriser la coordination des acteurs</p>

6.6. Des travailleurs sociaux à domicile (SASA)

Fiche action n°6	
Objectifs	<p>Permettre une prise en charge de bénéficiaires à domicile par de nouveaux profils d'intervenants : les travailleurs sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ex. : permettre une prise en charge de qualité des enfants présentant des troubles autistiques à domicile par des éducateurs spécialisés
Groupe projet	Direction Adar / ARS
Sous la responsabilité de :	Directeur général
Moyens à mettre en œuvre	Travailler dans le sens d'une évolution des modalités de prise en charge de la PCH afin qu'elle puisse prendre en charge des travailleurs sociaux à domicile.
Echéancier	2023
Indicateurs	Nombre de postes ouverts et financés / Nombre de bénéficiaires pris en charge
Analyse globale	<p>→ Lien PRS : éviter les points de ruptures dans le parcours à des âges charnières (petite enfance et passage à l'âge adulte)</p> <p>→ Lien Schéma PH : Permettre le repérage précoce des troubles envahissants du développement et troubles du spectre de l'autisme</p>

1.

7. Critères d'évaluation et indicateurs de réalisation

L'évaluation sert à suivre la mise en œuvre du projet de service, à vérifier si les objectifs sont atteints et à préparer le prochain projet de service.

6.1 Fiches actions

FICHE N°	OBJECTIFS	INDICATEURS
1	Renforcer l'interconnaissance et favoriser les échanges entre les salariés / Fluidifier les relations et favoriser la communication entre le personnel du siège et celui des agences / Faciliter l'intégration des salariés ayant rejoint Adar depuis l'absorption de l'association « la joie de vivre ».	CR réunions du groupe projet / Nombre de rencontres organisées
2	Harmoniser les procédures entre agences afin de clarifier le positionnement général de l'association	Formalisation des procédures
3	Dématérialisation des documents papier en flux et traitements numériques.	Validation des process
4	Développer des projets d'habitats adaptés	Taux de remplissage de la résidence Emmanuelle / Nombre de réponses à des appels à projet sur la thématique de l'habitat adapté ou évolutif
5	Mieux connaître l'écosystème local (au niveau des agences) et suivre l'actualité des partenaires. / Outiller les agences en matière d'animation territoriale des partenariats	Nombre d'organismes répertoriés dans l'outil (tableau) / Nombre de réunion partenariales organisées ou auxquelles les salariés des agences d'Adar ont participé.
6	Permettre une prise en charge de bénéficiaires à domicile par de nouveaux profils d'intervenants : les travailleurs sociaux	Nombre de postes ouverts et financés / Nombre de bénéficiaires pris en charge

6.2 Bilan détaillé par domaine

DOMAINE	OBJECTIFS	INDICATEURS
ACTIVITES - DEVELOPPEMENT	Maintien a minima à 20% d'intervention en PCH. Cet objectif représente un objectif ambitieux puisque nous chercherons à l'atteindre quelles que soient les différentes options de croissance externes choisies	Chiffre d'activité PCH fin d'année – indicateur évolution dans RA
	Poursuivre la stratégie qui vise une couverture territoriale et un maillage complet du territoire	Élaboration d'une carte stratégique - benchmark

	Poursuivre une projection positive de l'activité. Indicateur : focus particulier sur les agences en déficit. Objectif : Uniformiser la dynamique de croissance à toutes les agences	Progression de l'activité N/N-1 positive
RESSOURCES HUMAINES	Formations qualifiantes sur le titre ADVF ou sur des modules du titre ADVF notamment ceux concernant la personne âgée, les personnes en situation des handicaps.	Plan de formation –bilan du plan
	Créer une procédure pour systématiser et centraliser cette information afin qu'elle puisse servir d'indicateur lors de la prochaine actualisation du PS. Mettre en place une procédure de recrutement harmonisée entre toutes les agences et utilisant un questionnaire d'entretien unique et court (modèle : questionnaire de la Joie de vivre)	Procédure / Questionnaire / Augmentation du nombre du taux de candidatures recensées
	Poursuivre et renforcer les actions visant à créer une dynamique collective par le développement du sentiment d'appartenance. Imaginer de nouvelles actions pour favoriser l'esprit d'équipe. Mettre en place des réunions de coordination.	Nombre de réunions + CR
	Amélioration de la qualité de vie au travail avec mise en place d'un comité de pilotage Mise en place d'une gestion des carrières (GPEC) Lutte contre l'usure professionnelle Prévention des risques au domicile Prévention des TMS	Baisse du taux d'absentéisme, baisse du taux d'arrêt maladie
	Recommencer la diffusion d'une NL en version papier et électronique	Nombre de NL et contenu
	Partenariat avec les IFSI, « La maison » de Gardanne, CARSAT	Conventions de partenariat
FONCTION BACK OFFICE	Investissement plus fort de la direction dans la fonction développement et les questions stratégiques ; 1. Etoffer les fonctions de direction et de coordination / Réaliser un diagnostic afin d'identifier les types de missions à renforcer 2. Mettre en place un SASA (soutien aux aidants) – dispositif qui propose un SAAD aux compétences renforcées et financé par la MDPH	Mise en place de nouveaux services – participation à des opérations en externe
	GED et dématérialisation des procédures de gestion	Dématérialisation des évaluations initiales, devis et contrats + télégestion mobile
	Adaptation des indicateurs qualité à la certification Cap'Handéo	Bilan des indicateurs
	Poursuivre l'optimisation de la productivité du service par le développement de nouveaux outils et/ou compétences. Poursuivre l'amélioration des délais et encours clients en interne avec un approche plus personnalisée auprès du bénéficiaire (accord de paiement, échéancier, aide pour déclencher un financement) et en externe Soutien d'harmonisation des procédures en agences Optimiser la production de REPORTING d'activité et statistiques	Reporting et statistiques d'activité

	L'objectif en matière de ratio est à la fois d'atteindre une moyenne de 2700h/ETP (objectif quasiment atteint), mais tout en ayant une répartition harmonieuse entre toutes les agences (objectif qui reste à atteindre)	Ratio d'encadrement
ORGANISATION TECHNIQUE	Réaménagement des locaux de l'agence d'Avignon et de Marseille Nord	Plans de réaménagement
	Privilégier le travail partenarial sur le volet aide aux aidants	Convention de partenariat(s)
	Poursuivre le rééquilibrage des ratios de diplômés en fonction des agences avec comme objectifs : Cat. A : 55% Cat. B : 30% Cat. C : 15% La stratégie centrale consiste à offrir des formations diplômantes aux salariés intervenants de catégorie A pour renforcer le nombre de salariés de catégorie B	Bilan social

Conclusion

Notre champ d'intervention apparaît en première lecture comme relativement simple, tant dans les modalités d'exécution que dans les compétences requises. En fait, il n'en est rien et nous évoluons dans un environnement complexe.

En effet, la notion de domicile n'est pas seulement « *le lieu habituel d'habitation* » comme le signifie le Robert, elle est étroitement liée à celle du « *chez soi* » en tant que « *lieu privilégié de l'exercice de la souveraineté de la personne et de sa construction identitaire* »²⁵. Cet espace de vie apparaît donc comme fondamental pour l'individu et on imagine les traumatismes liés à la perte de son domicile, de son chez soi.

Nos interventions se déroulent donc dans un espace particulier, chargé d'émotions et de souvenirs. C'est un lieu constitutif de la personnalité de son occupant où les actes professionnels ne peuvent être pensés comme ceux se déroulant en établissement spécialisé, où l'individu n'est plus hébergé *chez soi*. Nous nous devons de proposer des organisations professionnelles sécurisées, innovantes et adaptées à la situation de chacun.

C'est pour cela que notre organisation s'est engagée dans un processus de *reengineering* complet afin de doter l'association des processus de travail plus complets possibles et les plus actuels.

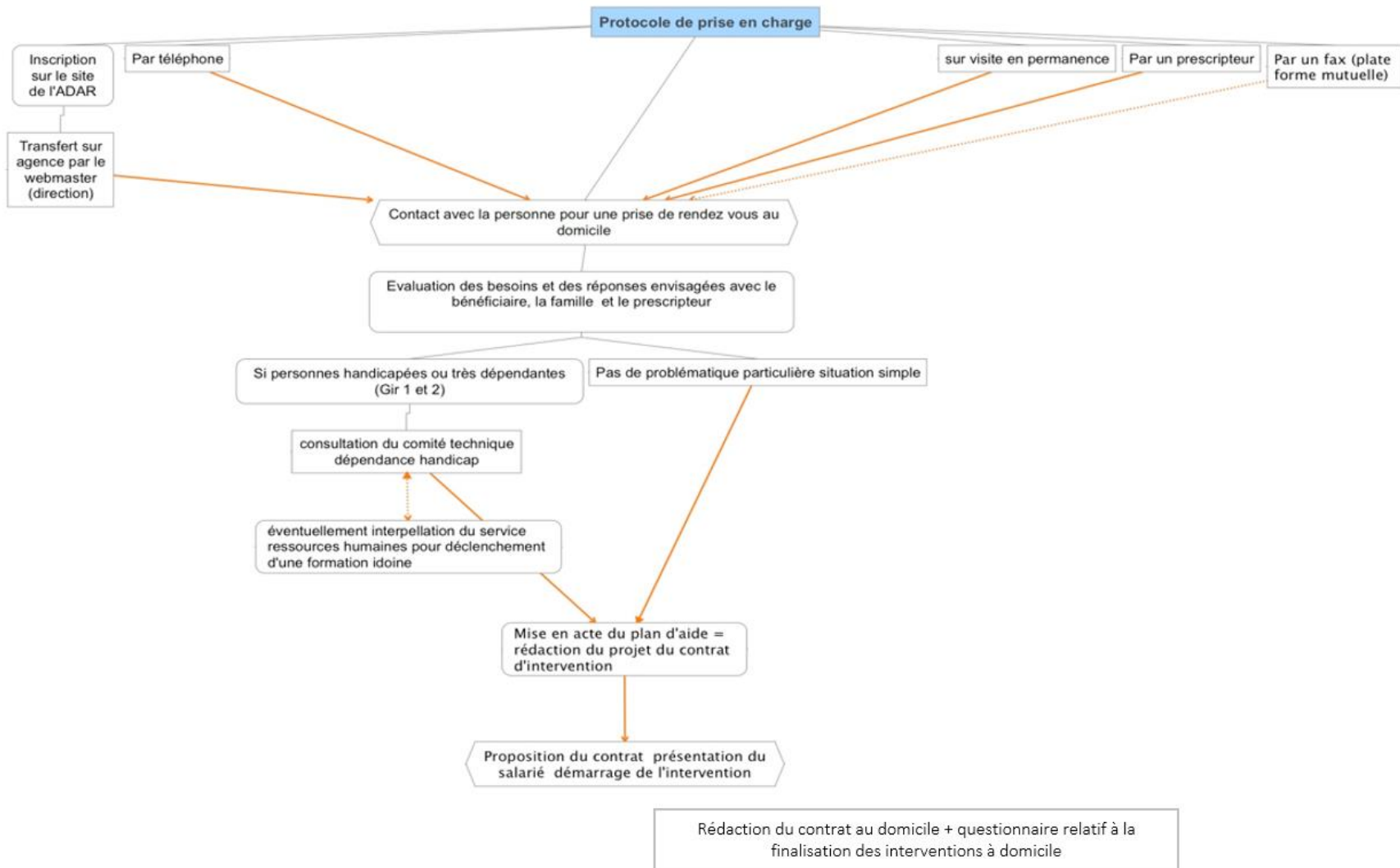
D'autre part d'un point de vue économique, l'environnement actuel n'est pas favorable. Nous sommes confrontés à une concurrence débridée et à une évidente rupture concurrentielle où le secteur lucratif et le non lucratif n'ont pas les mêmes contraintes. Une situation assez singulière pour des décideurs publics qui, tout en restreignant les dépenses, entérinent des dispositifs conventionnels qui auront pour effet d'augmenter le coût de nos interventions.

Notre organisation se veut résolument moderne et en pointe sur les questions du maintien à domicile. Ce sont ces objectifs qui motivent et motiveront encore notre projet associatif pour les 5 années à venir.

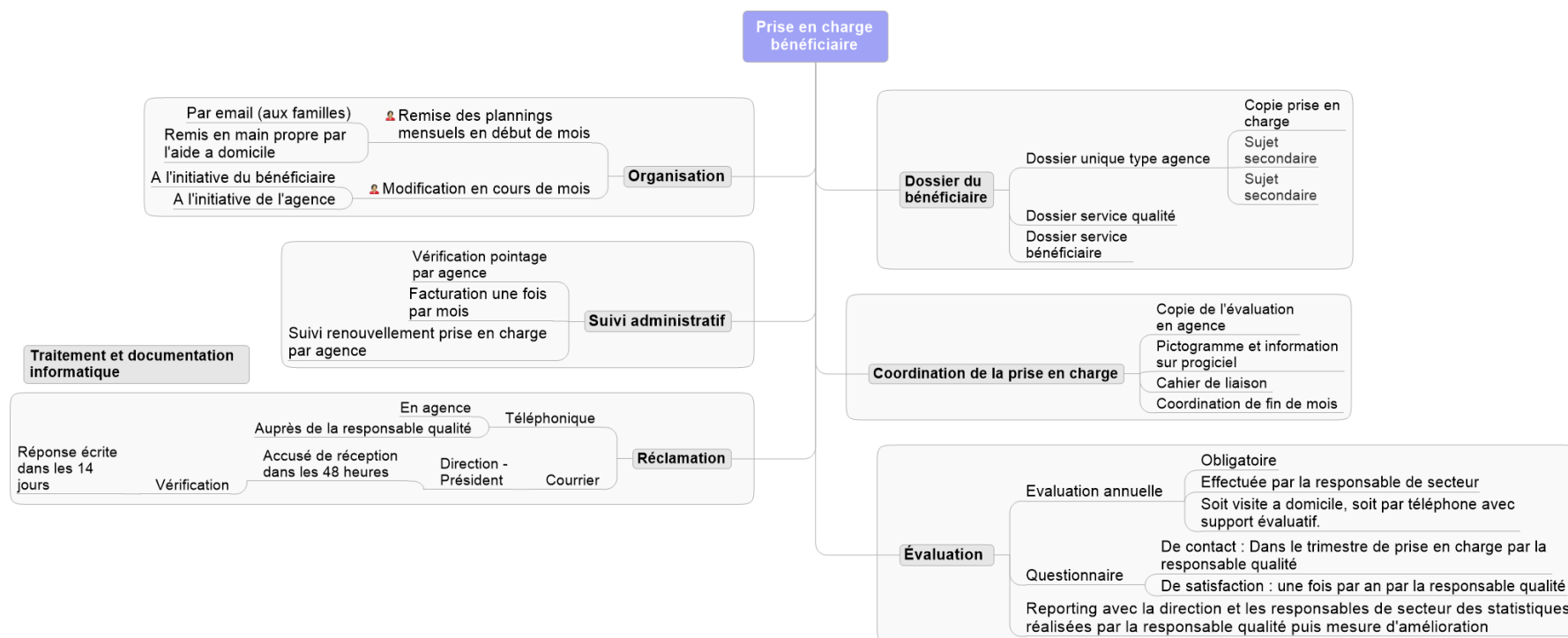
²⁵ DUBREUIL B, 2006, *Repenser le maintien à domicile*, p.25

III. Le guide de fonctionnement

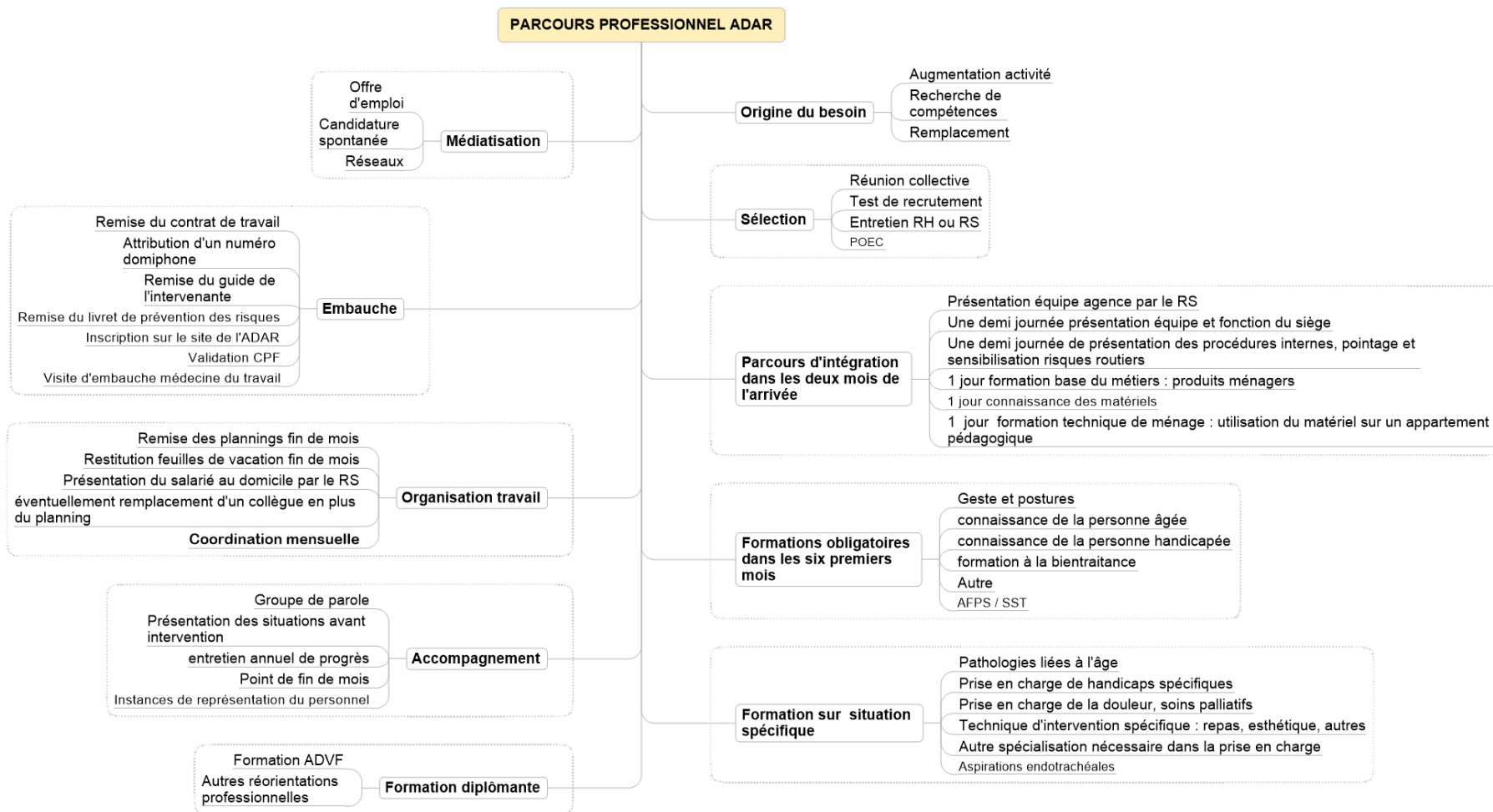
1. Protocole de prise en charge



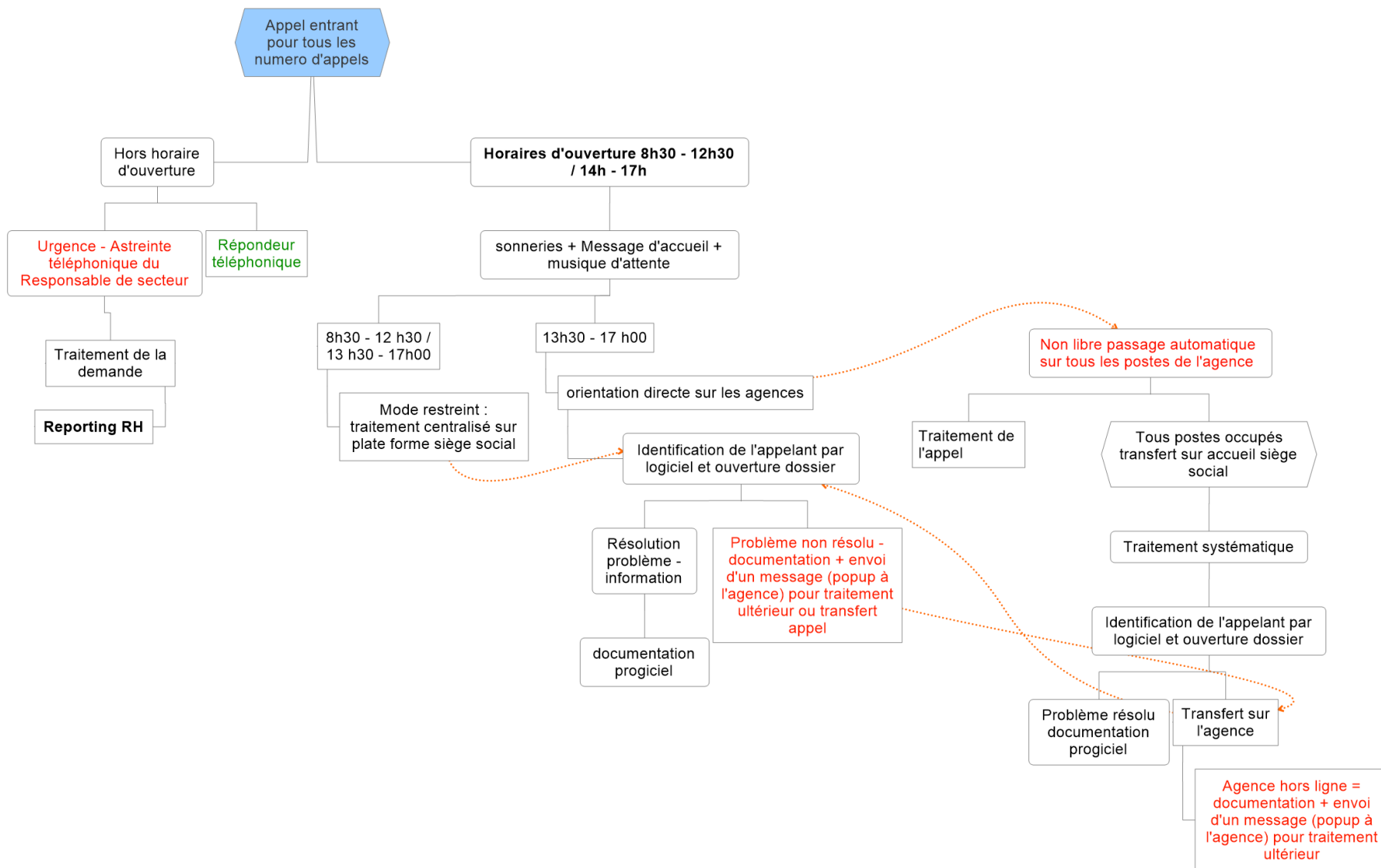
2. Suivi de la prise en charge



3. Processus d'intégration et d'accompagnement du salarié

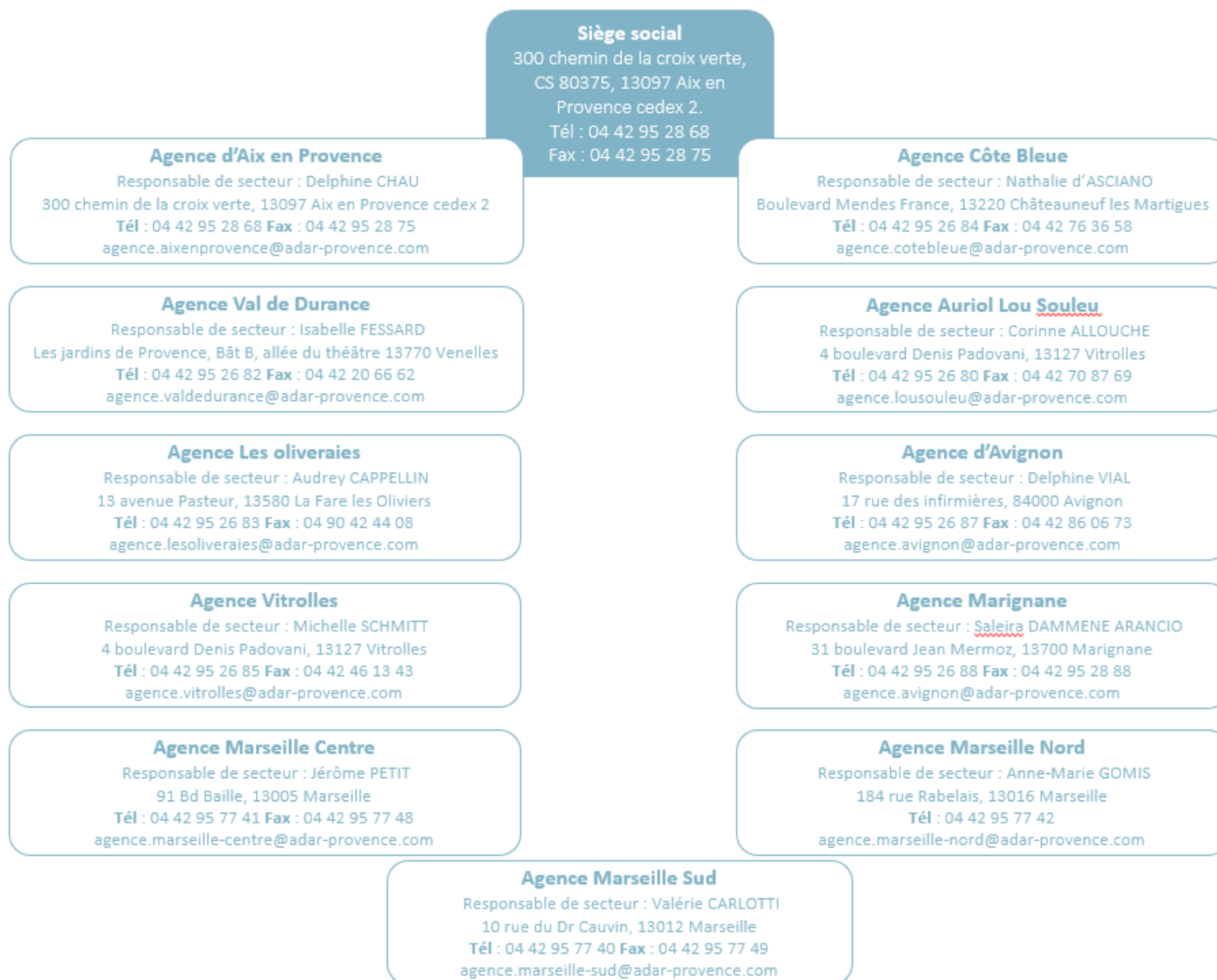


4. Processus téléphonique



IV. Les annexes

Annexe 1 : Agences - établissements secondaires



Annexe 2 : Composition des groupes de travail – Actualisation 2018-2023

	Lundi 26 novembre 2018	Mardi 27 novembre 2018
	Lieu : Siège, Aix en Provence	Lieu : La Fare les Oliviers
9h/11h	7 participants <ul style="list-style-type: none"> - Accueil : 1 - Aide à domicile : 2 - RH : 1 - Service bénéficiaire : 1 - Service comptabilité : 1 - Responsable de secteur : 1 	7 participants <ul style="list-style-type: none"> - Aide à domicile : 3 - Assistante de secteur : 1 - Responsable de secteur : 1 - Qualité : 1 - Accueil : 1
	Lieu : Vitrolles	Lieu : Châteauneuf les Martigues
14h/16h	4 participants <ul style="list-style-type: none"> - Responsable de secteur : 1 - Assistante de secteur : 1 - AVS : 2 	5 participants <ul style="list-style-type: none"> - Responsable de secteur : 1 - Aide à domicile : 2 - Assistante de direction : 1 - Accueil : 1

Ordre du jour :

1. Présentation de l'évaluation du précédent projet de service
 - Temps de validation/modification de l'évaluation
2. Présentation de l'actualisation des diagnostics (interne et externe)
 - Temps de validation/modification de l'évaluation
3. Animation collective autour des missions et objectifs du SAAD
4. Animation collective sur le niveau de réalisation d'ADAR face aux orientations des politiques publiques départementales de l'Autonomie

Annexe 3 : Détail des conventions ou partenariats

Organisme	Public concerné	Objet de la convention
Association EABF	Fragiles	Continuum de l'intervention - articles 4 et 24 et circulaire relative au dît agrément (article 4.5).
Association La Communauté	Fragiles	Continuum de l'intervention - articles 4 et 24 et circulaire relative au dît agrément (article 4.5).
Handitoit	Personnes handicapées	Partenaires du Samsah
ARI	Personnes handicapées	Aide aux aidants, logement supervisés, accompagnements véhiculé
Soins Assistance	Personnes handicapées	Intervention à domicile chez les patients de soins Assistances
Clinique de soins de suite Les oliviers	Personnes âgées	Convention de coopération dans le cadre d'une filière de soins gériatriques
Clinique de soins de suite du château de Florans	Tous publics	Convention de coopération dans le cadre d'une filière de soins gériatriques
France épilepsie	Personne handicapées	Formation des personnel ADAR à la prise en charge des personnes souffrant d'épilepsie

Autres complémentarités

Organisme	Public concerné	Objet de la convention	Durée
NOBUG informatique	Tous publics	Intervention sur les questions de la maintenance informatique	

Annexe 4 : Récapitulatif des différents services liés à l'aide a domicile

	Cadre légal						Extra-légal
Services	<i>Services à la personne</i> [Plan Borloo]	<i>Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)</i> <i>Ex. Services d'aides à domicile et Services d'auxiliaire de vie</i>	<i>Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASSAD)</i>	<i>Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)</i>	<i>Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)</i>	<i>Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)</i>	<i>Autres services (SI-SEP, Service d'Accompagnement à l'Habitat, Service d'Accompagnement Social (en cours de transformation SAVS)</i>
Cadre réglementaire	Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services la personne et portant diverses mesures de cohésion sociale Décret n°2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités	Décret n°2004-613 du 25 juin 2004	Décret n°2004-613 du 25 juin 2004	Décret n°2004-613 du 25 juin 2004	Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005	Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005	Sans (convention)
Prestations	Garde d'enfants, activités domestiques, assistance personnes âgées et personnes handicapées, aide à la mobilité (Cf. décret)	Soutien à domicile, préservation ou restauration de l'autonomie, maintien et développement des activités sociales	Accompagnement et soins à domicile	Prestations de soins infirmiers (soins techniques ou de base) à domicile ou dans certaines catégories d'établissements	Accompagnement psychosocio-éducatif	Soins médicaux et paramédicaux à domicile ou accompagnement favorisant l'accès aux soins, accompagnement et suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie.	Accompagnement socio-professionnel , psycho-social etc.

Services	<i>Services à la personne</i> [Plan Borloo]	<i>Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)</i> <i>Ex. Services d'aides à domicile et Services d'auxiliaire de vie</i>	<i>Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASSAD)</i>	<i>Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)</i>	<i>Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)</i>	<i>Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)</i>	<i>Autres services (SI-SEP, Service d'Accompagnement à l'Habitat, Service d'Accompagnement Social (en cours de transformation SAVS))</i>
Public concerné	Tous publics (y compris personnes âgées, enfants et personnes handicapées)	Personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes + personnes handicapées de moins de 60 ans ou malades chroniques	Personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes + personnes handicapées de moins de 60 ans ou malades chroniques	Personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes + personnes handicapées de moins de 60 ans ou malades chroniques	Adultes handicapés ayant besoin d'une assistance ou d'un accompagnement pour les actes essentiels de l'existence ou d'un accompagnement social en milieu ouvert	Adultes handicaps qui en sus des interventions relevant d'un SAVS nécessitent des soins réguliers et coordonnés et un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert	
Accès au service	Libre (CESU mais aussi APA et PCH)	APA / PCH	Accompagnement social : APA / PCH Soins : Assurance maladie	Prescription médicale (assurance maladie)	Décision d'orientation (CDAPH)	Décision d'orientation (CDAPH)	Décision d'orientation (CDAPH)
Tarification	Tarif horaire libre (évolution dans la limite d'un pourcentage)	Dotation globale de financement +/- tarifs horaires	Dotation globale de financement +/- tarifs horaires	Dotation globale de financement	Prix de journée	Forfait global de soins et Prix de journée	Dotation globale de financement

Annexe 5 : Bibliographie

- « Les personnes âgées dépendantes » Rapport au président de la république – Novembre 2005
- Évaluation externe réalisée par *Culture et Liberté* en juillet 2011
- Jean Watson, Nursing, *The philosophy and science of caring*, - livre publié en France en 1999
- Francesca Cancian, Y.Olivier Stacey, *Caring and gender*, Thousand Paks, Pine Forge Press, 2000
- Cf. Arrêté du 24 novembre 2005, Cahier des charges de l'agrément qualité
- Schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2009-2013
- Schéma départemental en faveur des personnes âgées des BdR « 2009-2013 »
- DRESS - Résultats de l'enquête trimestrielle de la PCH n° 1-201
- Conférence de presse de Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 9 février 2006.
- L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches – Anaes 2004
- Comité d'entente des associations 22/09/2004 Michèle Dessine.
- « Les personnes âgées dépendantes » Rapport au président de la république – Novembre 2005
- Élaborer son projet d'établissement – Jena René Loubat - Brochier
- Repenser le maintien a domicile - Bernard Ennuyer – Dunod
- Recommandation Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service - ANESM
- Repères concernant la notion de projet – Notes de l'ANESSM
- Calin, Daniel. « Comprendre la loi de février 2005 sur les droits des personnes handicapées », *Enfances & Psy*, vol. no 29, no. 4, 2005, pp. 191-200.
- Gardou, Charles. « Mettre en œuvre l'inclusion scolaire, les voies de la mutation », *Reliance*, vol. no22, no. 4, 2006, pp. 91-98.

Annexe 6 : Lexique

AAH	L'allocation aux adultes handicapés a pour objet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante. Elle est attribuée à partir d'un certain taux d'incapacité, sous réserve de remplir des conditions de résidence et de nationalité, d'âge et de ressources.
ACCESSIBILITE	"Est considéré comme accessible aux personnes handicapées, au sens de la loi du 11 février 2005, tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçue. Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des personnes valides ou, à défaut, présenter une qualité d'usage équivalente."
ADAPT	Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées
ADF	Assemblée des départements de France
AEEH	L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est une prestation familiale financée par la sécurité sociale, destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Non soumise à des conditions de ressources, elle remplace l'allocation d'éducation spéciale (AES) depuis le 1er janvier 2006.
AFNOR	Association française de normalisation
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGEFIPH	L'Association de gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées a pour objectif de favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail.
AGREMENT	Il existe deux types d'agréments pour une structure de services à la personne : l'agrément simple, facultatif mais ouvrant droit à des avantages fiscaux, et l'agrément qualité, plus exigeant, obligatoire pour les structures s'adressant aux publics fragiles (enfants de moins de 3 ans, personnes âgées de 60 ans et plus, personnes handicapées).
AIDANT FAMILIAL	L'aidant familial ou de fait est la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne.
AIDE A DOMICILE	Mode d'intervention de personnes qualifiées auprès de familles, de personnes âgées, de personnes handicapées ou malades qui se trouvent dans l'incapacité d'accomplir certaines tâches de la vie courante.
ALD	Affection de longue durée
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANSP	Chargée de promouvoir le développement et la qualité du secteur des services à la personne, l'Agence nationale des services à la personne est un établissement public administratif, créée par le décret du 14 octobre 2005, en application de la loi du 26 juillet 2005. Elle est placée aujourd'hui sous la tutelle du ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi.
APA	L'allocation personnalisée d'autonomie est destinée aux personnes âgées qui ont besoin, en plus des soins qu'elles sont susceptibles de recevoir à domicile ou en établissement, d'une aide pour accomplir les actes essentiels de la vie courante, ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.
APF	Association des paralysés de France
ARS	Agence régionale de santé

ASSAD	Association de services et de soins à domicile
AUTONOMIE	L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté.
AES	L'accompagnant(e) éducatif et social (AES) aide au quotidien des enfants, des adultes ou des personnes âgées vulnérables ou en situation de handicap. Il(elle) les accompagne dans les actes de la vie quotidienne, les relations sociales, l'intégration scolaire et les loisirs. Il(elle) travaille en relation avec des professionnels du secteur médical et/ou social. En fonction de sa spécialisation, il(elle) peut être amené(e) à exercer sa profession à domicile (chez des particuliers, en foyer logement, en service d'accompagnement à domicile), en structure collective (maison d'accueil spécialisée, centre d'hébergement et de réinsertion sociale, institut thérapeutique, éducatif et pédagogique), en milieu scolaire (école maternelle, primaire, collège, lycée, centre de formation).
CAMSP	Le Centre d'action médico-social précoce reçoit des enfants, de la naissance à 6 ans, présentant ou susceptibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées. Il en existe environ 250 en France.
CARTE D'INVALIDITE	La carte d'invalidité civile a pour but d'attester que son détenteur est handicapé. La demande est instruite par la CDAPH, au sein de la MDPH. Délivrée pour une durée d'un à dix ans, son attribution est révisée périodiquement en fonction de l'évolution de l'incapacité.
CARTE EUROPEENNE DE STATIONNEMENT	La carte européenne de stationnement ou « carte de stationnement pour personnes handicapées » remplace depuis le 1er janvier 2000, au fur et à mesure de leur renouvellement, les cartes dites « macarons GIC » (grand invalide civil) et « plaques GIG » (grand invalide de guerre). La carte est délivrée par le préfet, à titre définitif ou pour une durée déterminée ne pouvant être inférieure à 1 an.
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAH	Le Comité national de coordination de l'action en faveur des personnes handicapées rassemble des groupes de protection sociale, des mutuelles, des entreprises et comités d'entreprise, ainsi que les principales associations nationales du secteur du handicap. Fondé en 1971, il participe à l'élaboration de réponses concrètes sur tous les champs du handicap.
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDA	Commission des droits et de l'autonomie
CDAPH	La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées succède à la CDES et à la COTOREP depuis le 1er janvier 2006 et siège au sein des MDPH. Elle prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation.
CESU	Chèque emploi service universel
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CICAT	Le Centre d'information et de conseil sur les aides techniques a pour vocation de répondre à un besoin d'information et de conseil sur les différentes aides techniques en faveur des personnes en situation de handicap ou âgées : équipement, accessibilité, adaptabilité et sécurité de l'environnement architectural et domestique, etc.
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CMP	Le Centre médico-psychologique est un lieu de consultations et de soins ambulatoires gratuits, où travaille une équipe pluridisciplinaire (pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, assistante sociale, psychomotriciens...). C'est également un lieu d'élaboration et de coordination des prises en charge, en partenariat avec l'ensemble du réseau interne et externe.
CMS	Centre médico-social

CNCPH	Créé en 1975, le Conseil national consultatif des personnes handicapées est une instance nationale qui agit en lien direct avec le ministre chargé des personnes handicapées. Il a une double mission : assurer la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques les concernant d'une part ; évaluer la situation du handicap et formuler des avis et propositions pour l'améliorer d'autre part. <i>Aliases (separate with /):</i> cncph
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNSA	La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est à la fois une caisse chargée de répartir les moyens financiers, une agence d'appui technique et un espace public d'échanges pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
COORACE	Fédération des comités et organismes d'aide aux chômeurs par l'emploi
COTOREP	La Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel mettait en œuvre et coordonnait l'ensemble des mesures propres à assurer l'insertion professionnelle et sociale des personnes handicapées adultes. Depuis la loi du 11 février 2005, elle a été remplacée et regroupée avec la CDES (Commission départementale de l'éducation spéciale) en une seule instance décisionnelle : la CDAPH.
DDTEFP	La Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle constitue l'échelon opérationnel de mise en œuvre des politiques du ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité.
DEAMP	Diplôme d'État d'aide médico-psychologique
DEAVS	Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale
DEES	Diplôme d'État d'éducateur spécialisé
DEFICIENCE	Perte de substance ou altération définitive ou provisoire, d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.
DEPENDANCE	La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.
DGEFP	La Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle est chargée de proposer les orientations de la politique pour l'emploi et la formation professionnelle continue.
DIPH	Délégation interministérielle aux personnes handicapées
DOETH	La Déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés
EA	L'entreprise adaptée remplace l'atelier protégé. C'est une entreprise du milieu ordinaire du travail offrant des conditions de travail et un environnement adapté aux travailleurs handicapés ayant des capacités de travail réduites. Elle est constituée au moins de 80 % de travailleurs handicapés.
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Entreprise d'insertion
ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE	L'équipe pluridisciplinaire fait partie de la MDPH. Elle se compose d'une équipe médicale et paramédicale mais aussi d'une équipe pédagogique. Elle évalue les besoins d'aides de la personne handicapée et son degré d'incapacité permanente.
ERP	Établissement recevant du public
ES	Éducateur spécialisé
ESAT	Les Établissements ou services d'aide par le travail remplacent les CAT (Centres d'aide par le travail). Ce sont des établissements médico-sociaux dans lesquels les personnes handicapées exercent une activité professionnelle adaptée à leurs capacités.
ESS	Économie sociale et solidaire
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FEGAPEI	Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FEPem	Fédération nationale des particuliers employeurs

FESP	Fédération des entreprises de services à la personne
FIPH	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées
FIPHFP	Le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, mis en place depuis le 1er janvier 2006, perçoit la contribution annuelle de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés des établissements de la fonction publique d'État, Territoriale et Hospitalière. Les contributions sont utilisées pour financer des actions ou projets engagés par tout employeur public en faveur de la personne handicapée pour une meilleure insertion professionnelle.
FISAF	Fédération nationale pour l'insertion des personnes sourdes et des personnes aveugles en France
FNATH	Association des accidentés de la vie
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées
GRATH	Groupe de réflexion et réseau pour l'accueil temporaire des personnes en situation de handicap
HAD	Hospitalisation à domicile
HALDE	Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HANDICAP	"Constitue un handicap, au sens de la loi du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant."
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
IDAP	Institut de développement des activités de proximité
IEAP	Institut pour enfants et adolescents polyhandicapés
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMC	Infirmité motrice cérébrale
IME	Institut médico-éducatif
IMES	Institut médico-éducatif spécialisé
IMP	Institut médico-psychologique
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
LSF	Langue des signes française
MAD	Maintien à domicile
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDPH	Il existe une Maison départementale des personnes handicapées par département, sous la tutelle du Conseil général. Elle a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.
OASP	Organisme agréé de services à la personne
OETH	Obligation d'emploi des travailleurs handicapés
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
PA-PH	Personnes âgées-personnes handicapées
PCH	La Prestation de compensation du handicap est une allocation versée aux personnes handicapées depuis le 1er janvier 2006. Elle prend en compte les besoins de la personne handicapée. Elle peut être affectée à des charges liées à un besoin d'aides humaines, d'aides techniques, à l'aménagement du logement et du véhicule, et/ou à un besoin d'aides exceptionnelles ou animalières. L'évaluation et la décision d'attribution de la prestation sont effectuées au sein de la MDPH.
PMR	Personne à mobilité réduite
PPC	Plan personnalisé de compensation

PSH	Personne en situation de handicap
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAJE	Service d'accueil de jour éducatif
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAP	Services à la personne
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESP	Syndicat des entreprises de services à la personne
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TED	Troubles envahissants du développement
UDAF	Union départementale des associations familiales
UDAPEI	Union départementale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis
UNA	Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
UNAPEI	Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis
UNCCAS	Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale
UNIFAF	Fonds d'assurance formation du secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
URIOPSS	Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux