



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

SYNTHÈSE

2018 - 2023

Actualisation janvier 2019

Le Projet de service du SAAD de l'ADAR Provence a été élaboré de façon participative et consultative. Professionnels, partenaires, bénéficiaires et proches aidants ont été sollicités pour construire ou valider les éléments constitutifs du projet dans le courant de l'année 2018.

Le Projet de Service, sa synthèse et la plaquette de présentation de ses grandes orientations ont été présentés à l'ensemble des salariés de l'association et sont à disposition des usagers et de leurs proches dans chaque agence.

Ce Projet s'inscrit dans une démarche plus globale d'amélioration continue de la qualité des services proposées aux bénéficiaires. Il a une fonction de guide pour les professionnels et de repères en termes de suivi des réalisations de la structure.

La synthèse du projet a pour fonction de reprendre les éléments qui font le squelette du document intégral. Aussi, il est nécessaire de se référer au Projet détaillé pour tout besoin de clarification des données présentées dans ce document.



TABLE DES MATIERES

1. Les principes directeurs du projet de service	4
1.1. Un projet centré sur la personne	4
1.2. Une démarche prospective, stratégique et participative	4
1.3. Un projet inscrit dans un contexte socio-économique	4
1.4. Un projet articulé avec d'autres partenaires	4
1.5. Une rationalisation de l'organisation interne	4
1.6. Un code déontologique commun	4
1.7. Une démarche qualité	5
1.8. Une référence conceptuelle commune : Le Care	5
1.9. Une référence réglementaire centrale : Le droit à la compensation	6
2. Dynamique d'écriture et de validation	6
2.1. Contenu du projet de service	6
2.2. Conditions d'élaboration du projet de service	6
2.3. Approbation du projet de service	7
2.4. La méthodologie de travail choisie	7
3. Le diagnostic	8
3.1. Le diagnostic externe	8
3.2. Le diagnostic interne	9
3.3. Organisation des services du SAAD	11
4. Les projets structurants-Fiches action	15
Fiche action n°1 : La cohésion d'équipe, coopération interne et parcours d'intégration	15
Fiche action n°2 : Harmonisation des pratiques (entre agences)	15
Fiche action n°3 : Le système d'informations : la gestion électronique de documents (GED)	16
Fiche action n°4 : Développer des types d'habitats adaptés pour favoriser le maintien à domicile	17
Fiche action n°5 : L'animation et le développement du réseau partenarial	17
Fiche action n°6 : Des travailleurs sociaux à domicile (SASA)	18
Conclusion	19

Le projet de service

1. Les principes directeurs du projet de service

1.1. 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.

1.2. 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.

1.3. 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)

1.4. 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...

1.5. 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.

1.6. 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) :

1.7. 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.

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.

1.8. Une référence conceptuelle commune : Le Care

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.

1.9. 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 2005¹ 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 famille) 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 handicap². Ce droit à la compensation recouvre les aides humaines ou techniques mais également les dispositions environnementales et l'ensemble des adaptations éducatives et pédagogiques³. 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 au principes réglementaires en vigueur et notamment ceux liés au droit à la compensation pour les personnes en situation de handicap.

2. Dynamique d'écriture et de validation

2.1. 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.

2.2. 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

¹ LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

² 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.

³ Gardou, Charles. « Mettre en œuvre l'inclusion scolaire, les voies de la mutation », *Reliance*, vol. no22, no. 4, 2006, pp. 91-98.

Ils sont consultés sur :

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

2.3. 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)

2.4. 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.

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

3. Le diagnostic

3.1. Le diagnostic externe

Les chiffres clés concernant les personnes âgées⁴

En France :

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

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

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

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

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

→ **2,35 millions** en **2060**

Les chiffres clés concernant les personnes handicapées⁵

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 :

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.

⁴ Source : DREES, 2018

⁵ 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

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 sociale⁶. 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 »⁷.

Ces rapprochements d'acteurs et de structures, dans un objectif de rationalisation de l'offre et d'amélioration de la performance⁸, 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.

3.2. 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.

- o les actes essentiels à l'exception des soins (aide au lever, aide à l'habillage, aide à l'hygiène, etc.)

⁶ Schéma départemental en faveur des personnes du bel âge 2017-2022

⁷ Courrie Membre 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

⁸ 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.

- 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 gériatres *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.*⁹ ».

LES CARACTERISTIQUES DU PUBLIC ACCOMPAGNE

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

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.

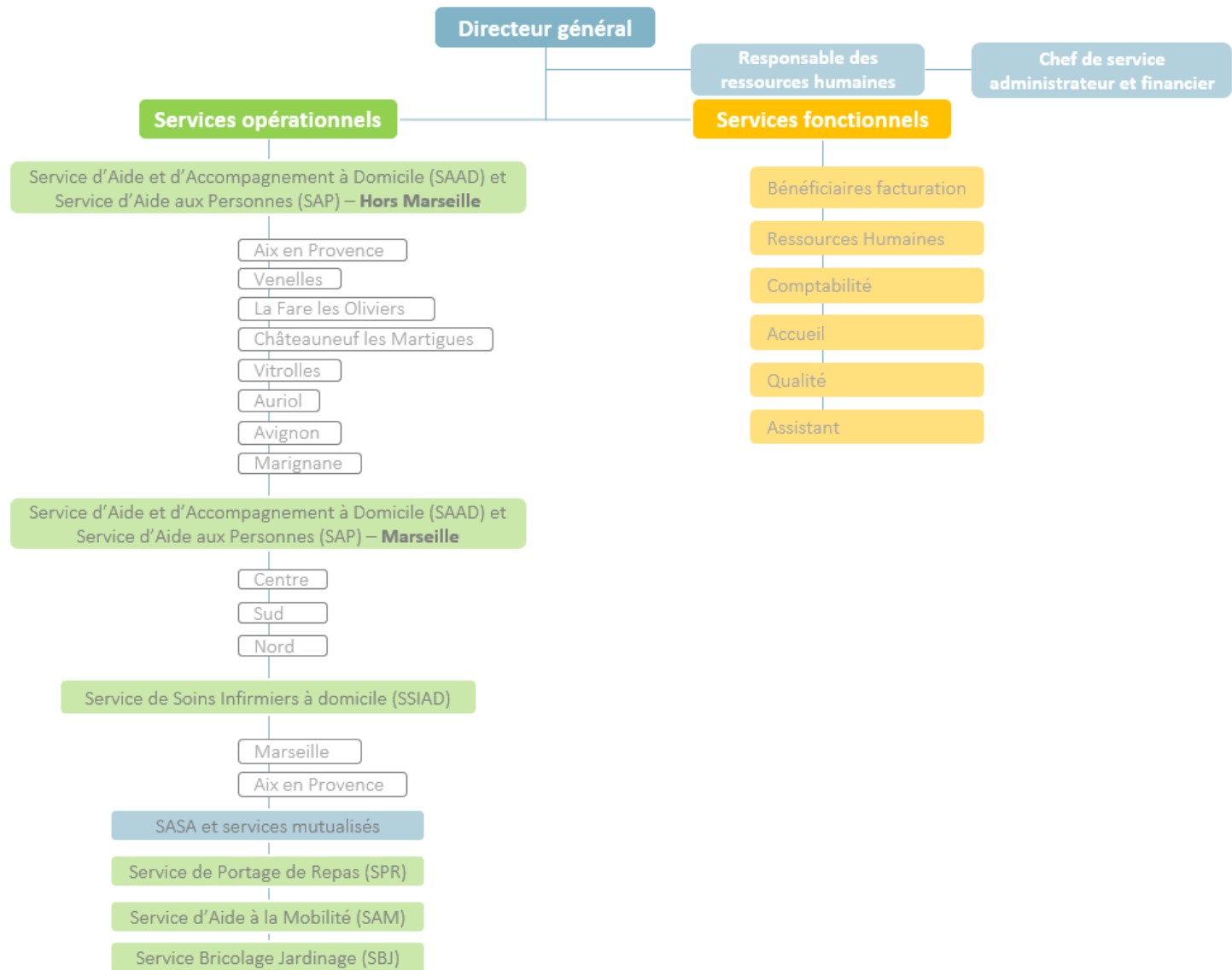
Les trois raisons principales de l'arrêt des prises en charges depuis 2012 sont, dans l'ordre : le décès du bénéficiaires (pour 29,8% des cas d'arrêt de prise en charge en moyenne), l'arrêt d'un dossier ponctuel (pour 20,5% des cas en moyenne) et le placement en structure d'hébergement (pour 16% des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

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 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.

⁹ Comité d'entente des associations 22/09/2004 Michèle Dessine.

3.3. Organisation des services du SAAD

ORGANIGRAMME PROJECTION 2019



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 :

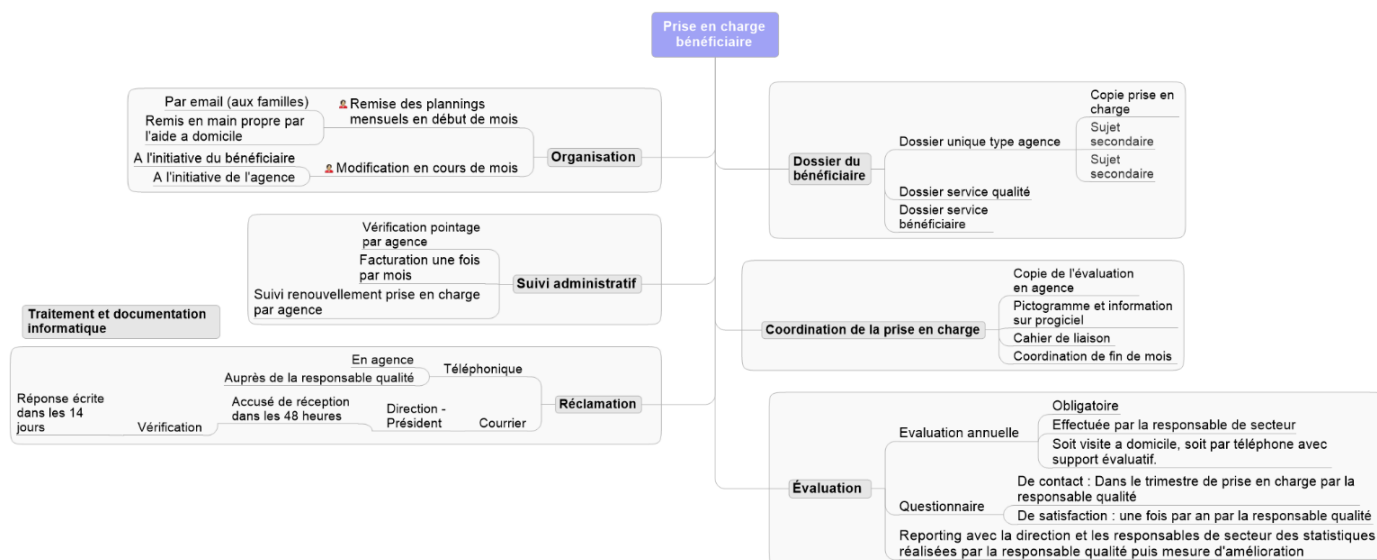
- La continuité des PEC,
- La coordination avec l'équipe d'intervenants,
- L'articulation avec les autres aidants, familiaux ou professionnels (aidants, soignants, familles).

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 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.



COORDINATION ET COOPERATION INTER SERVICES

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).

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.

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. 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 « chaine 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.

4. Les projets structurants-Fiches action

Fiche action n°1 : La cohésion d'équipe, coopération interne et parcours d'intégration	
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.

Fiche action n°2 : Harmonisation des pratiques (entre agences)	
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

	<ul style="list-style-type: none"> - Diffuser des supports harmonisés des procédures internes (livret des procédures) - 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.

Fiche action n°3 : Le système d'informations : la gestion électronique de documents (GED)	
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 efficace ; - 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	

Fiche action n°4 : Développer des types d'habitats adaptés pour favoriser le maintien à domicile	
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>

Fiche action n°5 : L'animation et le développement du réseau partenarial	
Objectifs	<p>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.</p> <p>Objectif final : offrir une réponse adaptée aux usagers en les orientant vers les bons interlocuteurs en fonction des besoins qu'ils expriment</p>
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 - 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	Lien avec le PRS : → Complémentarité de l'offre médico-sociale et des ressources sur un territoire / favorise la logique de parcours, des réponses graduées et coordonnées. → Améliorer la coordination des professionnels et l'information des PA et de leurs aidants sur le territoire / Améliorer les interfaces villes-hôpital Lien avec les schémas PA/PH : → Favoriser la coordination des acteurs

Fiche action n°6 : Des travailleurs sociaux à domicile (SASA)	
Objectifs	Permettre une prise en charge de bénéficiaires à domicile par de nouveaux profils d'intervenants : les travailleurs sociaux - 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	→ Lien PRS : éviter les points de ruptures dans le parcours à des âges charnières (petite enfance et passage à l'âge adulte) → Lien Schéma PH : Permettre le repérage précoce des troubles envahissants du développement et troubles du spectre de l'autisme

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* »¹⁰. 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.

¹⁰ DUBREUIL B, 2006, *Repenser le maintien à domicile*, p.25