



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

2012 - 2017

octobre 2011

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 bénéficie d'un tarif plus adapté mais accepte par la même, l'intervention d'une nouvelle forme de tutelle, plus contraignante, exercée par le Conseil Général des Bouches du Rhône.

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.

Je souhaite donc que soit associé chaque catégorie de salarié sur les sujets principaux. L'implication se fera 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'entretien auprès des bénéficiaires, de personnel et de cadre bénévole – À cet endroit, nous réutiliseront les observations produites dans le cadre de l'évaluation externe¹.

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

¹ Évaluation externe réalisée par *Culture et Liberté* en juillet 2011.

Sommaire

I. PREAMBULE	2
I. LE PROJET DE SERVICE	5
A. Le cadre législatif	5
B. Les principes directeurs du projet de service	7
C. Dynamique d'écriture et de validation	11
D. Le diagnostic.....	13
D1 Évaluation du précédent projet.....	13
D2. Le diagnostic externe.....	18
D3. Le diagnostic interne	25
D31. Missions et Objectif du SAAD.....	25
D32. Une mission, des publics et des singularités.....	27
D33. Organisation du SAAD	31
E. Les projets structurants	53
E1. Le projet d'accompagnement technique	53
E2. L'aide aux aidants familiaux.....	56
E3. Le projet social.....	56
E4. Le projet du système d'information	56
F. La Mise en œuvre du projet.....	57
F1 Modalités de mise en œuvre	57
F2 Financement et besoin sur 5 ans	59
G. Critères d'évaluation et indicateurs de réalisation	60
H Conclusion	62
II. LE GUIDE DE FONCTIONNEMENT	63
A Protocole de prise en charge	64
B Suivi des prises en charge	65
C Processus d'intégration et d'accompagnement des salariés	66
D Processus d'accueil téléphonique	67
ANNEXE	69
Annexe 1 : Les agences	70

Annexe 2 : Composition des groupes de travail	71
Annexe 3 : Détail des conventions.....	72
Annexe 4 : Les services médicosociaux intervenant au domicile.....	73
Annexe 5 : bibliographie.....	75
Annexe 6 : Lexique	76

I. Le projet de service

A. Le cadre législatif

Textes fondateurs

- Loi du 2002.2 du 2 janvier 2002
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances
- 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

Activités de services à la personne

- 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

Agrément au titre des services à la personne

- Programme national pour le renouvellement de l'agrément qualité (PDF - 4 Mo)
Consulter les annexes (PDF - 4 Mo)
- 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

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

- Article L. 313-1 à 313-7 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* »

Services d'aide et d'accompagnement des personnes âgées, handicapées et des familles ayant optées pour l'agrément – dispositions applicables

- 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, 1^{er} alinéa de l'article L. 342-2, L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles
- Articles D. 347-1, D. 347-2, D. 347- 3 du code de l'action sociale et des familles (relatif à l'évaluation)
- 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
- 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 prestations, ainsi que ses modes d'organisations et de fonctionnement »*

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,

B. Les principes directeurs du projet de service

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.

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, quelque soit son niveau hiérarchique (aidant, administratif, technique, encadrement...), chacun devrait alors être en mesure de se reconnaître dans la stratégie d'ensemble du service.

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...

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.

UN CODE DEONTOLOGIQUE 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 limité au strict nécessaire entre les différents intervenants pour un même bénéficiaire.

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 doivent 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.*

UNE DEMARCHE QUALITE

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 et 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 leur famille. A minima, un outil de type « cahier de liaison » sera dédié à cette fonction.

UNE REFERENCE 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 1979². 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.*³ »

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

² Jean Watson, Nursing, *The philosophy and science of caring*, - livre publié en France en 1999

³ Francesca Cancian, Y.Olivier Stacey, *Caring and gender*, Thousand Paks, Pine Forge Press, 2000

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, 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 handicap⁴ quel que soit leur âge ou leur profil, relèvent donc bien du « 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. 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 Conseil Général. 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 ».

L'ADAR Provence devra se questionner sur l'éventuelle adjonction dans son organisation générale d'une organisation de type SPASAD qui sera dotée des outils du SSIAD et du SAAD.

⁴ Cf. Arrêté du 24 novembre 2005, Cahier des charges de l'agrément qualité

C. Dynamique d'écriture et de validation

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.

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 seront consultés sur :

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

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

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.

RÔLE 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 se fera sous deux formes : participative sous la forme de groupes de travail pilotés par le directeur et un représentant de l'encadrement intermédiaire, et consultative par la réalisation d'entretien auprès des bénéficiaires, de personnel et de cadre bénévole – A cet endroit, nous réutiliseront les observations produites dans le cadre de l'évaluation externe⁵.

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 soit associé 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, AVS).

Pour des questions économiques et au regard des échéances, nous avons fait l'impasse d'un consultant extérieur.

RÔLE DE LA TUTELLE

Notre inscription dans le cadre de la Loi de 2002.2 et de l'autorisation avait pour objet d'inscrire notre organisation dans le champ du médicosocial et de se voir ainsi accompagnés et soutenus par la collectivité en charge à ce jour de la thématique de l'aide à domicile : Le Conseil Général de BDR.

- Inscription dans une cartographie départementale de l'offre médicosociale
- Réponse aux priorités
- Régulation par rapport aux autres opérateurs
- Prise en compte des coûts de fonctionnement
- Professionnalisation de l'outil de travail.

Il aurait été souhaitable de pouvoir partager cette dynamique avec les personnels en charge du suivi de notre mission, mais force est de constater que les discussions portent exclusivement sur les questions budgétaires et peu sur les aspects déontologiques et techniques. Sollicités, les représentants du service n'ont pas souhaité participer à ce travail considérant qu'ils ne pouvaient être juges et parties.

Nous ne pouvons que regretter un positionnement qui nous prive de l'expertise et du regard des travailleurs sociaux en charge du traitement de l'APA. Leur positionnement stratégique sur les territoires leur confère à coup sûr une idée précise des besoins et des manques sur les différents territoires et nous aurions pu articuler le déploiement des ressources du SAAD à cette réalité.

⁵ Évaluation externe réalisée par *Culture et Liberté* en juillet 2011.

D. 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 2005-2011 avant de présenter une analyse du fonctionnement interne de l'ADAR Provence et de son environnement actuel.

D1. 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 par la précédente direction.

I ORGANISATION - FONCTIONNEMENT

	Réalisation entre 2006 et 2011	Perspectives éventuelles
Prioriser les choix vis à vis des organismes de certifications.	L'association n'a pas fait le choix de la certification	Abandon objectif
Harmoniser la production documentaire afin de faciliter l'identification pour les usagers	Outil de la loi 2002.2 modifié en 2007 Nouvelle modification en 2011 vers la simplification	Imprimer les documents
Permettre une meilleure identification des temps d'analyses des besoins et de construction du plan d'intervention.	Réalisation d'une grille d'intervention incluse dans le contrat d'intervention – outil jugé trop complexe par les RS.	Simplification de l'outil
Permettre une véritable identification de la fonction service autre que l'action à domicile.	Mise en place de service au siège,	
Définir les modalités de tarifications plus adaptées.	L'association n'est pas maître de tous les tarifs – 2011 alignement du tarif PCH et APA	
Améliorer la programmation des ordres du jour.	Ordre du jour pour les Réunion RS et CA – Reporting agence avec ordre du jour standard Utilisation des messageries internes pour communiquer les informations et les ordres du jour des réunions	
Informatisation du fichier médical de nos adhérents.	Objectif illicite et sans objet dans l'aide domicile	

II ORGANISATION – COMMUNICATION

Aux niveaux des salariés

Identifier en interne les personnels intéressés selon les publics.	Objectif louable mais inadapté à l'activité	Plutôt que l'intérêt, identification de la compétence et de la qualification – documenter le logiciel métier sur cette question. Reprendre l'antériorité
Permettre une valorisation des actions menées mensuellement.	Communication mensuelle au bureau des indicateurs d'activités. Depuis 2009, indicateurs de type BSC	Formaliser de manière plus didactique
Identifier le nombre d'entretien individuel RS&AAD dans le cadre de la régulation du travail.	Non réalisé	
Mettre en œuvre un journal interne (salariés et usagers) qui permette de faire circuler l'information	Non réalisé – en 2009 création d'un site internet	Newsletters du service RH

Aux niveaux des usagers

Permettre à tous les usagers de bien identifier les missions de l'association.	Site internet en 2009 – diffusion de message sur facture	Créer des supports adaptés aux différents publics
Créer des supports de communication pour chaque public.	Modification charte graphique - Création d'un site, nouvelles plaquettes, Rollup, carte de visite, affiche en 2009, voitures floquées, enseigne	
Construire un document pouvant être lu dans la langue maternelle de l'usager.	Non réalisé	Renvoi sur adaptabilité du support

Mettre en œuvre un journal interne (salariés et usagers) qui permette de faire circuler l'information	Non réalisé	Newsletters du service RH
---	-------------	---------------------------

Aux niveaux de la famille des usagers

Construire une analyse de l'action des familles dans le maintien à domicile de leur parent	Non réalisé	Développer une politique d'aide aux aidants familiaux avec soutien du psychologue
Ouvrir au sein de l'ADAR des temps pour l'expression des familles	Non réalisé – deux nouveaux administrateurs issus des usagers en 2010-2011	Mettre en place des groupes de paroles

Aux niveaux externes

Créer des supports de communication pour chaque public.	Document loi 2002 traduit en braille en 2011	
Développer notre attractivité auprès des demandeurs d'emploi	Responsable RH participe aux réunions d'information sur l'emploi avec les plateformes de services (PAS) – participation aux forums de l'emploi	
Développer notre connaissance dans la gestion des risques professionnels	Mise à jour des documents de prévention des risques – rencontre avec la CRAM Etude du lieu d'habitation du bénéficiaire et de son aménagement pour un maintien à domicile réalisé par un ergothérapeute de l'Adar pendant 1 an	
Créer un support de communication externe (partenaires, médecins, institutionnels,...)	Plaquette révisée en 2009	

Aux niveaux des partenaires

Communiquer sur notre action auprès des partenaires financeurs	Rythme imposé par le financeur – article de presse – inauguration – véhicule	
Mise en place d'un outil de communication régulier avec ces professionnels	Reporting 2010 sur les prospects partenaires	Mise en place d'une banque de données complète de nos partenaires mise à jour chaque année (mailing d'information)(2011)

III LES MISSIONS DEVELOPPEES

Pour le service à la personne, il s'agit de construire un échange gagnant par la formalisation de la connaissance du domicile dans le respect mutuel.		
Pour les personnes dépendantes, il s'agit de construire une connaissance précise de l'intervention.	Premier Rendez-vous avec AS et familles	
Il s'agit également de s'inscrire dans la norme AFNOR.	Pas de norme Afnor	Labellisation Handéo

L'accent sera mis sur l'accueil, le téléphone, l'accessibilité, la présentation et la signalétique.		
Les supports de communication (plaquettes, présentoirs, sites Internet, matériels pour forum...) seront à examiner afin d'être efficaces et présents partout	Effectif en 2009	

IV AU NIVEAU DES PARTENAIRES

construire un calendrier de rencontres avec des élus en charge des affaires sociales des communes d'intervention de l'ADAR	Tour des élus et des CCAS réalisé en 2008-2009 – reporting mensuel avec agence sur cette question	
Accroître nos permanences dans les mairies	Pas de nouvelles permanences en mairie – trop chronophage	Agences déjà présentes sur les principales communes, permanences diversifiées sur autres sites : Eurocopter, magasin de matériel médical
Mettre en œuvre des conventions de travail ou de partenariat	Plusieurs conventions signées dès 2009 avec partenaires inscrits dans la chaîne du vieillissement	
Construire un cahier des charges	Convention type réalisé en 2009	

V LE PERSONNEL

Il s'agit d'harmoniser la politique salariale et de construire un statut social de l'aide à domicile sous statut mandataire proche de celui du prestataire.	Sans objet, il convient d'abord d'appliquer la convention collective.	
Nous ambitionnons de construire également des parcours individuels de progrès et d'enrichissement au travail pour chaque salarié à travers les entretiens individuels professionnels permettant la co-construction du plan de formation.	Questionnaire sur les besoins de formation - Dynamique d'entretien prévu sur 2001	
Négociation d'accord cadre sur les temps de travail atypique (soir, nuit, dimanche, jours fériés,...)	4 Accords signés entre 2009 et 2011 sur ces questions	forfait jours des cadres/temps d'astreinte + révisión des dédommagements kilométriques
Identifier géographiquement les salariés et faciliter les mouvements internes	Possible grâce aux progiciels métiers	
Travailler sur les notions de maltraitance, de respect du domicile	Formation mise en place – rédaction d'une procédure de signalement en 2011	
S'inscrire dans des programmes de lutte contre les discriminations	Signataire de la charte de la diversité en 2009	
Permettre une bonne appréhension par les intervenantes des plans d'intervention formalisés	Activation du module qualité dans apologic en 2011 – iconographie utilisée	Prévoir copie plan d'intervention dans les cahiers de liaison
Identifier les motifs de non validation de période d'essai	Non réalisé	
Diminuer de 50% le nombre de période d'essai non validée par le salarié	Non mesuré	
Mener une enquête interne auprès des personnes recrutées	Non réalisé	

dans la première année de leur arrivée		
Atteindre l'objectif de 6% de travailleurs handicapés à fin 2009	Objectifs atteint fin 2008 suite enquête et sensibilisation interne	
Construction d'une relation avec nos médecins du travail afin de s'assurer d'une bonne protection de nos professionnels	Médecin du travail présent aux réunions du CHSCT	
Doter de compétences d'évaluation de la qualité à domicile.	Mise en place d'un service qualité en 2010 – évaluation interne + externe réalisé en 2011	Enquête annuelle de satisfaction adressée aux bénéficiaires et analyse des données pour une amélioration et information du service donné
Doter de compétences d'accompagnement tutoral	Appel à candidatures en 2011 pour poste tuteur en interne	
Doter de compétence service aux personnes atteintes d'un handicap	Plan de formation Intégration de groupements d'associations liée à l'handicap (réseau parcours)	Convention avec association de parent

VII LA VIE ASSOCIATIVE

Le monde associatif a comme mission générique de créer un lien social fort. Nous voulons donc être un véritable acteur dans cette dimension.	Participation à plusieurs réseaux – Parcours, interparcours, pole service, plate forme, uriopss, prides	
L'ADAR sera un acteur reconnu auprès de sa Fédération Nationale tant sur le plan national que local		
Mais il s'agit également de conserver son indépendance en gardant la maîtrise de sa gestion économique dans le sens de l'engagement pour le développement et le respect des équilibres économiques de tout acteur responsable	Stratégie de développement et mauvaise gestion ont entraîné une situation financière gravissime de 2006 à 2009 – redressement en 2009	Développement après stabilisation des fondamentaux et réorganisation complète
Construire une dynamique associative sur la base des adhérents bénéficiaires des services	Non réalisé	
Favoriser l'expression associative des adhérents les plus dépendants	A minima sur le Conseil d'Administration et au travers des enquêtes de satisfaction	
Établir une communication spécifique avec la famille	Non évaluable	

D2. LE DIAGNOSTIC EXTERNE

Analyse des besoins et de leur évolution prévisible (5 ans) dans le secteur sanitaire ou la zone de desserte de l'établissement en fonction :

AU REGARD DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET GEOGRAPHIQUES⁶

Évolution de la population	2009-2013	2013-2017
Totalité	+ 2.33%	+ 2.16%

Si la population des Bouches du Rhône augmente régulièrement, on observe des disparités entre des territoires qui verront leur population décroître (Arles – Martigues) et d'autres augmenter (Durance, Alpilles)

Au niveau de la Dépendance – Personnes âgées - APA

Évolution des 60-74 ans (21% de notre public actuel)	2009-2013	2013-2017
Bouches du Rhône	10.01	8.18
Aix en provence	12.75	9.57
Aubagne	10.97	6.84
Durance Alpilles	15.22	13.34
Gardanne	11.88	9.66
Istres	17.23	40.45
Marignane	13.80	11.15
Martigues	7.44	3.99
Salon	13.22	11.17
Vitrolles	18.13	12.19

Évolution des 75-84 ans (42.21% de notre public actuel)	2009-2013	2013-2017
Bouches du Rhône	5.17	3.54
Aix en provence	8.53	7.27
Aubagne	8.07	6.79
Durance Alpilles	5.50	4.15
Gardanne	13.55	10.04
Istres	17.25	13.99
Marignane	12.84	10.64
Martigues	10.27	8.51
Salon	11.87	8.23
Vitrolles	15.00	14.23

Évolution des + 85 ans (36.82% de notre public actuel)	2009-2013	2013-2017
Bouches du Rhône	16.8	11.83
Aix en provence	16.95	13.85
Aubagne	21.89	10.95
Durance Alpilles	15.37	13.70
Gardanne	27.22	22.53

⁶ Schéma départemental en faveur des personnes âgées des BdR « 2009-2013 », p 81.

Istres	26.91	17.72
Marignane	28.26	22.53
Martigues	26.52	22.53
Salon	22.66	16.50
Vitrolles	30.42	20.05

Trois observations sur les besoins à venir :

1. Une augmentation importante au niveau des plus de 85 ans supérieure à la moyenne départementale sur tous nos territoires d'interventions (à part Alpilles Durance)d'ici à 2013 et donc sans doute une augmentation des Gir 1 et 2 et la nécessité de disposer de personnel qualifié sur les problématiques de plus grandes dépendances.
2. Sur le cycle 2013 à 2017, la tranche d'âge des 75-85 est celle qui croitra le moins.
3. Trois de nos territoires d'intervention qui connaîtront les plus fortes augmentations du nombre de personnes âgées : Istres, Vitrolles et Marignane.

Une progression moyenne relative à l'attribution de l'APA sur le territoire. En effet si l'on observe les chiffres sur le tableau suivant, on s'aperçoit que l'augmentation des chiffres de l'APA, après avoir été soutenue entre 2009 et 2010, semble se stabiliser. Il semblerait donc que la collectivité module son dispositif en jouant sur le volume attribué à chaque personne pour servir un plus grand nombre de bénéficiaires.

	Au 31 mars 2011		septembre 2010	Sur 12 mois	septembre 2009
APA 13	33 685	+0.32%	33 576	+4.6%	32 096

Au niveau du handicap – PCH

Pour mémo, nous rappelons que l'autorisation de l'ADAR prévoit que nous intervenions auprès de personnes handicapées pour un volume autorisé de 104 000 heures, soit 20% de notre activité.

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 âgées, celui pour les personnes handicapées⁷ 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.

	Au 31 mars 2011		septembre 2010	Sur 12 mois	septembre 2009
PCH ⁸	112500	+15.46%	97000	+ 56.25%	62080

On observe une augmentation exponentielle du nombre d'heures alloué. S'il est certain que l'augmentation impressionnante d'après 2008 est liée à une meilleure compréhension du dispositif, la « croissance » de ce dispositif est constante et largement supérieure à celle de l'APA.

⁷ Schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2009-2013

⁸ DRESS - Résultats de l'enquête trimestrielle de la PCH n° 1-201

Quelques chiffres⁹ pour prendre la mesure de l'importance de la mission d'un SAAD

- **5 millions de personnes handicapées en France**, dont 2 millions de personnes à mobilité réduite. **30% des déficiences motrices** sont d'origine accidentelle.
- **800 000 personnes** sont allocataires de l'**allocation aux adultes handicapés (AAH)**.
- Plus de **500 000 personnes** sont bénéficiaires d'une **pension d'invalidité**.
- **112 400 personnes** sont bénéficiaires de l'**allocation compensatrice pour tierce personne**.
- **135 000 enfants handicapés** sont accueillis dans les établissements scolaires du milieu ordinaire et **110 000 enfants** sont accueillis en établissements spécialisés.
- Environ **100 000 adultes handicapés** sont accueillis en établissement médico-social et **110 000 en centre d'aide par le travail**.
- **1 actif handicapé sur 3 est au chômage**.
- Près de **100 000 employeurs sont assujettis à l'obligation d'emploi de 6%** (hors secteur public).
- Les dépenses publiques consacrées à la politique pour les personnes handicapées s'élèvent à **29 milliards d'euros en 2004**.
- **970 000 personnes âgées** perçoivent l'Allocation personnalisée d'Autonomie.
- **112 000 personnes de moins de 60 ans** perçoivent l'Allocation compensatrice tierce personne du fait d'un handicap (décembre 2005).
- Plus de **5 millions de personnes ont plus de 75 ans**, dont 1,2 million 85 ans ou plus.
- **850 000 personnes souffrent de la maladie d'Alzheimer** et 225 000 nouveaux cas se déclarent chaque année.
- A 80 ans, **9 personnes sur 10 vivent à domicile**.
- En 2020, **2 millions de personnes** auront plus de 80 ans.
- Le nombre de personnes en situation de déficience motrice est estimé à **7,4 millions**.
- **1,2 million de personnes de plus de 16 ans** déclarent à la fois une ou plusieurs incapacités, une restriction d'activité.
- On compte actuellement environ **7500 étudiants handicapés**.
- **104 500 élèves en situation de handicap** sont scolarisés dans le premier degré (2005).
- **4,092 millions de personnes** sont atteintes de déficience auditive dont **80 000 pratiquent la langue des signes**.
- **600 000 personnes malentendantes** portent un appareil de correction auditive.
- **207 000 personnes sont aveugles** ou profondément malvoyantes.
- L'espérance de vie des personnes porteuses de trisomie 21 est passée en 15 ans de **25 à 49 ans (en 2002)** et leur longévité progresse de 1,7 an par an.
- **80 000 personnes** sont autistes.

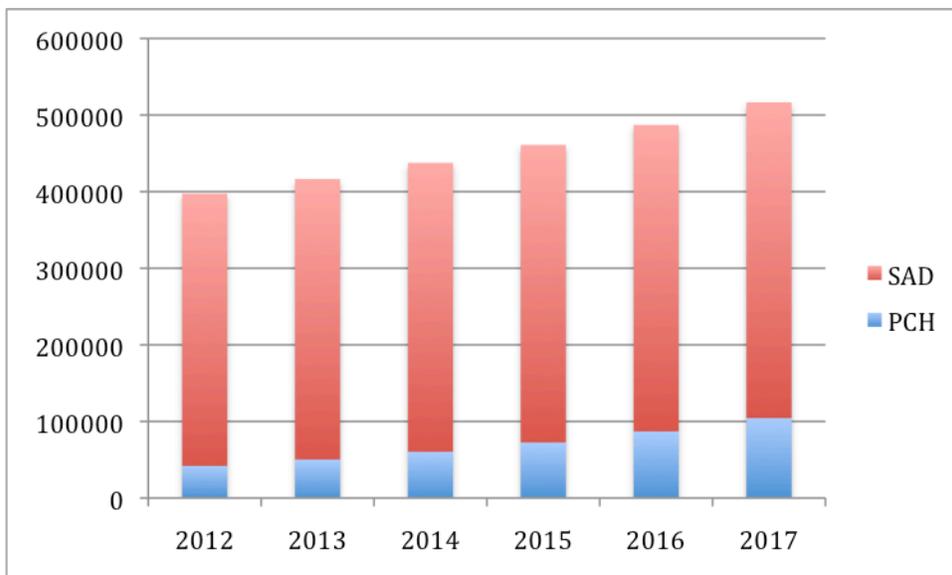
Axe de progrès :

1. Notre objectif est de parvenir au 20% d'intervention auprès des personnes souffrant d'un handicap soit 104 000 heures soit une progression de 50% l'an.

2. Atteindre le plafond dans la prise en charge des personnes âgées soit 416 000 heures ,soit une progression de 3% par an.

⁹ 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.

Soit l'atteinte de notre niveau d'autorisation en 2017



DES ANALYSES OU DES ORIENTATIONS DES SCHEMAS¹⁰ 2009-2013

	Orientations Dépendance	Niveau de réalisation à l'ADAR	Orientations Handicap	Niveau de réalisation à l'ADAR
À destination des personnes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permettre aux personnes âgées de disposer d'un logement adapté (62) ➤ Garantir la qualité du maintien à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (69) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Action ergothérapeute 2009 ➤ Partenariat avec des aménageurs ➤ Formation à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie ➤ Partenaires de la Maia de salon 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accompagner la famille dans la prise en charge du handicap à domicile(61) ➤ Accroître l'offre de logements adaptés (67) ➤ Développer le lien social des personnes handicapées(69) ➤ Accompagner le vieillissement des personnes handicapées (77) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Projet aide aux aidants avec psychologue adar ➤ Partenaires de l'association Handitoit ➤ Participation a des groupes de travail dans parcours Aix sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.
À destination des aidants	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aider les aidants (64) – information, groupe de parole ➤ Solution de répit, Accueil séquentiel(65) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Projet aide aux aidants avec psychologue adar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soutien psychologique aux familles dans les projets SAD, Accueil personnalisé, groupe de parole (61) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Projet aide aux aidants avec psychologue adar ➤

¹⁰ Schéma départemental en faveur des personnes âgées et personnes handicapées des BdR « 2009-2013 ».

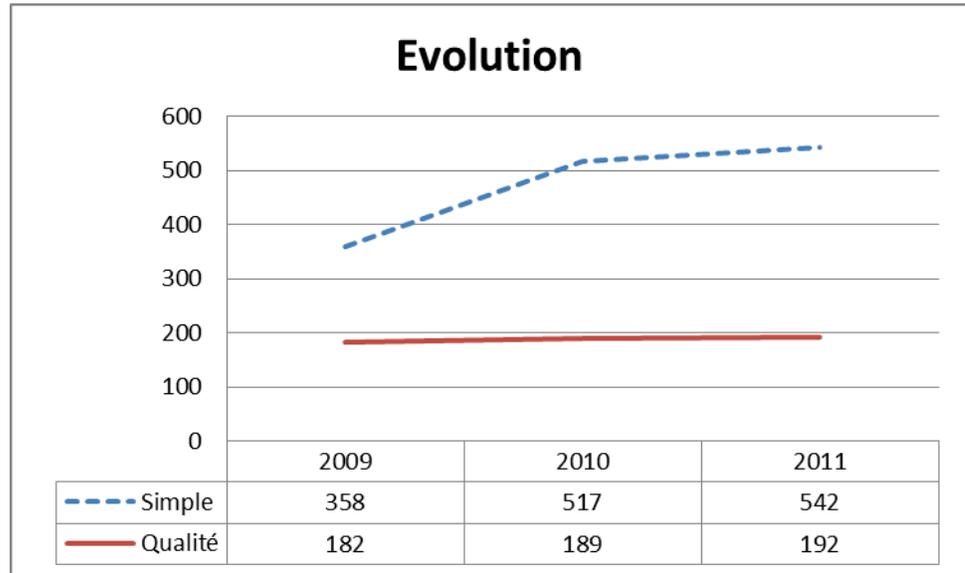
À destination des dispositifs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer la coordination et l'information (76) ➤ Structurer les niveaux d'information(78) 	Inscription dans tous les réseaux, contact régulier avec les clics		
À destination des structures	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer les conditions de fonctionnement des services (59) ➤ Mener un travail sur le portage de repas(59) ➤ Mener des actions sur la bientraitance(60) ➤ Favoriser les expérimentations-garde itinérante (61) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réécriture du projet de service ➤ Reengineering complet de l'organisation entre 2009 et 2001 ➤ Montage d'un portage de repas sur la commune de Meyrargues ➤ Formation sur la bientraitance – procédure de signalement 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordination entre les différents services – parcours.(63) ➤ Développer les expérimentations 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Membre actif de parcours et d'Interparcours ➤ Membre du Cotec définissant le cahier des charges du PLR de Handéo
À destination des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer l'image du métier ➤ Groupe de parole (66) ➤ Formation, mutualisation (66) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en place d'un dispositif permanent de groupes de parole ➤ Ingénierie de formation très importante (X3) – tentative de mutualisation (JdV) – mutualisation des ressources CQFD 		

Axe de progrès : L'activité actuelle de l'ADAR S'inscrit dans les orientations du Schéma départemental en faveur des personnes âgées et personnes handicapées des BdR « 2009-2013 » du Conseil Général des Bouches du Rhône. Il conviendra de prendre connaissance du prochain projet et d'amender le projet de service en cas d modifications substantielles.

POSITIONNEMENT DU SERVICE DANS SON AIRE D'ATTRACTION

> **Analyse de l'offre de soutien à domicile publiques et privés**

Le secteur de l'aide à domicile connaît une offre pléthorique ainsi sur le seul département des Bouches du Rhône on dénombre plus de 192 organismes titulaires de l'agrément qualité.



Sur les chiffres dont nous disposons, nous voyons que le secteur des services à la personne enregistre un nombre de structure de plus en plus important (+51% sur trois ans) les services à domicile apparaissent plutôt stables avec une croissance moins importante (+5% sur trois ans).

Cette croissance ne présume pas de la santé financière des organismes car tant sur le SAD que sur le SAP la croissance de la demande n'est en rien comparable à l'augmentation de l'offre. On observe d'ailleurs un tassement sur 2011 sur les deux segments d'activité.

L'ADAR Provence n'enregistre plus de croissance et tente de résister face au mitage de cette offre pléthorique.

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

Il est à ce jour impossible de connaître la réalité de tel ou tel leadership dans le secteur d'activité. Aucune étude fiable n'est à disposition et les prescripteurs ne communiquent pas sur le volume d'activité réalisé. Seul chiffre disponible, ceux de la CRAM sur le dispositif ARDH et ceux que nous pouvons glaner au fil des conversations.

➔ **AU NIVEAU DU DISPOSITIF ARDH**

EN DOS-SIER	BDR1	NOMBRE STRUCTURE	BDR2/BDR 3	%/TOTALITE
2008	23/204	24	NSP	11.27%
2009	NSP	NSP	NSP	
2010	42(+82%)/ 364(+80%)	34 (+41%)	NSP	11.53%

➔ AU NIVEAU DE LA CARSAT

	TOTALITE	ADAR	%
2008	NC	47 217	
2009	NC	51 300	
2010	NC	52 552	
2011	NC		

➔ AU NIVEAU DU CONSEIL GENERAL

	APA	PCH
2008	NC	NC
	269 589	10 256
2009	NC	NC
	255 547 (-5,2%)	28 000 (+173%)
2010	4 800 000	NC
	241 286 (-5,5%) soit 5% des heures pres- tées	27 000 (-3,5%)
2011		
		35 000 (+35%)

➔ AU NIVEAU DU RESP 13 - CPCAM

	TOTALITE	ADAR	%
2008	NC		
2009	NC		
2010	NC	10	
2011	700	20	2,72%

Les données relatives à l'activité des différents opérateurs du département ne sont pas communiquées par les principaux d'honneur d'ordre, il est donc difficile de positionner notre organisation. L'ADAR Provence faisait partie en 2008 des opérateurs audités par le CG13, on peut donc en déduire qu'en matière d'APA, nous faisons partie des 10 plus gros opérateurs.

Axes de progrès :

1. **Conserver notre positionnement actuel.**
2. **Endiguer la baisse constante de l'APA.**
3. **Augmenter nos parts d'activité sur les ARDH et le soin palliatif.**
4. **Renforcer notre positionnement sur nos territoires historiques.**
5. **Poursuivre notre progression sur la PCH.**

D3. 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 établisse-

ments, 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 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.*¹¹ » .

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.

¹¹ Comité d'entente des associations 22/09/2004 Michèle Dessine.

UNE MISSION, DES PUBLICS ET DES SINGULARITES

a) Les personnes âgées :

Sont définis comme personnes âgées par l'administration

« 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.¹² »

Plus loin dans le même rapport, l'auteur insiste sur la notion de dépendance qui présente de mon point de vue plus d'intérêt car elle ne nous enferme pas dans des critères d'âges mais plutôt autour de la nécessité ou pas 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, notwithstanding 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 dans 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

¹² « Les personnes âgées dépendantes » Rapport au président de la république – Novembre 2005

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 : déficiences(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 personnes rencontrant une difficulté temporaire qui l'a rend incapable de vaquer seule à ses occupations et dont l'accompagnement consiste à se substituer à la personne pour la réalisation des tâches qu'il ne parvient pas à réaliser seul ou liée à la fonction dite « garde malade ».
- L'accompagnement de type « soins palliatif », « hospitalisation a 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 de médicale ou paramédicale.

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.

AU REGARD DES PERSONNES ACCUEILLIES LES 5 DERNIERES ANNEES

> capacités installées par service

Prestataire	Projet initial	Réalisé Total	SAAD (initial)	SAAD	Dont APA 13
2006	402 000		260 000		
2007	440 000	436 692	290 000		248 489
2008	545 000	484 063	330 000	385 854	269 589
2009	590 000	460 836	370 000	379 475	256 028
2010	650 000	457 916	410 000	369 474	240 619
2011	660 000	463 000(estimé)	415 000	373 000 (estimé)	233 000

Le projet initial prévoit une croissance du SAAD de près de 12% en moyenne par an. Dans les faits notre service a évolué différemment puisque nous enregistrons une baisse régulière de près de 2% l'an.

Mandataire	Projet initial	Réalisé Total	APA 13
2006	110 000	114 411	
2007	130 000	115 440	30 797
2008	160 000	116 858	31 230
2009	190 000	84 575	30 796
2010	220 000	61 360	22 480
2011	220 000		

PCH	Projet initial	Réalisé Total
2006	2 000	
2007	10 000	4 210
2008	75 000	10 256
2009	80 000	28 000
2010	100 000	26 991
2011	105 000	37 000 (estimé)

> **sexe, âge, durées moyennes de séjour, motifs de sorties**

TOUS			Hommes		Femmes	
2009	2010	Age	2009	2010	2009	2010
4,54%	6,07%	< 65	1,08%	1,38%	3,46%	4,69%
12,89%	14,90%	66 à 75	3,89%	4,46%	9,00%	10,44%
37,04%	42,21%	76 à 85	8,91%	9,56%	28,13%	32,64%
26,70%	27,86%	86 à 95	5,80%	5,84%	20,90%	22,02%
3,20%	2,85%	96 à 100	0,39%	0,23%	2,81%	2,62%
0,13%	0,18%	> 100	0,00%	0,05%	0,13%	0,14%
15,49%	5,93%	Nsp	3,29%	1,52%	12,20%	4,41%
		Total	23,37%	23,03%	76,63%	76,97%

		Durée de la PEC	Hommes		Femmes	
2009	2010		2009	2010	2009	2010
0,43%	0,60%	<i>Moins de 1 mois</i>	0,09%	0,28%	0,35%	0,32%
12,02%	12,49%	<i>de 1 à 7 mois</i>	3,63%	3,72%	8,39%	8,77%
8,61%	9,00%	<i>de 7 à 1 an</i>	1,73%	2,02%	6,88%	6,98%
15,18%	13,92%	<i>de 1 a 2 ans</i>	4,54%	3,40%	10,64%	10,52%
12,28%	10,70%	<i>de 2 à 3 ans</i>	2,94%	3,12%	9,34%	7,58%
20,63%	19,48%	<i>de 3 à 5 ans</i>	4,63%	4,18%	16,00%	15,30%
30,80%	33,72%	<i>de 6 à 10 ans</i>	5,80%	6,38%	25,00%	27,33%
0,04%	0,09%	<i>plus de 10ans</i>	0,04%	0,00%	0,00%	0,09%

Motif de la Fin de la prise en charge

Libellé	2006	2007	2008	2009	2010
DCD				43,78%	45,75%
Arrêt à la demande du Bénéficiaire				21,24%	25,16%
Maison de retraite				19,43%	16,34%
Changement association				8,29%	4,90%
Dossier inactif				2,59%	1,31%
Déménagement				1,55%	2,94%
Sur demande de l'agence				1,30%	2,29%
Relais famille				0,26%	0,33%
Gré a gré				0,26%	0,33%
Inconnu				1,30%	0,65%
Total des fins de prise en charge				386	306

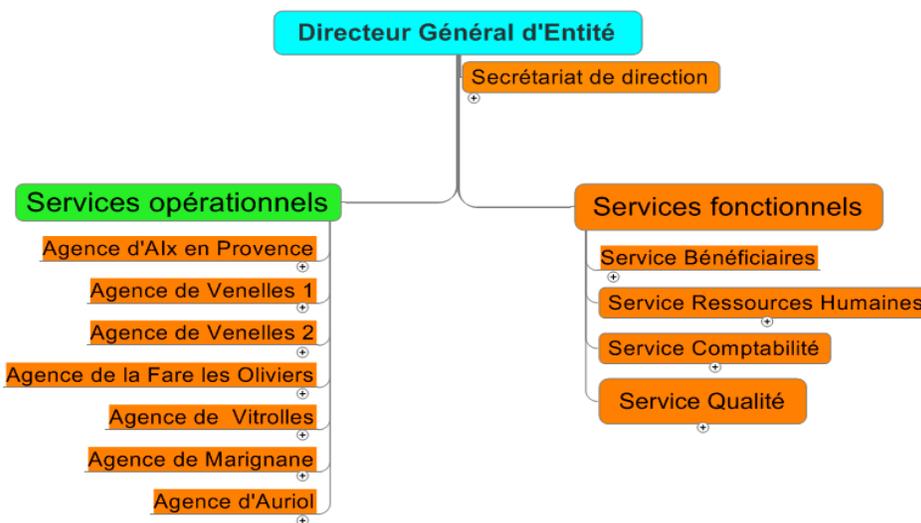
Nouveaux bénéficiaires 2010				426	248
Solde négatif				40	-58

> évolution des GIR

Libellé	2006	2007	2008	2009	2010
Groupe 6				34,28%	34,08%
Groupe 5				31,87%	28,83%
Groupe 4				8,39%	8,08%
Groupe 3				5,86%	4,86%
Groupe 2				1,35%	2,14%
Groupe 1				1,09%	1,00%
Inconnu				17,16%	21,02%

ORGANISATION DES SERVICES DU SAAD

A Organigramme Fonctionnel



B Les services fonctionnels ou 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 vont porter 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 déclineront 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.

b.1 La 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.

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 docu-

ment 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.

	Cadre	Secrétaire
Effectif	1	1

Axe de Progrès : Pouvoir investir la fonction développement et les questions stratégiques.

b.2 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, 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.

	Cadre	Assistant
Effectif	1	De 2 à 2.5

Axe de Progrès :

- **Optimiser le recrutement : développer le réseau emploi. Etre plus attractif pour les candidats. Etre plus réactif en interne.**
- **Travailler sur la cohésion d'équipe à tous les niveaux, développer une culture « associative ».**
- **Augmenter la fidélisation des salariés : baisse du taux d'absentéisme, baisse du taux d'arrêt maladie**
- **Optimiser la communication vers les intervenants à domicile**

b.3 Le Service Bénéficiaire

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

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

	Cadre	Assistant
Effectif	1	De 2 à 1.5

Axe de Progrès :

- Amélioration de la productivité
- Optimisation de l'utilisation de l'outil informatique
- Ouverture sur l'extérieur
- Développer des process de travail en agence

b.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.

Contrairement à 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.

	Cadre	Assistant
<i>Effectif</i>	<i>1</i>	<i>1</i>

Axe de Progrès : Production de bilans et compte de résultat pour chaque service (SAAD, SSIAD, etc).

b.5 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.

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

	Cadre	Assistant
<i>Effectif</i>	<i>1</i>	

Axe de Progrès : Les procédures de contrôle, les tableaux d'indicateurs, Le recensement des procédures

C) Les services fonctionnels ou Agences :

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

C.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. Si le principe de l'autorisation ambitionne une répartition de l'offre de service, son impact n'est malheureusement que très marginal. En effet, dans l'état actuel de la réglementation, cette tutelle n'est opérante que sur 15% de l'offre puisque la majorité des opérateurs n'ont pas fait le choix de l'autorisation.

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 (s'il existe) ou d'une plate-forme de service ou pourquoi pas des territoires affectés à tel ou tel 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.

C.2 Modélisation d'une agence de l'ADAR :

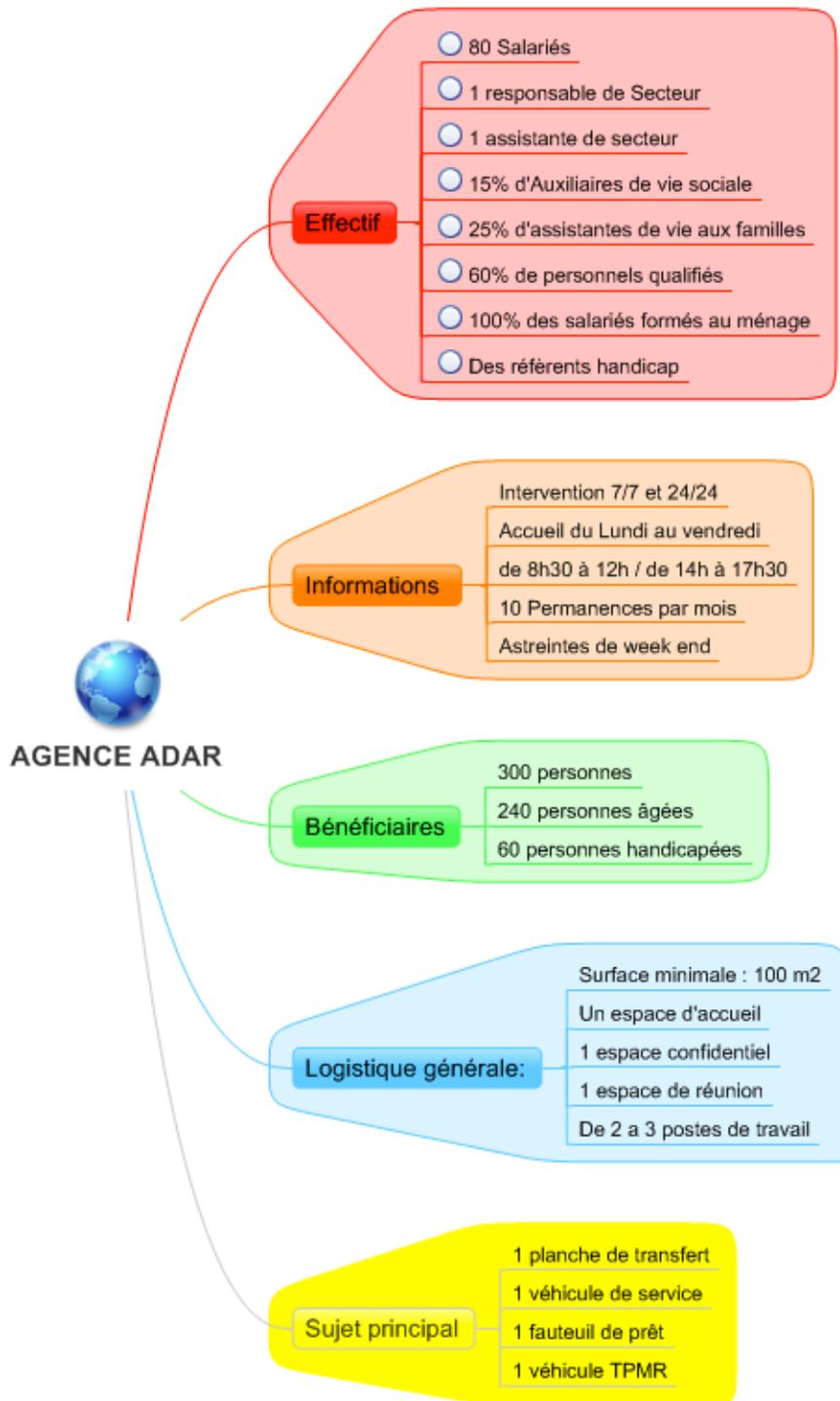
Seuil d'encadrement :

	Responsable	Assistant
De 0 à 3500 heures mensuelles	1 etp	0
De 3500 à 4200 heures mensuelles	1 etp	0,5 etp
De 4200 à 5400 heures mensuelles	1 etp	1 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 : Faire évoluer les ratios d'encadrement admis par la collectivité

Axe de Progrès : Modélisation des agences de l'ADAR sur ce schéma d'organisation et d'équipement



C.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 confié.

○ L'ASSISTANTE 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 AVS 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 part 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 part 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 ».

C4 Fonctionnement :

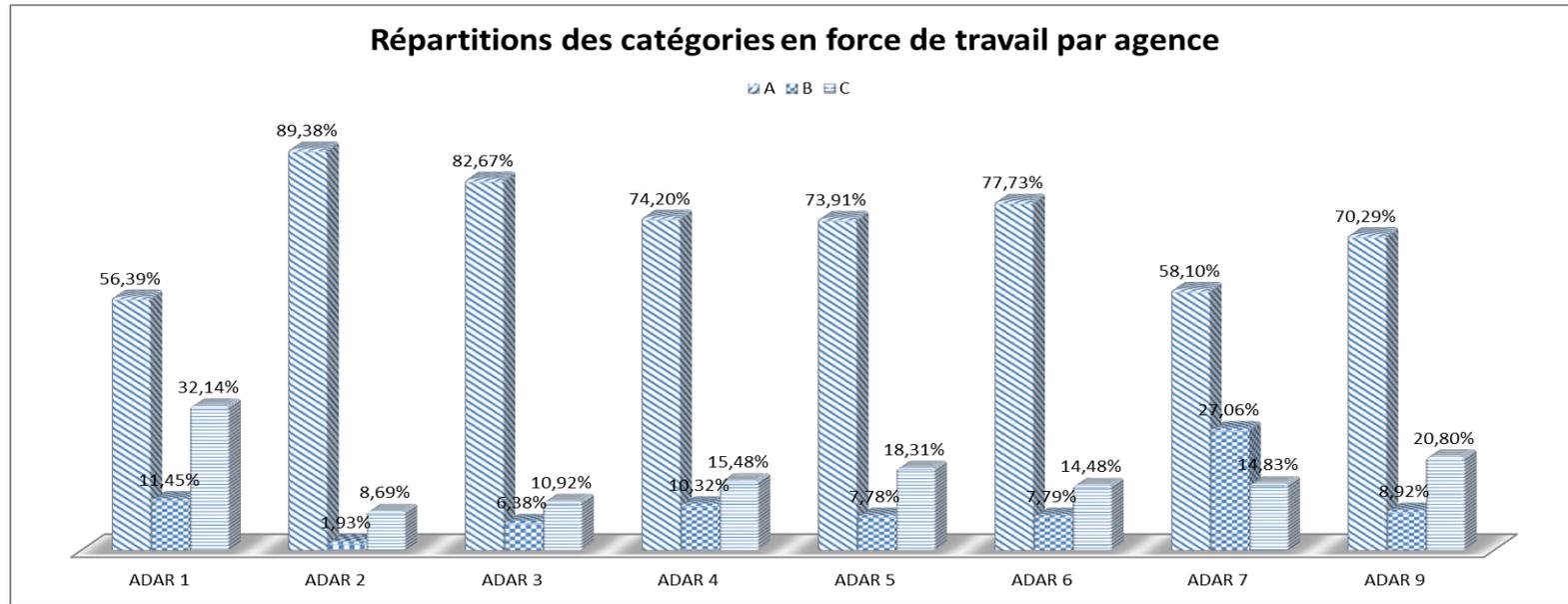
> Les ressources humaines

EFFECTIF en personnes	
FONCTION	Nombre d'agents
Directeur	1
Chef de service RH	1
Cadre comptabilité	1
Cadre GRH- réclamations - qualité	1
Cadre facturation	1
Direction / encadrement	5
Secrétaire direction	1
Assistante GRH	2
Assistante facturation	2
Assistant comptabilité informatique	1

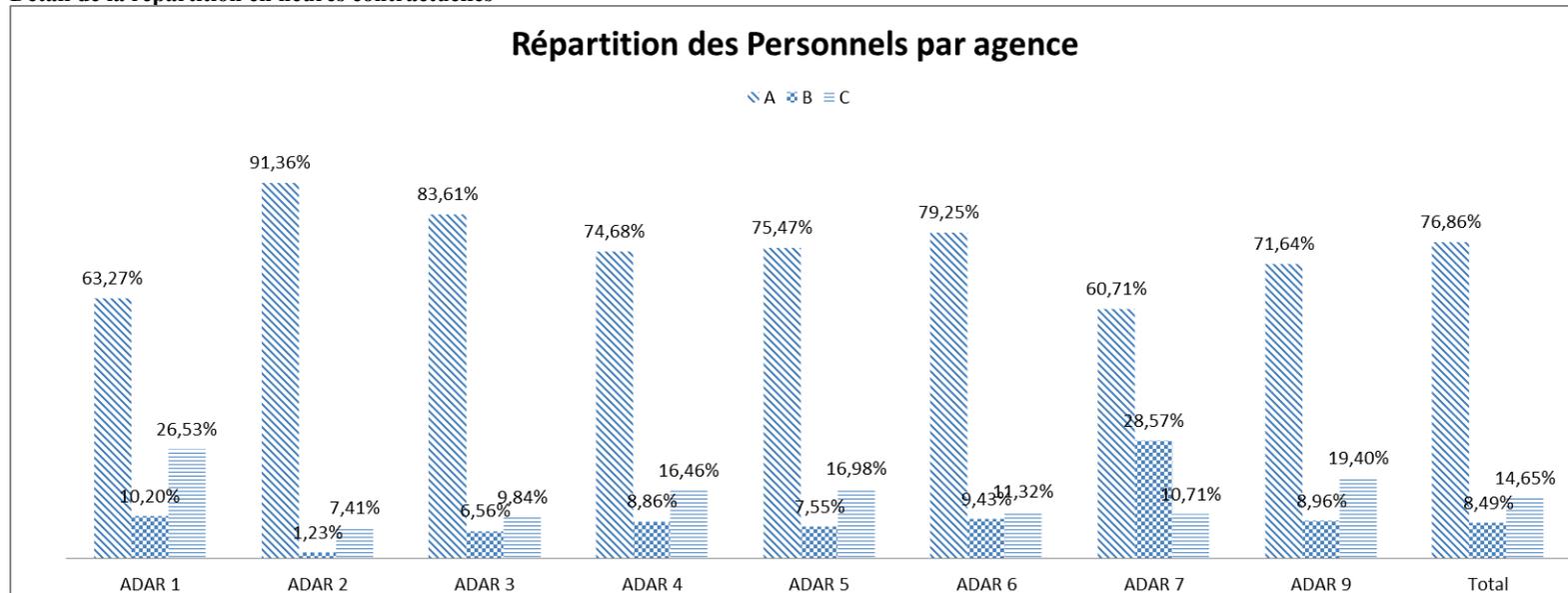
Administration	6
TOTAL Backoffice	11
Responsable de secteur	8
Assistante de secteur	7
Encadrement intermédiaire	15
Cat. C: Auxiliaire de vie	0
Cat. B: Employé à dom.	0
Cat A: Agent à domicile	0
personnel d'intervention	0
TOTAL 1 + 2 + 3	

Autres ressources mobilisées par l'association au service du SADD non tarifée

Autres ressources	
Administrateurs	15
Agent accueil	1
Psychologue	1
Coordinateur SSIAD	1



Détail de la répartition en heures contractuelles



Ressources techniques actuelles et objectifs

	OBJECTIFS	DIPLOMANT	QUALIFIANTS
A l'échelle de l'association	Mise en place de quotas de diplômés par agence	De 16.64 % à 15% AVS De 8.73% à 25% ADVF ou B Soit - 1 AVS = constant + 55,93 ADVF soit 12 / an	De 74.62% à 60% des non diplômés Qualifiés Soit - 52,99 non diplômés Qualifiés
Agence 1		- 6,15 Etp AVS + 6,32 ADVF ou autres B	- 1,68 Etp des non diplômés Qualifiés
Agence 2	Diminuer le volume horaire en séparant l'agence en deux	+ 3,19 Etp AVS + 10,33 Etp ADVF ou autres B	- 14,64 etp des non diplômés Qualifiés
Agence 2 bis		idem	idem
Agence 3		+ 1,69 Etp AVS + 10,57 ADVF ou autres B	- 13,87 Etp des non diplômés Qualifiés
Agence 4		- 0,02 Etp AVS + 8,82 Etp ADVF ou autres B	- 9,03 Etp des non diplômés Qualifiés
Agence 5		+ 0,16 Etp AVS + 4,56 Etp ADVF ou autres B	- 4,85 Etp des non diplômés Qualifiés
Agence 6		+ 1,70 Etp AVS + 5,86 Etp ADVF ou autres B	- 8,16 etp des non diplômés Qualifiés
Agence 7		+0,54 Etp ADVF ou autres B + 1,78 Etp ADVF	- 1,03 Etp des non diplômés Qualifiés
Agence 9		- 1,92 ETP AVS + 11,20 ETP ADVF ou autres B	- 6,17 Etp des non diplômés Qualifiés

Etayages techniques des équipes

Personnes Handicapées	Accessibilité – Moyens techniques	Formation spécifique	Formation généralistes	Nouveautés 2011/2012
Le handicap moteur	<ul style="list-style-type: none"> • Locaux 80% • Véhicule TPMR • Planche de transfert • Prêt de fauteuil 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Méthode de manutention manuelle</i> 2. <i>Approche relationnelle de la douleur</i> 3. <i>Aide à la toilette et à l'habillement</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Développer la bientraitance</i> 2. <i>Certification ADVF (15)</i> 3. <i>VAE Aide-soignante</i> 4. <i>Aspect psychosocial du métier d'aide à domicile</i> 5. <i>Sexualité des personnes handicapées</i> 6. <i>Le cahier de liaison</i> 7. <i>Le projet individualisé</i> 8. <i>Relation à la famille</i> 9. <i>La prise en charge du handicap</i> 10. <i>Relation et communication avec la personne aidée</i> 11. <i>Autonomie, maintien et restauration dans la vie quotidienne</i> 12. <i>Gestion du stress</i> 13. <i>Savoir de base</i> 14. <i>Secouriste sauveteur</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <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)	<ul style="list-style-type: none"> • Site adapté aux non voyants • Outil de la loi 2002 en braille 			
Le handicap mental		<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Handicap mental et handicap psychique</i> 		
Le handicap psychique (schizophrénie, névroses, bipolaire)		<ol style="list-style-type: none"> 2. <i>Dépressions et états dépressifs</i> 3. <i>Gérer ses émotions face au stress</i> 4. <i>Comportement face à l'agressivité</i> 5. <i>L'agressivité</i> 6. <i>Peurs et angoisses</i> 7. <i>Comprendre et gérer les conflits</i> 8. <i>Handicap mental et handicap psychique</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>24 Référents à la prise en charge des personnes souffrant d'autismes</i>
Le handicap cognitif (les dyslexies, dysphasies, dyspraxies)				
Le polyhandicap	<ul style="list-style-type: none"> • Locaux 80% • Véhicule TPMR • Planche de transfert • Prêt de fauteuil 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Méthode de manutention manuelle</i> 2. <i>Approche relationnelle de la douleur</i> 3. <i>Aide à la toilette et à l'habillement</i> 4. <i>Connaissance des matériels au domicile (levage, lits médicalisés)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <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 2011/2012
Dépendance	<ul style="list-style-type: none"> • Véhicule TPMR • Planche de transfert • Prêt de fauteuil 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Méthode de manutention manuelle 2. Approche relationnelle de la douleur 3. Aide à la toilette et à l'habillage 4. Dépressions et état dépressifs 5. Méthode de manutention manuelle 6. Mieux connaître et mieux agir auprès des personnes âgées 7. Approche de la personne âgée 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Développer la bienveillance 2 Certification ADVF (15) 3 Vae aide soignante 4 Aspect psychosocial du métier d'aide a domicile 5 Sexualité des personnes âgées 6 Le cahier de liaison 7 Le projet individualisé 8 Relation a la famille 9 Relation et communication avec la personé aidée 10 Autonomie, maintien et restauration dans la vie quotidienne 11 Gestion du stress 12 Décès d'un bénéficiaire 13 Entretien du cadre de vie 14 Secouriste sauveteur 15 Cuisiner bon et pas cher 16 Savoirs de base 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en beauté
Soins palliatif		<ol style="list-style-type: none"> 1. Approche relationnelle de la douleur 2. Aide à la toilette et à l'habillage 3. Connaissance des matériels au domicile (levage, lits médicalisé) 4. Accompagnement fin de vie 5. Journée du soin palliatif 		
La dépendance psychique (Alzheimer)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Gérer ses émotions face au stress 2. Comportement face à l'agressivité 3. L'agressivité 4. Peurs et angoisses 5. Comprendre et gérer les conflits 6. Handicap mental et handicap psychique 7. Maladie d'Alzheimer 8. Colloque maladie d'Alzheimer 		<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des malades souffrant de maladie dégénérative

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

C5 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 meilleurs des cas fera la synthèse des différents éclairages et 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 ou les besoins sont multiples et requièrent l'intervention de différents professionnels

Dans les situations complexes ou 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 :

- Continuité des PEC,
- Coordination avec l'équipe d'intervenants,
- 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'outil d'évaluation multidimensionnelle partagé 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'agrément qualité. 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

Axe de Progrès : coordination des interventions, création d'un cahier de liaison commun, multiplier les temps d'échanges, pluridisciplinarité
--

C6 Coordination et coopération 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
Réunion 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
Les 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
Les réunions de service	Cette séance de travail permet 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
Les réunions Cadres	Cette réunion se déroule 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	2 à 3 fois par an	Concerne les RS et AS	Le directeur, la chef de service RH ou les responsables de service
Les reportings mensuel de territoires	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 mais 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
Quart d'heure fin de mois	Remise des plannings, rendu compte de l'activité et point sur les situations des bénéficiaires – Sont éventuellement abordés 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 (à venir)	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, AVS	Directeur ou coordinateur SSIAD

C7 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 plate forme** : RESP 13, Prides, Plateforme CQFD, Plateforme SAP Etang de Berre, Plateforme pôle d'activité de service du Pays d'Aix, Plateforme Dom'ino, Les Clic.
- **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 à 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.

C8 Sécurité 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.

C9 Accueil et droits des usagers :

L'ADAR Provence dispose 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 ont téléchargeables sur le site internet de l'association (www.adar-provence.com).

Axe de progrès :

- **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.**
- **L'enquête de satisfaction 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 d'un questionnaire de premier contact.**

C10 activités 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

- **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 de votre 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 : doter chaque agence d'un véhicule TPMR

C11 Les Nouveaux équipements

- 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

C12 Locaux et sécurité

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 l'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 nos organisations techniques.

Chaque agence dispose donc d'un local, actuellement au nombre de 7 sur les Bouches du Rhône, ils n'apparaissent pas aujourd'hui comme disposant des pré-requis idéaux pour exercer notre activité.

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

La situation des locaux de l'ADAR à ce jour est la suivante :

- Surface inégale
- Notre activité propose à tous des locaux et/ou lieu de permanences accessibles aux personnes handicapées. Cette accessibilité demeure cependant perfectible.
- Infrastructure parfois inadaptée à une activité professionnelle (locaux en villa)
- Manque de visibilité et donc impact sur notre communication.

Axe de Progrès : Trouver des locaux répondant au même cahier des charges (Modéliser sur l'agence de Marignane = surface + aménagements + accessibilité + visibilité)

C13 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 dispose d'un emplacement dédié pour écrire le nom¹³ 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 communiquée par les agences.

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

Axe de Progrès : Remise d'une carte professionnelle aux salariés

C14 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 exclusif de leur prise en charge.

¹³ En réponse au questionnaire de satisfaction 2010

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

Axe de Progrès : Sécurisation des particuliers employeurs, notamment sur le risque prudhommal.

C15 analyse financière (évolution sur trois ans minimum) chiffres après retraitement de l'autorité de tarification

Evolution du compte de résultat

	Produits	Dépenses	Résultats
2008	7 341 955,53	7 376 006,59	- 34 051.06
2009	7 179 427,63	7 167 714,79	11 713.84
2010	7 279 510,38	7 327 749,74	- 48 239,36

Evolution du tarif horaire

	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Inflation</i>	+1,5%	+2,8%	+0,1%	+1,5%	+2%
Tarif ADAR	16.68	17.95	18.63	18.67	18,99
<i>Evolution</i>		+ 7.61%	+3.79%	+0.21%	+1,7%
Tarif APA	16,68	17,16	17,50	17,85	18,21
<i>Evolution</i>		+2,87%	+1,98%	+2%	+2,01%
<i>Différentiel</i>	0	+0,79	+1,13	+0,82	+0,78 cts

Après le nécessaire « rebasage » de 2009, les écarts entre notre tarif et le tarif APA se sont fortement réduits et nos augmentations annuelles sont inférieures à l'inflation et aux augmentations du CG13 en matière d'APA. Preuve des efforts constants de l'organisation pour contrôler ses coûts et pour rester « concurrentiel »

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

E. LES PROJETS STRUCTURANTS

E1 LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT

Le projet d'accompagnement et d'aide est en premier lieu la traduction du projet de vie de la personne aidée et il est nécessaire de renforcer notre technicité autour des questions de prise en charge de la grande dépendance et de la personne souffrant d'un handicap.

Composition : Elle sera composée du directeur de la structure (garant du projet de service), de la psychologue de l'association, de l'infirmière coordinatrice du SSIAD, du cadre qualité (garant du respect des procédures), d'une responsable de secteur et d'une auxiliaire de vie sociale.

Missions : Apporter un éclairage pluridisciplinaire sur le plan d'aide proposé par le responsable de secteur au regard de la situation singulière de la personne et de son projet de vie. Il peut s'agir soit d'un conseil en amont soit d'une demande de validation des objectifs et de leurs modalités de réalisation. La plus value de cette modalité organisationnelle nouvelle est de proposer des expertises complémentaires à l'ensemble de l'organisation.

La commission sera chargée de déterminer les compétences nécessaires à la bonne réalisation de la prise en charge et éventuellement de solliciter le service ressources humaines pour la mise en place d'une formation idoine.

Périodicité : La commission se réunira une fois par mois

E2 L'AIDE AUX AIDANTS FAMILIAUX

Un aidant est une personne qui vient en aide à titre personnel, non rémunérée, pour partie ou tout, à une personne dépendante de son entourage pour satisfaire ses besoins de vie au quotidien.

L'aide des personnes de l'entourage est :

- Régulière,
- Permanente ou non,
- Spécifiques ou multiples (répondant à un ou plusieurs voire la totalité des besoins identifiés),¹⁴
- Subjective, conforme à ses expériences affectives.

L'aidant est :

- Majoritairement une femme ;
- Principalement un membre de la famille restreinte (conjoint(e), parents, enfants).

¹⁴ Exemple : repas et/ou courses et/ou accompagnement et/ou administratif et/ou entretien du linge et/ou vigilance quant aux soins, etc...

Ses motivations sont :

1. induits par la proximité :
 - a. de filiation : famille
 - b. géographique : voisinage
 - c. affective : amis

2. induits par des motivations plus ou moins conscientes, plus ou moins intriquées de :
 - a. devoir
 - b. solidarité humaine

L'aidant est dicté par ses motivations humaines : le non savoir ou le non pouvoir est perçu comme un échec ; parce que « cela va de soi », il ne peut envisager de demander de l'aide ; les difficultés, les ressentis de colère, de lassitude, de haine, les comportements et attitudes non adaptés sont perçus comme des échecs de la mise en place de valeurs morales. L'aidant a alors une image dévalorisée de lui-même, se culpabilise ce qui l'amène à des conduites d'évitement du regard de l'autre et peut conduire au renforcement du « prendre sur soi », à donner « sans limites » de son temps et de son énergie physique et psychique, en silence, dans une attitude de type abnégation.

Retrait ou repli, solitude, manque de connaissances, non-dit des souffrances qui risquent de mettre aidant et aidé en difficulté majeure nous ont amenés à envisager un programme de soutien aux aidants selon trois axes : écoute, transmission, lien avec autrui.

Une écoute individuelle et personnalisée ouverte à tout accompagnant d'un parent âgé ou handicapé.

- Sur inscription aux groupes de paroles ou sur rendez vous avec notre psychologue
- Sur rendez-vous à notre cadre qualité ou avec le directeur.

Ces rencontres ont pour vocation d'améliorer la prise en charge en prenant en compte la parole et les besoins des aidants naturels.

Nous souhaitons ouvrir un espace d'écoute, d'échange, de conseil, d'information, d'orientation à toute personne (famille, entourage proche) qui prend soin d'un parent ou ami âgé ou handicapé.

Il peut d'agir de :

- 1 Trouver un étayage psychologique dans la prise en charge de la situation,
- 2 D'une recherche d'amélioration de la prise en charge
- 3 De recherche des modalités de prise en charge financière plus adaptée ou plus économique.

	Modalités	Objectif
Permanence – écoute téléphonique	Selon des jours et heures préétablies En dehors de ces créneaux horaires possibilité de laisser un message pour un rappel dans la journée	- Réguler les moments de crise
Formation	Par demi-journée, sous forme de : - Regroupement classique ou films débats autour des thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentation, nutrition ▪ Conséquences du vieillissement ▪ Dispositifs et partenaires sociaux ▪ La prise de médicaments ▪ La relation d'aide : ses formes et ses enjeux ▪ Les droits des personnes : aspects législatifs ▪ Les pathologies neurologiques ▪ Prévention de la santé physique et psychique ▪ Techniques de base du nursing ▪ Techniques de manipulation et manutention - Démonstration de matériel pour personnes handicapées dans un magasin spécialisé (énergie médicale)	- S'approprier les bases théoriques et pratiques de la relation d'aide - Renforcer l'estime de soi
Réunion Aidants	- 2 heures une fois par mois, en lieu neutre - Modalité d'inscription libre	Favoriser les partages - d'expériences et l'expression des ressentis - Diminuer le sentiment de solitude
Mise à disposition de professionnel d'aide à domicile	Pendant l'absence de l'aidant : <ul style="list-style-type: none"> ○ Participant à la formation ou aux réunions, et/ou ○ Exprimer un besoin de « répit » 	- Diminuer la culpabilisation - Développer le sens de la délégation
Entretien	- A la demande - Avec un professionnel :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Valider connaissances, lien et actions de l'aidant ○ Favoriser collaboration et

	<ul style="list-style-type: none">○ auxiliaire de vie en charge de l'aidé, si c'est le cas○ de l'aide à domicile (responsable, psychologue) <p>pour réfléchir ensemble à la mise en place d'objectifs</p>	partenariat
--	--	-------------

E3. LE PROJET SOCIAL

Le projet social a pour objectif de retranscrire les implications des orientations stratégiques et des plans d'actions sur les différentes catégories de personnel.

Plusieurs thématiques devraient être abordées dans le projet social :

La gestion des ressources humaines :

- Modélisation de la structure des effectifs par qualification et par âge au niveau global mais aussi au niveau des agences.(cf. page 43),
- Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences afin d'obtenir un niveau de compétences équivalent par agence et adapter au public,
- Promotion professionnelle avec ouverture de postes en lien avec les ratios souhaités,
- Absentéisme et amélioration de notre productivité.

Les conditions de travail :

- Amélioration de la Gestion du temps de travail et de la mise en œuvre du droit du travail,
- Meilleure répartition de la charge de travail et des situations,
- Optimisation de la gestion des remplacements, utilisation de personnel « volants » en surnuméraire,
- Amélioration du recrutement.

La formation

- Obtenir un ratio global de 15% d'auxiliaire de vie sociale, 25 % d'assistante de vie aux familles et de 60% de personnels qualifiés aux problématiques de l'aide à domicile.
- Des formations spécifiques à la prise en charge des handicapés.

E4. LE PROJET DU SYSTÈME D'INFORMATION

Notre système d'information est en évolution constante. Il convient d'aller plus avant dans la dématérialisation nos de documents papier en flux et traitements numériques.

Les éléments numérisables sont nombreux et concerneront tous les services : courriers entrants et sortants, contenus de travail internes, contrat d'intervention, factures, dossier salarié, bulletin de paye qui seront numérisés avant d'être transmis et archivés

La dématérialisation nécessitera de construire différents process que voici :

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 documentaire 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.

La dématérialisation permettrait d'atteindre les objectifs suivants :

- la réduction des coûts liés au 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.

F. LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

F1. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Il convient de récapituler les incidences du projet de service en termes :

- **d'autorisations** : Aucune modification, notre volume d'heures autorisées couvrent les objectifs proposés.
- **d'équipements lourds** : Le développement du service mobilité nécessitera l'achat ou la location de véhicule TPMR supplémentaires.
 1. 1 Véhicule affecté à Venelles (+ aix nord)
 2. 1 véhicule affecté à Auriol (+aix sud)

- 3. 1 véhicule affecté à La Fare les Oliviers
- 4. 1 véhicule affecté à Châteauneuf les Martigues

Soit 4 véhicules pour un investissement situé entre 60 et 120 KE.

- **de stratégie immobilière** : La restructuration de notre offre va nécessiter de relocaliser 3 de nos agences actuelles. La programmation est étroitement liée à la durée des baux existants.

Agence	Date prévisionnelle	Projet
Vitrolles ➤ Espace inadéquat et manque de visibilité	Fin 2012	➤Relocalisation de l'agence sur une rue passante de la commune – hall accueil + bureau RS + salle de réunion + commun
Venelles ➤ Espace inadéquat pour son volume d'activité	Fin 2011 Bail pro – pas de contraintes	➤Réorganisation de l'agence + volume et territoire trop important – scission de l'agence en deux. À rapprocher du SSIAD
La Fare les Oliviers ➤ Manque de visibilité p- pas d'accessibilité PH	Fin 2012 Bail pro – pas de contraintes	➤Relocalisation de l'agence sur une rue passante de la commune de la Fare ou de Salon de provence – hall accueil + bureau RS + salle de réunion + commun ➤Accessibilité aux PH
Auriol ➤ Espace inadéquat et manque de visibilité	Bail pro – pas de contraintes	➤Relocalisation de l'agence sur une rue passante de la commune d'Auriol ou d'Aubagne – hall accueil + bureau RS + salle de réunion + commun
Châteauneuf les Martigues ➤ Manque de visibilité et accessibilité PH à améliorer	Bail pro – pas de contraintes	➤Relocalisation de l'agence sur une rue passante de la commune de Châteauneuf ou de Martigues – hall accueil + bureau RS + salle de réunion + commun ➤ accessibilité PH

F2. FINANCEMENT ET BESOIN SUR 5 ANS

DEPENSES	MONTANT	RECETTES	MONTANT
Relocalisation des agences	Selon marché	ADAR Provence - tarification	Selon marché
Amélioration du système d'information - GED	12 000,00	Fonds de modernisation CNSA	12 000,00
Nivellement des ressources humaines par agences – aspects formation	500 000,00	OPCA Uniformation – Région - dispositif de pro- fessionalisation	500 000,00
Nivellement des ressources – impact salarial	35 000,00	Tarification	35 000,00
Augmentation du parc automobile TPMR	Occasion : de 60 Ke à 120 Ke Neuf : de 120 Ke à 240 Ke	Région Paca – CG – CUM – ADAR	100 %

F. CRITERES D'EVALUATION ET INDICATEURS DE REALISATION

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.

<i>DOMAINES</i>	<i>OBJECTIFS</i>	<i>INDICATEURS</i>
<i>ACTIVITES – DEVELOPPEMENT</i>	<i>20% d'intervention auprès des personnes souffrant d'un handicap soit 104 000 heures soit une progression de 50% l'an.</i>	<i>Chiffre d'activité PCH fin d'année – indicateur évolution dans RA</i>
	<i>Atteindre le plafond dans la prise en charge des personnes âgées soit 416 000 soit 3% par an.</i>	<i>Idem</i>
	<i>Conserver notre positionnement actuel</i>	<i>Élaboration d'une carte stratégique - benchmark</i>
	<i>Renforcer notre position dans les territoires historiques</i>	<i>Progression de l'activité N/N-1 positive</i>
<i>RESSOURCES HUMAINES</i>	<i>Poursuivre notre politique d'intensification des formations professionnalisantes</i>	<i>Plan de formation – bilan du plan</i>
	<i>Optimiser le recrutement : développer le réseau emploi. Etre plus attractif pour les candidats. Etre plus réactif en interne</i>	<i>Augmentation du nombre du taux de candidatures recensées</i>
	<i>Travailler sur la cohésion d'équipe à tous les niveaux, développer une culture « associative ».</i>	
	<i>Augmenter la fidélisation des salariés</i>	<i>baisse du taux d'absentéisme, baisse du taux d'arrêt maladie</i>
	<i>Optimiser la communication vers les intervenants à domicile</i>	<i>Construction d'outils nouveaux</i>
	<i>Identifier les salariés en fonction des compétences acquises (codage).</i>	<i>Inscription dans perceval</i>
	<i>Disposer de ressources en intra et en externe adaptées à chaque typologie de dépendance et ou de handicap</i>	<i>Bilan du plan de formation – variété du plan</i>
	<i>Disposer dans chaque agence à minima d'un référent sensibilisé à chaque type de handicap (accompagnement à la mise en place de l'intervention).</i>	<i>Identification du nom et de la spécialité des référents</i>

	<i>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</i>	<i>Bilan du plan – attestation de formation</i>
<i>FONCTIONS BACKOFFICE</i>	<i>la direction puisse investir la fonction développement et les questions stratégiques</i>	<i>Mise en place de nouveaux services – participation à des opérations en externe</i>
	<i>La comptabilité Production de bilans et compte de résultat pour chaque service (SAAD, SSIAD, etc..)</i>	<i>Réalisation d'un bilan du SAAD et SSIAD</i>
	<i>La qualité produise des procédures de contrôle, les tableaux d'indicateurs, Le recensement des procédures</i>	<i>Bilan des indicateurs</i>
	<i>La facturation/ bénéficiaires amélioration productivité, optimisation outil, ouverture extérieur et/ou en agence</i>	<i>Baisse des encours clients, délais de recouvrement raccourcis, nombre de visite en agence</i>
	<i>Modélisation des agences</i>	<i>Horaire d'ouverture identique – ratio d'encadrement – mode de rangement</i>
<i>ORGANISATION TECHNIQUE</i>	<i>Trouver des locaux répondant au même cahier des charges (Modéliser sur l'agence de Marignane = surface + aménagements + accessibilité + visibilité)</i>	<i>Baux des nouveaux locaux</i>
	<i>doter chaque agence d'un véhicule TMR</i>	<i>Copie des factures</i>
	<i>coordination des interventions, création d'un cahier de liaison commun, multiplier les temps d'échanges, pluridisciplinarité</i>	<i>Création de la commission technique handicap</i>
	<i>Proposer des réponses aux aidants familiaux</i>	<i>Feuille de présence</i>
	<i>rééquilibrer les ressources et les compétences entre les agences, professionnaliser autour des questions de grande dépendance et de prise en charge des personnes handicapées</i>	<i>Intégration dans le bilan social de cet item</i>
	<i>Création d'une commission technique « grande dépendance handicap »</i>	<i>Fréquence des réunions – compte rendu</i>
	<i>Remise d'une carte professionnelle aux salariés</i>	<i>Remise dossier salarié - émargement</i>
	<i>Sécurisation des particuliers employeurs,</i>	<i>Nombre de contentieux</i>
	<i>Trouver un équilibre financier pérenne + caler l'augmentation tarifaire sur l'inflation – Continuer à maîtriser le delta entre APA et tarif horaire ADAR</i>	<i>Equilibre budgétaire du SAAD</i>

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* » DUBREUIL B (2006) *Repenser le maintien à domicile* – P 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 ou les actes professionnels ne peuvent être pensés comme ceux se déroulant en établissement spécialisé, ou 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.

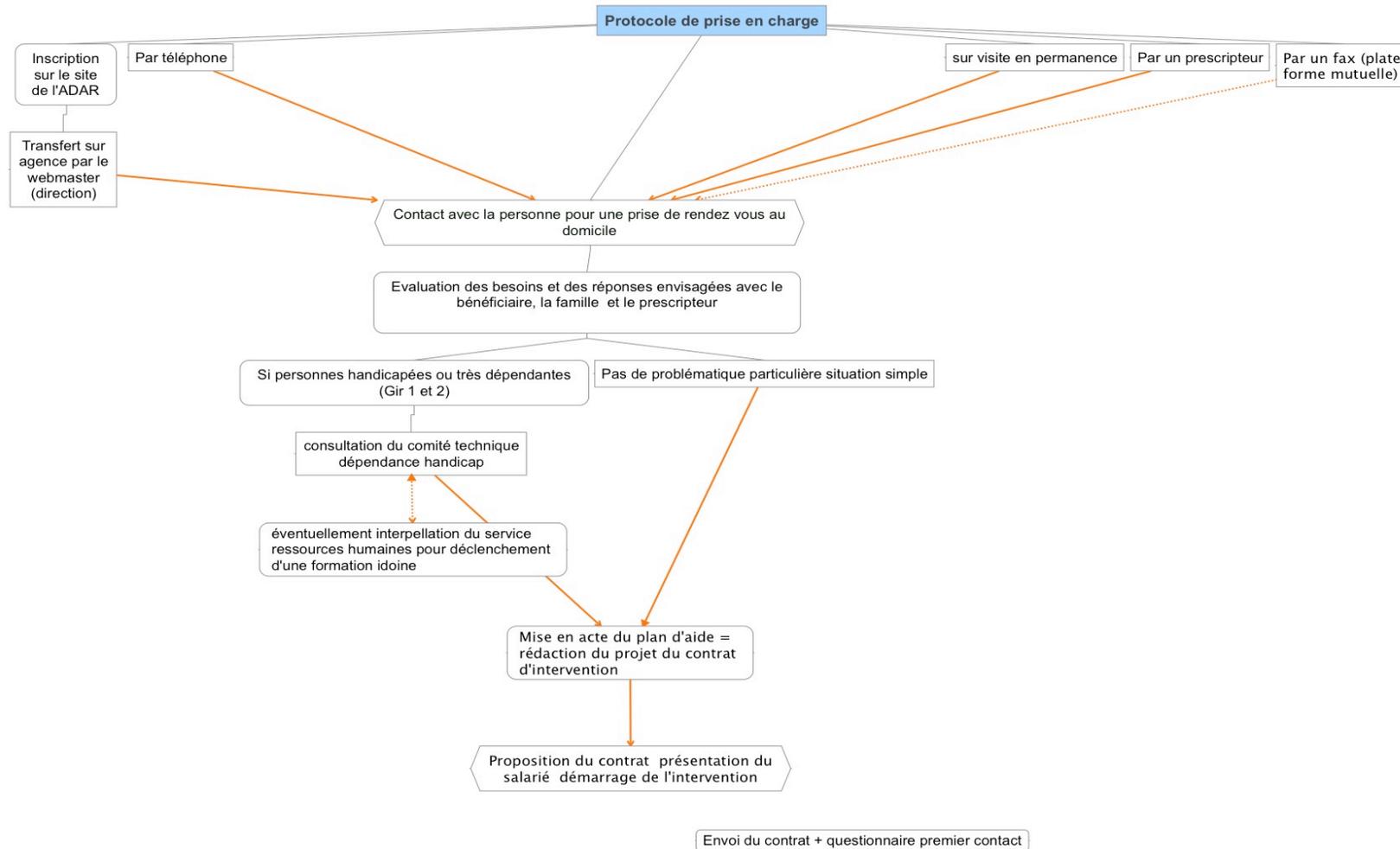
C'est pour cela que notre organisation s'est engagée dans un processus de *reengineering* complet afin de doter l'association des processus de travail plus complets possibles et les plus actuels.

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 ou le secteur lucratif et le non lucratif n'ont pas les mêmes contraintes. Une situation qui va sans doute s'aggraver avec la récente extension d'une convention collective de branche applicable au seul secteur associatif. 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.

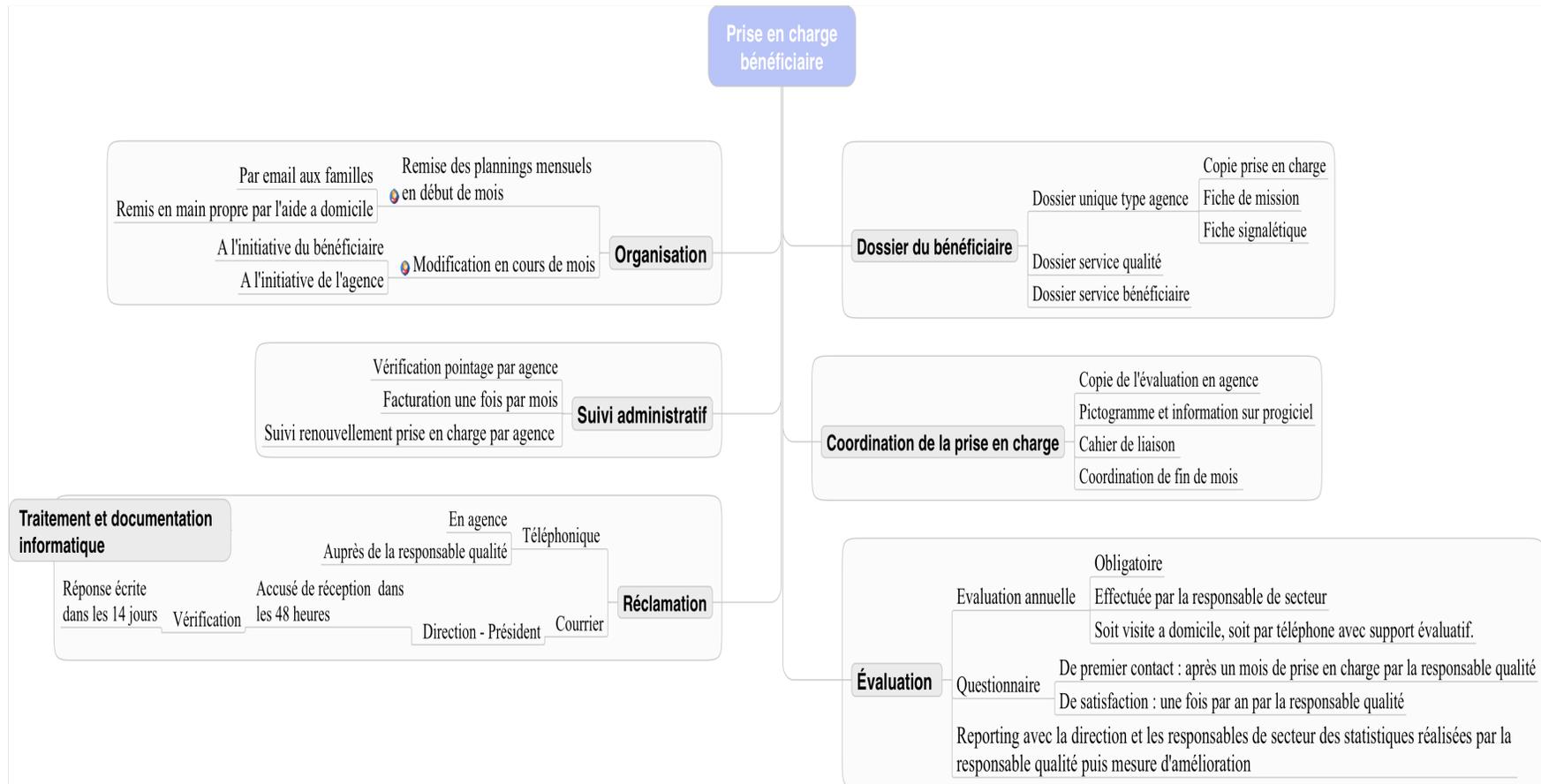
Notre organisation se veut résolument moderne et en pointe sur les questions du maintien à domicile. Ce sont ces objectifs qui motive et motiveront encore notre projet associatif pour les 5 années à venir.

II. Le guide de fonctionnement

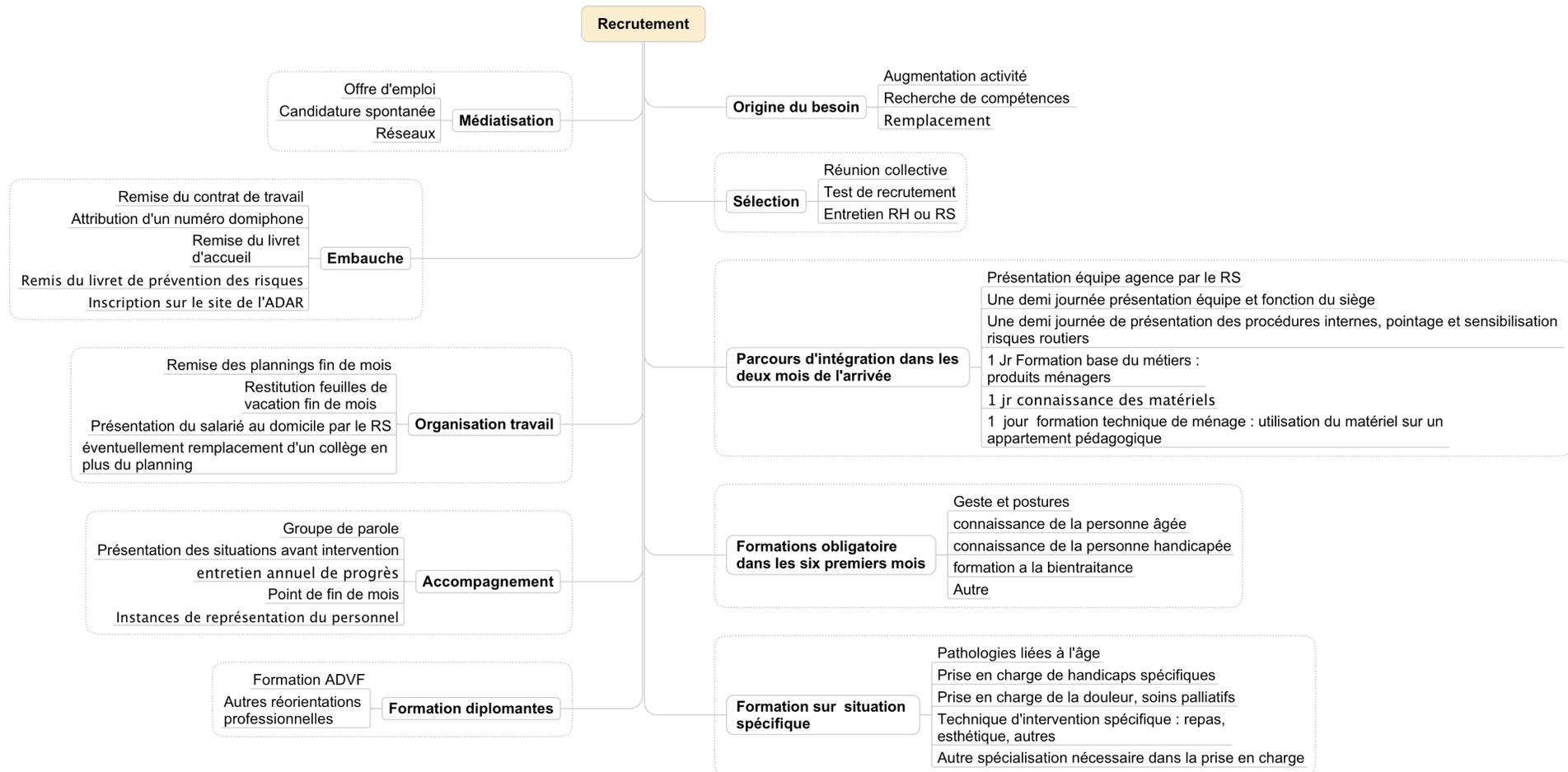
A – Protocole de prise en charge



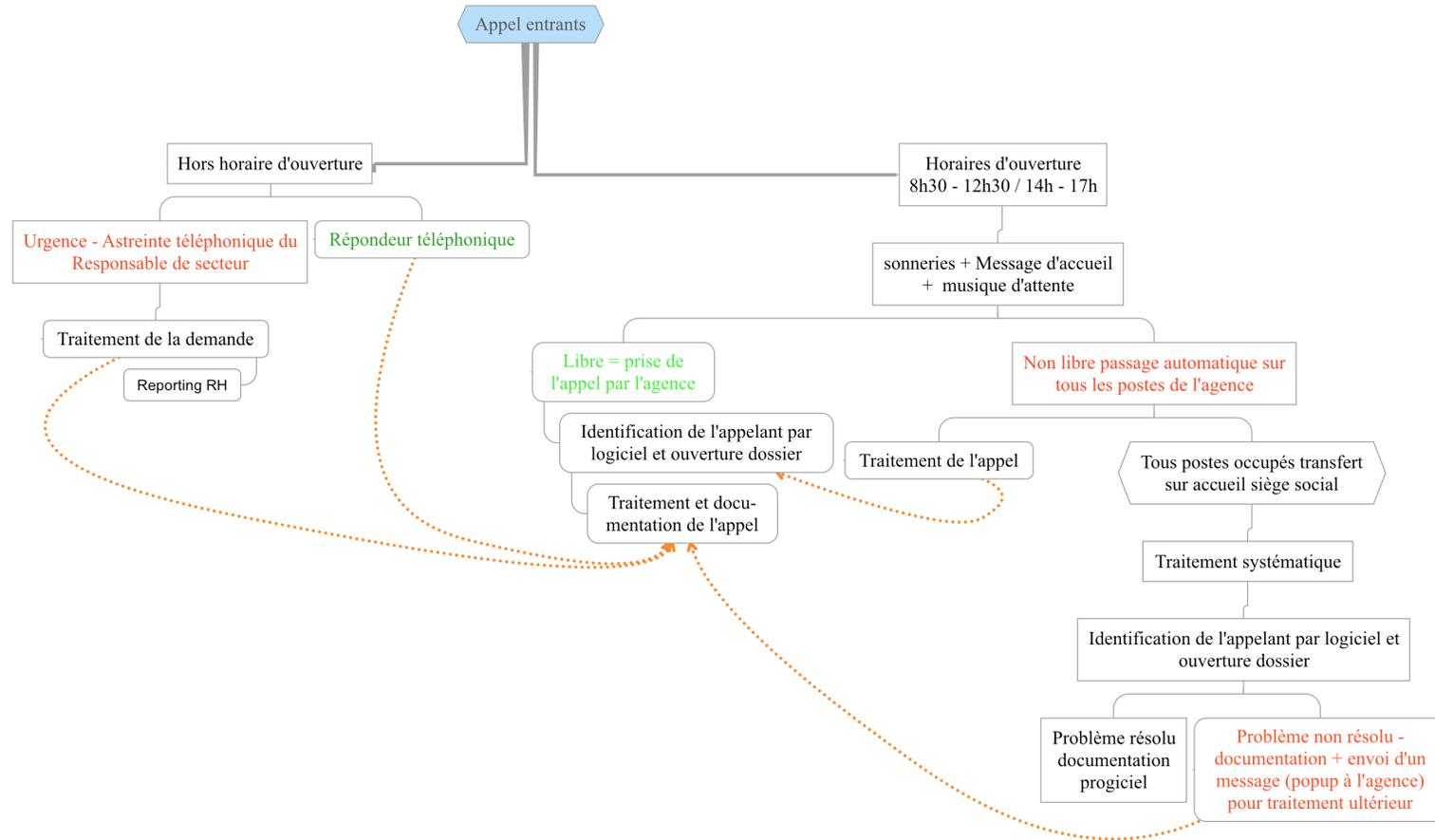
B Suivi de la prise en charge



C processus d'intégration et d'accompagnement du salarié

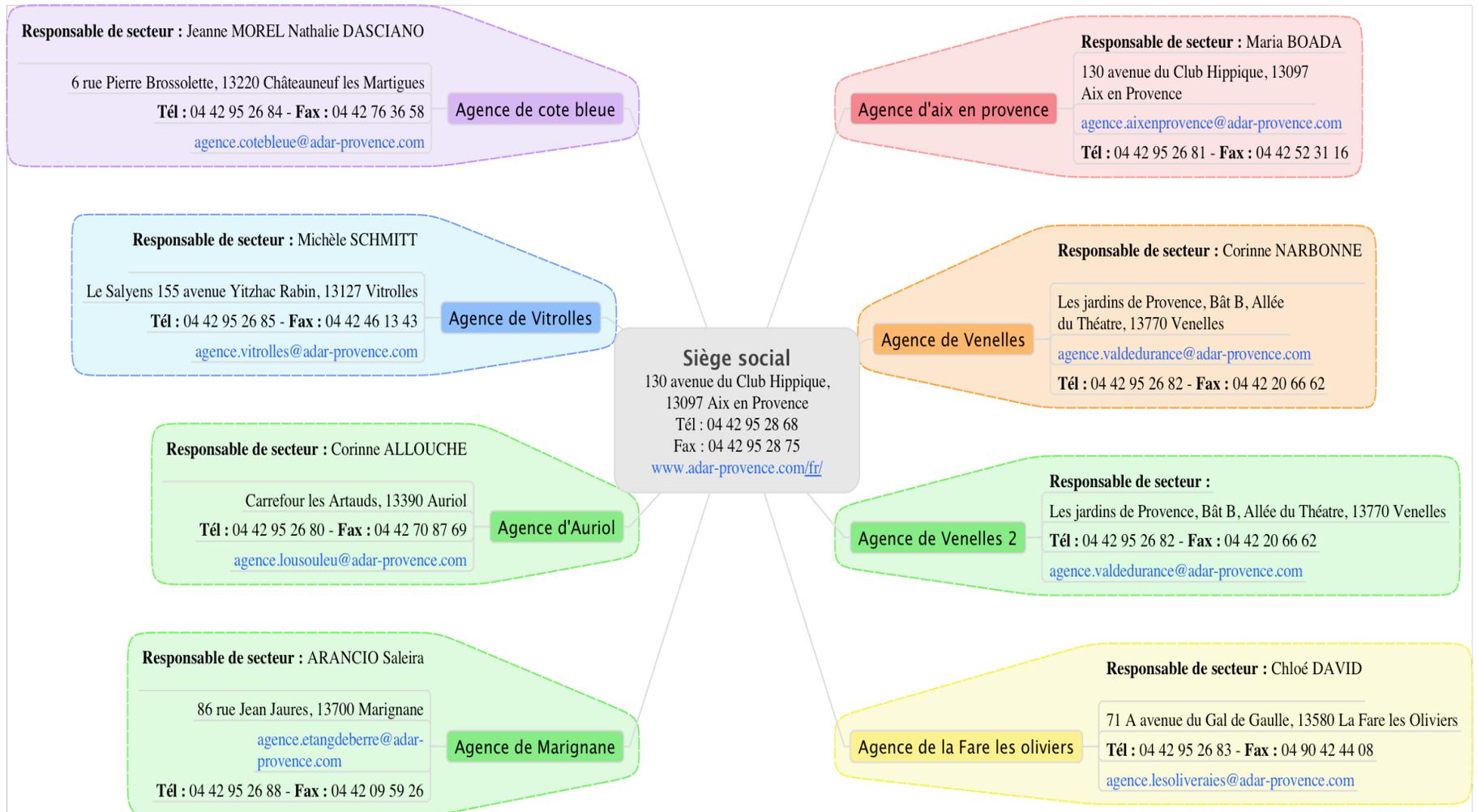


D processus téléphonique



III. Les annexes

ANNEXE 1: AGENCES - ETABLISSEMENTS SECONDAIRES



ANNEXE 2: COMPOSITION DES GROUPE DE TRAVAIL :

M Ayache Yves Président

M.Cabon Rémi Directeur

Les groupes se réuniront au maximum deux fois – Une séance de validation définitive sera organisée pour valider le document final.

	Le dossier Bénéficiaire	Public PA	Public PH	Organisation agence	Une référence conceptuelle : Le Care	
• RS	• C.Allouche • S.Roblin • V.Clément • G.Roche	• Alabert Béatrice • Ali Marie • Ferry Cendrine • Gascon Corinne • Potier Dorothee • Quijada Marie Chritine • Reig Véronique • Vicari Odette		Comité d'Entreprise	• Barral Joëlle • Fenol Géraldine • Feron Florence • Guedin Nadine • Letourneau Ghislaine • Lyonnet Patricia • Morais Rodriguez Isabelle • Barbier Catherine	• Agea Carole • Bichout Laurence • Dobrin Malvina • Gervasi Solange • Hebert Anne Marie • Nozal Corinne • Sanadji Nadia • Sérabian Marie Jeanne
• AS						
• Siège						
• AVS						
• AD						
• Autres						

ANNEXE 3: DETAIL 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 Joie de vivre	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 Assistan-ces
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 informati-que	Tous publics	Intervention sur les ques-tions de la maintenance informatique	

ANNEXE 4 : RECAPITULATIF DES DIFFERENTS SERVICES LIES A 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 (SISEP, 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 para-médical 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 Poly-valents 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 (SISEP, 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)
Tarifification	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

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.
AVS	L'auxiliaire de vie scolaire est une personne s'occupant de l'accompagnement, de la socialisation, de la sécurité et de la scolarisation d'enfants en situation de handicap, ou présentant un trouble de santé invalidant. Il peut suivre un élève en particulier (AVS-i : AVS individuel) ou être affecté à une école, un collège ou un lycée accueillant des élèves en situation de handicap (AVS-co : AVS collectif).
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):</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 adaptés 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