



**EHESP**

---

**Directeur d'Établissement Sanitaire,  
Social et Médico-Social**

Promotion : **2015 - 2016**

Date du Jury : **Décembre 2016**

---

**Quel modèle opérationnel pour favoriser  
le vieillissement en santé à domicile ?**

---

**Sarah GOURDINE**



« *Le vrai problème (...) c'est que nous avons trop bien appris à séparer. Il vaut mieux apprendre à relier. Relier, c'est-à-dire pas seulement établir bout à bout une connexion, mais établir une connexion qui se fasse en boucle.* » Edgar Morin, La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité, in Revue Internationale de Systémique, vol 9, N° 2, 1995



---

# Remerciements

---

Je remercie l'ensemble des professionnels qui m'ont accordé du temps d'échange sur ce sujet qui me tient à cœur.

Je citerai notamment :

- L'ensemble de l'équipe du Centre de Gérontologie les Abondances qui m'ont accueillie en leur sein pendant mon stage de professionnalisation de 8 mois, et particulièrement l'équipe de coordination du SSIAD rattaché à l'établissement ;
- Les dirigeants de Sénior Compagnie : Mme Rym Belkora (directrice financière réseau), M. Nicolas Hurtiger (dirigeant fondateur du réseau) et M. Stéphane Theil (dirigeant de l'agence de Boulogne-Billancourt) ;
- Les gestionnaires de SPASAD franciliens qui ont accepté de répondre à mes questions: Mesdames Christine Baron (Fondation Bellan, Paris XXème), Catherine de Brabois (Fondation Maison des Champs de St François d'Assise, Paris XIXème), Christine Claisse (AMSAV, Paris XVIIIème), Laure Depinarde et Martine DELMAS (AMADPA, Montgeron 91) ;
- La directrice du service Personnes Agées de la ville de Boulogne-Billancourt, Mme Constance Dondain ;
- L'équipe de l'EHESP, notamment M. Arnaud Campéon (sociologue chercheur) et Mme Alis Sopadzhiyan (politiste chercheuse), les personnes du service de documentation et M. Christophe Le Rat (animateur des ateliers mémoire).

Merci à mes proches, parents et amis, pour leur soutien indéfectible.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Le projet boulonnais offre l'occasion d'en apprendre plus sur les SPASAD et sur les modèles d'organisation intégrée.....	7
1.1 Deux services s'unissent pour «repenser le maintien à domicile».....	7
1.1.1 Le SSIAD, un service du Centre de Gérontologie Les Abondances .....	7
1.1.2 Le SAAD, entreprise privée de services à la personne, Senior Compagnie	10
1.1.3 Le désir partagé de coopérer pour mieux aider les aînés de Boulogne-Billancourt qui souhaitent continuer à vivre à leur domicile habituel.....	12
1.2 La réalité peu engageante des SPASAD à l'échelon national oblige à revisiter leur modèle.....	13
1.2.1 Né juste après la canicule de 2003, le dispositif SPASAD connaît un développement limité et son mode de financement est régulièrement critiqué .....	13
1.2.2 Son financement soumis à deux autorités tarifcatrices distinctes laisse supposer des organisations sur le terrain hétérogènes .....	15
1.2.3 L'expérimentation SPASAD intégré de 2016 : recherche intégrative ? ....	17
1.3 L'intégration offre au secteur socio-sanitaire une palette d'outils organisationnels répondant aux enjeux du vieillissement des populations .....	19
1.3.1 L'intégration, un modèle d'organisation de continuums de services basé sur une approche populationnelle et qui cherche sa place en France.....	19
1.3.2 Concept, certes plurivoque, mais aux contours bien apprivoisés.....	20
1.3.3 Facteurs clés de succès de l'intégration.....	22
2 Le projet boulonnais de constituer, en 3 semaines, un SPASAD intégré demeure inachevé.....	26
2.1 Se fondant sur l'appel à candidature (AAC) du 27 avril 2016, le CGA et SC s'astreignent à suivre un calendrier de travail précis.....	26
2.1.1 Les critères de l'AAC de l'ARS Île de France permettent de cadrer la réflexion... 26	
2.1.2 ... Et de se fixer un calendrier de travail .....	29
2.2 Au final, les efforts consentis n'ont pas mené au résultat escompté .....	29
2.2.1 Le croisement des données de leurs fichiers usagers respectifs permet aux porteurs du projet de caractériser leurs bénéficiaires communs.....	30
2.2.2 Le calendrier de travail réalisé est différent de celui initialement envisagé	31

2.3 Si leur désir de coopérer perdure, le CGA et SC peuvent vraiment capitaliser sur la réflexion initiée à l'occasion du projet .....	32
2.3.1 Le projet comporte encore de nombreux axes à mûrir .....	33
2.3.2 Plusieurs éléments contextuels ont joué en défaveur du projet .....	34
2.3.3 La principale conséquence : ne rien changer. ....	35
3 Les retours d'expérience de SPASAD existants donnent des pistes pour la construction d'une offre pertinente .....	37
3.1 Le dispositif est complexe et son efficience est conditionnée par des facteurs environnementaux, humains, technologiques et financiers .....	37
3.1.1 Les professionnels rencontrés sont des femmes exerçant en structure privée à but non lucratif .....	37
3.1.2 Si les SPASAD déploient des activités adaptées à leur territoire, ils possèdent néanmoins des composantes opérationnelles communes .....	38
3.1.3 Les processus internes qui font tout l'intérêt des SPASAD sont complexes et comportent des points critiques à maîtriser .....	41
3.2 Quelles étapes pour la mise en place un SPASAD intégré à Boulogne-Billancourt ? .....	43
3.2.1 Développer la vision, énoncer les principes du travail ensemble .....	44
3.2.2 Développer les outils et maîtriser les ressources du SPASAD intégré.....	47
3.2.3 Mesurer l'efficience du dispositif .....	48
Conclusion .....	51
Bibliographie .....	53
Table des illustrations .....	56
Liste des annexes .....	I



---

## Liste des sigles utilisés

---

AAC	Appel à candidature
AD	Aide à domicile
AMADPA	Association pour le maintien à domicile des personnes âgées
AMSAV	Aide médico-sociale aux vieillards du XVIIIème arrondissement
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
APA	Allocation personnalisée pour l'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ARSIF	Agence régionale de santé d'Île de France
AS	Aide-soignant
ATIH	Agence technique de l'information sur l'
AVS	Auxiliaire de vie sociale
CASA	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CC	Cour des comptes
CD	Conseil départemental
CES	Conseil économique et social
CESF	Conseiller en économie sociale et familiale
CGA	Centre de gérontologie Les Abondances
CSA	Contribution solidarité autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ETP	Equivalent Temps Plein
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	Fonds d'intervention régionale
FOSAD	Association « favoriser et organiser les soins et l'aide à domicile »
GIR	Groupe iso-ressources
GPSO	Grand Paris Seine Ouest (Communauté d'agglomérations)
HAD	Hospitalisation à domicile
IDE	Infirmier diplômé d'état
IDEC	Infirmier coordinateur
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances

INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, anciennement « maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer »
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PACE	Program of all-inclusive care for the elderly
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PARA	Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants
PRISMA	Projet et recherches sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie en France
SAAD	Service d'aide à domicile
SAP	Services à la personne
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

## Introduction

Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la loi<sup>1</sup> relative à l'adaptation de la société au vieillissement – dite loi vieillissement - se veut «porteuse d'un changement de regard sur la vieillesse<sup>2</sup>». Cette volonté affirmée de bascule paradigmatique se fonde sur les projections de l'INSEE qui augmentent d'un tiers la population des plus de 60 ans à horizon 2030. Aujourd'hui, environ 720 000 d'entre eux ont besoin de soutien à domicile. Dans 15 ans, ils pourraient être presque un million dans cette situation. Cette évolution laisse envisager une croissance proportionnelle du nombre de proches aidants, avec un double impact : sur le nombre de professionnels et services impliqués et sur les concours publics à la dépendance établis à 21,1 milliards d'euros pour l'année 2011<sup>3</sup>. En prévision de ces contraintes amenées à peser sur les ressources humaines, logistiques et financières dédiées au champ de l'autonomie, la nouvelle loi vieillissement souhaite lancer une dynamique de modernisation de l'organisation des services à domicile.

Cette modernisation concerne notamment le dispositif SPASAD, service polyvalent d'aide et de soins à domicile. En 2004, son décret<sup>4</sup> fondateur le définit comme un service qui assure les missions d'un SSIAD et les missions d'un SAAD. Il consiste donc en la prestation à domicile de services de soins infirmiers et d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne à destination de publics fragilisés par l'âge, la maladie ou des troubles fonctionnels. Ses missions correspondent bien à l'attente d'un nombre croissant de personnes âgées dans la plupart des territoires de santé. Or, en un peu plus de 10 ans, seule une centaine<sup>5</sup> de SPASAD a vu le jour. Ce dispositif souffre d'un déficit d'adoption. Les professionnels du secteur médico-social à domicile ne semblent pas parvenir à lui accoler un modèle économique, c'est-à-dire une façon d'agencer les ressources pour construire une offre qui crée et fournit un service répondant exactement au besoin de façon pérenne.

L'histoire des politiques publiques pour le maintien à domicile des aînés a été mouvementée. Depuis le rapport Laroque de 1962 et plus intensément au cours de la dernière décennie, il a fait l'objet de mesures diverses, même si, de l'avis de Bernard

---

<sup>1</sup> Loi n°2015-1776 promulguée le 28 décembre 2015

<sup>2</sup> Dossier de presse de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, janvier 2016, [www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr)

<sup>3</sup> Op. Cit. p4

<sup>4</sup> Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des SAAD et des SPASAD

<sup>5</sup> L'instruction n° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016 fait état d'un recensement de 94 SPASAD sur le territoire national à Septembre 2015

Ennuyer (2014), la redéfinition post-caniculaire<sup>6</sup> du projet autour du maintien à domicile des personnes âgées n'a pas eu lieu. Le plan Vieillesse et Solidarité 2004-2007 instaure un plan d'alerte et de veille pour les personnes âgées isolées, pérennise l'APA, augmente le nombre de places de SSIAD<sup>7</sup> et donne lieu à la loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées. Dans un contexte de décentralisation accrue, les organes locaux de la coordination gérontologique, les CLIC, initialement placés sous l'autorité conjointe de l'Etat et du département, sont placés sous la responsabilité unique des conseils généraux<sup>8</sup>. Et, au travers des mesures prises par les lois des 18 janvier et 26 juillet 2005 de programmation de cohésion sociale et de développement de services à la personne (SAP), ce sont les modèles organisationnels et économiques des services à domicile qui ont été revisités. Le rapport de la Cour des Comptes (CC) de 2005<sup>9</sup> sur les personnes âgées dépendantes énonce des recommandations visant à ajuster ces politiques. Il dénonce une réponse au vœu de la grande majorité des personnes âgées de rester à domicile qui n'est pas à la mesure du besoin, qui manque de globalité et de continuité, et enfin, qui est portée par un système financier hétérogène. Le Conseil Economique et Social (CES) préconise (avis de 2007) une distinction plus marquée entre services à domicile visant l'autonomie des aînés et ceux visant le confort des ménages. Le quinquennat 2007-2012 est marqué par le plan Solidarité – Grand Âge qui prévoit, lui aussi, de renforcer les SSIAD et les services à domicile. Dans son rapport public annuel de 2009 sur les suites de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, la CC déplore que ses « recommandations de 2005 apparaissent très peu suivies d'effets ». En 2010, elle parle de la politique en faveur des SAP comme d'une « action publique mal ciblée » qui atomise ce secteur d'activité et en donne une mauvaise lisibilité. De Février à Juin 2011, une consultation nationale sur la dépendance est menée. Ses conclusions n'aboutissent à aucune réforme substantielle en raison de prévisions de croissance démographique modérées pour les plus de 60 ans et de ressources financières contraintes (Ennuyer, 2014). Toutefois, deux expérimentations de terrain significatives d'accompagnement dans les parcours de vie ressortent de cette période, expérimentations sur lesquelles je reviens en détail plus loin dans ce mémoire: les MAIA en 2009<sup>10</sup> et les PAERPA, plus tard, en 2013<sup>11</sup>. L'année 2015, quant à elle, a vu le lancement du Plan national d'actions de prévention de la perte d'autonomie et de la

---

<sup>6</sup> En référence à la canicule de 2003 qui a causé en France 15000 décès de personnes âgées entre le 1er et le 20 Août, soit une mortalité multipliée par 2,5 sur la période.

<sup>7</sup> Rapport d'information n° 447 (2007-2008) de M. Alain VASSELLE et plusieurs de ses collègues, fait au nom de la mission commune d'information dépendance et déposé le 8 juillet 2008.

<sup>8</sup> Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

<sup>9</sup> Cour des comptes (2005). Les personnes âgées dépendantes, rapport public particulier.

<sup>10</sup> Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 puis circulaire d'application du 10 janvier 2013 relative à la création des MAIA

<sup>11</sup> Article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2013.

promulgation de la loi citée en début d'introduction qui lance une autre expérimentation de terrain, celle des SPASAD intégrés<sup>12</sup>.

La mise à l'agenda des SPASAD m'amène à interroger leur modèle opérationnel car si un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social assume le fonctionnement interne d'un établissement, il doit aussi lui donner une ouverture sur la ville et se soucier de ce qu'il advient des personnes une fois à leur domicile. Dans cet esprit, en tant qu'acteur socio-sanitaire local, il participe à la réflexion et à la construction d'une organisation cohérente des services sur le territoire, organisation qui, selon le Canadian Institute for Advanced Research, contribue à hauteur de 25% aux déterminants de santé de la population (Couturier et al., 2016). C'est en sens que se pose la question de la mise en œuvre concrète des SPASAD du point de vue des acteurs locaux.

Dans ce mémoire, l'angle de vue n'est pas centré sur les discours officiels (plans nationaux, etc), mais il est plutôt porté sur les pratiques des professionnels et les arrangements locaux qui permettent de constituer et de faire vivre un dispositif tel que le SPASAD. Il s'agit plus d'analyser l'action publique au niveau des usagers, des gestionnaires et des professionnels que de juger de la pertinence des politiques publiques car «dans un contexte de réforme, les transformations observées ne sont ni cohérentes d'un territoire à un autre ou d'une organisation à l'autre, ni en rupture complète avec ce qui précède» (Bloch et al., 2014).

Ainsi, parmi toutes les questions que cela pose, j'ai choisi d'isoler la suivante : **quel modèle organisationnel et économique permet de concevoir, dans un territoire donné, un SPASAD qui satisfasse, de façon pérenne, les besoins des personnes âgées dépendantes?**

Dès lors, les hypothèses suivantes ont orienté ma réflexion :

- La construction d'un modèle économique dans le secteur médico-social à domicile ne s'improvise pas mais est le fruit d'une réflexion stratégique comportant des axes précis, ainsi qu'on le ferait pour tout autre secteur d'activité économique;
- Un SPASAD n'est pas la simple association d'un SAAD et d'un SSIAD, comme peut le laisser sous-entendre sa définition réglementaire;
- La bonne volonté des acteurs de terrain ne suffit pas : leur volontarisme et leur stratégie d'organisation dépendent pour beaucoup des moyens financiers et des modes de tarification en place.

---

<sup>12</sup> Arrêté du 30 Décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile prévues à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Dès lors, ce document se propose de retracer le cadre historique, législatif et conceptuel des SPASAD au travers de l'étude d'un cas de création de ce type de service à Boulogne-Billancourt (I), puis, d'appréhender, par l'analyse des résultats de cette démarche, les enjeux et obstacles pour les établissements concernés (II). Enfin, les témoignages de gestionnaires SPASAD expérimentés nous éclairent quant aux prérequis et facteurs contributifs à la mise en œuvre d'un modèle opérationnel – c'est-à-dire organisationnel et économique - adapté (III).

**Tableau 1 : Méthodologie appliquée pour l'élaboration du présent mémoire**

### **A) Prise en compte de questionnements issus d'une expérience de terrain**

Incluse à l'équipe projet de constitution d'un SPASAD à Boulogne-Billancourt, j'ai tiré de cette expérience inachevée un grand nombre d'interrogations que j'ai désiré approfondir.

### **B) Mise en œuvre d'une enquête pour trouver des réponses**

#### **b.1. – Détermination des objectifs précis de l'enquête**

Après avoir recensé l'ensemble des questions que soulève l'expérience boulognaise, j'en ai déduit une problématique et j'ai posé des hypothèses visant à orienter mes recherches et ma réflexion.

#### **b.2. – Recherches bibliographiques et revue synthétique de littérature**

Afin de m'informer sur le domaine qui m'intéresse, je me suis rapprochée de chercheurs de l'EHESP. Au cours d'entretiens à propos de mon projet, ils m'ont suggéré un certain nombre de références. Elles m'ont permis d'élaborer une revue théorique synthétique.

#### **b.3. – Etude qualitative de retours d'expérience**

Pragmatique, j'ai souhaité compléter la littérature par des exemples issus du terrain.

##### **b.3.1. – Rédaction d'un guide d'entretien**

J'ai élaboré un guide d'entretien semi-directif. Il s'articule autour des principales composantes des modèles économiques issus des travaux d'Osterwalder et al. (2010) : les besoins, l'activité, les usagers, les modalités de relation avec les usagers, l'infrastructure, les ressources, les flux financiers. Il s'agit des thèmes que je souhaitais aborder lors des entretiens avec les différents répondants. L'introduction de l'entretien a été rédigée de telle sorte que l'interviewé soit informé du contexte dans lequel se déroule l'étude. Elle permet de lancer la discussion de façon spontanée sur le contexte général de son activité. En fin de grille, une question finale « souhaiteriez-vous ajouter autre chose ? » est prévue pour laisser l'interlocuteur s'exprimer sur le thème de son choix que celui-ci ait déjà été abordé ou non. (cf. annexe 11, guide d'entretien)

##### **b.3.2. – Echantillonnage des répondants**

Le profil de l'interviewé potentiel est défini comme étant « gestionnaire de SPASAD en Île de France », région où est menée l'expérimentation citée dans la partie A. Les coordonnées des structures cibles sont recueillies sur l'annuaire en ligne <http://annuaire.action-sociale.org/>. Une campagne de mailing est réalisée auprès de ces structures. Elle consiste en un premier message présentant le contexte et l'objectif de l'étude et sollicitant un entretien puis en un message de relance. Ainsi, l'échantillon à interviewer est constitué des personnes ayant donné une réponse favorable (cf. annexe 10, répertoire des personnes interrogées).

##### **b.3.3. – Collecte des informations**

L'ensemble des informations a été collecté dans le cadre d'entretiens semi-directifs de courte durée (moins de 60 minutes). Le répondant est invité à s'exprimer comme il le souhaite. Les thèmes du guide lui sont suggérés au moment opportun.

##### **b.3.4. - Analyse des discours**

Chaque entretien est ensuite retranscrit dans un tableau thématique pour faciliter la comparaison entre les points de vue des différentes personnes interrogées (cf. annexes 12 et 13, retranscription d'entretiens).





# **1 Le projet bouloonnais offre l'occasion d'en apprendre plus sur les SPASAD et sur les modèles d'organisation intégrée**

Le Centre de Gérontologie Les Abondances et Senior Compagnie, à Boulogne-Billancourt, envisagent de prendre part à l'expérimentation nationale des « SPASAD intégrés »<sup>13</sup>. La préparation de l'entrée dans cette expérimentation amène à approfondir notre connaissance des SPASAD ainsi que celle de la notion d'intégration qui recouvre un champ très large.

## **1.1 Deux services s'unissent pour «repenser le maintien à domicile»**

### **1.1.1 Le SSIAD, un service du Centre de Gérontologie Les Abondances**

#### ***L'établissement et son projet***

Créé en 1854, le Centre de Gérontologie Les Abondances (CGA) est un acteur majeur de la gérontologie à Boulogne-Billancourt dans les Hauts de Seine. Il assure différentes modalités d'accueil de personnes âgées malades et/ou dépendantes. Ces modalités sont d'une part de type sanitaire avec 110 lits de soins de longue durée (USLD), accueillant des patients poly-pathologiques et dépendants, 30 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR), 5 places d'hospitalisation de jour SSR et une unité d'évaluation et d'orientation gérontologiques (UEOG) réalisant plus de 350 consultations mémoire par an. Sur le même site géographique, la structure propose d'autre part une prise en charge médico-sociale via 120 lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) pour les résidents de l'EHPAD atteints par la maladie d'Alzheimer, 12 places d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie Alzheimer et troubles apparentés. De plus, le CGA répond aux besoins des aidants familiaux qui se trouvent en situation d'épuisement grâce à une plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants (PARA) naturels. Enfin, 190 places de service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) permettent d'assurer le suivi de patients âgés qui souhaitent continuer à vivre à leur domicile.

#### ***Le SSIAD***

Créé et géré initialement par le CCAS (centre communal d'action sociale) de la ville de Boulogne Billancourt, le SSIAD a su démontrer sa capacité à s'adapter depuis son rattachement au CGA en 2004 en répondant aux besoins croissants de la population

---

<sup>13</sup>Instruction n° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD prévue à l'article 49 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

âgée par des extensions successives. Il a connu tout d'abord une augmentation de capacité de plus de 165%, passant de 65 places en 2004 à 175 places fin 2010. Puis il a gagné 15 places de plus en 2013 dont 7 places pour adultes handicapés. Cette dernière autorisation a été aussi l'occasion d'étendre l'agrément territorial du SSIAD qui couvre désormais, outre Boulogne-Billancourt, 6 autres communes du centre des Hauts de Seine : Saint Cloud, Ville d'Avray, Garches, Marnes la Coquette, Suresnes, Vaucresson. , le territoire d'intervention du SSIAD correspond à une population de plus de 232 000 habitants répartis sur plus de 3000 hectares. Représenté sur la carte<sup>14</sup> ci-après (encadré violet), il comporte des zones communes avec le territoire de la filière gériatrique du 92.2 (rouge), celui de la communauté d'agglomérations Grand Paris Seine Ouest (GPSO, bleu), celui de la PARA des Abondances (noir) et celui de la MAIA 92 centre (marron) :

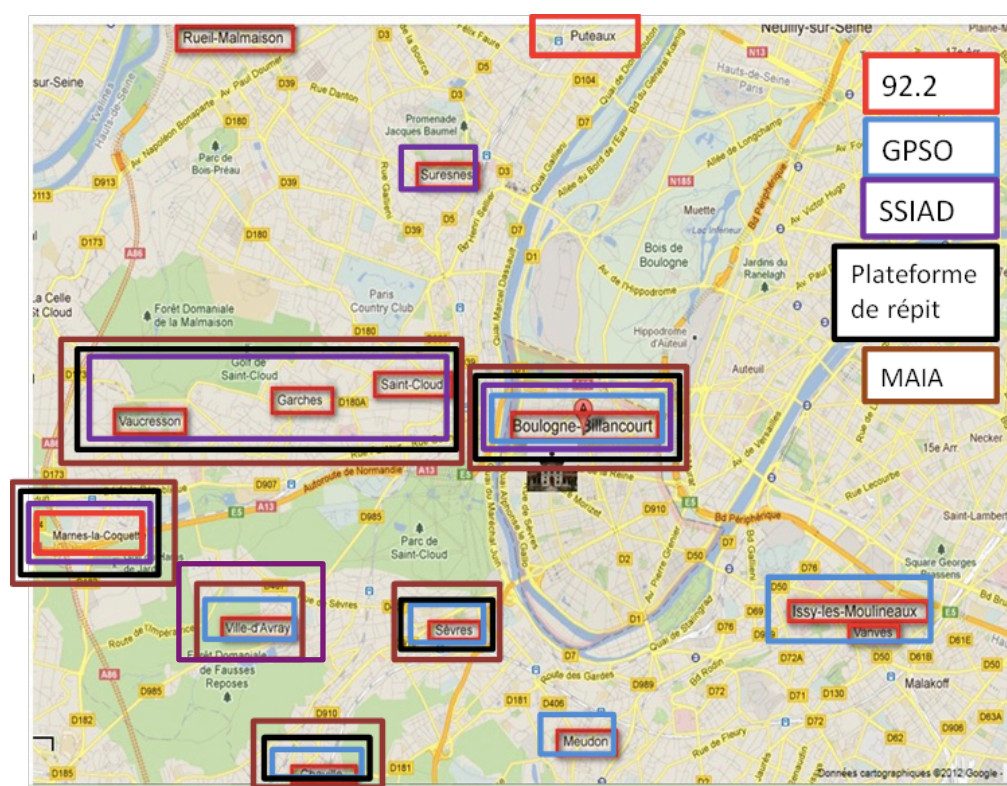


Figure 1 : Carte du territoire du SSIAD rattaché au C.G.A.

### ***Son champ d'action et les personnes qui en bénéficient***

Doté de locaux d'une surface de 165m<sup>2</sup>, le SSIAD est animé par une cellule de coordination dotée de 3 infirmières, dont 1 responsable, 2 infirmières coordinatrices (IDEC), et 2 secrétaires (1,6 ETP, équivalent temps plein). Cette cellule encadre une équipe de 10,4 ETP d'infirmiers (IDE), 30,9 ETP d'aides-soignants (AS) et d'auxiliaires médico-psychologiques (AMP). La gestion de son activité de soins infirmiers nécessite l'utilisation des logiciels Clepsydre pour la gestion du temps de travail et Apozem pour le

<sup>14</sup> Cette carte a été réalisée par le cadre supérieur médico-social du Centre de Gérontologie Les Abondances, Madame Soazic Broegg.

dossier patient. Son budget 2016 est estimé à environ 2,6 millions d'euros. Conformément à la loi du 2 janvier 2002, il promeut le droit des usagers en les plaçant au centre du dispositif.

Les statistiques de l'année 2015 montrent que les personnes accompagnées par le SSIAD sont majoritairement des personnes dont l'âge est compris entre 80 ans et 95 ans. (figure 2)

Sur l'année 2015, 83% des prises en charge durent entre 6 mois et 2 ans et l'on observe que 34% des patients ne bénéficient pas d'aide à domicile (figure 3). En revanche, 47% d'entre eux sont pris en charge par un SAAD et 17% sont employeurs d'une aide à domicile. Enfin 2% des patients pris en charge vivent dans un foyer (figure 4).

De plus, l'analyse des situations familiales des personnes prises en charge montre que la majorité d'entre elles vivent soit seules soit avec le conjoint seul (figure 5).

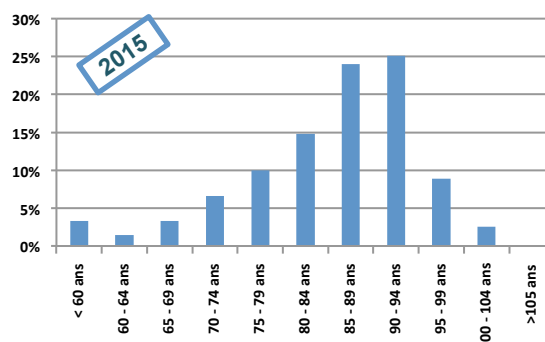


Figure 2 : Répartition des patients du SSIAD par tranche d'âge en 2015

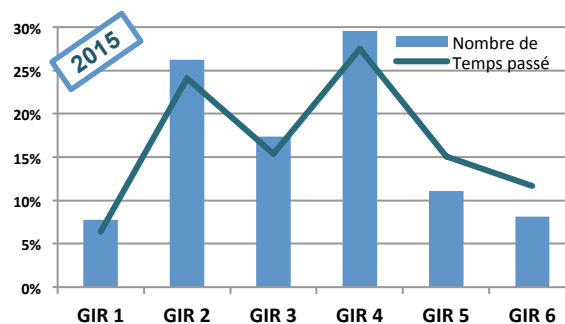


Figure 3 : Répartition des patients du SSIAD par degré d'autonomie (GIR) et par temps d'intervention au domicile en 2015

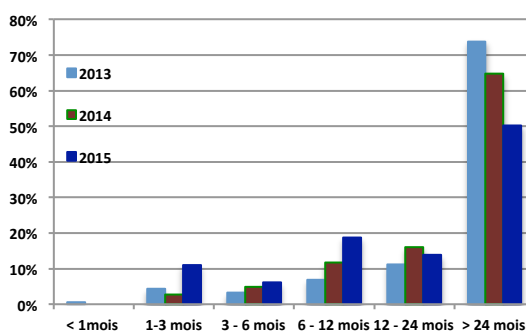


Figure 4 : Evolution des durées de prise en charge par le SSIAD entre 2013 et 2015

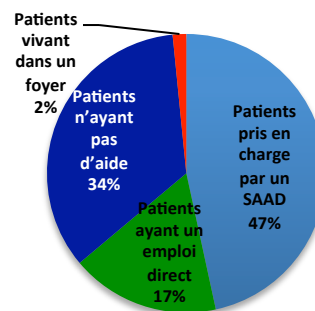


Figure 5 : Répartition des patients du SSIAD par type d'aide reçu en sus des interventions SSIAD en 2015

### 1.1.2 Le SAAD, entreprise privée de services à la personne, Senior Compagnie

#### *Le réseau national*

Créé en 2007, Senior Compagnie est un réseau national d'agences de services à la personne. C'est une société privée à but lucratif spécialisée dans le maintien et l'aide à domicile des personnes fragilisées, dépendantes et/ou en situation de handicap. Sur l'ensemble du territoire national, le réseau, constitué de 50 agences, accompagne à leur domicile plus de 2000 bénéficiaires de GIR 2 à 4. Par ailleurs, Senior Compagnie est fortement impliqué dans la prévention de la perte d'autonomie, la lutte contre l'isolement, l'aide au répit des aidants, la lutte contre la maltraitance et la sécurité au domicile. La société propose sur internet des ressources pour les aidants via le site « partager pour mieux vieillir » ([www.ppmv.fr](http://www.ppmv.fr)). Le réseau intervient sur l'ensemble du 92 (7 agences) ainsi que sur l'ensemble du 75 (6 agences). C'est l'agence de Boulogne-Billancourt qui sera partie prenante au projet aux côtés du SSIAD des Abondances.

#### *L'agence de Boulogne-Billancourt*

Située à moins d'un kilomètre du CGA, l'agence a été créée en 2010 sous la forme d'une société à responsabilité limitée (NOSA services SARL) franchisée du réseau national. Son territoire d'intervention est principalement la ville de Boulogne-Billancourt. Elle bénéficie d'une autorisation et est certifiée NF Services. Elle accompagne plus de 200 bénéficiaires dans la réalisation de leurs projets de vie en coordination avec les aidants, les assistantes sociales et les équipes médicales. Elle propose un service d'astreinte téléphonique disponible en dehors des heures d'ouverture de l'agence.

Total cumulé 2015	Assistance aux personnes âgées ou fragilisées	Assistance aux personnes handicapées	Entretien maison et travaux ménagers	Garde malade à l'exclusion des soins
Nb clients par mois	153	2	4	2
Nb prestations par mois	2791	24	19	7

Tableau 2 : Activité mensuelle de 2015 de l'agence Senior Compagnie de Boulogne-Billancourt (Nb de clients suivis et Nb de prestations réalisées)

Elle emploie en mode prestataire près de 70 intervenants (46 ETP) dont 10% d'hommes et 90% de femmes (chiffres avril 2016). Avec une équipe encadrante composée de 4 personnes (un directeur, un directeur adjoint et de deux responsables de secteur), son taux d'encadrement est élevé : 1 pour 11 ETP.

Selon son dirigeant, l'agence a toujours été rentable. Entre 2011 et 2015, elle enregistre une progression de son chiffre d'affaire de près de 183%, passant de 375 982 €HT en 2011 à 1 063 856 €HT en 2015.

### Les clients bénéficiaires d'aide à domicile

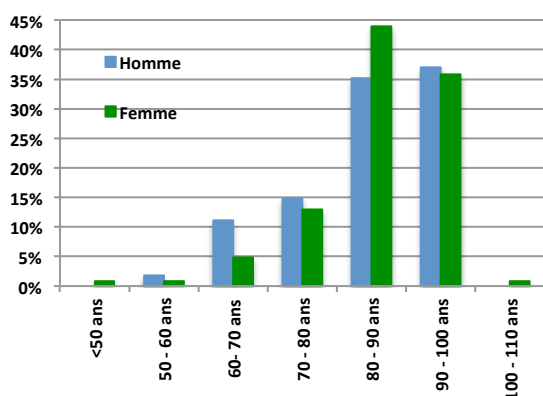


Figure 6 : Répartition des clients du SAAD par tranche d'âge et par sexe en 2015

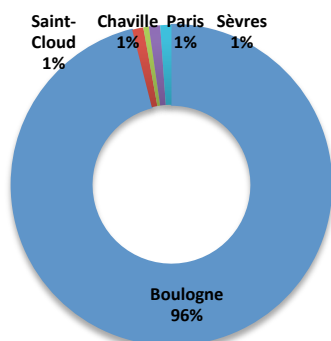


Figure 7 : Répartition des clients du SAAD par lieu d'habitation en 2015



Figure 8 : Répartition des clients du SAAD par genre (2015)

Sur l'année 2015, les clients de l'agence SC de Boulogne-Billancourt sont 31% d'hommes et 69% de femmes (Figure 8). 73% d'entre eux ont plus de 80 ans et c'est dans cette tranche d'âge que les femmes sont majoritaires (Figure 6).

Ils habitent à 96% à Boulogne-Billancourt répartis ainsi : 41% sur Boulogne Centre, 25% sur Boulogne Nord, 27% sur Boulogne Sud. En marge, certains bénéficiaires résident à Chaville, Saint-Cloud ou Sèvres (<5%) (Figure 7).

Durant cette même année, les dossiers suivis par l'équipe encadrante de l'agence du SAAD proviennent à 96% du CLIC de Boulogne-Billancourt, des services sociaux de centres hospitaliers et de l'équipe médico-sociale APA du conseil départemental des Hauts-de-Seine, à 3% de la plateforme des aidants de Boulogne-Billancourt (PARA) et les situations restantes proviennent de la plateforme «Bien être assistance» et du conseil départemental des Hauts-de-Seine.

*Nota : Basée à Clichy, la plateforme téléphonique Bien-Être Assistance informe et met en relation ses utilisateurs avec le réseau des services à la personne et de l'assistance.*

### **1.1.3 Le désir partagé de coopérer pour mieux aider les aînés de Boulogne-Billancourt qui souhaitent continuer à vivre à leur domicile habituel**

#### ***Pas d'habitude formelle de coopération entre les deux structures***

Pendant le temps que j'ai passé auprès des équipes, SSIAD et SAAD n'ont pas mentionné d'activité commune. Cependant, étant membres d'un même territoire et agissant auprès de la même population, il peut leur arriver de se rencontrer lors de réunions d'échelon municipal ou territorial comme les réunions du CLIC de Boulogne-Billancourt ou les tables tactiques de la MAIA 92 Centre.

Toutefois, une convention de partenariat a été signée par le CGA et l'agence Senior Compagnie, pour la mise en œuvre de relais de l'aidant à domicile dans le cadre de la PARA du CGA. Le coordinateur de la PARA se dit très satisfait de ce partenariat. Au sein de ce dernier, le positionnement de SC reste cependant celui d'un prestataire dont le client est le CGA. On ne peut pas vraiment parler d'une action conjointe, dans le sens où le CGA paie un service qu'il commande à SC. C'est donc une relation client-fournisseur et non une relation d'associés.

#### ***Le projet envisagé***

Les dirigeants du CGA et de SC ont souhaité saisir l'opportunité de l'expérimentation citée en introduction et relative aux SPASAD intégrés pour renforcer leurs liens. Ils partagent une vision commune des objectifs de ce projet. Ils y voient un vecteur de simplification de l'environnement pour le bénéficiaire, de renforcement de la complémentarité SSIAD et SAAD, de décloisonnement entre le social, le sanitaire et le médico-social et de développement des compétences des intervenants à domicile. Ils décident donc de concevoir un projet pilote autour de la trentaine d'utilisateurs qu'ils ont en commun comme réponse à l'appel à candidature lancé le 27 avril 2016 par l'ARS d'Île de France. La démarche qu'ils ont mise en œuvre, les réflexions qui ont été menées ainsi que les résultats obtenus sont décrits dans la partie 2 du présent mémoire. Le contexte politique et législatif de l'expérimentation nationale et des appels à candidature régionaux est explicité dans la partie 1.2.3. Mais au préalable, intéressons-nous aux SPASAD, à leur création et leurs modalités de tarification.

## **1.2 La réalité peu engageante des SPASAD à l'échelon national oblige à revisiter leur modèle**

### **1.2.1 Né juste après la canicule de 2003, le dispositif SPASAD connaît un développement limité et son mode de financement est régulièrement critiqué**

La dramatique canicule de l'été 2003 a remis au goût du jour les conclusions du rapport Laroque de 1962. En découle le plan Vieillesse et Solidarité 2004-2007 qui pérennise le dispositif de l'APA par la stabilisation de la contribution de l'Etat aux départements et qui soutient le maintien à domicile par l'augmentation du nombre de places de SSIAD, la création de mesures incitatives en faveur de l'adaptation des logements et de l'accompagnement des aidants familiaux.

Dès le 25 juin 2004, un décret codifié à l'article D. 312-7 du code de l'action sociale et des familles crée les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Ces services assurent à la fois les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Ainsi, ils offrent des soins de santé assortis d'un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne aux personnes fragiles à leur domicile.

L'année 2005 est une année charnière du secteur d'activité des services à la personne avec la loi n° 2005-32 de cohésion sociale (janvier 2005) qui en développe les ressources. Toutefois les mesures prises par cette loi ont été vivement critiquées tant par l'avis rendu en 2007 par le CES sur le développement des services à la personne que par le rapport annuel de 2010 de la CC dans son sous-chapitre sur la politique en faveur des services à la personne, critiques qui sont citées en introduction.

S'ensuit le plan solidarité grand âge 2008 – 2012 qui ambitionne d'augmenter de 40% en 5 ans le nombre de places de SSIAD pour se conformer aux préconisations du rapport « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » du Centre d'Analyse Stratégique. Il prévoit aussi de revaloriser la nomenclature des actes infirmiers, notamment pour les plus complexes. Le rapport Vasselle, « construire le 5<sup>ème</sup> risque », souligne également l'importance de revaloriser les aides relatives au maintien à domicile des personnes âgées. Concrètement, ces différents plans et rapports ont abouti à une augmentation des places de SSIAD de 67% passant de 71 194 places en 2003 à 119095 places en 2015<sup>15</sup> et à une transformation du secteur des services à la personne en véritable gisement d'emplois<sup>16</sup> Et les SPASAD ? Quelle évolution ont-ils connu depuis leur création en 2004?

---

<sup>15</sup> Source CNSA : <http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service-loffre-medico-sociale/les-creations-de-places/les-bilans-des-plans>

<sup>16</sup> Source FESP (Fédération du service aux particuliers) : [http://www.fesp.fr/sites/default/files/etude\\_sap\\_\\_wyman\\_fesp\\_2013.pdf](http://www.fesp.fr/sites/default/files/etude_sap__wyman_fesp_2013.pdf)

Un rapport d'enquête de la CC<sup>17</sup> publié en 2014 montre que, bien que les SPASAD proposent une prise en charge intégrée des bénéficiaires d'aide à domicile, leur modèle de financement est fragile et leur évaluation est pour l'instant impossible à réaliser. A ce sujet, il déclare : « Les SSIAD font en effet l'objet d'une tarification par les ARS et les SAAD par les départements. Le pilotage de la structure est ainsi rendu complexe par l'existence de deux autorités tarifcatrices concomitantes. De même, le regroupement des aides à domicile et des personnels de soins dans un même service oblige à une coordination des intervenants à domicile. Les frais occasionnés par ces besoins supplémentaires ne sont que très peu pris en compte par les autorités tarifcatrices. A cela s'ajoute l'absence de fongibilité entre les enveloppes définies par les autorités tarifcatrices. Ces raisons expliquent pourquoi ils sont si peu nombreux. Difficilement catégorisés dans les statistiques, les SPASAD ne sont pas dénombrés de manière exacte. Alors que la DREES en comptait 47 en 2008, les dernières estimations varient entre 80 et 100. ». Dans la même veine, l'instruction ministérielle<sup>18</sup> de mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD intégrés dresse ce bilan : « Plus de 10 ans après leur création, on constate un faible développement de ces structures (94 SPASAD au mois de septembre 2015) et leur répartition inégale sur le territoire alors même qu'ils sont particulièrement adaptés pour favoriser le maintien à domicile dans de bonnes conditions le plus longtemps possible. ». Un autre rapport CC de 2016<sup>19</sup>, se fondant sur les bases de données FINESS, fait état, lui, de 91 SPASAD sur l'ensemble du territoire et réitère le constat de difficultés de mise en œuvre liées au mode de tarification et ajoute à cela les contraintes de gestion de ressources humaines soumises à des conventions collectives différentes, selon qu'elles relèvent du soin ou de l'aide.

Ainsi, des freins majeurs à la mise en œuvre du dispositif par les acteurs de terrain, la tarification du dispositif SPASAD est un élément incontournable.

---

<sup>17</sup> Cour des Comptes (Juillet 2014). Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Enquête demandée par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée Nationale.

<sup>18</sup> Instruction n° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD prévue à l'article 49 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

<sup>19</sup> Cour des Comptes (Juillet 2016). Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler. Rapport public thématique.



## 1.2.2 Son financement soumis à deux autorités tarifcatrices distinctes laisse supposer des organisations sur le terrain hétérogènes

### Les 3 sources de revenu des SPASAD

Afin de dépeindre le mode de financement du dispositif SPASAD, je reprends ci-dessous le schéma que j'ai présenté le 12 avril 2016 aux porteurs du projet boulonnais lors de la première rencontre, l'ensemble de cette présentation est placé en annexe 3 :

Source	Objet / Nature de l'enveloppe	
Agence régionale de santé	Pour financer les activités de <b>soins</b> et les activités de coordination	
	<b>Dotation Globale de Soins</b> Art. R. 314-105 et R. 314-138 CASF	
Conseil départemental	Pour financer les actions d' <b>aide</b> et d'accompagnement à domicile	
	<b>Tarifs horaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fixés annuellement par un arrêté du PCD (Art. R. 314-3, R. 314-30, R. 314-34, R. 314-132 et R. 314-133 CASF)</li> <li>Ou fixés librement (Art L. 347-1 CASF)</li> </ul>	<b>OU Forfait global</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cadre : APA/ PCH</li> <li>En fonction des missions du SPASAD</li> </ul>
Conférence des financeurs (créée par la loi vieillesse 2016)	Pour financer les actions de <b>prévention</b>	
	<b>Financements complémentaires</b> Art. L 233-1 CASF	

**Tableau 3 : La construction budgétaire des SPASAD**

Les SPASAD disposent de 3 sources de revenu simultanées. La première source de financement vient de l'Etat, via les ARS. C'est la dotation globale de soins qui est définie par les mêmes textes réglementaires que celle des SSIAD. Elle est fixée annuellement en fonction des indicateurs sociaux et médico-sociaux que les SSIAD envoient aux ARS, faisant état des caractéristiques des services et des personnes prises en charge. De plus, le nombre de places sur lequel un SPASAD peut intervenir pour des soins infirmiers est soumis à autorisation de l'ARS sur le même mode qu'un SSIAD.

Le deuxième volet du budget du SPASAD est versé par le Conseil Départemental en paiement des prestations de service d'aide et d'accompagnement réalisées. Pour cette activité, il n'y a pas de limite en termes de nombre de places autorisées; le SPASAD réalise autant de prestations que de demandes. Le financement est délivré selon des modalités optionnelles. Selon le choix du gestionnaire il peut prendre la forme d'un forfait global, de tarifs horaires libres ou de tarifs horaires arrêtés par la tutelle départementale. Dans tous les cas, il est versé après déclaration du nombre d'heures de prestations réalisées.

La troisième partie du budget a été instaurée par la nouvelle loi vieillissement de 2016. Elle est délivrée pour financer les actions de prévention réalisées au domicile des personnes prises en charge. C'est la conférence des financeurs qui la verse.

### ***Les usagers, que paient-ils ?***

Les prestations de soins infirmiers à domicile font l'objet d'une prescription médicale et sont intégralement prises en charge par l'assurance maladie et/ou la mutuelle des personnes. En revanche, les prestations d'aide à domicile sont à la charge du bénéficiaire déduction faite de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002, cette allocation a été créée par la loi de juillet 2001 relative à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. La nouvelle loi vieillissement 2016 en lance l'acte II. C'est une prestation individualisée en nature visant à couvrir une prise en charge adaptée pour les personnes incapables d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie. Pour les 715180 bénéficiaires<sup>20</sup> qui vivent à domicile, son montant est défini par un barème national spécifique. Le détail des calculs est explicité en annexe 4. Le montant alloué à un individu donné ne peut excéder mensuellement les montants suivants :

<b>GIR</b>	<b>Montant mensuel maximum</b>
GIR 1	<b>1713,08 €</b>
GIR 2	<b>1375,54 €</b>
GIR 3	<b>993,88 €</b>
GIR 4	<b>662,95 €</b>

**Tableau 4: Plafonds de l'APA à domicile au 1er mars 2016**

Les personnes dont les revenus mensuels sont inférieurs à 800€ sont éligibles à ces maxima. Pour les autres, le niveau d'APA est défini en fonction du plan d'aide et un reste à charge leur est appliqué. Elle peut être versée directement au SPASAD intervenant chez la personne. L'âge moyen de première demande d'APA est 83 ans.

### ***Implication du mode de financement dans les stratégies de terrain***

Comme la CC l'a souligné plus haut, malgré l'intérêt pour les populations vulnérables vivant à domicile, la mise en œuvre des SPASAD est entravée par un financement trop complexe. En effet, les organisations ne s'imposent pas de l'extérieur aux acteurs. Construites par ces derniers, elles n'ont pas d'existence indépendamment d'eux. Or, la rationalité des individus étant limitée par le temps et les moyens dont ils disposent, ils se contenteront, souvent, de poursuivre un objectif de satisfaction (Crozier et al., 1977). Ainsi, les contraintes modales de financement évoquées plus haut constituent un facteur

---

<sup>20</sup> Source : DREES, enquête « Aide sociale » 2013 ; champ : France métropolitaine.

limitant dans la mise en place d'un SPASAD, comme nous le verrons dans la partie 3 à travers le témoignage de gestionnaires de SPASAD.

### 1.2.3 L'expérimentation SPASAD intégré de 2016 : recherche intégrative ?

#### *L'exemple de l'expérimentation PAERPA*

En mai 2013, l'expérimentation PAERPA a débuté en France visant une meilleure maîtrise des parcours des Personnes Ages En Risque de Perte d'Autonomie.

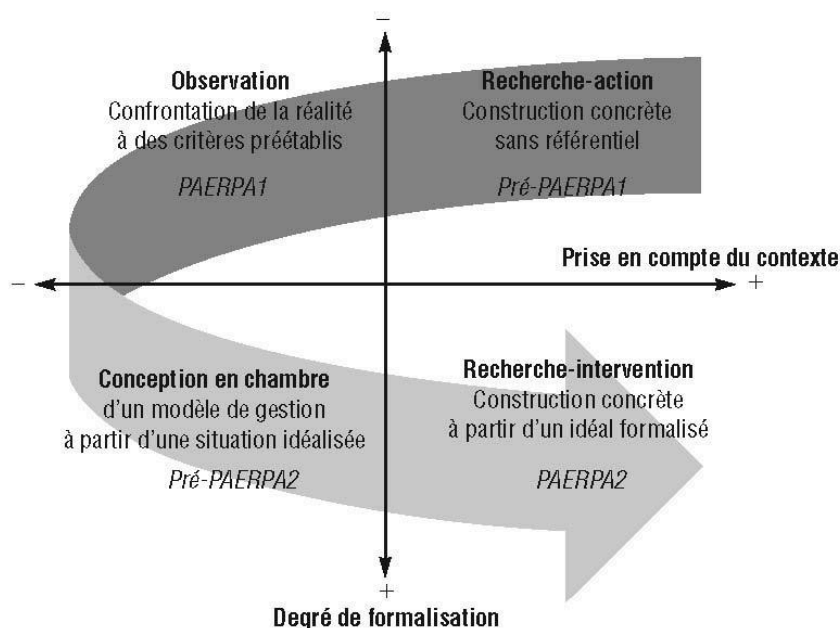


Figure 9 : Les quatre étapes de l'expérimentation PAERPA d'après David, 2008 (source: Bloch et al., 2014)

Bloch et al. (2014) mettent en évidence quatre étapes types de la mise en œuvre de ce type d'expérimentation par le croisement de deux variables : le degré de formalisation et le degré de prise en compte du contexte.

La première étape, peu formelle, consiste à lancer un appel à candidature invitant des acteurs de terrain à entrer dans l'expérimentation. Le délai de réponse est court et aucun référentiel n'est fourni. Les structures sont supposées proposer une construction. Lors de la deuxième étape, elles font l'objet d'une observation par la HAS<sup>21</sup>. Puis, en troisième lieu, le comité national de pilotage de l'expérimentation élabore un cahier des charges précis décrivant l'organisation souhaitée. Ce travail se base sur les observations préalables mais se déroule loin du terrain. Il s'agit de modéliser une organisation idéale. Enfin, la quatrième étape est un appel à candidature pour une expérimentation de cinq ans basée sur le cahier des charges très détaillé fourni par le comité national. La durée totale des trois premières étapes est courte, moins de six mois. Bloch et al. proposent

<sup>21</sup> La haute autorité de santé

d'appeler ce type d'expérimentation « innovation intégrative » car « elle intègre les expérimentations précédentes, les retours d'expérience au fur et à mesure qu'ils émergent et parce qu'elle permet de reconnaître les étapes parcourues nécessaires dans la construction du dispositif final ». Dans le cas des SPASAD, l'appel à candidature de 2016 ressemble fort à une première étape de ce type d'innovation, mais c'est la suite qui nous le confirmera.

### ***Le contexte législatif et le contenu***

Afin d'inciter au développement des SPASAD, la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement inscrit à l'agenda la refondation de l'aide à domicile. Dans son article 49, la loi prévoit ainsi la possibilité pour les SPASAD d'expérimenter un « modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement » avec l'accord conjoint du Président du conseil départemental (CD) et du Directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

Cette expérimentation s'appuie sur le cahier des charges défini par l'arrêté du 30 décembre 2015 précisant les critères d'éligibilité à l'expérimentation, les missions des services éligibles, les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement, la conclusion d'un CPOM et le financement.

Dans l'appel à candidature subséquent lancé le 27 avril 2016 par l'ARS de l'Île de France, la notion de « service intégré » apparaît 36 fois en 10 pages. Cet appel porte la dénomination d'« expérimentation de SPASAD intégrés ». Le corps du texte rappelle, de surcroît, que la loi vieillissement « prévoit la refondation de l'aide à domicile (...) au travers d'une expérimentation visant à renforcer l'intégration des services ». Cette idée d'« intégration » suppose une nouvelle dynamique partenariale, que nous nous proposons d'interroger ci-après avec un peu de littérature.

### **1.3 L'intégration offre au secteur socio-sanitaire une palette d'outils organisationnels répondant aux enjeux du vieillissement des populations**

#### **1.3.1 L'intégration, un modèle d'organisation de continuums de services basé sur une approche populationnelle et qui cherche sa place en France**

Le concept de « services sanitaires et médico-sociaux intégrés » est né outre-Atlantique à la fin des années 1990. A cette époque, dans un contexte de diminution des ressources, soignants et décideurs politiques<sup>22</sup> américains sont soucieux de maintenir, sur leur territoire, la qualité des soins aux personnes âgées dont la population croît. Ils développent le programme PACE, Program of All-Inclusive Care for the Elderly<sup>23</sup> (Eng et al., 1997) qui propose un modèle basé sur une offre globale de services sanitaires et sociaux assortie d'une coordination efficiente des prestations et d'un mode de financement intégré (cf. annexe 5). Ce programme est issu d'une initiative locale des années 1980 de la communauté chinoise vivant à San Francisco pour éviter le placement de leurs aînés dans des institutions pour personnes âgées<sup>24</sup>. Il s'agit avant tout d'un modèle innovant d'organisation c'est-à-dire d'une façon nouvelle de structurer moyens et acteurs en vue de l'atteinte d'objectifs, ici, garantir une prise en charge et un accompagnement à domicile de qualité.

L'enjeu va au-delà de la qualité technique des soins apportés. En effet, ces populations vulnérabilisées par l'âge nécessitent une prise en charge globale conçue sur leur parcours de vie, notion qui suppose de raisonner sur toutes les dimensions de la situation singulière de la personne et non seulement sur son état de santé (Bloch et al., 2014). La CNSA la définit comme suit : « La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie: personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Elle repose sur le vécu de la personne dans son environnement et interroge donc les politiques publiques dans de nombreux domaines (santé mais aussi éducation, formation, justice, protection de l'enfance et des majeurs, accessibilité, logement, emploi, etc.) et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement qui leur sont offertes (soins, accompagnement social et médico-social, ressources...) »<sup>25</sup>. Cela signifie

---

<sup>22</sup> Le Deficit Reduction Act (DRA) voté par le Congrès en 2005 prévoit l'extension du programme PACE

<sup>23</sup> Programme de soin et d'aide « tout compris » pour les personnes âgées

<sup>24</sup> PACE, in your community, understanding PACE operating experience and the critical success factors disponible à <http://www.npaonline.org/sites/default/files/PDFs/PACE%20Critical%20Success%20Factors%20White%20Paper.pdf>

<sup>25</sup> Chapitre prospectif du rapport d'activité 2012 de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie)

qu'une approche populationnelle basée sur « une analyse rigoureuse des besoins exprimés et non exprimés de la [population cible et des communautés] vivant sur un territoire géographiquement défini » (Couturier, 2016) est nécessaire à la mise en place d'un continuum de services. Couturier et al. voient ce continuum comme « une structure cohérente, stable et prévisible de services articulant toutes les stratégies d'intervention requises à un segment de la population, de la promotion de la santé et la prévention, en passant par le traitement ou la réadaptation ». Ils distinguent comme suit les étapes de sa conception :

<b>Population et problématique</b>	<b>Pour qui</b> ( <i>population ou groupes spécifiques</i> ) et <b>pourquoi</b> ( <i>pour répondre à quels besoins, exprimés ou non</i> ) les services se planifient, s'organisent et se coordonnent-ils ?
<b>Partenariat et partenaires</b>	<b>Avec qui</b> planifie-t-on et organise-t-on les services et se coordonne-t-on ?
<b>Processus d'intégration des services</b>	<b>Comment</b> les services se planifient, s'organisent et se coordonnent-ils ?

Tableau 5 : Les trois P de la conception d'un continuum de services, Couturier et al., 2016

En France, la fragmentation des systèmes d'aide et de soins aux personnes âgées rend difficile leur coordination (Henrard et al., 2003). Les difficultés rencontrées ont fait l'objet de nombreux rapports que Bloch et al. ont synthétisés dans le tableau reporté en annexe 6. Il révèle que pour l'heure, la coordination de l'aide et du soin est essentiellement informelle, personne-dépendante, reposant souvent sur un/des travailleur(s) social(aux) voire l'entourage de la personne prise en charge. Le concept d'intégration est publicisé tardivement en France. On le cite pour la première fois dans le plan national Alzheimer 2008-2012 (Somme, 2013). La coordination peine à se transformer en processus intégré aux multiples démarches professionnelles et institutionnelles. Cela est, en grande partie, dû au fait que la notion d'intégration est sujette à de nombreuses interprétations, qu'elle est appréciée de manière plurivoque, qu'elle porte en un seul vocable une diversité de pratiques, d'expériences et d'objectifs (Amyot 2010).

### 1.3.2 Concept, certes plurivoque, mais aux contours bien apprivoisés

Comme évoqué plus haut, le développement de soins intégrés a été une stratégie clé des réformes des systèmes de santé dans plusieurs pays développés dans les années 2000. Malgré son importance, la nature polymorphe du concept ainsi que son évolutivité, son manque de spécificité et de clarté en empêchent la compréhension systématique, la mise en œuvre aisée et l'évaluation pertinente. Chacun s'approprie le concept en fonction de sa position dans le système socio-sanitaire.

Ci-dessous, la société française de gériatrie et gérontologie a listé dans un tableau unique un florilège des définitions que des auteurs en fonction du contexte de leur pays ont choisi pour l'intégration.

**Prise de position de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie sur le concept d'intégration : Résumé**

Articles	Les définitions de l'intégration
Leutz 1999 Milbank Quartely <sup>(3)</sup>	Chercher à interconnecter le système de santé (aigu, première ligne médicale, et spécialisée) avec les autres systèmes de services (ie soins de long terme, éducation et professionnel, et services d'aide à domicile) en vue d'améliorer le devenir (clinique, de satisfaction ou d'efficience). Les populations qui pourraient bénéficier de l'intégration sont les personnes qui ont des handicaps physiques, de développement ou cognitifs – souvent associées à des maladies ou des troubles chroniques. L'intégration peut se produire au niveau des politiques publiques, des finances, de la direction des services et au niveau clinique. Les moyens de l'intégration incluent le partage de la planification, de la formation, de la prise de décision, des instruments, des systèmes d'information, du budget, des processus de repérage et de référence, de la répartition des allocations, de l'offre de services, du monitoring et des retours d'information.
Kodner, 2000 IJIC <sup>(1)</sup>	Nous définissons les services intégrés comme un ensemble de techniques et modèle d'organisation, conçus pour créer de la connectivité, de l'alignement et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs du soins et de l'aide au niveau des finances, de l'administration et de la délivrance. Les objectifs sont d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie, la satisfaction, l'efficience du système pour les personnes ayant des problèmes complexes relevant de différents secteurs et pourvoyeurs.
Vaarama, 2006 <sup>(15)</sup>	L'intégration des services consiste dans un ensemble bien équilibré de négociation, régulation et incitatif afin d'amener les partenaires à la coordination, la coopération et le consensus dans un système de santé bien organisé que les personnes perçoivent comme continu, complet, flexible et réactif aux changements de leurs besoins.
Demers 2005 <sup>(14)</sup>	L'intégration se produit lorsqu'une gamme complète de services est coordonnée de façon à ce que chaque usager reçoive "le bon service, au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne" sans qu'il soit laissé à lui-même pour obtenir le service. La coordination renvoie aux mécanismes qu'il faut créer et aux actions qu'il faut déployer pour que l'intégration se réalise. La continuité "c'est la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps".
Contandriopoulos 2001 <sup>(16)</sup>	L'intégration est le processus qui consiste à établir une interdépendance plus étroite entre les parties d'un être vivant ou entre les membres d'une société (Le Robert, 1998). En d'autres termes, l'intégration est le processus qui permet de resserrer les liens entre les acteurs d'un système organisé qui coopèrent à un projet collectif. L'intégration des soins et services transpose au domaine de la santé un concept central de la physiologie selon laquelle l'intégration consiste dans la "coordination des activités de plusieurs organismes nécessaires à un fonctionnement harmonieux". Dans le domaine économique, l'intégration renvoie tout d'abord à des actions qui étendent la coordination d'une entreprise sur les cycles de production qui se situent en amont ou en aval de ses activités propres (autrement dit à l'extérieur de l'entreprise en question), on parle dans ce cas d'intégration verticale. Quand ce sont des organisations similaires qui se regroupent entre autres pour atteindre des économies d'échelle on parle alors d'intégration horizontale.
PRISMA France 2009 <sup>(4)</sup>	Un modèle organisationnel basé sur des structures partenariales pour que les partenaires assurant une part de l'intervention auprès des personnes mettent en œuvre la coordination, la coopération puis la coresponsabilisation; afin que les personnes âgées aient vis-à-vis du système un vécu de continuité, de diversification, de flexibilité et d'adaptation aux changements de leurs besoins; dans le respect de leur autonomie mais sans qu'ils soient laissés à eux-mêmes.

**Tableau 6: Définitions retrouvées dans la littérature relativement au concept d'intégration (Somme, 2013)**

Cette pluralité de définitions traduit bien le fait que l'intégration des services se déploie simultanément en de multiples dimensions et plusieurs niveaux. Couturier et al. (2016) distinguent trois degrés d'intégration fondés systématiquement sur six dimensions. Tout d'abord l'intégration est conceptuelle ; elle requiert l'énoncé explicite de principes, approche et normes de qualité. Elle est structurelle car fondée sur des lois, institutions et

organisations qui la favorisent. Elle est budgétaire car « la façon dont sont distribuées les ressources a un impact surdéterminant des formes effectives d'intégration des services ». Elle est fonctionnelle car elle s'incarne dans des processus opérationnels visant la mise en œuvre des principes fondateurs. L'intégration est informationnelle car l'information favorise la mise en cohérence des différents processus. Enfin, elle est médico-sociale (Couturier et al. ont utilisé le terme « clinique ») puisque les différentes interventions auprès du bénéficiaire doivent être cohérentes et améliorer l'expérience que ce dernier en a. Ensuite, en fonction des priorités fonctionnelles du système que l'on souhaite mettre en place, l'intégration peut être « plus ou moins intense, plus ou moins systématique, plus ou moins vaste, etc. ». Ainsi, trois degrés d'intégration sont distingués ci-après :

<b>Liaison</b>	Dispositif intégrateur reliant de manière systématique des acteurs professionnels ou organisationnels demeurant <b>autonomes sur le plan décisionnel</b> , mais qui conviennent de mieux gérer ensemble leurs <b>interfaces</b> . La liaison s'effectue autour de fonctions simples comme <b>l'échange d'information</b> .
<b>Coordination</b>	Dispositif intégrateur coordonnant de manière systématique les <b>interdépendances fonctionnelles</b> entre acteurs professionnels et organisationnels demeurant <b>autonomes sur le plan décisionnel</b> . Elle s'effectue autour de fonctions cliniques plus complexes comme la <b>planification et la délivrance de services</b> .
<b>Pleine intégration</b>	Dispositif intégrateur coordonnant de manière systématique les <b>interdépendances fonctionnelles</b> entre acteurs professionnels et départements d'une <b>grande organisation responsable de l'ensemble</b> des services et qui anime une <b>concertation intersectorielle</b> de façon à <b>couvrir l'ensemble des besoins</b> de la population sous sa responsabilité.

Source : Leutz (2005)

Tableau 7 : Les plans logiques de l'intégration - Couturier et al. (2016)

En matière d'intégration, un équilibre doit être trouvé entre la mise en œuvre de compétences spécialisées de haut niveau et l'émergence de compétences collectives. (Bloch et al, 2013). Il ne s'agit pas de supprimer les différences et spécificités des acteurs et institutions par une homogénéisation ou standardisation excessive. Le tout n'est pas simplement la somme des parties.

### 1.3.3 Facteurs clés de succès de l'intégration

#### ***La MAIA, une méthode d'intégration qui se développe en France***

Si la notion d'intégration a été publicisée en France en 2008 par le plan Alzheimer qui instaure les MAIA, maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, elle a été préalablement approfondie par le PRISMA, projet et recherches sur l'intégration des



services pour le maintien de l'autonomie en France, lancé en 2005 par la Direction générale de la santé et la CNSA. Subséquemment, le lancement de MAIAs a été fortement recommandé par le rapport Ménard de 2007 relatif à la prise en charge de la maladie Alzheimer.

Prévues initialement à titre expérimental<sup>26</sup>, les MAIA sont généralisées dès 2011<sup>27</sup>. Et, fin 2013, trois communes françaises sur cinq sont couvertes. Fin 2015, 302 dispositifs MAIA sont notifiés sur le territoire national et une instruction<sup>28</sup> d'avril 2016 prévoit la création de 50 MAIA supplémentaires en vue d'étendre la couverture nationale. L'idée développée par ces dispositifs est, sur un territoire donnée, d'associer tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs aidants. Ainsi, la réponse se construit au plus près des besoins à travers la capitalisation de compétences et de ressources plurielles préexistantes à l'échelon infra-départemental. Cette année, la nouvelle loi vieillissement, dans son article 77, change la signification de l'acronyme : la MAIA est désormais la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Ainsi, ce dispositif, conçu à l'origine pour traiter d'une forme singulière de dépendance, élargit son périmètre à l'ensemble du champ de l'autonomie. En parallèle, fin décembre 2015, une évaluation nationale a été lancée. Elle est axée essentiellement sur le fonctionnement opérationnel et l'efficacité au regard de l'objectif de fluidification du parcours des personnes âgées. Ses résultats devraient être disponibles d'ici la fin de l'année 2016.

Quoiqu'il en soit, forts de cet acquis relatif à l'adaptabilité du modèle de « services intégrés » sur notre territoire, les chercheurs ont déterminé comme fonctionnement et outils-clés du système les composantes passées en revue ci-après.

### ***Coordination et acteurs***

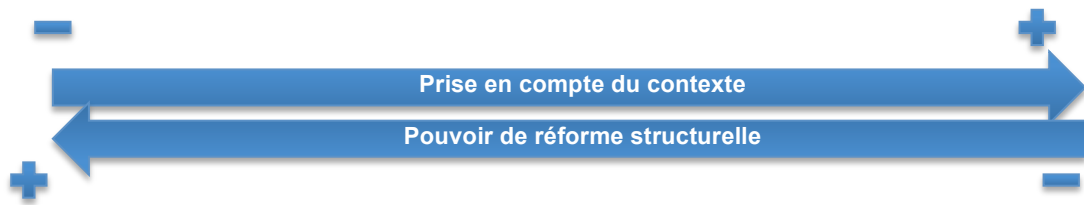
Pour faire vivre une organisation socio-sanitaire intégrée, la concertation est nécessaire car comme toute activité humaine, elle est évolutive et requiert des ajustements réguliers (Couturier et al., 2016). On a pu observer dans les exemples cités précédemment que la coexistence de trois niveaux de concertation est nécessaire pour garantir un passage cohérent de la détermination d'orientations générales à la mise en œuvre contextualisée. Ces niveaux sont précisés dans le tableau ci-dessous:

---

<sup>26</sup> Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

<sup>27</sup> Décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 approuvant le cahier des charges des MAIA

<sup>28</sup> Instruction n° DGCS/SD3A/DGOS/CNSA/2016/124 du 1er avril 2016 relative aux appels à candidatures pour le déploiement des dispositifs MAIA au titre de l'année 2016



Niveau	Stratégique	Tactique	Opérationnel
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer les conditions structurelles favorables à l'intégration des services</li> <li>- Décider des grandes orientations du systèmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adapter les orientations au contexte</li> <li>- Accompagner le changement de pratiques</li> <li>- Informer le niveau stratégique des besoins en transformations structurelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Répondre aux besoins d'un usager</li> </ul>
<b>Acteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunit les décideurs</li> <li>- Animé par le pilote responsable de la mise en œuvre des décisions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunit les gestionnaires</li> <li>- Animé par le pilote responsable de la mise en œuvre des décisions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunit les intervenants multidisciplinaires concernés par un même cas</li> <li>- Animé par un coordinateur local dédié</li> </ul>

**Tableau 8 : Les trois niveaux de concertation des systèmes de services intégrés**

Bien entendu, au niveau opérationnel, un lien fort doit être établi avec le médecin traitant de l'utilisateur. Pour les coordonnateurs de SPASAD, c'est un partenaire incontournable. Le coordinateur local dédié garantit la mise en œuvre de solutions en partenariat avec l'utilisateur, ses proches aidants et tout autre professionnel du territoire. Il garantit l'ajustement du dispositif et la remontée d'informations à l'ensemble des partenaires. Ces informations remonteront vers les décideurs via le pilote du système posté entre le niveau tactique et le niveau stratégique et dont la mission vise à créer et accompagner les changements organisationnels nécessaires à la satisfaction de la population prise en charge.

### **Trois types d'outils**

Les trois types d'outils mis en avant par les programmes de recherche sur l'intégration des services socio-sanitaires sont le guichet d'accès intégré, un système d'information continue permettant de mettre en place des plans d'intervention interconnectés entre eux. Pour Couturier et al., « un bon parcours débute ou se poursuit par un appel de l'utilisateur, d'un proche ou d'un intervenant à un guichet d'accès intégré, idéalement centralisé puisque c'est à partir de lui que toutes les demandes seront orientées dans une arborescence cohérente de processus ». Ainsi, son numéro d'accès doit être largement diffusé et connu. Le/la standardiste du guichet intégré ne joue pas un simple rôle de répartiteur, mais il/elle doit être sensible aux enjeux de cet appel pour l'utilisateur et il/elle doit être capable d'orienter ce dernier vers l'interlocuteur ou la structure adéquate. Le deuxième type d'outil de construction d'une organisation intégrée est son système d'information. Il doit être « informatisé, télé-accessible et partageable » tout en étant « sécuritaire en matière de niveaux d'accès, d'encryptage et de traçabilité des

opérations ». Enfin, ce système doit permettre de suivre le plan individualisé d'allocation de services qui résulte de l'interconnection des différents plans (cf. annexe 7) liés à l'utilisateur et nécessaires pour la coordination des différents professionnels intervenant auprès de celui-ci: le plan d'intervention, le plan d'intervention interdisciplinaire et le plan de services individualisé.

### ***Un mode de financement intégrateur***

Un mode de financement intégrateur est un financement dont le niveau et le mode de distribution soutiennent sinon le caractère intégré de l'organisation des services, du moins son potentiel intégrateur. Le financement octroyé selon une logique historique (enveloppe de l'année précédente, éventuellement indexée) présente l'inconvénient de maintenir les inégalités régionales. Le financement à l'acte, lui, est basé sur une logique organisationnelle plutôt que populationnelle et focalise l'attention des professionnels plus sur la génération de volume d'activité que sur la réponse à un besoin (Couturier et al., 2016). Un mode de financement intégrateur structure les services en continuum, découle d'une lecture rigoureuse des besoins et inclut une évaluation à court terme de l'activité quant aux réponses qu'elle apporte réellement à la population.

Après cette revue nécessaire de la toile de fond conceptuelle des «SPASAD intégrés», revenons à l'expérimentation entre le Centre de Gérontologie Les Abondances et Sénior Compagnie à Boulogne-Billancourt. Les partenaires et leur projet ayant été présentés au 1.1., intéressons-nous maintenant au cheminement qu'ils ont suivi et aux conclusions auxquelles ils sont parvenus.

## **2 Le projet boulonnais de constituer, en 3 semaines, un SPASAD intégré demeure inachevé**

Dans un délai très contraint, le CGA et SC, handicapés par leur historique de coopération quasi inexistant, ont peiné à trouver les leviers à activer face aux obstacles qui se sont présentés dans leur effort de conception d'un SPASAD intégré.

### **2.1 Se fondant sur l'appel à candidature (AAC) du 27 avril 2016, le CGA et SC s'astreignent à suivre un calendrier de travail précis**

Les porteurs de projet ont d'abord décrypté l'AAC lancé par l'ARS Île de France le 27 avril 2016<sup>29</sup> avant de définir leur calendrier de travail.

#### **2.1.1 Les critères de l'AAC de l'ARS Île de France permettent de cadrer la réflexion...**

Une demande de précision de l'AAC auprès de l'ARS a permis de centrer la réflexion du groupe projet sur les éléments clés attendus par les financeurs. Il en ressort que le projet présenté doit être le résultat d'une démarche avancée dont les besoins en ressources humaines et financières sont parfaitement définis. Le projet doit pouvoir être déployé sans augmentation de la capacité du SSIAD et il doit proposer des indicateurs permettant une évaluation régulière du dispositif.

##### **1/ L'inexistence de coopération antérieure est un handicap face au délai imparti**

L'appel lancé le 27 avril 2016 fixe la date limite de dépôt des dossiers de candidatures au 27 mai 2016 16h, cachet de l'ARS faisant foi. Ce délai implique alors que les porteurs de projet disposent de 20 jours ouvrés pour rédiger une réponse et la transmettre à l'Agence. Dans le cas présent, cela a constitué une contrainte forte car les partenaires ont débuté leurs réflexions avec le lancement de l'AAC et qu'aucun SPASAD ou fonctionnement équivalent ne préexiste, et le projet n'est pas à proprement parler issu de l'histoire de leurs coopérations.

##### **2/ La préexistence de coopération n'est pas un prérequis formel mais il appartient aux porteurs de démontrer le degré de maturité de leur projet**

Pour candidater, les porteurs sont libres de se choisir l'un l'autre (ou les uns les autres) et doivent être clairement identifiés dans le dossier de réponse qu'ils transmettent. Dans l'idéal, le projet est issu de l'histoire de leurs partenariats. Autrement dit, un projet

---

<sup>29</sup> Le contenu de l'appel à projet est repris en annexe 8 du présent document.

présenté par une structure seule déclarant être intéressée par les SPASAD et être en quête d'un partenaire ne serait pas retenu. Par ailleurs, les modalités de fonctionnement et le montage juridique doivent résulter des choix des porteurs. En effet, les SPASAD sont constitués a minima d'un SSIAD et d'un SAAD mais ils peuvent être un ou plusieurs de part et d'autre. Dans ce dernier cas, on peut envisager l'évolution du projet (éventuelle fusion, etc.). Il n'y a pas de préjugé défavorable à l'égard des partenariats publics – privés mais il appartient aux protagonistes de démontrer l'atout de la construction juridique qu'ils présentent.

### **3/ L'étape de définition d'un budget biennal ferme ne doit pas être négligée**

Si les promoteurs sont libres de demander une enveloppe budgétaire globale en fonction de leur projet propre, ils doivent prendre en compte certaines contraintes. L'enveloppe comprend deux parties distinctes, l'une consacrée aux actions de mise en place du SPASAD et l'autre consacrée au fonctionnement. Les porteurs du projet doivent démontrer leurs besoins en formations, justifier de l'existence de locaux communs et/ou du besoin d'harmonisation de leurs logiciels informatiques. Il leur revient d'identifier et d'arrêter clairement les actions à mettre en place, au cœur du projet, dans la limite des actions éligibles (cf. encadré ci-dessous). Concernant le budget prévisionnel de fonctionnement, il doit permettre aux instructeurs de statuer sur toute la durée de l'expérimentation (2 ans). Il n'est pas prévu de révision ultérieure du financement. Ainsi, l'étape de valorisation du projet est une étape sensible car le financement est alloué et versé en une seule fois (vers Septembre 2016) pour toute l'expérimentation jusque fin 2017.

#### **Actions éligibles au financement**

- o Charges de renfort ponctuel de personnel liées à l'accompagnement de la mise en place de l'organisation intégrée
- o Charges de fonctionnement : prestataires externes, frais d'achat de logiciel ou de surcoût d'adaptation de logiciel aux fonctions SSIAD/SAAD, autres charges de fonctionnement ponctuelles liées au démarrage

#### **Actions non éligibles au financement**

**Les actions non éligibles** : Ne peuvent bénéficier d'un accompagnement les dépenses suivantes :

- o Les dépenses d'investissements (mobilier, immobilier, serveur informatique, standard téléphonique...),
- o Les dépenses de communication (plaquette, livret d'accueil unique, site internet) hors conception des contenus communs,
- o Les dépenses de groupes de paroles conjoints, de supervisions de pratiques ou d'analyse de cas supervisés par un psychologue pour les départements qui ont passé une convention avec la CNSA comportant une action de cette nature,
- o Les actions de préventions de SPASAD éligibles aux financements prévus dans le cadre de la conférence des financeurs.

**Tableau 9 : Actions éligibles et non éligibles au financement de l'expérimentation de SPASAD intégrés en Île de France (source : appel à candidature du 27 avril 2016)**

#### **4/L'expérimentation se fait à capacité constante**

Il n'est pas prévu d'extension des structures existantes, l'expérimentation se fait à capacité constante. Autrement dit, le nombre de places de SSIAD ne se verra pas augmenté de X places de SPASAD, mais ce sont des places déjà existantes qui seront labellisées SPASAD. Ce qui laisse entendre que dans le budget du SSIAD, la dotation soin reste constante. Côté SAAD, les places s'autofinancent car, en référence aux explications fournies dans la partie 1.2.2, l'activité d'aide est financée par un tarif horaire.

La notion de capacité constante s'entend également sur la durée. Entre le début de l'expérimentation et la fin, le nombre de places labellisées SPASAD consenti pour le projet n'évolue pas. Le besoin doit donc être clairement identifié en amont et précisé dans la réponse à l'AAC. En somme, il n'est pas envisageable de commencer, en année N, un projet pilote avec X bénéficiaires (ou X places) et de le faire évoluer vers une structure prenant en charge  $X+\delta$  bénéficiaires (ou proposant  $X+ \delta$  places) en année N+1.

#### **5/ Il appartient aux porteurs projet de proposer les indicateurs servant à évaluer l'activité développée**

Dans le cadre du suivi et de l'évaluation de l'expérimentation, la réglementation prévoit la transmission par le SPASAD, deux fois par an, d'un tableau de bord des indicateurs de suivi de l'activité à l'agence régionale de santé Île de France et au conseil départemental des Hauts-de-Seine. Ce tableau de bord est la base de l'évaluation de l'expérimentation par le comité de pilotage national. Il appartient aux porteurs de présenter les indicateurs qu'ils pensent fournir, notamment sur la mise en œuvre d'actions d'aide à la création, d'actions pour équiper les SPASAD d'outils de gestion intégrés communs et sécurisés, d'actions pour améliorer l'organisation et la mutualisation et d'actions de formations.

#### **6/ Le CGA fait le choix de se faire conseiller pour la rédaction du projet**

Pendant toute la durée de leur réflexion, je suis intégrée à l'équipe projet afin de rédiger la réponse à l'appel à candidature. En appui à mon concours, la direction du CGA demande au cabinet EmiCité d'assurer une relecture du dossier avant dépôt à l'ARS<sup>30</sup>. EmiCité est un cabinet conseil ayant déjà assuré l'accompagnement de la constitution d'un SPASAD sur autre territoire. Il est dirigé par Franck Guichet, sociologue qui est alors l'interlocuteur du groupe projet pour son cabinet. L'objectif de son intervention est d'assurer une cohérence entre la réponse formulée et les attendus de la tutelle.

---

<sup>30</sup> Devis et démarche repris en annexe 9

## 2.1.2 ... Et de se fixer un calendrier de travail

Le calendrier prévu est le suivant :

Date	Action prévisionnelle
27/04/16	Publication de l'appel à candidature sur le site de l'ARS Décision d'y répondre et définition du périmètre.
28/04/16	Désignation de l'équipe projet
02/05/16	Une trame de pré-réponse à l'AAC est définie. Prise de contact avec des prestataires (conseil juridique, ingénierie de projet)
04/05/16	Réunion en interne (CGA) pour affiner la trame de réponse et la stratégie interne
10/05/16	Réunion entre les partenaires (SSIAD + SAAD)
17/05/16	Transmission du projet de réponse (version 1) au prestataire d'ingénierie de projet (cabinet Emicité) pour 1 <sup>ère</sup> relecture
18/05/16	Réunion entre les partenaires (SSIAD + SAAD)
20/05/16	Réception de la 1 <sup>ère</sup> relecture de l'ingénieur projet et actualisation du dossier de réponse à l'AAC
23/05/16	Réunion entre les partenaires (SSIAD + SAAD)
24/05/16	Transmission du projet de réponse (version 2) au prestataire d'ingénierie de projet pour 2 <sup>ème</sup> relecture
25/05/16	Réception de la 2 <sup>ème</sup> relecture de l'ingénieur projet et actualisation du dossier de réponse à l'AAC
27/05/16	Dépôt (physique) du dossier de réponse à l'ARS, avant 16h.

**Tableau 10 : Calendrier prévisionnel du projet de constitution du SPASAD de Boulogne-Billancourt**

En tant qu'élève-directrice en stage au CGA, je suis chargée de centraliser, au fil de l'eau, les données des partenaires, d'actualiser le dossier de réponse et de transmettre au groupe projet chaque nouvelle version du projet, entre chaque réunion de travail en commun. Les réunions entre les différents partenaires ont pour objet d'échanger sur le contenu du projet (objectifs et missions, périmètre, organisation et fonctionnement, droits des usagers, coordination avec les partenaires externes, financement), sur les actions à mettre en œuvre en vue de l'intégration de l'aide et du soin et sur le budget pour le montage du projet.

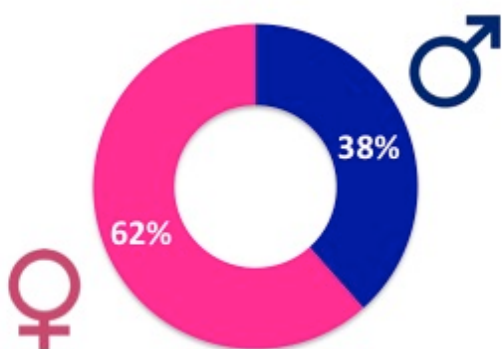
## 2.2 Au final, les efforts consentis n'ont pas mené au résultat escompté

A la réunion du 23 mai, à 3 jours de la remise des réponses à l'ARS, le groupe projet a statué contre le dépôt d'une réponse à l'appel à projet mais pour la continuation de leur

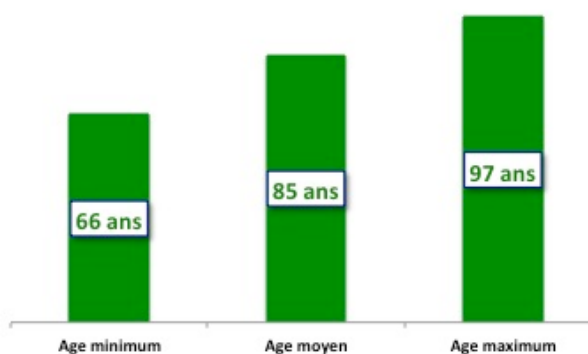
réflexion commune en vue d'une amélioration de la coordination de leurs équipes au domicile des usagers qu'ils ont en commun.

### 2.2.1 Le croisement des données de leurs fichiers usagers respectifs permet aux porteurs du projet de caractériser leurs bénéficiaires communs

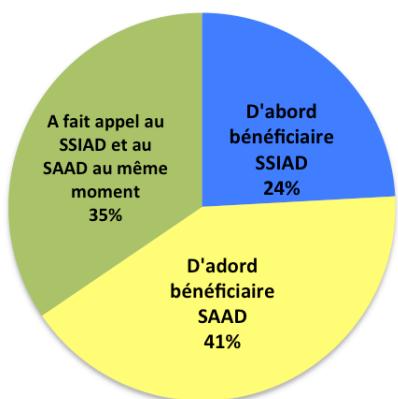
Après consultation de leur fichier respectif, j'ai réalisé l'infographie ci-dessous visant à caractériser les usagers qu'ils ont en commun pour nourrir leurs réflexions. Au total 28 personnes à Boulogne-Billancourt bénéficient à la fois des services du SSIAD et de ceux du SAAD et 100% de ces usagers communs habitent Boulogne-Billancourt.



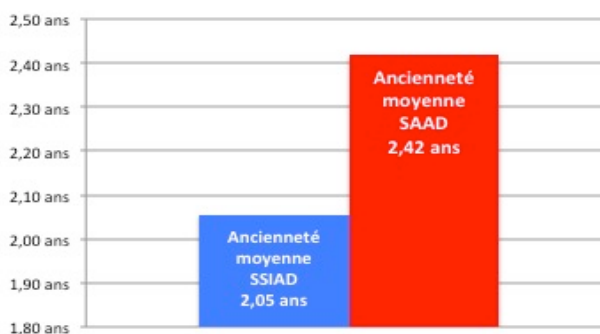
10-A : Répartition par genre des usagers communs au SSIAD et au SAAD



10-B : Ages minimum, moyen et maximum observés parmi les usagers communs aux 2 services

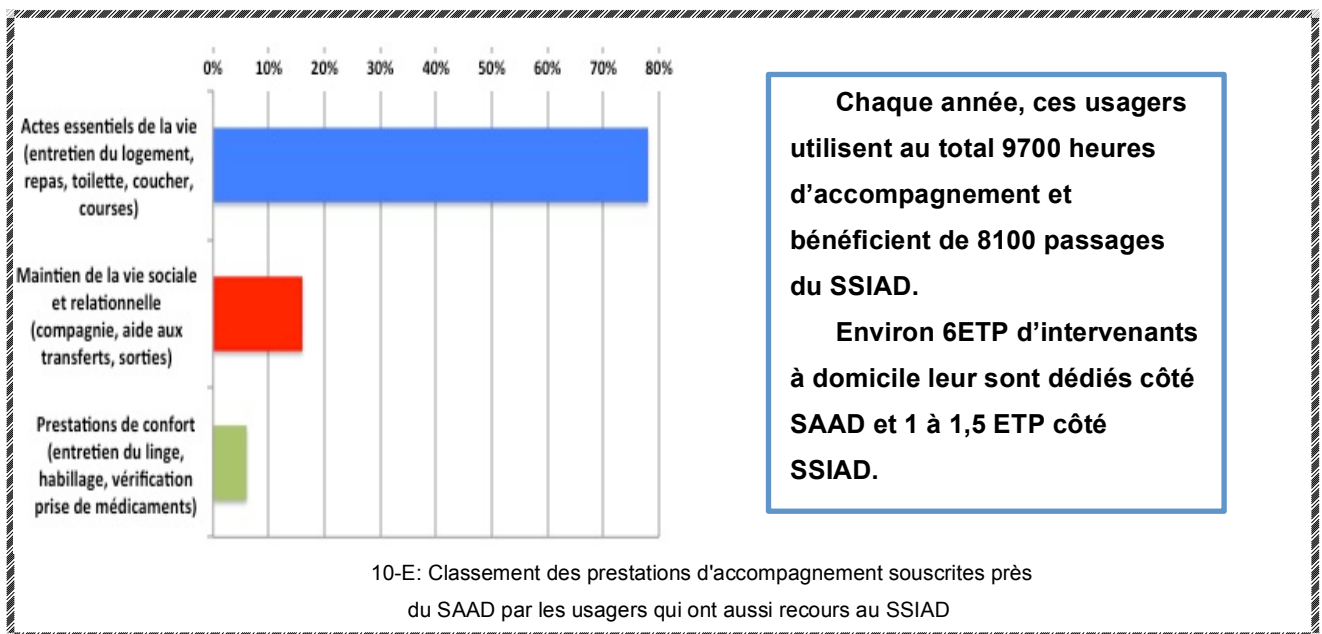


10-C : Répartition par ordre de recours aux services



10-D : Ancienneté comparée des usagers dans chaque service





**Figure 10 : Infographie caractérisant les usagers communs au SSIAD et au SAAD**

L'utilisateur typique commun aux deux services est une femme boudonnaise âgée de 85 ans qui a eu d'abord recours aux services d'accompagnement du SAAD avant de se voir prescrire des soins infirmiers à domicile et de recourir au SSIAD. En moyenne, les personnes étudiées utilisent le SAAD depuis 2 ans et presque 5 mois, contre 2 ans tout juste pour le SSIAD. Toutes les prestations assurées par le SSIAD sont des soins, sont prescrites par un médecin et la statistique d'activité suivie est le nombre de passages réalisés. Pratiquement 80% des prestations d'accompagnement souscrites auprès du SAAD concernent des actes essentiels de la vie. Dans ce cadre, l'intervenant à domicile doit entretenir le logement du bénéficiaire, l'aider à préparer et à prendre ses repas, l'aider à réaliser sa toilette, à faire ses courses et l'aider à se mettre au lit le soir.

### 2.2.2 Le calendrier de travail réalisé est différent de celui initialement envisagé

Tenant compte des réalités de terrain et des questions qui ont surgi au fil de l'eau, le calendrier de conduite du projet s'est ajusté comme présenté ci-après, mais les réflexions menées n'ont pas suffi à rassurer les acteurs de terrain quant à la faisabilité du SPASAD et, au final, ils se prononcent en défaveur du dépôt de leur candidature.

Quand ?	Quoi ?
27/04/16	Publication de l'AAC sur le site de l'ARSIF
28/04/16	Après consultation des données du SSIAD, identification de 2 SAAD ayant le plus grand nombre d'utilisateurs communs avec le SSIAD (entre 28 et 30 chacun). Ces 2 SAAD sont invités à porter le projet avec le SSIAD.
02/05/16	Une trame de pré-réponse à l'AAC est définie. Prise de contact avec des prestataires (conseil juridique, ingénierie de projet)
04/05/16	Réunion en interne SSIAD pour affiner la trame de réponse et la stratégie interne

	Le SSIAD demande à ce que soit nommé un chef de projet en interne CGA
06/05/16	Redéfinition du projet souhaitée par la Direction du SSIAD Annulation de la réunion plénière prévue le 10/05
09/05/16	Envoi d'un mail à l'ARS pour demande de précisions sur l'AAC
10/05/16	Réunion interne SSIAD. Cette réunion était initialement prévue avec les partenaires mais à la demande de la direction du SSIAD, ils ont été décommandés (cf. 06/05/16). A cette réunion, le projet a été redimensionné pour n'inclure plus qu'un seul des 2 partenaires initialement sollicités.
11 au 12/05/16	Les équipes SSIAD et SAAD font leur 1 <sup>er</sup> envoi au rédacteur de la réponse des données destinées à compléter le pré-projet proposé le 02/05/16 => rédaction de la <u>version 2</u> .
17/05/16	Transmission du projet de réponse (version 1) au prestataire d'ingénierie de projet pour 1 <sup>ère</sup> relecture
18/05/16	Réunion entre les différents partenaires (SSIAD + SAAD) 1 <sup>ère</sup> réponse (mail) de l'ARS au mail du 09 mai 2016 (demande de précisions)
19/05/16	Complément de réponse ARS au mail du 09/05
20/05/16	Réception de la 1 <sup>ère</sup> relecture de l'ingénieur projet et actualisation du dossier de réponse à l'AAC
23/05/16	Réunion entre les différents partenaires (SSIAD + SAAD) : à l'unanimité, les membres présents estiment le projet trop « vert » pour répondre à l'AAC. => <b>NO GO</b>

**Tableau 11 : Calendrier réalisé du projet de constitution du SPASAD de Boulogne-Billancourt**

Malgré le « no go » du 23 mai, les deux partenaires, SSIAD et SAAD ont décidé de continuer leur travail ensemble, notamment d'apprendre à mieux connaître réciproquement leurs pratiques professionnelles, l'organisation interne et institutionnelles de chacun, etc. De part et d'autre, la curiosité vis-à-vis de son partenaire est née. Côté SAAD, on souhaite visiter l'ensemble de l'institution et en comprendre chaque modalité d'accueil et de prise en charge. Côté SSIAD, on aimerait mieux comprendre comment se déploie l'activité d'aide à domicile qui fonctionne avec des horaires d'intervention préalablement fixés et avec peu de réunions d'équipe. Ils déclarent à ce stade vouloir aussi le développement informel d'actions communes.

### **2.3 Si leur désir de coopérer perdure, le CGA et SC peuvent vraiment capitaliser sur la réflexion initiée à l'occasion du projet**

Au terme des trois semaines de travail du groupe projet, l'objectif initial n'est pas atteint, puisqu'il s'agissait de formuler et de déposer à l'ARS une réponse à l'appel à candidature pour l'expérimentation SPASAD intégré. Toutefois, le résultat à l'arrivée n'est pas négatif dans la mesure où une dynamique de meilleure coordination des deux activités est née et se poursuit.

### **2.3.1 Le projet comporte encore de nombreux axes à mûrir**

La dernière version du projet de réponse à l'appel à candidature n'est reprise en annexe car elle contient des informations sensibles. De l'avis de l'ingénieur projet du cabinet conseil Emicité qui a assuré une relecture du document le 20 mai 2016, son contenu peut être d'une part simplifié par une élimination des informations redondantes et d'autre part précisé par une mise en exergue « des difficultés actuelles, des limites et des risques pour lesquels le SPASAD peut être une réponse ».

#### **1/ Il est nécessaire d'identifier plus précisément la valeur ajoutée du SPASAD pour les aînés boulonnais**

En l'état, le SSIAD remplit ses missions de façon efficiente, le SAAD aussi. Ils travaillent très bien chacun de son côté, et il semble qu'ils réussiront très certainement à travailler très bien ensemble. Mais concrètement, ce qu'ils vont pouvoir faire de plus, de mieux, dans le cadre d'un SPASAD, n'a pu être clairement défini. Il est donc nécessaire d'identifier les problèmes majeurs rencontrés actuellement, tout ce qui n'est pas pleinement satisfaisant pour les personnes (par ex : le défilement des intervenants et l'intrusion dans sa vie privée, le non respect de son mode de vie quand on lui impose une toilette avant son petit déjeuner, ou l'inverse, alors qu'elle a l'habitude de faire autrement, etc.) et de trouver des pistes de solutions concrètes à ces problèmes.

Par exemple, coté SSIAD, on pourrait répertorier les attentes des patients qui ne sont pas satisfaites et montrer en quoi le SPASAD élargirait les possibilités de réponse et d'accompagnement. Idem pour le SAAD qui pourrait identifier un certain nombre de difficultés qui se posent dans la coordination des aides et des soins pour des bénéficiaires dépendants (GIR 2 notamment), et en quoi le SPASAD va sécuriser l'accompagnement de ces personnes, par une meilleure coordination.

#### **2/ Il est nécessaire de mieux définir les contours des actions de prévention et les besoins en ressources idoines**

Des actions de prévention ont été identifiées par l'équipe projet, notamment par les praticiens SSIAD. En l'état, il n'a cependant pas permis de chiffrer le temps d'intervention de chaque type de personnel pour chaque action globalement et par intervention plus spécifiquement (sur combien de temps seront-elles mises en place, toutes en même temps ou les unes après les autres etc.). Une méthode possible consisterait à raisonner en temps moyen par patient sur la base d'un profil type, puis d'extrapoler à l'ensemble. Cela permettrait d'obtenir une estimation réaliste du temps nécessaire. Ces précisions permettront d'établir un budget prévisionnel.

### **3/ Le temps imparti n'a pas suffi pour s'assurer de la faisabilité de la convergence SI et pour définir les ressources nécessaires**

Pendant la période, il n'a pas été possible d'obtenir un devis sur la faisabilité d'une passerelle entre les logiciels informatiques SAAD et SSIAD c'est-à-dire entre ApoWeb et ApoZem. De plus, en raison de la confidentialité du dossier médical, certaines informations doivent être rendues invisibles pour le SAAD et d'autres doivent être visibles et modifiables par eux. Ces possibilités n'ont pas pu être explorées dans le temps imparti.

### **4/ Définition des indicateurs de suivi du projet**

Il n'a pas émergé du groupe d'indicateurs particuliers, notamment en raison du fait que les éléments cités plus haut, n'ont pu être mieux définis.

## **2.3.2 Plusieurs éléments contextuels ont joué en défaveur du projet**

Les freins à la réalisation du projet qui sont apparus sont les suivants :

### **1/ Un délai de réponse court couplé à un manque de maturité du partenariat**

En envisageant de soumettre à l'ARS leur candidature à l'expérimentation de SPASAD, l'équipe CGA pensait demander une aide pour une étude de faisabilité et lancer un appel à candidature auprès de l'ensemble des acteurs des services à la personnes du territoire boulonnais afin choisir le partenaire sur des critères prédéfinis mais un délai de 20 jours uniquement ne permet pas de mener à leur terme ces actions et de rédiger une réponse à l'AAC avec le partenaire ainsi sélectionné. Le fait que la réflexion n'était qu'à son début n'a pas permis aux équipes terrain de caractériser les difficultés rencontrées par leurs usagers et de formuler des propositions d'actions qu'ils pourraient développer ensemble, en guise de levier.

### **2/ Un «après-expérimentation» mécompris ne favorise pas l'appropriation du projet par l'équipe**

Le fait que la phase post-expérimentation soit méconnue a suscité beaucoup de débats, notamment sur la question de la pérennité des financements. L'interlocuteur des projets à l'ARS n'est précisé nulle part sur l'AAC ou le site internet, aussi nous a-t'il une semaine (6 jours ouvrés) pour identifier cette personne et obtenir ses coordonnées. Le 9 mai, nous lui avons transmis nos demandes dans un courrier électronique. Ses réponses nous sont parvenues le 18 mai. Il s'est avéré qu'elle avait, en parallèle, la charge d'un autre projet qui l'amenait à être hors du bureau pendant cette période. Le délai global étant si contraint que ce délai de réponse a été un des facteurs de méfiance de la part de

l'équipe à l'égard de la réussite du projet. De plus, l'équipe SSIAD qui estime répondre à un désir qui vient de la direction de l'établissement et qui constate que celle-ci n'est pas représentée lors des rencontres de travail, n'axe pas sa réflexion sur la formulation de propositions concrètes. Côté SAAD, les décisionnaires sont autour de la table à chaque fois. L'agence de Boulogne est toujours représentée par son dirigeant et une ou plusieurs personnes de la direction générale du réseau est également présente lors des rencontres. Mais cela ne suffit pas à fédérer tout le monde autour des mêmes thématiques.

### **3/ Au CGA, le contexte interne est mouvant et déstabilise l'équipe projet**

L'arrivée récente d'une nouvelle IDEC dans la cellule de coordination du SSIAD coïncide avec le départ programmé de l'IDEC la plus expérimentée avec positionnement progressif de la 3<sup>ème</sup> comme responsable du SSIAD. Additionné à cela, le départ de la cadre supérieure médico-sociale du CGA est annoncé pour l'été. Et, enfin le départ le 15 mai (donc en cours de rédaction de la réponse) de la directrice du CGA et l'arrivée de la directrice par intérim ont été sources de beaucoup d'interrogations. Tous ces changements dans le même laps de temps sont perturbateurs. L'équipe SSIAD peine, dans ces conditions, à se projeter vers des activités nouvelles, à envisager une dynamique encore différente de celle qu'elle tente de mettre en place dans le moment présent. D'autant que les futurs encadrants (chef d'établissement et cadre médico-social) ne sont pas encore connus. Cela refroidit un climat de confiance déjà tempéré.

#### **2.3.3 La principale conséquence : ne rien changer.**

Derrière ce titre un peu austère, la situation à laquelle on parvient est nuancée. Il n'y a certes pas de candidature formulée à l'ARS mais un travail commun continue. Cette période a marqué le début d'une réflexion conjointe sur un enjeu de santé publique : fluidifier et sécuriser les parcours des personnes âgées souhaitant rester à domicile dans le territoire boulonnais. Comme indiqué plus haut, plusieurs facteurs conjoncturels ont concouru directement et indirectement à la suspension du projet.

En conséquence, les partenaires n'obtiennent pas de financement supplémentaire pour développer des actions de prévention, renforcer les ressources humaines ou encore bénéficier de l'accompagnement par un consultant. De plus, en n'entrant pas dans l'expérimentation nationale, les porteurs ne s'inscrivent pas dans une démarche imposant un cadre formaliste. Ceci dit, le formalisme, en l'occurrence, est relatif car s'agissant d'une expérimentation, les attentes du comité national de pilotage sont essentiellement l'émergence d'innovations. Mais autant de latitude n'a pas compensé les facteurs défavorables.

Par ailleurs, il y a un risque que cette première étape non aboutie crée de l'amertume, et face à d'éventuelles nouvelles orientations impulsées par l'encadrement renouvelé du CGA, les équipes pourraient abandonner toute démarche de coopération. C'est la suite qui nous dira si, au final, l'équipe a eu, en elle-même, assez de ressources pour tenir le cap et transformer l'essai.

Mais indépendamment du contexte, j'ai eu le sentiment que l'on n'avait pas réussi à focaliser notre attention et nos réflexions sur les points clés du projet. Ce qui m'a amenée à penser que s'engager dans la construction d'un SPASAD intégré exige d'aller au-delà de l'aspect théorique et qu'élargir la perspective en allant voir comment fonctionnent les SPASAD dans d'autres territoires pourrait éclairer la voie. On peut apprendre des livres, de ses propres expériences et aussi des autres. J'ai donc sollicité des entretiens à des gestionnaires de SPASAD dans l'Île de France et j'ai tenté de comprendre, dans la partie qui suit, ce qui pourrait amener le SSIAD du CGA et Sénior Compagnie à construire une offre SPASAD pertinente et qui soit basée sur un modèle d'organisation intégrée.

### **3 Les retours d'expérience de SPASAD existants donnent des pistes pour la construction d'une offre pertinente**

#### **3.1 Le dispositif est complexe et son efficience est conditionnée par des facteurs environnementaux, humains, technologiques et financiers**

Des entretiens avec des professionnels gestionnaires expérimentés de SPASAD font ressortir les éléments clés de la constitution de ce type de dispositif, ainsi que les aspects critiques qui nécessitent une attention particulière.

##### **3.1.1 Les professionnels rencontrés sont des femmes exerçant en structure privée à but non lucratif**

Afin d'avoir une meilleure idée de ce qu'est ce dispositif méconnu et peu développé qu'est le SPASAD, j'ai été à la rencontre de professionnels dont la structure possède ce statut. En Île-de-France, la région où la tentative de constitution de SPASAD décrite au 2 a été menée, l'annuaire numérique de l'action sociale<sup>31</sup> liste 16 structures dont 11 situées dans Paris intramuros, 3 structures dans le département de l'Essonne et 2 structures dans le département du Val de Marne. L'ensemble de ces organismes a été contacté par mail. Sur les 16 structures, 4 ont accepté de répondre à mes questions : 3 SPASAD parisiens qui sont le SPASAD AMSAV du 18<sup>ème</sup> arrondissement, le SPASAD Fondation de la maison des champs de St François d'Assises du 19<sup>ème</sup> arrondissement et le SPASAD Fondation Léopold Bellan du 20<sup>ème</sup> arrondissement, et 1 SPASAD de l'Essonne, le SPASAD AMADPA de Montgeron. Un cinquième rendez-vous avait aussi été fixé avec le SPASAD FOSAD du 5<sup>ème</sup> arrondissement mais il n'a pas pu avoir lieu. Le répertoire des personnes rencontrées est présenté en annexe 10. Les entretiens ont été enregistrés mais l'un des quatre enregistrements a été partiellement exploitable. Le contenu des entretiens, retranscrit par thème, est présenté en annexe 11.

La population de gestionnaires de SPASAD interrogée est féminine. Elle est essentiellement issue de la filière soins, ayant validé une formation d'infirmière et une première expérience hospitalière avant de rejoindre le secteur du domicile. Chacune d'entre elles est expérimentée et possède plus de dix ans de pratique. Les SPASAD sont supportés par des établissements privés à but non lucratif, associations ou fondations, implantés dans leur territoire depuis 30 ans à 50 ans ou plus et connus pour leurs activités au service des populations les plus fragiles. Les autorisations de SPASAD ont été obtenues plus ou moins récemment mais sont surtout le fruit d'habitudes de travail en

---

<sup>31</sup> <http://annuaire.action-sociale.org/>

commun puisque SAAD et SSIAD appartiennent historiquement à la même organisation. Ainsi, les SPASAD sont partie intégrante d'une structure qui propose des services qui lui sont complémentaires soit en termes d'offres, soit en termes de rémunération générée. Notamment, le SPASAD du 19<sup>ème</sup> développe une offre complémentaire pour les personnes âgées du territoire avec des appartements d'hébergement temporaire, un SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale), des appartements de coordination thérapeutique, une garde itinérante de nuit (20h-7h) et un service d'aide de nuit. De son côté, le SPASAD du 18<sup>ème</sup> a choisi de développer en parallèle de ces activités à caractère social destinées aux personnes âgées, des activités plus «commerciales» destinées aux familles : garde d'enfants, petit bricolage, ménage, repassage, qui sont plus lucratives.

### 3.1.2 Si les SPASAD déploient des activités adaptées à leur territoire, ils possèdent néanmoins des composantes opérationnelles communes

Les professionnels des SPASAD ont deux façons de regarder le territoire dans lequel ils interviennent: côté population à prendre en charge et côté acteurs du secteur sanitaire et social. Dans la figure ci-dessous, j'ai tenté de schématiser le modèle qu'ils décrivent dans les entretiens :

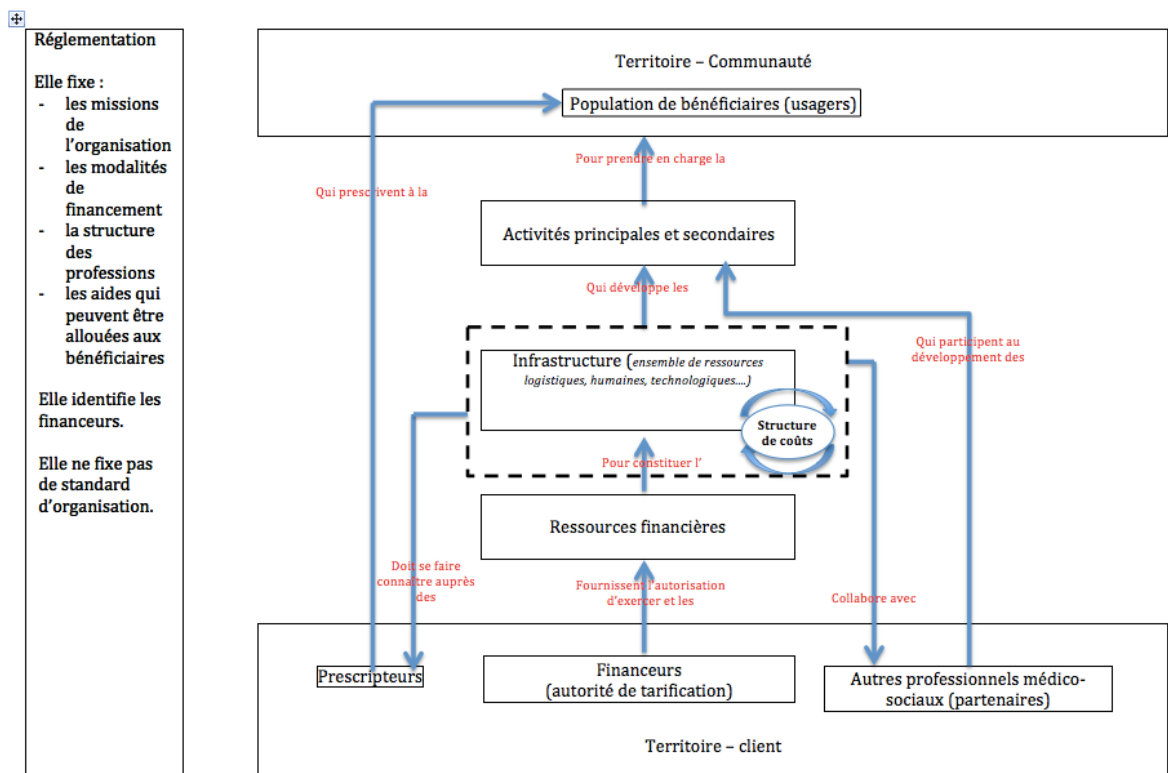


Figure 11 : Schéma du modèle d'organisation de prise en charge SPASAD

Côté population à prendre en charge, le **territoire est une communauté** avec ses caractéristiques propres, des particularités ou besoins spécifiques qu'il faut détecter. Il inclut la population cible, les personnes âgées dont l'autonomie se réduit en raison du vieillissement ou alors en raison d'une maladie. Elles désirent continuer à vivre au sein de



leur communauté habituelle au sens large, c'est-à-dire, à leur domicile dont elles sont souvent propriétaires. Elles veulent rester auprès des leurs, par affection, et dans le quartier où elles ont leurs repères, même si leurs déplacements sont diminués. Elles souhaitent conserver certaines habitudes ou activités. Les professionnels les considèrent dans leur environnement social et géographique. Ils estiment qu'accompagner des personnes âgées vivant dans l'Essonne peut être assez différent d'accompagner des personnes âgées vivant dans le 18<sup>ème</sup> arrondissement de Paris. Il y a des besoins basiques communs à l'ensemble des personnes âgées vulnérables mais il existe aussi des situations individuelles complexes spécifiques à chaque territoire. Par exemple, au SPASAD de Montgeron, Mmes Delmas et Depinarde estiment accompagner les personnes les plus dépendantes de leur territoire, ce qui, selon elles, découlerait naturellement du fait d'avoir une équipe infirmière au sein de l'organisation. De chaque communauté de territoire ressort une situation complexe prépondérante dans la population des aînés. Ainsi, dans le 18<sup>ème</sup>, on a longuement parlé, avec Mme Claisse, de l'isolement des âgés. Sur 332 usagers du SPASAD, 201 vivent seuls. Les causes de ces situations sont nombreuses mais proviennent essentiellement de nos mutations sociétales.

Côté **acteurs du système sanitaire et social**, il y en a plusieurs à identifier dans le territoire. Tout d'abord, il y a les financeurs de l'activité, qui sont définis par la réglementation. Il s'agit de l'ARS et du conseil départemental, dont le volontarisme des politiques développées conditionne l'étendue des possibilités sur le terrain. Ce sont eux qui paient et c'est à eux que le SPASAD rend des comptes. Les ressources financières et le mode de tarification sont identiques dans tous les départements et correspondent aux financements évoqués au 1.1.2. Ensuite, il y a des professionnels prescripteurs. Ce peut être les médecins libéraux ou hospitaliers qui prescrivent une prise en charge infirmière. Et de plus, pour Mme de Brabois dans le 19<sup>ème</sup>, «les gens peuvent être adressés par les assistants sociaux en fin d'hospitalisation, via le bouche à oreilles par leurs voisins/connaissances, par le CLIC, par la plateforme gérontologique. Ou alors, les aidants familiaux peuvent aussi nous trouver sur internet en cherchant des solutions à domicile pour leur parent âgé dans l'arrondissement». Enfin, il existe d'autres professionnels de l'action sanitaire et sociale qui diffèrent selon le territoire et qui oeuvrent aux côtés du SPASAD, en complémentarité. Ce sont des partenaires-clés. Ce sont les établissements et services hospitaliers ou sociaux géographiquement proches du SPASAD, la MAIA et la filière gériatrique quand elles existent dans le territoire, des réseaux de santé voire d'autres SSIAD.

Selon la **réglementation**, les SPASAD assurent les missions d'un SSIAD et celles d'un SAAD<sup>32</sup>. Autrement dit, ils «assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes» et ils «concourent au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage». Ainsi, les textes posent les grandes lignes de la valeur ajoutée attendue de ce dispositif. Par «valeur ajoutée», il faut entendre les avantages que sont censés retirer les bénéficiaires des services du SPASAD. Une bonne appréhension de cette valeur attendue fonde la stratégie d'organisation à développer afin que celle-ci soit payante.

Le type d'**activités** développées est un des éléments contributifs à cette stratégie. L'accueil ressort des discours des professionnels comme primordial. Il va du premier contact du bénéficiaire avec la structure à la réalisation de la première intervention à son domicile. Pour l'ensemble des SPASAD interrogés, le premier contact est souvent téléphonique. La personne recherche de l'aide pour le ménage, la toilette ou le repas et/ou elle a une prescription médicale pour une prise en charge infirmière. Ce moment est décisif. La situation de la personne doit être convenablement appréhendée et une pré-orientation doit être faite. Dans le 19<sup>ème</sup>, on a choisi de dédier une personne à la relation clientèle. Elle traite tous les appels de première demande, prend toutes les informations nécessaires et oriente les personnes vers les infirmières coordinatrices (IDEC) ou les responsables de secteurs selon le besoin détecté. En revanche, dans le 18<sup>ème</sup>, il y a un accueil téléphonique général qui transmet la première demande à un responsable de secteur, IDEC ou conseiller technique. Très rapidement, une visite au domicile de la personne est effectuée. Elle vise à mener une évaluation de la personne, de son environnement et de ses besoins, selon une (ou des) grille(s) prédéfinie(s). A Montgeron, cette étape débouche sur l'élaboration d'un plan d'aide et de soins. Les aides financières ou d'une autre nature peuvent être recherchées pour permettre à la personne de faire face à la dépense. Un document contractuel peut être signé avant le début des prestations.

Dans tous les cas, la deuxième étape est d'assurer un suivi. Il ne s'agit pas juste de remplir une grille, mais plutôt de maintenir la relation et de la bâtir en confiance. C'est surtout une garantie de délivrer des prestations de qualité. Il y a plusieurs briques à poser

---

<sup>32</sup> Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile

pour construire ce suivi. Dans les entretiens réalisés, personne n'évoque les aptitudes relationnelles des intervenants à domicile, mais à n'en pas douter, cela est essentiel dans une activité avec une telle proximité. Unanimement, tous ont mis en place un cahier de liaison – sous des dénominations différentes - au domicile du bénéficiaire. C'est un lien entre les différents intervenants mais aussi avec la famille et le bénéficiaire lui-même. Il peut être assorti d'un dossier au local du SPASAD, essentiellement pour les informations infirmières. Au SPASAD du 18<sup>ème</sup>, on précise qu'une réévaluation des besoins est faite annuellement et aussi souvent que nécessaire par le référent et. L'utilisateur reçoit, de plus, chaque année un questionnaire de satisfaction grâce auquel il exprime ses remarques et suggestions à l'association en vue de l'amélioration des prestations.

L'**infrastructure interne** mise en place repose essentiellement sur la ressource humaine : coordonnateurs, pilotes, gestionnaires, intervenants à domicile généralistes ou spécialisés. Si la numérisation des outils de coordination est prônée par les personnes rencontrées, rien pour l'heure ne remplace l'humain dans la prise en charge et l'accompagnement d'humains. Cela s'en ressent notamment sur la **structure de coûts** des SPASAD. A l'unanimité, les gestionnaires citent la masse salariale et autres charges sociales comme principale composante budgétaire.

### **3.1.3 Les processus internes qui font tout l'intérêt des SPASAD sont complexes et comportent des points critiques à maîtriser**

Outre la modélisation générale dépeinte dans la partie précédente, certains aspects particuliers de gestion semblent requérir une attention accrue pour éviter qu'ils ne se révèlent être des obstacles à la bonne marche du SPASAD, à la bonne coordination de l'aide et du soin. Il s'agit notamment de l'acquisition de la connaissance des besoins de la population, des modalités de la coordination de l'activité, de plusieurs aspects de gestion du personnel et, enfin, du mode de financement. Sur ce dernier point, il n'est certes pas en leur pouvoir d'apporter un changement structurel, mais les professionnels interrogés ont tous manifesté leur insatisfaction. Il semble donc nécessaire de l'évoquer ici.

Tout d'abord, il est capital d'identifier les problèmes spécifiques rencontrés par la population du territoire que l'on dessert. Comme évoqué au début de la partie 3.1.2., le territoire est d'abord constitué par une communauté d'individus ayant des habitudes de vie spécifiques mais aussi des problèmes spécifiques. L'intervention à domicile visant à soigner et/ou à maintenir la personne dans ses habitudes nécessite qu'on l'aide aussi à régler les situations plus ou moins complexes qui s'opposent à ce maintien d'une vie «normale». C'est à partir de cette analyse des besoins que l'offre doit être déclinée. A

Montgeron, par exemple, où le SPASAD prend en charge des personnes présentant une très grande dépendance, l'activité de service mandataire a été abandonnée. En effet, dans cette modalité, la personne accompagnée endosse le statut d'employeur de la personne qui l'accompagne. Naissent alors pour elle de nouvelles obligations, ce qui est incohérent compte tenu de la réduction progressive de ses aptitudes. Ainsi, la possibilité de service mandataire, pourtant prévue dans la loi, n'a pas été gardée sur ce territoire car non adaptée à la population prise en charge.

Ensuite, la coordination est un mode de management multidimensionnel exigeant une attention de tous les instants. Les déterminants de sa réussite sont pluriels. L'environnement institutionnel compte. Les autorités de tarification, outre le volontarisme qu'elles peuvent afficher au travers des financements qu'elles consentent pour les investissements, sont aussi une source-clé d'informations pour le coordonnateur. L'environnement tout court compte aussi. Ainsi, les facilités de déplacement et d'accès aux habitations ne sont pas les mêmes en banlieue qu'à Paris intramuros et même d'un arrondissement à l'autre. En général, les visites d'évaluation précédant la mise en place d'une prestation et celles visant la réévaluation des besoins permettent de se rendre compte de ce type de difficultés ainsi que de la qualité du lieu de vie de l'usager. Il y a également un déterminant technologique. Du point de vue de Madame Brabois, dans le 19<sup>ème</sup> arrondissement, « il est important de développer le numérique pour améliorer les transmissions en termes de qualité, d'efficacité et de rapidité ». Les gestionnaires du SPASAD de Montgeron sont du même avis, mais perçoivent des freins systémiques à ce type de développement : d'un côté, les tutelles estiment que le système de télépointage déployé sur l'ensemble du territoire est suffisant et, de l'autre côté, les éditeurs de logiciel déjà sur le marché essaient de gagner du temps pour développer des solutions de transmission instantanée à distance, et cela freine toute possibilité d'investissement dans des solutions développées par de nouveaux acteurs. Le troisième déterminant de coordination est humain. Mme Baron mentionne le niveau de compétences des intervenants à domicile, la qualité de leurs transmissions d'information mais également leur « usure » dans le temps, avec quelque fois le développement de troubles psychiques. Mme Brabois évoque, elle, la solitude des aides à domicile comparativement aux soignants. A Montgeron, Mmes Depinarde et Delmas m'ont parlé aussi de la nécessité de faire adhérer les différents membres de l'équipe aux bénéficiaires de la démarche et des difficultés de le faire de façon formelle car on ne peut pas toujours réunir tout le monde. Les solutions, telles les groupes de parole pour professionnels animés par une psychologue dans le 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> arrondissements ainsi que les réunions multidisciplinaires du 19<sup>ème</sup>, ont tout leur intérêt pour décroiser les métiers, se comprendre mutuellement et contrecarrer l'isolement des aides à domicile.

Puis, d'un point de vue plus technique, l'être humain est la ressource principale de ce type de structure. Son recrutement est complexe. Il est de plus en plus difficile de la fidéliser, mais nécessaire de la former pour l'« adapter au métier d'aujourd'hui ».

Enfin, le financement actuel semble en décalage avec le besoin du terrain. En premier lieu, les ressources allouées par les autorités de tarification ne couvrent pas l'ensemble des charges assumées par la structure. Mme Baron mentionne notamment « la mutuelle obligatoire, les frais générés par les licenciements pour inaptitude et par les départs à la retraite ». De plus, le SPASAD du 20<sup>ème</sup> arrondissement a fait le choix de proposer des « tickets restaurant » à son personnel sur des fonds issus de la fondation-mère, la fondation Léopold Bellan. En deuxième lieu, à Montgeron comme dans le 19<sup>ème</sup> arrondissement, on évoque l'inadéquation des plans d'aide avec le besoin réel de la personne. Ces plans d'aide sont élaborés par les équipes des conseils départementaux en charge de l'attribution de l'APA. Ils définissent pour chaque bénéficiaire le nombre d'heures de service d'aide à mettre en œuvre. Pour parvenir à respecter cette limite temporelle, les SPASAD organisent soit de façon informelle des glissements de tâches entre les différents professionnels (exemple, un intervenant SSIAD qui peut être amené à aider au repas), soit de façon formelle des « prises en charge journalières fractionnées en plusieurs passages brefs d'une demi-heure » ou alors des prises en charge plus courtes que nécessaires mais correspondant à ce qui est payé par l'APA. Mme Delmas souligne également que le financement bimodal est problématique. L'activité de soin reçoit une dotation globale et l'activité d'aide est tarifée à l'heure. Les enveloppes ne sont pas fongibles entre elles et l'APA est individualisée donc affectée au financement de la prise en charge d'un individu précis qu'elle soit insuffisante ou surestimée. En dernier lieu, le financement de l'investissement est décidé localement par le conseil départemental. Il dépend donc des politiques et volontés locales, ce qui est source d'inégalités territoriales.

Ces retours d'expérience ainsi que les éléments théoriques synthétisés en partie 1.3 donne un éclairage sur la façon dont le centre de gérontologie les Abondances et Sénior Compagnie pourraient exploiter leurs atouts pour concrétiser ce SPASAD bouloonnais appelé de leur vœu.

### **3.2 Quelles étapes pour la mise en place un SPASAD intégré à Boulogne-Billancourt ?**

Le contexte bouloonnais est bien structuré et favorable à l'implantation d'un SPASAD. Dès que le contexte interne au CGA se stabilise, les équipes pourront vraiment capitaliser sur leurs réflexions initiées au mois de Mai 2016.

### 3.2.1 Développer la vision, énoncer les principes du travail ensemble

La mise en perspective du projet à la lumière des concepts et des expériences des autres SPASAD amène à souligner l'importance pour les équipes d'approfondir la connaissance qu'ils ont de leurs usagers. Des informations recueillies des statistiques des deux partenaires, j'ai pu dépeindre dans les grandes lignes la population prise en charge (cf. partie 2.2.1.). J'ai même pu recueillir des informations générales quand leur situation. Il est nécessaire d'aller plus loin, de chercher à connaître leurs parcours de vie individuels, de développer une approche populationnelle, telle que celle prônée par Couturier et al. au 1.3.1 et reprise dans le tableau 4 « les trois P de la conception d'un continuum de services ». Constituer un SPASAD ne doit pas juste consister en l'association du SSIAD des Abondances et de l'agence Sénior Compagnie de Boulogne-Billancourt, ce doit être un projet qui cherche à porter une réponse, à construire une offre, à porter un projet collectif. La nécessité de l'approche populationnelle a également été soulignée par les professionnels interviewés dans la partie 3.1.

L'organisation doit être pensée pour être évolutive car l'environnement est en pleine transformation. Mme Constance Dondain<sup>33</sup>, directrice du service personnes âgées de la ville de Boulogne-Billancourt le souligne : « Avec les changements institutionnels en cours, il y a la définition de l'intérêt social territorial qui doit être arrêtée avant le 31/12/17 au niveau du territoire pour savoir ce qui remonte et ce qui reste aux communes. Il y a les problématiques du Grand Paris avec la question du logement, il y a une fusion éventuelle entre Issy-Les-Moulineaux et Boulogne. Le périmètre est mouvant. ». Elle précise de plus qu'un audit du CCAS de la ville mené en 2015 a montré que le CLIC<sup>34</sup> est plutôt reconnu au niveau départemental pour son bon fonctionnement avec une équipe interdisciplinaire (CESF, psychologue, IDE, etc.). L'axe prioritaire du CCAS est les personnes âgées et l'un des sous-axes est bien entendu le maintien à domicile avec l'orientation des personnes vers les structures adaptées. Ainsi, le contexte bouloonnais apparaît non seulement très dynamique mais également comme un environnement comportant des partenaires aux compétences avérées et sur lesquels le SPASAD pourra s'appuyer pour son développement.

De l'exploitation du discours des professionnels gestionnaires de SPASAD en Île de France j'ai esquissé le canevas ci-dessous qui contient l'ensemble des composantes opérationnelles à caractériser lorsque l'on a pour projet de fonder un SPASAD. Ces neuf composantes sont celles habituellement constitutives des modèles économiques de n'importe quelle organisation (Osterwalder et al., 2010).

---

<sup>33</sup> Retranscription thématique de l'entretien en annexe 13

<sup>34</sup> Le CLIC de Boulogne-Billancourt est porté par le CCAS

Partenaires-clés	Activités-clés	Besoins	Relation usagers	Population concernée
<p><b>Prescripteurs</b> Qui? médecins, services sociaux locaux, clients ou ex-clients satisfaits Que font-ils? consultation médicale, prise en charge sociale, information au public, Qu apportent-ils au SPASAD? =&gt; faire connaître le SPASAD au grand public =&gt; recruter de nouveaux usagers</p> <p><b>Financiers</b> Qui? Conseil départemental, ARS, conférence des financeurs Que font-ils? autorisation d'activité, financement d'activité socio-sanitaire Qu apportent-ils au SPASAD? =&gt; accéder à une infrastructure territoriale (ex. : système de télépointage mis en place par les CD) =&gt; rester informé =&gt; être en relation avec les autres acteurs du territoire</p> <p><b>Autres professionnels médico-social-sanitaires</b> Qui? médecins, services sociaux locaux, MAIA, CLIC, hôpitaux Que font-ils? consultation médicale, prise en charge sociale, information au public, gestion de cas Qu apportent-ils au SPASAD? =&gt; compétences médicales et paramédicales non disponibles en interne =&gt; accompagner les personnes en situation complexe =&gt; priorité de prise en charge</p>	<p><b>Services de base</b> =&gt; soins infirmiers =&gt; aide aux repas =&gt; aide à la toilette =&gt; aide ménagère =&gt; accompagnement pour les déplacements =&gt; prévention</p> <p><b>Services complémentaires</b> =&gt; réalisation de la demande d'aide financière auprès du CD =&gt; coordonner l'intervention d'autres professionnels de santé au domicile du bénéficiaire</p> <p><b>Réseaux</b> =&gt; café des aidants visant à soutenir les proches des bénéficiaires, co-construc-teurs de sa prise en charge</p> <p><b>Ressources-clés</b> Humaines =&gt; Gestion: 1 ou des responsables(s), à définir selon la taille du SPASAD =&gt; Coordination: IDECS, Responsables de secteur =&gt; Interventions: IDE, AS, AD, AVS, AMP, Aide-Ménagère, Psychologue, ergothérapeute, CESF, etc. Liste à adapter aux besoins. Incorporelles =&gt; autorisation administrative délivrée par l'ARS pour le SSIAD et par le CD pour le SAAD =&gt; SI : Corporelles =&gt; locaux, ...</p>	<p><b>Quels besoins à satisfaire?</b> =&gt; prendre 3 repas par jour =&gt; maintenir son hygiène corporelle et environnementale =&gt; maintenir le lien social avec sa famille et l'entourage proche qui passe au domicile =&gt; etc à identifier lors de l'évaluation des besoins</p> <p><b>Quels problèmes à résoudre?</b> =&gt; isolement =&gt; déclin de santé lié à l'âge : perte de tonus musculaire =&gt; risques accrus avec l'âge : chute, déshydratation, dénutrition =&gt; autonomie fonctionnelle réduite : mobilité, motricité, vision, audition =&gt; troubles psychiques =&gt; capacités amoindries pour remplir des formalités administratives, pour faire les courses, pour gérer son budget =&gt; faibles revenus =&gt; etc à identifier lors de l'évaluation des besoins</p> <p><b>Quels avantages apporte-t-on?</b> =&gt; Limiter le besoin de se déplacer au strict nécessaire et faciliter les déplacements quand ils ont lieu =&gt; Bénéficier de soins et d'aide chez soi =&gt; Conserver ses habitudes de vie dans un environnement familier, connu =&gt; Garder ses repères dans son quartier habituel =&gt; Bénéficier d'une priorité de prise en charge par les ESMS ou professionnels libéraux du territoire =&gt; etc à identifier lors de l'évaluation des besoins</p>	<p><b>Aide personnelle dédiée</b> L'AD qui intervient est unique. Un référent suit le bénéficiaire La prestation est réalisée selon un plan personnalisé d'aide et de soin qui découle de l'analyse du besoin spécifique de l'usager</p> <p><b>Co-construction</b> Le bénéficiaire et ses proches sont partenaires de la construction du service délivré grâce aux informations qu'il délivre et à leur implication dans la relation avec les intervenants à domicile.</p>	<p><b>Personnes âgées en perte d'autonomie et qui souhaitent continuer à vivre à leur domicile habituel.</b> =&gt; Tranche d'âge : &gt; 60 ans (en majorité entre 85 ans et 95 ans) =&gt; Genre : Femmes et Hommes =&gt; QIR : plutôt entre 1 et 4</p>
			<p><b>Canaux</b> =&gt; via des prescripteurs qui font connaître le SPASAD =&gt; via le site web =&gt; via le guichet unique d'accueil</p> <p><b>Prestation de service et suivi</b> =&gt; par un intervenant dédié qui se rend au domicile du bénéficiaire =&gt; un cahier de liaison est laissé au domicile de la personne</p> <p><b>Satisfaction client</b> =&gt; évaluée via un questionnaire de satisfaction =&gt; si besoin d'ajustement, la famille peut, à tout moment, laisser un message dans le cahier de liaison mis à disposition au domicile du bénéficiaire</p> <p><b>Si nouveau besoin imprévu</b> =&gt; une réévaluation du besoin est faite par l'IDEC ou le responsable de secteur =&gt; un partenaire clé peut être activé (ex: médecin ou hôpital)</p> <p><b>En cas de litige</b> =&gt; via des personnes qualifiées</p>	
<b>Structure de coûts</b>	<p>Quelle(s) ressource(s) pèsent le plus? =&gt; ressources humaines</p>	<p>Qui paie? =&gt; ARS =&gt; Conseil Départemental =&gt; Confédération des financeurs =&gt; bénéficiaires</p>	<p><b>Ressources financières</b></p> <p>Quelles activités listées dans "services de base" =&gt; toutes les activités listées dans "services de base"</p> <p>Sous quelle forme? =&gt; dotation globale de soins (ARS) pour les soins infirmiers =&gt; tarif horaire (CD) + reste à charge (bénéficiaire) pour les prestations de services d'aide =&gt; dotation (CF) pour actions de prévention</p>	

Tableau 12 : Canevas type de SPASAD basé sur les retours d'expérience franciliens

Ce canevas montre que la réflexion doit être menée non pas en termes de missions écrites dans la loi mais en termes de valeurs, d'avantages à apporter à la personne prise en charge. Il s'agit d'aller plus que le libellé générique « favoriser l'autonomie et la bonne santé à domicile » et décliner le projet de façon plus spécifique comme par exemple :

- *Aider à maintenir le lien social avec la famille*
- *Aider à maintenir le lien social avec les amis*
- *Aider à poursuivre tel ou tel loisir*
- *Aider à maintenir telle ou telle habitude de vie*
- *Garantir l'hygiène du lieu de vie de la personne prise en charge*
- *Garantir que les personnes prises en charge se nourrissent*
- *Prévenir les chutes*
- *Prévenir la dénutrition*
- *Etc*

Et ce, en se fondant sur les différents besoins identifiés par les professionnels intervenant au domicile de chacun des usagers communs, que ces besoins aient été exprimés ou non.

Dans la phase d'élaboration du projet, les principes de la coordination doivent être posés. Tout d'abord, en se fondant sur le tableau 6 présenté en partie 1.3.2., les structures partenaires doivent définir le degré d'autonomie décisionnelle qu'elles souhaitent conserver et le degré d'interdépendance fonctionnelle entre elles afin de définir le degré d'intégration nécessaire à l'émergence des solutions attendues par la population cible: simple liaison, coordination ou pleine intégration. Ensuite, un consensus doit être trouvé sur le corps de principes explicites constitutif de la toile de fond du dispositif. Il inclut entre autres les stratégies d'accompagnement du changement et d'évaluation des effets de sa mise en œuvre. A ce titre, Couturier et al. citent comme référence le modèle « Vieillir en Santé » développé par Cardinal et al. (cf. annexe 14). Puis, il conviendra d'identifier les paramètres de la coordination. Cette dernière se joue sur trois niveaux de concertation pour lesquels il est nécessaire d'identifier les acteurs ainsi que leur périmètre d'intervention. Au niveau stratégique, les décideurs ont le pouvoir d'apporter des modifications structurelles tandis qu'au niveau opérationnel, les intervenants s'occupent des situations particulières des personnes prises en charge. Et un pilote, positionné entre les niveaux stratégique et tactique assure la transmission d'informations nécessaires à la fluidité du système (Cf. tableau 7 présenté dans la partie 1.3.3.).

Dans le projet qui a été rédigé en vue de répondre à l'AAC de l'ARS, le CGA fait état d'un grand nombre de partenariats, mais la réflexion doit être mûrie quant à ceux qui seront vraiment partenaires du SPASAD. L'équipe doit se familiariser avec l'activité exacte que ces différents partenaires développent, ce qu'ils pourront apporter au dispositif et à quel moment précis du parcours de l'utilisateur chaque partenaire peut et doit être



activé. Quand bien même le CGA et SC sont déjà très actifs dans les groupes de travail du territoire, à n'en pas douter, ce type de réflexion ne s'improvise pas.

### **3.2.2 Développer les outils et maîtriser les ressources du SPASAD intégré**

Le projet boulonnais est de s'inscrire dans une expérimentation visant à développer une offre SPASAD en y injectant les outils de l'intégration. Ces outils sont notamment un guichet d'accès intégré, des systèmes d'informations convergents et des plans de coordination (cf. partie 1.3.3.). Comme nous l'avons souligné plus haut, la standardiste en charge du guichet unique d'accès ne joue un pas simple rôle de répartiteur mais il/elle est capable d'accueillir et d'orienter l'appelant. Le numéro de téléphone doit bénéficier d'une diffusion large du dans le territoire, et pour cela le SPASAD pourra s'appuyer sur le CLIC de Boulogne-Billancourt et la MAIA 92 Centre dont l'efficacité est reconnue. Le degré d'intégration préalablement défini pour le dispositif est déterminant pour le degré de convergence voire d'interopérabilité nécessaire à l'interconnexion des différents plans et permettra d'établir un cahier des charges précis pour le prestataire informatique en charge de l'étude de faisabilité, du chiffrage et de la mise en œuvre du projet de SI. En parallèle, l'équipe s'attachera à progressivement mettre en place pour la trentaine d'utilisateurs communs aux deux structures porteuses du projet de SPASAD intégré des plans individualisés d'allocation de service résultant de l'agrégation de l'ensemble des plans d'aide et de soins concourant au bon suivi des interventions (cf. Annexe 7).

En terme de gestion des ressources humaines dont la difficulté a été soulignée par les gestionnaires expérimentées de SPASAD, tant le SSIAD que le SAAD ont de bons appuis. En effet, les IDEC peuvent s'appuyer sur la direction de ressources humaines interne à l'établissement auquel est rattaché le SSIAD. Côté SC, le responsable d'agence bénéficie des outils et compétences portés par le réseau national dont l'agence est la franchise. Il en va de même pour les ressources logistiques. Comme le montre l'exemple des SPASAD évoqués au 3.1, l'appui d'une maison-mère est un avantage considérable pour former un système de services intégrés.

Bien que l'angle d'analyse de ce mémoire soit celui de l'action publique, il m'est apparu impossible de ne pas évoquer la question du mode de financement qui ne relève pas des acteurs locaux, mais bien des politiques publiques. Un mode de financement intégrateur est le fondement structurel d'un continuum de services. Il est basé sur une approche populationnelle et inclut des évaluations régulières de l'efficacité des dispositifs qu'il soutient (Couturier et al., 2016). Les professionnelles interrogées au 3.1. réclament, pour des raisons évidentes de soutenabilité du dispositif, un système financier qui couvre

l'ensemble des charges nées de l'activité développée et qui soit basé sur des plans d'aide APA en meilleure adéquation avec la réalité des plannings afin de limiter le fractionnement des interventions journalières ou les glissements de tâches. De plus, elles pensent qu'un financement monomodal du fonctionnement permettrait une organisation unifiée du soin et de l'aide et que le financement de l'investissement pourrait être plus égalitaire d'un département à l'autre s'ils ne dépendaient pas des politiques locales. Aussi, des mesures favorisant l'instauration d'un mode de financement intégrateur semblent nécessaires. Il pourrait s'agir de mesures unifiant la source de financement des SPASAD et ses modalités, réglementant la fongibilité des enveloppes et enfin injectant de l'équité territoriale via par exemple la définition d'une contribution à l'APA Conseil Départemental / CNSA répartie à l'identique dans tous les départements. Le moment de la nouvelle loi vieillissement apparaît comme le moment opportun pour inscrire une telle réforme à l'agenda politique.

### **3.2.3 Mesurer l'efficacité du dispositif**

L'évaluation de l'efficacité est la première étape du processus visant son amélioration. Il est donc crucial que le SPASAD intégré se dote d'un tableau de bord dès le début de son fonctionnement. Les indicateurs constituant ce dernier doivent être définis tôt et un consensus doit être trouvé quant à leur définition, leur interprétation et leur exploitation concrète. Cependant, ces indicateurs sont des outils de gestion et non une fin. Ils doivent être simples et robustes. L'idéal est de s'inspirer voire d'entrer dans le processus « tableau de bord » de l'ANAP (cf. annexe 15, indicateurs possibles), l'agence dédiée à la performance des services de santé. Faire ce choix c'est rentrer dans une démarche structurée, se concentrer sur son cœur de métier en adoptant un tableau de bord qui a été conçu par des experts. Si l'ensemble des SPASAD entre dans la démarche, le parangonnage au niveau national est possible. L'obtention de graphiques clairs et exploitables et les contrôles automatiques sur plateforme de l'ATIH permet de faire ressortir les atypies. En revanche, ce type d'outil n'est exploitable que si les données saisies sont fiables, historicisées et recueillies selon des méthodes identiques chaque année. Certes, cela requiert un gros investissement en temps lors du premier remplissage mais cet investissement est rentabilisé dès la deuxième fois. A ce jour, les SSIAD sont déjà parangonnés par l'outil, mais pas encore les SPASAD. Toutefois, il faut souligner qu'aujourd'hui, il n'y a qu'une campagne annuelle dont la collecte est en mai et la restitution nationale en Septembre. Pour l'expérimentation, il faudrait prévoir deux campagnes annuelles sur deux ans, soit un traitement accéléré et spécifique. Un autre avantage de passer par ce type d'outil développé par une agence nationale c'est que le reporting vers les acteurs politiques et vers un comité nationale est facilité. En engageant

les SPASAD à renseigner les indicateurs listés dans leur CPOM (Contrat signé entre le SPASAD et l'autorité de tutelle, fixant les objectifs et définissant les moyens mis en oeuvre), l'outil pourrait servir au suivi des CPOM. Ainsi, la culture de gestion et de performance est la même pour tout le monde, à tous les échelons. Elle favorisera l'adaptation perpétuelle de l'offre aux besoins.



## Conclusion

Développer un SPASAD intégré ne s'improvise pas. Handicapés par plusieurs facteurs conjoncturels en mai dernier, le CGA et SC n'ont pas fait aboutir leur projet. Ceci dit, des expériences en France et à l'international ont montré que des organisations intégrées sont possibles et qu'ils améliorent la performance des prises en charge. Ainsi, les facteurs contributifs et les leçons issues de ces expériences sont connus. La détermination de la bonne combinaison de stratégies et de ressources adaptée à la population et au contexte requiert du temps, l'adoption d'une approche populationnelle et l'énoncé explicite de principes de travail intégrateurs. C'est un ouvrage exigeant patience et réajustements perpétuels.

Le canevas d'un modèle économique de SPASAD a pu être tissé sur la base de retours d'expérience de gestionnaires expérimentées de ce type de service. Il fait ressortir le type et le mode de relation à mettre en place avec les usagers en fonction des besoins détectés qu'ils soient exprimés ou non. Il donne également une méthodologie pour établir un équilibre entre la pertinence des activités mises en œuvre et les ressources logistiques et financières à disposition du dispositif. Le discours des professionnelles exerçant en SPASAD révèle également les facteurs humains, technologiques, environnementaux et financiers – quand bien même ce dernier aspect est conditionné par les politiques publiques – à maîtriser. Conformément à la posture focalisée sur l'« action publique » que j'ai adoptée tout au long de ma réflexion, cette étude a mis en exergue les leviers des acteurs de terrain indépendamment de tout avis sur les politiques publiques. Néanmoins, compte tenu de l'accent mis par les chercheurs, par les praticiens et par les membres de l'équipe projet CGA-SC sur le mode de financement, il paraît opportun d'exploiter l'expérimentation « SPASAD intégré » actuelle pour demander l'inscription à l'agenda politique une réforme du système financier du dispositif.

De plus, les hypothèses de début sont vérifiées et des réponses ont été apportées:

- o L'élaboration d'un modèle économique pour un SPASAD est le fruit d'une réflexion stratégique autour d'axes tels la définition de la population cible, l'identification de ses besoins, la mise en place de modalités relationnelles idoines, l'adaptation des activités à développer aux besoins identifiés, la maîtrise des ressources matérielles et humaines ainsi que l'animation dans le territoire de partenariats concourant à la mise en œuvre d'un continuum de services ;

- o Un SPASAD n'est pas la simple association d'un SAAD et d'un SSIAD. Il possède des compétences propres nées du collectif et représente des bénéfices pour les usagers qui surpassent ceux que ces derniers retirent des structures agissant séparément ;

o Les stratégies d'organisation qu'adoptent les acteurs de terrain dépendent pour beaucoup des moyens financiers et des modes de tarification en place. D'où l'évocation, plus haut, de la nécessité d'une réforme du système en vigueur.

Par ailleurs, l'intérêt de l'expérimentation « SPASAD intégré » pour les directeurs d'établissement sanitaire, social ou médico-social est pluriel. Ils posent un regard sur le vieillissement de la population et les mutations sociétales résultantes dans l'optique de faire émerger de nouvelles stratégies d'organisation sur le terrain. Celles-ci comportent des multiples défis managériaux à relever pour accompagner les équipes dans la mise en place de solutions qui répondent aux besoins réels de la population du territoire sur lequel elles interviennent. En effet, il ne s'agit pas d'imposer des « copier-coller » d'organisations vues ailleurs, mais de penser la transférabilité et l'adaptation des modèles, des retours d'expériences en adoptant une approche populationnelle.

Enfin, il convient de garder à l'esprit que tout « projet intégrateur est (...) condamné à une adaptation continue aux besoins évolutifs de la population (...) il propose un chemin de transformation et une destination qui permet de faire évoluer positivement le monde » (Couturier et al., 2016). S'il exige une grande sensibilité aux besoins des usagers et une meilleure prise en compte du caractère multidimensionnel des situations individuelles, il nécessite des ajustements perpétuels car il s'agit d'une activité où l'humain est prépondérant, tant côté usagers que côté professionnels.

Or, on n'appréhendera mieux le caractère multidimensionnel des besoins des personnes âgées à domicile que si on agit ensemble, de façon coordonnée. C'est un projet qui dépasse le simple intérêt des deux partenaires suivis dans ce mémoire mais plutôt un projet sociétal impliquant de nombreux acteurs socio-sanitaires du territoire, les usagers eux-mêmes ainsi que leur entourage familiale et amicale car « une société ne peut progresser en complexité que si elle progresse en solidarité »<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Edgar Morin, Pour une politique de civilisation, 1997

---

# Bibliographie

---

*Les références sont classées dans l'ordre anti-chronologique de leur publication*

## **Articles scientifiques**

- Trouvé H., Perisset C., Couturier Y., et al. (2013) - Les MAIA, genèse et fonctionnement, documents cleirppa, cahier n° 52 - pp.22-27
- Bloch M-A. (2013), Les dispositifs d'aide et de prise en charge, la fragmentation du système de santé et d'aide pour les personnes âgées in Actualité et dossier en santé publique (adsp) n°85, Haut Conseil de la santé publique – pp.30-35
- Somme D., Trouvé H., Passadori Y., Corvez A., Jeandel C., Bloch M-A., Ruault G., Dupont O., De Stampa M. (2013), Prise de position de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie sur le concept d'intégration : Résumé, La Revue de Gériatrie, Tome 38, n°5, p.323-330
- Amyot J-J. (2010), Les tribulations de la coordination gérontologique : des stratégies aux usagers, Vie Sociale n°1 p25-41
- Henrard J.-C., Vedel I. (2003), L'enjeu de la coordination gérontologique en France, Santé, société et solidarité, hors série
- Leutz W. (1999), Five laws for integrating Medical and Social Services : lessons from the United States and the United Kingdom, The Milbank Quarterly, Vol. 77, n°1
- Eng, C., Pedulla, J., Eleazer, G. P., McCann, R. and Fox, N. (1997), Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): An Innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing. Journal of the American Geriatrics Society, 45: 223–232.

## **Ouvrages**

- Couturier Y., Bonin L., Belzile L. (2016), L'intégration des services en santé, une approche populationnelle, Edition Paramètres, Les Presses de l'Université de Montréal
- Ennuyer B. (2014), Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation, 2e édition, Dunod
- Bloch M-A., Hénaut L. (2014), Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Dunod
- Osterwalder A, Pigneur Y. (2010), Business model generation. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons
- Mintzberg H. (1982), Structure et dynamique des organisations. Éditions d'Organisation
- Crozier M., Friedberg E. (1977), L'acteur et le système, Paris, Le Seuil

## **Rapports :**

- Cour des Comptes (2016), Rapport publique thématique sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler

- Cour des Comptes (2014), Rapport d'enquête sur le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie
- EHESP, MIPn°3 encadré par A. CAMPEON et B. LE BIHAN (2012) Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes : une politique complexe et ambiguë
- CNSA, Rapport d'activité 2012
- Cour des comptes (2010), Rapport sur le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie
- Cour des comptes (2009), Rapport public annuel
- VASSELLE, Alain (2008), Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque. Rapport au Sénat
- Conseil économique et social (2007), Rapport sur le développement des services à la personne
- Cour des Comptes (2005), Rapport sur les personnes âgées dépendantes
- Haut comité consultatif de la population et de la famille (1962), Politique de la vieillesse, Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque

### **Textes réglementaires**

- Instruction n° DGCS/SD3A/DGOS/CNSA/2016/124 du 1er avril 2016 relative aux appels à candidatures pour le déploiement des dispositifs MAIA au titre de l'année 2016
- Instruction n° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD prévue à l'article 49 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile prévues à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Circulaire interministérielle n ° DGCS/DGOS/CNSA/2013/10 du 10 janvier 2013 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)
- Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
- Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012
- Décret no 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile

### **Documents institutionnels**

- CNSA (2014), MAIA, Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champs de l'autonomie, les cahiers pédagogiques de la CNSA



- National PACE association (2013), PACE in your community, understanding pace operating experience and the critical success factors

### **Sites web**

<http://www.lesabondances.fr>: Site institutionnel du centre de gérontologie Les Abondances

<http://www.senior-compagnie.fr/>: Site du réseau national Sénior Compagnie

<http://www.ppmv.fr/> : Site partager pour mieux vieillir développé par le réseau Sénior Compagnie

<http://www.npaonline.org/> : Site de l'association nationale américaine du programme PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly)

<http://integratedcarefoundation.org/> : Site de la fondation internationale pour le développement des soins intégrés

<http://www.sfgg.fr/> : Site de la société française de gérontologie et gériatrie

<http://www.fesp.fr> : Site de la fédération du service aux particuliers

---

## Table des illustrations

---

<b>Figures</b>
----------------

Figure 1 : Carte du territoire du SSIAD rattaché au C.G.A.....	8
Figure 2 : Répartition des patients du SSIAD par tranche d'âge en 2015.....	9
Figure 3 : Répartition des patients du SSIAD par degré d'autonomie (GIR) et par temps d'intervention au domicile en 2015.....	9
Figure 4 : Evolution des durées de prise en charge par le SSIAD entre 2013 et 2015.....	9
Figure 5 : Répartition des patients du SSIAD par type d'aide reçu en sus des interventions SSIAD en 2015.....	10
Figure 6 : Répartition des clients du SAAD par tranche d'âge et par sexe en 2015 .....	11
Figure 7 : Répartition des clients du SAAD par lieu d'habitation en 2015 .....	11
Figure 8: Répartition des clients du SAAD par genre (2015) .....	11
Figure 9 : Les quatre étapes de l'expérimentation PAERPA d'après David, 2008 (source: Bloch et al., 2014) .....	17
Figure 10 : Infographie caractérisant les usagers communs au SSIAD et au SAAD .....	31
Figure 11 : Schéma du modèle d'organisation de prise en charge SPASAD.....	38
Figure 13 : Evolution des dépenses d'APA et du concours CNSA depuis 2002 .....	XVIII

<b>Tableaux</b>
-----------------

Tableau 1 : Méthodologie appliquée pour l'élaboration du présent mémoire.....	5
Tableau 2 : Activité mensuelle de 2015 de l'agence Senior Compagnie de Boulogne-Billancourt (Nb de clients suivis et Nb de prestations réalisées).....	10
Tableau 3 : La construction budgétaire des SPASAD .....	15
Tableau 4: Plafonds de l'APA à domicile au 1er mars 2016 .....	16
Tableau 5 : Les trois P de la conception d'un continuum de services, Couturier et al., 2016 .....	20
Tableau 6: Définitions retrouvées dans la littérature relativement au concept d'intégration (Somme, 2013).....	21
Tableau 7 : Les plans logiques de l'intégration - Couturier et al. (2016) .....	22
Tableau 8 : Les trois niveaux de concertation des systèmes de services intégrés .....	24
Tableau 9 : Actions éligibles et non éligibles au financement de l'expérimentation de SPASAD intégrés en Île de France (source : appel à candidature du 27 avril 2016). 27	

Tableau 10 : Calendrier prévisionnel du projet de constitution du SPASAD de Boulogne- Billancourt .....	29
Tableau 11 : Calendrier réalisé du projet de constitution du SPASAD de Boulogne- Billancourt .....	32
Tableau 12 : Canevas type de SPASAD basé sur les retours d'expérience franciliens....	45



---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Infographie « Loi d'adaptation de la société au vieillissement » du Sénat .....	II
Annexe 2 : Extrait du dossier de presse de la loi d'adaptation de la société au vieillissement - Ministère de la Santé – 2016 (pages 4, 7 et 9) .....	III
Annexe 3 : Support visuel de la présentation faite le 12 avril 2016 aux acteurs souhaitant constituer le SPASAD de Boulogne – Billancourt .....	VI
Annexe 4 : Comprendre l'APA : Extrait du rapport public thématique de la Cour des Comptes de Juillet 2016 relatif au maintien à domicile des personnes âgées – Document annexe à propos de l'APA + Article paru dans le magazine de presse spécialisée Hospimédia le 29 Février 2016 « Les nouveaux plafonds de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile entrent en vigueur » .....	XIII
Annexe 5 : Plaquette de présentation du programme PACE.....	XIX
Annexe 6 : Les besoins de coordination et les dysfonctionnements du système identifiés dans les rapports les plus récents, Bloch et al., 2014.....	XX
Annexe 7 : Les différents plans d'organisation et de coordination des services intégrés, Couturier et al., 2016.....	XXI
Annexe 8 : Appel à candidatures régional 2016 pour l'expérimentation de SPASAD intégrés en Île-de-France .....	XXII
Annexe 9 : Devis émiCité pour la relecture de la réponse du CGA et de SC à l'appel à candidature de l'ARS Île de France .....	XXXIII
Annexe 10 : Répertoire des personnes rencontrées dans le cadre du mémoire .....	XXXV
Annexe 11: Grille d'entretien utilisée pour les rencontres avec les professionnels gestionnaires de SPASAD .....	XXXVI
Annexe 12 : Retranscription thématique des entretiens avec les professionnelles gestionnaires de SPASAD .....	XXXVIII
Annexe 13 : Retranscription thématique de l'entretien avec la Directrice du service Personnes Agées de la ville de Boulogne-Billancourt .....	XLV
Annexe 14 : Modèle "Vieillir en Santé", une base de principes possible du SPASAD intégré, Couturier et al., 2016.....	XLVII
Annexe 15 : Exemple d'indicateurs possibles dans l'outil ANAP .....	XLVIII

## Annexe 1 : Infographie « Loi d'adaptation de la société au vieillissement » du Sénat

# PROJET DE LOI D'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

En 2050, la majorité des seniors sera en bonne santé et constituera un relais de croissance considérable pour notre pays.



Aujourd'hui, l'espérance de vie moyenne en France est de **82,4 ans**  
 En 2050, elle sera de **88,5 ans**

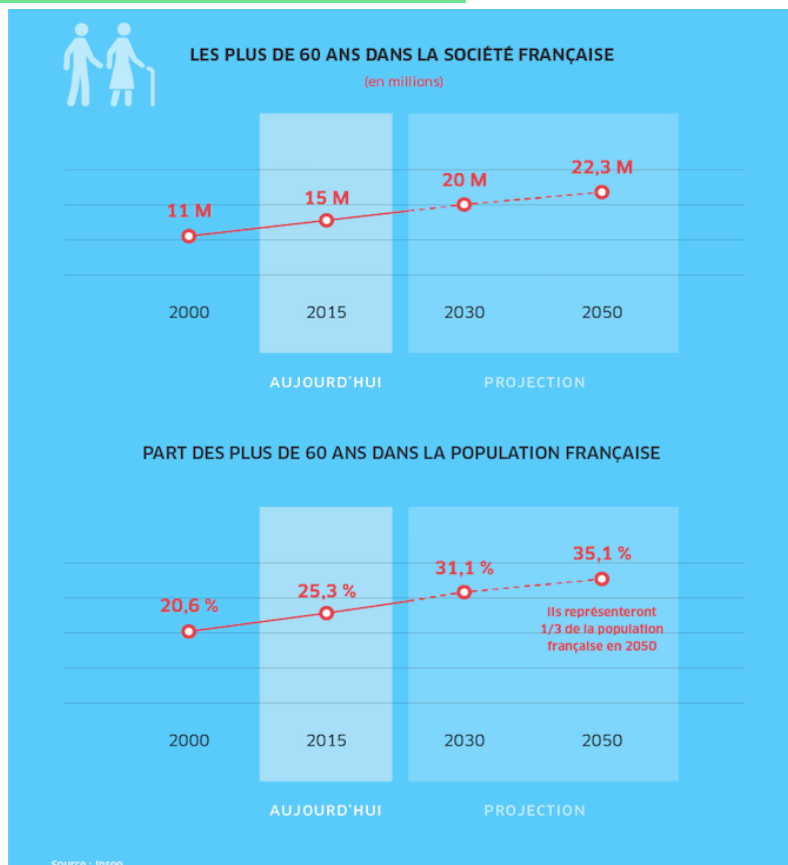
Source : Insee

Il y a aujourd'hui **16 000** centenaires en France

9/10 sont des femmes

En 2050, il y en aura plus de **140 000**

http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/certaines/



### LES FACTEURS QUI CONTRIBUENT À L'ALLONGEMENT DE LA VIE

- > Meilleures conditions de vie
- > Travail moins pénible physiquement
- > Baisse de la durée du travail
- > Individus de plus en plus attentifs à leur santé
- > Progression de l'accès au soin
- > Amélioration du traitement des tumeurs et des maladies respiratoires

Source : Centre d'observation de la société

[www.senat.fr](http://www.senat.fr)
f
in
g+
yt
v
t
@Senat\_Info
@Senat\_Direct

### LE VIEILLISSEMENT DE LA SOCIÉTÉ EN EUROPE

L'Allemagne est le pays où la part des seniors dans la population est la plus élevée.

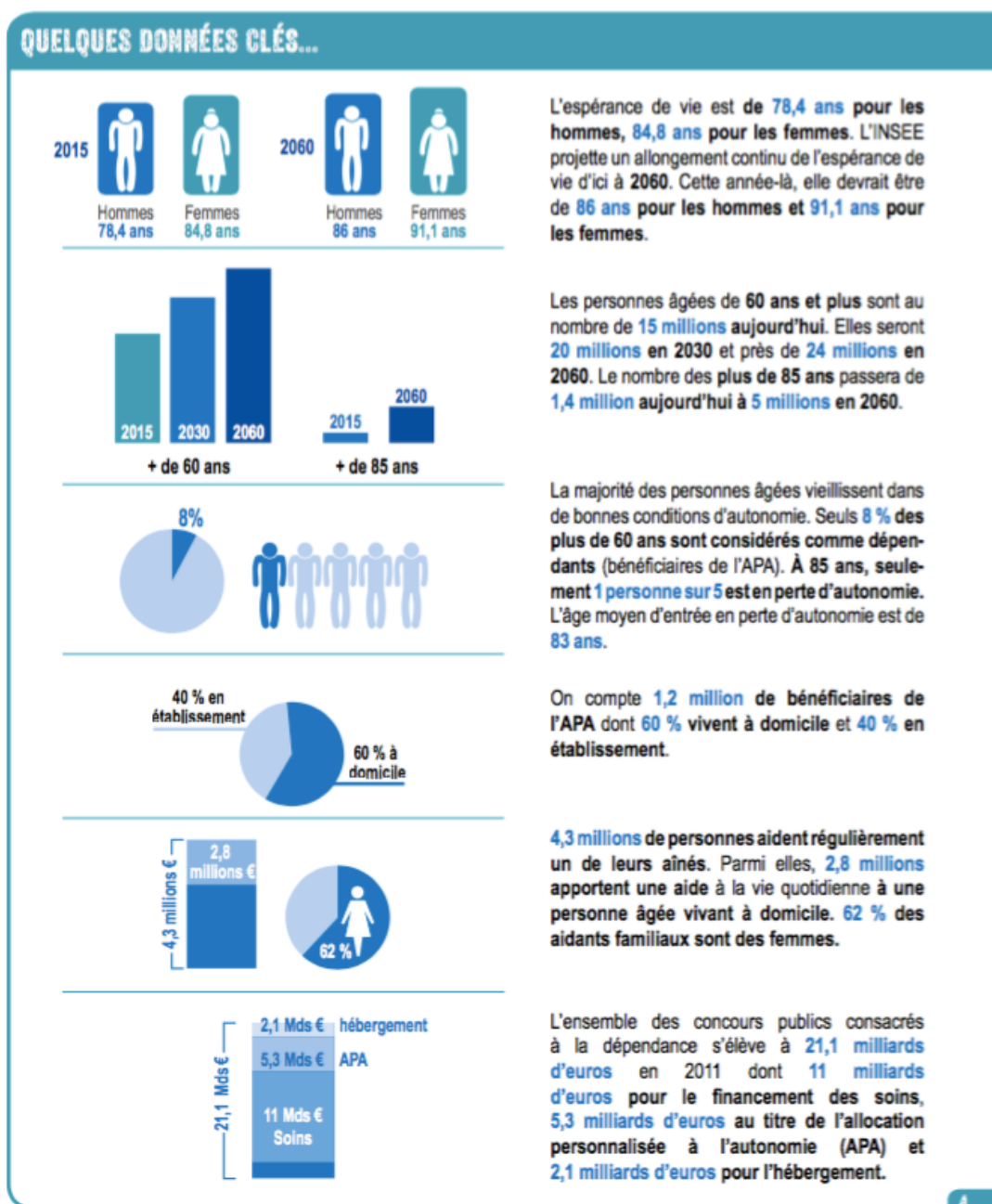
**28 %**

L'Irlande celui où elle est la plus faible.

**13,5 %**

Source : http://www.insee.fr/fr/insee\_regions/alsace/themes/cpar09\_2.pdf

Page 4 : Chiffres – clés



## 2 ACCOMPAGNER LES PERSONNES ÂGÉES DANS LEUR PARCOURS DE VIE

Cette loi met en avant l'anticipation du vieillissement de la société dans les politiques publiques. Il s'agira de préserver au mieux l'autonomie des personnes âgées en leur apportant tout le soutien possible. La revalorisation de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile est l'une des mesures phares qui démontre la volonté gouvernementale de répondre à l'une des principales préoccupations des personnes âgées : celle de vieillir chez elles, dans de bonnes conditions et avec un accompagnement adapté à leurs besoins.

### → VIEILLIR CHEZ SOI GRÂCE À LA REVALORISATION DE L'APA À DOMICILE

#### Engager un véritable acte II de l'APA à domicile

- Augmenter le nombre d'heures d'aide à domicile pour les âgés qui en ont le plus besoin.
- Réduire le niveau de participation financière (le « ticket modérateur »).
- Exonérer de toute participation financière l'ensemble des bénéficiaires de l'ASPA (minimum vieillesse).

La quasi-totalité des bénéficiaires de l'APA à domicile (600 000 personnes) profiteront d'une baisse substantielle de leur reste à charge.

Par exemple, pour une personne en GIR 1 disposant de 1 500 euros de revenus mensuels, le reste à charge passera de 400 à 250 euros, soit une économie de 1 800 euros par an.

#### Revalorisation de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Acte II de l'APA à domicile)

Les personnes fragilisées avec un plan d'aide actuellement au plafond bénéficieront du déplaçonnement de cette aide :

pour les personnes avec une perte d'autonomie réduite  
**1 HEURE d'aide à domicile  
supplémentaire par semaine**

pour les personnes les plus dépendantes  
avec un plan d'aide actuellement au plafond  
**1 HEURE d'aide à domicile  
supplémentaire par jour**

### Développer le logement intermédiaire : les logements foyers ou les « résidences autonomie »

Deux actions majeures qui repositionnent ces établissements comme acteurs essentiels de la prévention de la perte d'autonomie.

#### Un forfait autonomie

- Le forfait autonomie permet de renforcer la mission de prévention des résidences autonomie. Les prestations sociales attendues dans ces structures seront fixées par décrets (restauration, blanchisserie, prévention...).
- Le forfait autonomie est destiné à financer des dépenses non médicales permettant de préserver l'autonomie des résidents grâce à des actions collectives (relatives à la nutrition, la mémoire, le lien social...). Ces actions pourront être proposées à l'ensemble des seniors du territoire. Il permettra de recourir à des professionnels formés à l'accompagnement de publics fragiles. 40 millions d'euros sont prévus chaque année pour ce forfait.

#### Une aide à l'investissement pour les travaux de modernisation des résidences autonomie

- D'importants travaux de réhabilitation sont nécessaires dans certaines résidences autonomie. Une aide financière pourra être apportée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en lien avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Cette aide permettra aux résidences d'engager des travaux en baissant le montant de l'emprunt et en minimisant l'impact sur le montant des redevances des résidents. Cet investissement inédit de l'État sera d'un montant de 40 millions d'euros. Il viendra en complément des 10 millions déjà dégagés à cet effet en 2014.



## Page 9 : Mesures visant à développer le maintien à domicile des personnes âgées

### → SOUTENIR LES PROCHES AIDANTS ET AIDANTS FAMILIAUX

- Instaurer un droit au répit permettant aux aidants qui accompagnent les personnes atteintes d'une grande perte d'autonomie de prendre un temps de repos en finançant l'accueil de la personne aidée dans une structure adaptée à ses besoins.
- Financer un dispositif d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant.

### → DES PROFESSIONNELS ET DES GESTIONNAIRES SOUTENUS À TRAVERS UN PLAN DE MODERNISATION DES SERVICES À DOMICILE

Pour répondre aux difficultés du secteur de l'aide à domicile, plusieurs dispositions permettront de sauvegarder, tout en le modernisant, ce secteur d'activité indispensable au développement de l'accompagnement à domicile des personnes âgées :

- Soutien au développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui sont bénéfiques pour tous : les aidants, les équipes de terrain pour moins de solitude, les gestionnaires, les financeurs.
- Renforcement de l'accompagnement à domicile, notamment avec la revalorisation de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui amènera naturellement de l'activité à ces services.

#### Reconnaissance du statut de « proche aidant » et du droit au répit

Enveloppe pouvant atteindre

**500 € par an par aidé**

pouvant servir, par exemple, à financer ponctuellement :

un hébergement temporaire

un accueil de jour

un renforcement de l'aide à domicile

Le montant de l'aide pourra également être augmenté en cas de nécessité passagère, ou en cas d'hospitalisation du proche aidant.

#### Des mesures pour le secteur de l'aide à domicile enclenchées depuis 2012

- Mobilisation du fonds de restructuration de l'aide à domicile : 25 millions d'euros supplémentaires en 2015 soit 155 millions d'euros au total depuis 2012, ayant bénéficié à plus de 1 400 structures.
- 25 millions d'euros sont consacrés dès 2015 à la revalorisation des salaires des aides à domicile : une mesure de justice sociale pour les salariés du secteur non lucratif.
- La valorisation des professionnels du grand âge est enclenchée depuis 1 an et demi avec le plan métier Autonomie.
- Une enveloppe de 11,5 millions d'euros déléguée aux Agences régionales de santé en 2015 pour soutenir le développement des SPASAD.

#### ← GARANTIR UN ACCÈS AUX SERVICES À DOMICILE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

L'alignement des régimes juridiques sur celui de l'autorisation pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant en mode prestataire auprès des publics fragiles permettra :

- d'inscrire les services dans un seul cadre réglementaire, celui du code de l'action sociale et des familles, en tant que service social et médico-social ;
- de positionner le département, en cohérence avec le recentrage de ses missions sur ses compétences sociales, comme l'acteur impulsant la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile.

# Expérimentation SPASAD intégrés

12 Avril 2016

**Présenté par**  
Sarah GOURDINE  
Elève-Directrice EHESP  
Tél : 01 41 22 56 78  
sarah.gourdine@eleve.ehesp.fr

## Ordre du jour

- ✓ **Propos introductifs / tour de table**
- ✓ **Focus SPASAD**
  - ✓ **Définition et fonctionnement**
  - ✓ **Implantation**
  - ✓ **Financement**
  - ✓ **Relations avec les tutelles**
- ✓ **Discussion**
- ✓ **Clôture de la séance**

## En intro....

- Mémoire professionnel intitulé « *Bien vieillir chez soi dans les Hauts-de-Seine* » en cours d'écriture
- Focus sur le dispositif SPASAD
- Méthodologie : enquête terrain auprès de SPASAD franciliens pour comprendre les clés du succès de ce dispositif

12/04/16

C.G. LES ABONDANCES

3

## Qu'est-ce qu'un SPASAD

- ✓ Alinéas 6° et 7° du chapitre I de l'article L. 312-1 du CASF
- ✓ Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des SAAD et des SPASAD
- ✓ Instruction N° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD
- Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile
- 2004 : décret définissant le dispositif
  
- 2014 : rapport d'enquête CC sur le maintien à domicile
- 2015 : nouvelle loi Vieillesse (ASV) prévoyant l'expérimentation SPASAD intégrés de 2 ans
  - 94 SPASAD en France dont 16 en IdF et 0 dans le 92
  - Cap 2020 = 2300 SPASAD (Source : Ministère Santé, Mai 2015)
- 2016 : instruction ministérielle fixe les conditions de mise en œuvre
  
- Pas d'appel à candidature en IdF pour le moment (?)

12/04/16

C.G. LES ABONDANCES

4



12/04/

5

## Quelles sont ses missions?

Maintien à domicile	Santé	Autonomie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser le <b>maintien à domicile</b> des pnes accompagnées</li> <li>• Etablir tout <b>partenariat</b> utile avec les ES et les caisses de retraite, en amont des sorties d'hospit<sup>e</sup> pour <b>accompagner les retours et maintiens à domicile</b> par l'action conjuguée de professionnels de l'aide et du soin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protéger et maintenir la <b>santé physique et mentale</b> des personnes prises en charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protéger et maintenir l'<b>autonomie</b> des fonctions vitales physiques et psychiques des personnes prises en charge dans l'exercice de leurs activités de la vie quotidienne;</li> <li>• Jouer un rôle de <b>repérage, d'alerte et de signalement</b> des situations d'isolement, de fragilités, de perte d'autonomie ou d'aggravation de celle-ci</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'inscrire dans des <b>projets individualisés d'aide et d'accompagnement</b>;</li> <li>• Organiser des <b>interventions intégrées</b> d'aide et de soins à domicile dans l'objectif <b>d'amélioration continue du service rendu</b> aux personnes accompagnées.</li> </ul>		

6

# Quelles sont ses activités?

Articles D. 312-7, D. 312-1 et D. 312-6 CASF

## Services possibles

- 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 et le développement des **activités sociales** et des liens avec l'entourage.
- ④ Au domicile des personnes ou à partir du domicile de l'intervenant, 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
- ⑤ Sur prescription médicale, des **prestations de soins infirmiers** (*soins techniques ou soins de base et relationnels, à domicile ou dans un service non médicalisé*)

12/04/16

C.G. LES ABONDANCES

## Publics pris en charge



Personnes âgées

Personnes handicapées

## Services optionnels

- **Actions de prévention** dans les domaines suivants :
  - Dénutrition
  - Déshydratation
  - Chutes à domicile
  - Isolement
- **Activités physiques et cognitives adaptées**
- **Soutien aux Aidants**

7

## Qu'est-ce qu'une organisation intégrée?

Elle recouvre :

1. **L'évaluation des besoins** globaux des personnes accompagnées, au moyen d'un outil pluridisciplinaire unique d'évaluation des besoins d'aide et de soins
2. L'élaboration du **projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins (PIAAS)** actualisé et réévalué a minima annuellement
3. La recherche systématique de l'expression, de la participation et de **l'adhésion de la personne accompagnée** au projet individualisé, et la coordination de la prise en charge sur la base de ce document
4. La **coordination** des interventions **auprès de la personne** accompagnée et de son entourage
5. La **coordination** des interventions du service avec les équipes des établissements de santé, des centres de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux et **avec les professionnels de santé** libéraux concernés.
6. La garantie de la **continuité des interventions**, celles-ci pouvant avoir lieu tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés

12/04/16

C.G. LES ABONDANCES

8

# Qui peut se constituer en SPASAD expérimentateur?

	SPASAD autorisés ou en cours de constitution	SSIAD + SAAD regroupés en GCSMS	SSIAD + SAAD liés par une convention	SSIAD et/ou SAAD + SPASAD (Autorisation commune ou GCSMS ou Convention)
<b>Coordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsable: fonctionnement / intégration des presta / dév. Action de prév.*</li> <li>IDEC : visites d'éval et de réeval / élabore PIAAS / coordonne presta et RH</li> <li>Resp. secteur: seconde l'IDEC pour un secteur donné</li> </ul>			
<b>Opérationnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IDE</li> <li>AS</li> <li>AVS</li> <li>Autres intervenants paramédicaux: psychologue, diététicien, ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute, etc (qu'ils soient employés par le SPASAD ou en convention)</li> <li>Autres travailleurs sociaux: assistants sociaux, conseillers en économie sociale et familiale, etc.</li> <li>Tout autre professionnel nécessaire à la prise en charge et l'accompagnement des personnes bénéficiaires et de leur entourage</li> </ul>			

## Quels outils pour structurer?

Outils	Documents
<ul style="list-style-type: none"> <li>Accueil(s) physique(s)</li> <li>Accueil téléphonique avec numéro d'appel unique</li> <li>Dans l'idéal : système d'information sécurisé (<i>partage des plannings d'intervention et suivi des projets individualisés d'aide et d'accompagnement et de soins</i>).</li> <li>Outil de liaison à domicile (<i>papier ou informatisé</i>) partagé avec tous professionnels de santé libéraux ou partenaires du SPASAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Livret d'accueil (<i>articles D. 311-21 et L. 311-5 CASF</i>): <ul style="list-style-type: none"> <li>Modalités de participation des usagers,</li> <li>Droits, devoirs et obligations des usagers</li> <li>Informations relatives aux modalités de saisine d'une personne qualifiée, en cas de litige</li> </ul> </li> <li>Règlement de fonctionnement</li> <li>Projet de service</li> <li>Contrat de prestations</li> <li>Grille d'évaluation des besoins</li> <li>Supports d'information relatifs à l'ensemble des prestations proposées</li> </ul>
<p><i>Tout autre outil garantissant la bonne intégration et le suivi des actions</i></p>	

# Quelle implantation ?

- Local : ?
- Territoire d'intervention: ?

12/04/16

C.G. LES ABONDANCES

11

11

## Quel financement prévisionnel?

Un financement en 3 parties

ARS	Pour les activités de <b>soins</b> et les activités de coordination		
	<b>Dotation Globale de Soins</b> Art. R. 314-105 et R. 314-138 CASF		
CD	Pour les actions d' <b>aide</b> et d'accompagnement à domicile		
	<b>Tarifs horaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixés annuellement par un arrêté du PCD (Art. R. 314-3, R. 314-30, R. 314-34, R. 314-132 et R. 314-133 CASF)</li> <li>• Ou fixés librement (Art L. 347-1 CASF)</li> </ul>	<b>Forfait global</b>  ou <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre : APA/ PCH</li> <li>• En fonction des missions du SPASAD</li> </ul>
Conférence des financeurs (créée par la loi vieillesse 2016)	Pour les actions de <b>prévention</b>		
	<b>Financements complémentaires</b> Art. L 233-1 CASF		

12/04/16

C.G. LES ABONDANCES

12

# CPOM et évaluation du dispositif

Point d'entrée dans le dispositif Contenu du CPOM	Evaluation
<ul style="list-style-type: none"><li>1. Le nombre et les catégories de <b>personnes prises en charge</b></li><li>2. Le <b>territoire</b> desservi et les <b>modalités horaires</b> de prise en charge</li><li>3. Les <b>objectifs</b> et les <b>moyens</b> mis en œuvre</li><li>4. Les <b>actions de prévention</b> mises en œuvre par le service</li><li>5. Les objectifs de <b>qualification</b> et de <b>promotion professionnelles</b></li><li>6. La nature et les modalités de coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire du territoire</li><li>7. Les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des <b>financements</b></li><li>8. La nature et la forme des <b>documents</b> administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques <b>qui doivent être communiqués au département et à l'ARS</b></li><li>9. Les <b>critères</b> et le calendrier d'<b>évaluation</b> des actions conduites</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Réalisée par le comité de pilotage régional de refondation des services à domicile et de ses missions</li><li>Présidé par le DGARSIF et les PCD</li><li>Composé de représentants des fédérations gestionnaires de SAAD et de SSIAD</li><li>Définit les indicateurs que les SPASAD fournissent pour leur évaluation</li><li>Evaluation menée au moins deux fois par an</li></ul>

3

**Merci pour votre attention.  
Encore beaucoup de questions  
concernant les modalités  
pratiques  
de mise en œuvre...**



**Annexe 4 : Comprendre l'APA : Extrait du rapport public thématique de la Cour des Comptes de Juillet 2016 relatif au maintien à domicile des personnes âgées – Document annexe à propos de l'APA + Article paru dans le magazine de presse spécialisée Hospimédia le 29 Février 2016 « Les nouveaux plafonds de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile entrent en vigueur »**

Annexe n° 2 : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) constitue aujourd'hui l'une des principales aides publiques au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

Elle a été mise en place par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle s'est substituée à la prestation spécifique dépendance (PSD) au 1er janvier 2002.

Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 18 juillet 2001 déclarant la loi instituant l'APA conforme à la Constitution, a souligné le caractère hybride de cette prestation en la qualifiant « d'allocation d'aide sociale répondant à une exigence de solidarité nationale<sup>103</sup>. Prévues par le CASF, gérées et en grande partie financées par les départements, l'APA est en effet une allocation d'aide sociale. Elle relève d'ailleurs, en matière de recours contentieux, des juridictions spécialisées de l'aide sociale. Elle est cependant inscrite dans une logique de protection sociale, dans la mesure où elle a une vocation universelle.

L'APA est une prestation légale et personnalisée en nature. Elle permet de financer, totalement ou le plus souvent partiellement, la prise en charge adaptée aux besoins spécifiques d'une personne âgée vivant à domicile qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental.

L'APA est déterminée à partir de barèmes nationaux, distincts selon que la personne âgée vit à domicile ou en établissement.

Lorsqu'elle est accordée à des personnes vivant à domicile, elle a vocation à être affectée à la couverture des dépenses figurant sur un plan d'aide élaboré, en fonction des besoins de la personne, par une équipe médico-sociale. L'éventail de services ainsi pris en charge est vaste et comprend la rémunération de l'intervenant à domicile, le règlement des frais d'accueil temporaire, avec ou sans hébergement, des dépenses de transport, d'aides techniques, d'adaptation du logement et toute autre dépense concourant à l'autonomie du bénéficiaire (CASF, art. L. 232-3 et R. 232-8).

Le bénéficiaire de l'APA peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a signé un pacte civil de solidarité (CASF, art. L. 232-7). De nombreux services et associations, par ailleurs souvent soutenus financièrement par le département, peuvent également prendre en charge la personne âgée. Ces structures assurent notamment l'aide au ménage, aux courses, aux repas, à la toilette...

Elles interviennent :

- soit en prestataire de service : dans ce cas, l'organisme est employeur de la personne qui rend le service et s'occupe de toutes les formalités (bulletins de salaires, gestion des congés, remplacement, etc.).

- soit en service mandataire : dans ce cas, le service met en relation la personne âgée avec l'intervenant à domicile. Il assure les formalités administratives et les déclarations sociales mais la personne âgée est l'employeur légal de l'aide à domicile.

La personne âgée peut aussi employer une personne directement (de gré à gré). Dans ce cas, celle-ci elle gère toutes les formalités liées à l'emploi.

De manière stable, on constate qu'environ 60 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile et 40 % en établissement.

À domicile, la proportion des bénéficiaires modérément dépendants, c'est-à-dire relevant d'un GIR 4, est de manière logique plus forte (58 %) qu'en établissement (24 %).

#### **Montants et participations financières des bénéficiaires de l'APA à domicile**

De manière schématique, l'APA s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus<sup>104</sup> disposant d'une résidence régulière et stable en France<sup>105</sup>.

Le montant de l'APA à domicile est égal au montant de la fraction du plan d'aide utilisée, auquel on soustrait une certaine somme restant à la charge du bénéficiaire. Son montant ne peut pas dépasser un montant mensuel maximum.

Au 1er mars 2016, ces montants maximum étaient les suivants :

<b>GIR</b>	<b>Montant mensuel maximum</b>
GIR 1	<b>1713,08 €</b>
GIR 2	<b>1375,54 €</b>
GIR 3	<b>993,88 €</b>
GIR 4	<b>662,95 €</b>

Le ticket modérateur, c'est-à-dire la participation laissée à la charge du bénéficiaire de l'APA dépend de ses ressources. Les bénéficiaires de l'APA dont les revenus sont inférieurs à 800 € par mois (ce qui correspond au niveau actuel de l'ASPA, l'allocation de solidarité aux personnes âgées) sont, à partir du 1er mars 2016, exonérés de participation financière.

Le taux de participation financière des bénéficiaires de l'APA gagnant entre 800 € et 2 945 € à partir du 1er mars 2016 est modulé suivant le montant du plan d'aide, afin d'alléger le reste à charge pour les plans d'aide les plus importants. Ainsi, les

bénéficiaires de l'APA, pour la partie de leur plan d'aide comprise entre 350 € et 550 € bénéficieront d'un abattement dégressif de 60% au maximum pour les revenus immédiatement supérieurs à l'ASPA, jusqu'à 0% pour un revenu égal à 2 945 €. Cet abattement est porté à 80% pour la partie du plan d'aide supérieure à 550 €.

L'attribution de l'APA n'est donc soumise à aucune condition de ressources. Toutefois, au-delà d'un certain niveau de revenus, une participation financière proportionnelle à ces derniers est demandée au bénéficiaire.

L'article R. 235-2 du CASF en précise les modalités. Il est tenu compte :

*1° Du revenu déclaré de l'année de référence tel que mentionné sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition, des revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125 A du code général des impôts et, le cas échéant, de ceux du conjoint, du concubin ou de la personne avec qui il a été conclu un pacte civil de solidarité pour l'année civile de référence;*

*2° Des biens ou capitaux qui ne sont ni exploités ni placés, selon les modalités fixées à l'article R. 132-1. Toutefois, cette disposition ne s'applique pas à la résidence principale lorsqu'elle est occupée par l'intéressé, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants.*

*Les prestations sociales qui, en application des articles L. 232-4 et L. 232-8, ne sont pas prises en compte dans le calcul des ressources de l'intéressé sont les suivantes :*

*1° Les prestations en nature dues au titre de l'assurance maladie, maternité, invalidité ou de l'assurance accident du travail ou au titre de la couverture maladie universelle;*

*2° Les allocations de logement mentionnées aux articles L. 542-1 et suivants et L. 831-1 à L. 831-7 du code de la sécurité sociale et l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation;*

*3° Les primes de déménagement instituées par les articles L. 542-8 et L. 755-21 du code de la sécurité sociale et par l'article L. 351-5 du code de la construction et de l'habitation;*

*4° L'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail, prévue à l'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale;*

*5° La prime de rééducation et le prêt d'honneur mentionnés à l'article R. 432-10 du code de la sécurité sociale;*

*6° La prise en charge des frais funéraires mentionnés à l'article L. 435-1 du code de la sécurité sociale;*

*7° Le capital décès servi par un régime de sécurité sociale*

L'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du code civil. L'APA est incessible et insaisissable (CASF, art. L. 232-25, al. 4).

L'APA est exonérée d'impôt sur le revenu (CGI, art. 81, 2°), de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

Les sommes versées au titre de l'APA ne font l'objet d'aucune récupération sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire (CASF, art. L. 232-19). Cette disposition représente une originalité par rapport aux mécanismes financiers propres aux prestations d'aide sociale et traduit le caractère hybride de l'APA. Tout en demeurant une prestation d'aide sociale, elle s'inscrit dans une logique de protection sociale.

<sup>103</sup> Cons. Const, déc., 18 juill. 2001, n° 2001-447 DC : JO, 21 juillet.

<sup>104</sup> CASF, art. R. 232-1.

<sup>105</sup> CASF, art. L. 232-2, art. R. 232-2.

*Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie - juillet 2016 Cour des comptes - [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr) - @Courdescomptes*

---

*Article paru dans Hospimédia*

### **Finance. Les nouveaux plafonds de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile entrent en vigueur**

Publié le 29/02/16 - 18h04 - HOSPIMEDIA

Comme annoncé par le Gouvernement, la réforme de l'APA entre en application au 1er mars 2016, avec le droit au répit des aidants et la baisse du reste à charge des usagers. Mesure phare de la loi Vieillesse, cette revalorisation de l'allocation va permettre de rehausser les plafonds des plans d'aide, de sommes allant de 100 à 400 euros.

Le deuxième acte de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est la principale mesure financière de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, avec 375 millions d'euros en année pleine. Les nouveaux plafonds de l'APA, la réforme du barème de participation des usagers, de même que le droit au répit des aidants — autre mesure du texte —, entrent en vigueur le 1er mars 2016, avec la publication d'un décret au Journal officiel (JO), le 29 février.

La revalorisation des plans d'aide passe par une augmentation des plafonds de l'allocation de 100, 150, 250 et 400 euros en fonction du degré de dépendance de la personne âgée. La réforme permet par ailleurs de dépasser ces plafonds "pour financer d'une part des solutions de répit pour les proches aidants et d'autre part des solutions de relais de l'aidant hospitalisé", précise le décret. L'effort est plus important pour les personnes en GIR 1 et 2 mais tous les bénéficiaires devraient bénéficier de cette revalorisation, rappelle la fédération UNA dans un dossier de presse dédié à la loi. Ainsi, pour les personnes avec une perte d'autonomie réduite, une heure supplémentaire par semaine sera accordée, tandis que pour les plus dépendantes, il s'agira d'une heure par jour, signale de son côté le Gouvernement dans un communiqué.

### ***L'ouverture du droit au répit***

Le droit au répit et le relais des aidants sont donc organisés par le décret. Ainsi, la situation du proche est appréciée concomitamment à l'évaluation de la personne âgée, lors d'une première demande d'APA, d'une révision, ou à la demande de l'aidant. L'équipe médico-sociale doit alors proposer dans le cadre du plan d'aide "le recours à un ou des dispositifs d'accueil temporaire, en établissement ou en famille d'accueil, de relais à domicile, ou à tout autre dispositif permettant de répondre au besoin de l'aidant et adapté à l'état de la personne âgée". À ce titre, les bénéficiaires de l'APA peuvent bénéficier, au-delà des plafonds, d'une majoration de leur plan d'aide, si un proche aidant assure auprès d'eux une présence ou un accompagnement indispensable à la vie au domicile et ne peut être remplacé. De même, une telle revalorisation est prévue en cas d'hospitalisation de l'aidant.

Le Code de l'action sociale et des familles (CASF) est par ailleurs modifié pour que soit mise en œuvre une évaluation plus globale de la personne à son domicile et de son aidant le cas échéant. Ainsi, l'équipe médico-sociale peut faire appel à un ergothérapeute pour apprécier les besoins en matière d'aides techniques et d'adaptation du logement. De même, la proposition définitive de plan d'aide devra dorénavant être assortie de l'indication des autres aides utiles au soutien à domicile. Les aides techniques sont là encore ciblées, tout comme les travaux d'adaptation du logement susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge financière dans le cadre de la conférences des financeurs ou par l'Agence nationale de l'habitat (ANAH).

### ***Le reste à charge revu à la baisse***

Le décret prévoit également de nouveaux barèmes de participation des usagers, avec comme objectif de diminuer le reste à charge. Selon le ministère des Affaires sociales et de la Santé, la quasi-totalité des bénéficiaires de l'APA à domicile, soit 600 000 personnes, profiteront d'une "baisse substantielle" de leur participation. Par exemple, une personne en GIR 1 disposant de 1 500 euros de revenus mensuels verra son reste à charge passer de 400 à 250 euros.

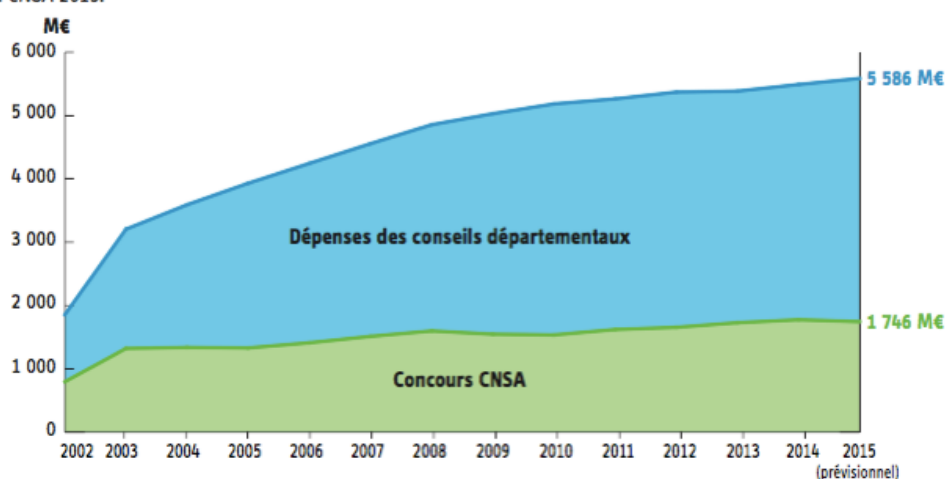
Le texte détaille encore les conditions de mise en œuvre de l'APA et la participation de l'utilisateur en cas de recours à un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) financé par un forfait global dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Il supprime également "la majoration de la participation du bénéficiaire prévue en cas de recours à un salarié en emploi direct ne répondant pas aux exigences de qualification ou d'expérience fixées par arrêté". Enfin, le texte définit et simplifie la procédure de demande de carte d'invalidité et de carte de stationnement pour les personnes en GIR 1 et 2.

*Cécile Rabeux pour Hospimédia*

Complément :

L'APA est financée par la CNSA, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, à hauteur de 1,746 milliards d'euros et par les Conseils Départementaux pour 3,84 milliards d'euros (chiffres prévisionnels 2015).

Source : CNSA 2015.



**Figure 12 : Evolution des dépenses d'APA et du concours CNSA depuis 2002**

Le budget de la CNSA est composé à 80 % de l'ONDAM médico-social et à 20 % de recettes propres constituées de la contribution solidarité pour l'autonomie (CSA), d'une part de contribution sociale généralisée (CSG) (0,1 point avant 2013, 0,064 point en 2013 et 0,058 point en 2014) et, depuis 2013, de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)<sup>36</sup> issue des régimes vieillesse. Ainsi, c'est la CNSA qui gère les fonds générés par la journée de la solidarité, journée supplémentaire de travail non rémunérée pour les salariés instituée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. La CNSA assure également la répartition des concours de la conférence des financeurs aux actions de prévention prévus dans la nouvelle loi vieillissement de 2016<sup>37</sup>.

<sup>36</sup> CNSA 2015. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 6ème édition.

<sup>37</sup> CNSA, Avril 2016. Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Guide technique

## Annexe 5 : Plaquette de présentation du programme PACE.



# UNDERSTANDING PACE

## Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)

PACE programs coordinate and provide all needed preventive, primary, acute and long term care services so that older individuals can continue living in the community. PACE is an innovative model that enables individuals who are 55 years old or older and certified by their state to need nursing home care to live as independently as possible. Through PACE, today's fragmented health care financing and delivery system comes together to serve the unique needs of each individual in a way that makes sense to the frail elderly, their informal caregivers, health care providers and policy makers.

### PACE Programs Offer High Quality Care and are Proven Cost Effective

- PACE utilizes interdisciplinary teams - including physicians, nurse practitioners, nurses, social workers, therapists, van drivers and aides - to exchange information and solve problems as the conditions and needs of each individual who decides to participate in PACE change - all with the objective of enabling participants to live longer in the community.
- PACE provides participants regular access to doctors and other primary care professions who know them and who specialize in caring for older people.
- PACE participants have improved health status and quality of life, lower mortality rates, increased choice in how time is spent, and greater confidence in dealing with life's problems, according to a recent Abt Associates study.
- The PACE financing model combines payments from Medicare and Medicaid or private pay sources into one flat-rate payment to provide the entire range of health care and services, including paying for hospital care, in response to individual needs.
- PACE utilizes transportation systems to enable participants to live as independently as possible in the community while having access to the supportive services, medical specialists, therapies and other medical care they need.

---

### Characteristics of PACE Participants

- The average age of PACE participants is 76 years old. Seventy-five percent of participants are female.
- A recent study found that the top diagnoses among PACE participants are vascular disease, diabetes with chronic complications, congestive heart failure, and chronic obstructive pulmonary disease, and major depressive, bipolar and paranoid disorders. Nearly 47% of PACE enrollees have dementia.
- While more than 90% of PACE participants live in the community, approximately 7% live in nursing homes for which the PACE program pays.

**Annexe 6 : Les besoins de coordination et les dysfonctionnements du système identifiés dans les rapports les plus récents, Bloch et al., 2014**

	<b>Besoins de coordination</b>	<b>Dysfonctionnements du système de santé</b>
<b>Pour les personnes et leurs aidants</b>	<p>Savoir à qui s'adresser</p> <p>Avoir accès à la prévention, au dépistage, aux soins spécifiques et primaires, aux droits, à l'information, à l'accompagnement social</p> <p>Sortir de l'isolement</p> <p>Développer la participation sociale</p> <p>Rester à domicile</p> <p>Besoins de soins très complexes nécessitant des arbitrages difficiles</p> <p>Assurer l'organisation des soins et des aides pour la personne en incapacité de le faire ou sans aidant familial</p> <p>Soulager les aidants</p>	<p>Errance diagnostique</p> <p>Multiplicité des intervenants</p> <p>Multiplicité des évaluateurs et répétition des évaluations</p> <p>Évaluations partielles ne prenant pas en compte tous les besoins de la personne</p> <p>Problème de sécurité et de qualité de la prise en charge : inadaptée, trop longue, trop segmentée</p> <p>Ruptures de parcours (à l'entrée et à la sortie de l'hôpital par exemple)</p> <p>Délais entre les différentes phases</p> <p>Coûts pour la personne et sa famille</p> <p>Déficit de coordination si aidant informel inexistant</p> <p>Coordination trop lourde pour aidant épuisé ou débordé</p>
<b>Pour les structures et les professionnels</b>	<p>Ajuster les intervenants et interventions entre structures pour tous les types d'aide, notamment à domicile</p> <p>Organiser l'entrée et la sortie des personnes dans les établissements et services sanitaires et médico-sociaux</p> <p>Partage d'information sur les personnes accueillies par les différents professionnels et les différents établissements et services</p>	<p>Multiplicité des structures</p> <p>Difficultés à impliquer suffisamment les médecins traitants dans les parcours de soins</p> <p>Professionnels spécialisés qui ont du mal à collaborer</p> <p>Décalage des cultures et objectifs professionnels</p> <p>Frontières floues entre les champs d'activité des professionnels</p> <p>Manque de personnel et de temps pour la coordination</p> <p>Manque d'articulation des différents dispositifs de coordination</p> <p>Séparation du sanitaire et du médico-social</p> <p>Segmentation du système hospitalier en « organes »</p>
<b>Pour les décideurs, financeurs, pouvoirs publics</b>	<p>Connaître les besoins pour adapter la programmation de l'offre</p> <p>Simplification du système</p> <p>Maîtrise des dépenses</p>	<p>Multiplicité des décideurs, financeurs et planificateurs</p> <p>Coût de la prise en charge des personnes pour l'État, l'Assurance Maladie et pour les conseils généraux (redondance, offre inadéquate et plus coûteuse que l'offre nécessaire, coûts des situations complexes)</p> <p>Coordinations partielles</p> <p>Manque de coordination entre administrations centrales</p> <p>Séparation du sanitaire et du médico-social</p> <p>Répartition inégale des dispositifs de coordination selon les territoires</p> <p>Non mise en place des mesures préconisées ou non pérennisation des structures, notamment pour mise en place de correspondants uniques, d'intégration des services</p>



## **LES DIFFÉRENTS PLANS**

### **Le plan d'intervention (PI)**

Outil clinique faisant partie du dossier de l'utilisateur. Il implique la participation active de l'utilisateur ou de son représentant, des parents et des proches aidants, s'il y a lieu. Il soutient l'intégration des interventions d'un professionnel d'une discipline, fondées sur des données probantes. Il est l'outil énonçant, à partir de la situation spécifique de la personne et de son plan de services individualisé, s'il y a lieu : les besoins de la personne auxquels l'intervenant répond, et leur mise en priorité convenue avec la personne ; les objectifs spécifiques (mesurables, vérifiables ou observables) à atteindre pour la personne, en accord avec ses attentes ; les interventions disciplinaires pour les atteindre (types, fréquence, séquence ou ordonnancement) ; la durée prévisible des interventions ; la date de révision (Bonin *et al.*, 2005).

### **Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII)**

Outil clinique faisant partie du dossier de la personne. Il implique la participation active de la personne ou de son représentant, des parents et des proches aidants, s'il y a lieu, soutenant l'intégration des interventions au niveau clinique d'une équipe multidisciplinaire. Il est l'outil énonçant, à partir de la situation spécifique de la personne et de son plan de services individualisé, s'il y a lieu : les besoins de la personne auxquels le PII répond et leur mise en priorité convenue avec la personne ; les objectifs communs spécifiques ou les résultats attendus (mesurables, vérifiables ou observables) à atteindre pour la personne, en accord avec ses attentes ; les interventions de l'équipe multidisciplinaire (types, fréquence, séquence ou ordonnancement) ; la durée prévisible des interventions ; l'identification de l'intervenant responsable ; la date de révision (*ibid.*).

### **Le plan de services individualisé (PSI)**

Outil clinique faisant partie du dossier de la personne. Il implique la participation active de la personne ou de son représentant, des parents et des proches aidants, s'il y a lieu, permettant l'intégration des services aux niveaux clinique et organisationnel pour l'ensemble des partenaires intersectoriels publics, privés et communautaires. Il est l'outil énonçant, à partir de la situation de vie de la personne : l'ensemble de ses besoins et leur mise en priorité convenue avec elle ; les orientations d'actions et de services en accord avec ses attentes ; les services alloués (types, fréquence, séquence ou ordonnancement, durée prévisible, horaire) ; les services ou démarches ponctuels ; l'analyse en continu du (des) besoin(s) non comblé(s) (*ibid.*).

### **Le plan individualisé d'allocation de services (PSIAS)**

Outil informatisé qui vise à intégrer dans un document unique les différents plans, et duquel découle l'allocation des services.

Annexe 8 : Appel à candidatures régional 2016 pour l'expérimentation de SPASAD  
intégrés en Île-de-France



## Conseils Départementaux



**Yvelines**  
Le Département



## APPEL À CANDIDATURES RÉGIONAL 2016

### POUR L'EXPERIMENTATION DE SPASAD INTÉGRÉS

### EN ILE-DE-FRANCE

*Appel à candidatures 2016 pour le déploiement des SPASAD intégrés en Ile-de-France*

*Avril 2016*

Page 1 sur 10



## 1. Objet de l'appel à candidatures et nature de l'intervention envisagée

### 1.1. Objet de l'appel à candidatures

Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France organise conjointement avec les conseils départementaux un appel à candidatures régional en vue de l'expérimentation de SPASAD intégrés en 2016. Tous les départements franciliens sont concernés par cet appel à candidatures régional (Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Val-d'Oise).

### 1.2. Nature de l'intervention

Créés par le décret du 25 juin 2004 et codifiés à l'article D. 312-7 du CASF, les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) assurent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) : ils assurent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes fragiles à domicile (personnes âgées, personnes en situation de handicap et personnes atteintes de pathologies chroniques).

En France, plus de 10 ans après la création des SPASAD, on constate un faible développement de ces structures (94 SPASAD) et leur répartition inégale sur le territoire.

Afin d'inciter au développement de ces structures et répondre ainsi aux souhaits des personnes âgées et des personnes handicapées, la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit la refondation de l'aide à domicile ; celle-ci passe en particulier par un rapprochement entre l'aide et le soin, grâce à une meilleure coordination de l'intervention des professionnels autour des personnes âgées et des personnes handicapées au travers d'une expérimentation visant à renforcer l'intégration des services et à faciliter le financement des actions de prévention. Ainsi, le développement des SPASAD et l'expérimentation de modèles de SPASAD « **intégrés** » constituent un levier supplémentaire favorisant la mise en œuvre des parcours de santé des personnes âgées et handicapées.

Cette expérimentation d'une durée de deux ans s'appuie sur de nouvelles modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD. Il s'agit de tester une organisation et un fonctionnement intégrés par une mutualisation des organisations et des outils et, au-delà, une intégration des prestations au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne et de la promotion de la bientraitance. Ainsi, d'une part, l'accueil et l'information du public seront communs et d'autre part, les aides et les soins ainsi que les professionnels qui les réalisent seront coordonnés par l'infirmier coordonnateur du service.

L'entrée d'un SPASAD dans l'expérimentation est subordonnée à la signature par le service d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS et le conseil départemental.

L'expérimentation donnera lieu à une évaluation dont les résultats seront transmis au Parlement au plus tard le 31 décembre 2017. Pour en faciliter la réalisation, un comité de pilotage national et des comités régionaux en assureront le suivi régulier.

*Appel à candidatures 2016 pour le déploiement des SPASAD intégrés en Ile-de-France  
Avril 2016*

Page 2 sur 10

### 1.3. Dispositions légales et réglementaires applicables

- o loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- o décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile;
- o CASF : 6° et 7° du I de l'article L. 312-1, Article D. 312-7 ;
- o l'article D. 312-1 définit les missions d'un service de soins à domicile ;
- o l'article D.312-6 définit les missions d'un service d'aide et d'accompagnement ;
- o la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement notamment ses articles 3, 47 et 49 ;
- o Instruction du 4 décembre 2015 et annexes relative à la répartition de la contribution de la CNSA aux agences régionales de santé pour le financement du développement des SPASAD ;
- o Arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile prévues à l'article 49 de la loi no 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- o Instruction n° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD prévue à l'article 49 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- o Instruction 2016 relative aux modalités de répartition de la dotation prévue à l'art 116 de la loi de finances rectificative pour 2015 destinée à la restructuration des SAAD ;
- o l'article 47 de la loi ASV relatif à la réforme du régime juridique des SAAD ;
- o l'article 3 de la loi ASV relatif aux financements des actions de préventions dans le cadre des conférences des financeurs ;

### 1.4. Structures porteuses éligibles

- o Les SPASAD relevant des 6° et 7° du I de l'art L.312-1 du CASF ; autorisé ou en cours d'autorisation ;
- o Les SSIAD et SAAD qui décident de constituer un GCSMS
- o Les SSIAD et SAAD qui décident d'exercer leurs missions dans le cadre d'une convention ;
- o Les SSIAD ou SAAD qui décident d'exercer avec un SPASAD dans le cadre d'une autorisation commune d'un GCSMS ou convention ;
- o Tout type de statut juridique de la structure porteuse du SSIAD et du SAAD ;
- o SAAD : autorisés et tarifés et/ou autorisés non tarifés (ex agréés) ;

### 1.5. Territoire d'implantation infra départemental


A ce jour, la région Ile-de-France compte 11 SPASAD en fonctionnement. L'Agence régionale de santé organise cet appel à candidatures expérimental conjointement avec les conseils départementaux franciliens pour le déploiement de SPASAD intégrés sur l'ensemble de la région. L'objectif est de pourvoir les territoires en SPASAD intégrés au niveau **infra départemental ou pour le département de Paris, au niveau des arrondissements.**

Les candidats analyseront la pertinence du territoire d'intervention du SPASAD intégré qu'ils souhaitent créer au sein de la zone géographique ciblée au niveau infra départemental ou pour le département de Paris, au niveau des arrondissements, et feront une proposition qui pourra englober la totalité de la zone ou ne retenir qu'une partie de celle-ci. Le territoire d'intervention du SSIAD et du SAAD peut être privilégié.

*Appel à candidatures 2016 pour le déploiement des SPASAD intégrés en Ile-de-France*

*Avril 2016*

Page 3 sur 10



Il est demandé aux candidats d'annexer un tableau Excel avec la liste des communes d'intervention du futur **SPASAD intégré** ainsi qu'une cartographie du territoire proposé dans la mesure du possible.

#### **1.6. Modalités de financement**

L'Agence Régionale de Santé Ile-de-France a pour objectif d'autoriser des SPASAD intégrés conjointement avec les conseils départementaux franciliens. Les financements sont issus de la section IV du budget de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et sont intégrés dans le Fonds d'Intervention Régional (FIR) de l'ARS. L'enveloppe nationale est de 11,5 M€ déléguée aux ARS au regard notamment du nombre de places de SSIAD. L'Agence Régionale de Santé Ile-de-France a reçu une enveloppe de 1 585 864€, soit 13,79% de l'enveloppe nationale.

Il s'agit de financements non pérennes prenant en charge 65% du coût global des actions retenues pour la mise en œuvre du projet de SPASAD intégré. Il a été prévu que le montant restant (la totalité des 35%) soit financé par des fonds propres de la structure porteuse du projet ou d'autres co-financeurs notamment les CD, CNAV, MSA, RSI...

Il est à préciser que l'ARS Ile-de-France pourra financer le montant restant, soit la totalité des 35%, dans le cadre des crédits assurance maladie non reconductibles sous réserves de la disponibilité des financements.

Le montant des cofinancements (contributions financières ou en nature) des autres partenaires doivent également apparaître dans le budget prévisionnel.

#### **1.7. Contenu des actions éligibles à un financement :**

- o Charges de renfort ponctuel de personnel liées à l'accompagnement de la mise en place de l'organisation intégrée
- o Charges de fonctionnement : prestataires externes, frais d'achat de logiciel ou de surcoût d'adaptation de logiciel aux fonctions SSIAD/SAAD, autres charges de fonctionnement ponctuelles liées au démarrage

#### **Exemples :**

##### **Soutien d'actions de réorganisation des activités et de leur mutualisation :**

- o Mutualisation des fonctions métiers : un seul accueil physique et/ou téléphonique, planification commune, évaluation de l'aide en articulation avec la prescription en soins, élaboration d'un plan d'aide coordonné,
- o Appui temporaire par la mise en place du poste de coordonnateur,
- o Accompagnement par un prestataire pour l'ingénierie et le conseil (max 10 jours) de conseils en RH, organisation, management, configuration des locaux,
- o Accompagnement au changement des pratiques professionnelles (organisation de réunions communes, supervision des pratiques conjointes ou d'analyse de cas par un psychologue,
- o Le soutien à la conception de contenu commun à la communication.


##### **Soutien d'actions de formations :**

- o Formations pour les encadrants lors qu'elles ne sont prises en charges par les OPCA
- o Formations pour le personnel d'encadrement pour l'utilisation du nouveau logiciel et/ celui de télégestion

##### **Soutien d'actions concernant les systèmes d'information favorisant leur convergence :**

*Appel à candidatures 2016 pour le déploiement des SPASAD intégrés en Ile-de-France  
Avril 2016*

Page 4 sur 10

- 
- o extension ou changement de logiciel de planification conjointe, d'enregistrement des interventions et de coordination de l'aide et du soin

**Soutien d'actions en amont sur l'aide à la constitution d'un SPASAD dans le cadre d'un GCSMS ou d'une convention de partenariat :**

- o études faisabilité pour le rapprochement de 2 entités distinctes,
- o accompagnement par un prestataire pour mettre en œuvre les mesures de rapprochement de missions

**Soutien d'action de rapprochement de missions d'un SPASAD existant :**

- o accompagnement par un prestataire pour mettre en œuvre les mesures de rapprochement de missions.

**Les actions non éligibles :** Ne peuvent bénéficier d'un accompagnement les dépenses suivantes :

- o Les dépenses d'investissements (mobilier, immobilier, serveur informatique, standard téléphonique...),
- o Les dépenses de communication (plaquette, livret d'accueil unique, site internet) hors conception des contenus communs,
- o Les dépenses de groupes de paroles conjoints, de supervisions de pratiques ou d'analyse de cas supervisés par un psychologue pour les départements qui ont passé une convention avec la CNSA comportant une action de cette nature,
- o Les actions de préventions de SPASAD éligibles aux financements prévus dans le cadre de la conférence des financeurs.

## **2. Critères de sélection**

### **2.1. Critères de sélection des dispositifs SPASAD intégrés**

Les projets devront répondre impérativement au cahier des charges SPASAD intégrés.

Les conditions à remplir pour être éligible à l'appel à candidatures sont :

- des conditions de forme : dossier complet (3 versions papier + 2 versions électroniques), comprenant l'ensemble des pièces à fournir ;
- des conditions de fonds : respect du **cahier des charges** (ci-joint).

Les projets seront sélectionnés en fonction d'une grille d'analyse définie sur la base des critères du cahier des charges notamment :

- o expérience du candidat notamment dans le secteur médico-social (personne âgée, personne en situation de handicap),
- o montage juridique proposé,
- o capacité de mise en œuvre du projet,
- o identification du besoin local,
- o partenariats existants,
- o situation financière saine et stable,
- o pré-projet proposé,

*Appel à candidatures 2016 pour le déploiement des SPASAD intégrés en Ile-de-France*

*Avril 2016*

Page 5 sur 10

- o méthodologie d'élaboration d'un projet de vie et de soins individualisé (planning commun, amplitude d'ouverture, modalités de visites à domicile...),
- o prise en charge et accompagnement proposés. Il est à noter que les candidats présentant un projet d'accompagnement coordonné dédié aux personnes en situation de handicap seront appréciés,
- o outils garantissant les droits et l'expression des usagers,
- o recherche de mutualisation des moyens humains et logistique
- o formations proposées,
- o cohérence et clarté des budgets présentés et tableau des effectifs (SSIAD, SAAD, SPASAD intégré...),
- o engagement à participer au processus de suivi régional dans le cadre des réunions du Copil, à fournir les indicateurs de suivis semestriels jusqu'au terme du processus d'évaluation.

## 2.2. Modalités d'évaluation du projet

Les projets dont le dossier aura été déclaré complet, feront l'objet d'un examen par une commission régionale consultative chargée de donner un avis sur chaque projet. Elle sera composée de représentants de l'ARS, des conseils départementaux, des fédérations, d'usagers et de personnalités qualifiées.

Les résultats de l'appel à candidatures seront mis en ligne sur le site internet :

- de l'Agence régionale de santé à l'adresse à la rubrique « actualités » [www.ars.iledefrance.sante.fr](http://www.ars.iledefrance.sante.fr), puis à la rubrique « appels à projets médico-sociaux régionaux ».
- de chaque conseil départemental ;

## 3. Délais et modalités de dépôt des candidatures

Les dossiers complets (3 versions papier + 2 versions électronique) seront **reçus**, au plus tard, **le vendredi 27 mai 2016** (cachet de l'ARS faisant foi) à la délégation territoriale de l'ARS Ile-de-France du lieu d'implantation du futur SPASAD intégré.

Veillez mentionner sur l'enveloppe adressée à la délégation territoriale de l'ARS :  
« Appel à candidatures SPASAD intégrés 2016 »

<b>Pour le département de Paris</b> Délégation territoriale de Paris Millénaire 2 35, rue de la Gare 75935 Paris Cedex 19	<b>Pour le département de la Seine-et-Marne</b> Délégation territoriale de Seine-et-Marne Centre Thiers Galliéni 49/51, avenue Thiers 77000 MELUN
<b>Pour le département des Yvelines</b> Délégation territoriale des Yvelines 143, boulevard de la Reine 78000 VERSAILLES	<b>Pour le département de l'Essonne</b> Délégation territoriale de l'Essonne Immeuble France-Evry Tour Lorraine 6/8 rue Prométhée 91000 EVRY
<b>Pour le département des Hauts-de-Seine</b> Délégation territoriale des Hauts-de-Seine Le Capitole 55, avenue des Champs Pierreux 92012 NANTERRE Cedex	<b>Pour le département de la Seine-Saint-Denis</b> Délégation territoriale de Seine-St-Denis Immeuble l'Européen 5/7, promenade Jean Rostand 93000 BOBIGNY
<b>Pour le département du Val-de-Marne</b> Délégation territoriale du Val-de-Marne 25 Chemin des Bassins	<b>Pour le département du Val-d'Oise</b> Délégation territoriale du Val-d'Oise 2, avenue de la Palette

*Appel à candidatures 2016 pour le déploiement des SPASAD intégrés en Ile-de-France  
Avril 2016*

Page 6 sur 10

#### 4. Liste des pièces constitutives du dossier de candidature

- **Un projet** présentant (maximum 30 pages) :
  - l'historique des partenariats, de la coordination et d'intégration sur le territoire concerné,
  - la liste des partenaires engagés dans le projet, les modalités de coopérations actuelles et leur degré de formalisation,
  - une description du projet, de sa conduite et de ses objectifs quantitatifs et qualitatifs selon les éléments du cahier des charges : la faisabilité du projet, les partenariats prévus, la durée, son calendrier, l'organisation des moyens envisagés notamment définition du territoire initial du porteur et ses perspectives d'évolution ; les objectifs quantitatifs et qualitatifs prévus, ...
  - expliciter en quoi le projet correspond à un dispositif intégré et en quoi il répond aux réalités locales. Ces éléments doivent être mis en valeur au regard des moyens globaux de la structure SAAD et SSIAD.
  - nombre prévisionnel de personnes prises en charge conjointement au titre d'une année,
  - l'organigramme avant (SSIAD, SAAD, et SPASAD s'il existe déjà) et après (projet SPASAD intégré), personnel d'encadrement mobilisé (avant le SPASAD et après),
  - Méthodes d'évaluation des actions, indicateurs retenus,
  - le budget prévisionnel de la structure porteuse du projet SPASAD intégré (SSIAD, SAAD, SPASAD intégré),
  - Le co-financement : budget prévisionnel de l'action (inclus les financements liés aux budgets autorisés),
  - Modalité de suivi et de traçabilité du projet,
  - Les modalités de pérennisation des actions,
  - Attestation d'engagement,
  - Les choix réalisés par le ou les porteur(s) de projet doivent être argumentés. Le dossier de candidature doit comporter les pièces permettant d'attester de modes de collaboration avec les organismes partenaires et, de modalités des partenariats formalisés
- **Des documents formalisant l'engagement des partenaires** : lettres d'engagement, conventions existantes. Un tableau récapitulatif la liste des documents, leur nature et les partenaires engagés.
- **Définition d'indicateurs** : sur la mise en œuvre d'actions d'aide à la création, d'actions pour équiper les SPASAD d'outils de gestion intégrés communs et sécurisés, d'actions pour améliorer l'organisation et la mutualisation, d'actions de formations.
- **Les pièces administratives** habituelles dans le cadre de tout financement public (en 3 exemplaires), soit :
  - dossier de demande de financement,
  - copie des statuts déposés ou approuvés,
  - photocopie du récépissé de déclaration en préfecture et, le cas échéant, des modifications,
  - Le dernier agrément obtenu par les SAAD nouvellement autorisés,
  - derniers comptes annuels approuvés,
  - copie du dernier rapport du commissaire aux comptes, daté et signé par le commissaire aux comptes (notamment dans le cas où l'organisme reçoit annuellement plus de 153 000 euros de dons ou de subventions),
  - le dernier rapport d'activité de l'organisme,

*Appel à candidatures 2016 pour le déploiement des SPASAD intégrés en Ile-de-France*

*Avril 2016*

Page 7 sur 10



- o relevé d'identité bancaire (original).

**Tout dossier incomplet ne pourra être retenu.**

## 5. Calendrier

- ✓ Mercredi 27 avril 2016 : lancement de l'appel à candidatures ;
- ✓ Date limite de réception ou de dépôt des dossiers : **vendredi 27 mai 2016 à 16h00 au plus tard (cachet de l'ARS faisant foi) ;**
- ✓ Mai/juin : instruction des dossiers reçus par l'ARS et le CD ;
- ✓ **23 juin : commission régionale consultative (sans convocation des promoteurs) ;**
- ✓ 30 juin 2016 : décision finale d'autorisation conjointe par l'ARS et le CD ;
- ✓ Juillet-août : signature de la convention de financement ;
- ✓ 15 septembre 2016 : financement de la structure porteuse du SPASAD intégré ;
- ✓ Organisation des Copils régionaux et nationaux ; dates non définies
- ✓ Remontée d'indicateurs
  - o 30 juin : première remontée à l'ARS des tableaux de bord relatifs à l'évaluation
  - o 31 décembre 2016 : deuxième remontée à l'ARS des tableaux de bord relatifs à l'évaluation
  - o 30 juin 2017 : date limite de signature du CPOM
  - o 30 juin 2017 : troisième remontée à l'ARS des tableaux de bord relatifs à l'évaluation
  - o 31 décembre 2016 : quatrième et dernière remontée à l'ARS des tableaux de bord relatifs à l'évaluation

## 6. Modalités de consultation des documents composant l'appel à candidatures

L'ensemble des documents sont téléchargeables sur le site internet :

- de l'Agence régionale de santé Ile-de-France à la rubrique « actualités » [www.ars.iledefrance.sante.fr](http://www.ars.iledefrance.sante.fr), puis à la rubrique « appels à projets médico-sociaux régionaux » ;
- des conseils départementaux.

- o relevé d'identité bancaire (original).

**Tout dossier incomplet ne pourra être retenu.**

## 5. Calendrier

- ✓ Mercredi 27 avril 2016 : lancement de l'appel à candidatures ;
- ✓ Date limite de réception ou de dépôt des dossiers : **vendredi 27 mai 2016 à 16h00 au plus tard (cachet de l'ARS faisant foi) ;**
- ✓ Mai/juin : instruction des dossiers reçus par l'ARS et le CD ;
- ✓ **23 juin : commission régionale consultative (sans convocation des promoteurs) ;**
- ✓ 30 juin 2016 : décision finale d'autorisation conjointe par l'ARS et le CD ;
- ✓ Juillet-août : signature de la convention de financement ;
- ✓ 15 septembre 2016 : financement de la structure porteuse du SPASAD intégré ;
- ✓ Organisation des Copils régionaux et nationaux ; dates non définies
- ✓ Remontée d'indicateurs
  - o 30 juin : première remontée à l'ARS des tableaux de bord relatifs à l'évaluation
  - o 31 décembre 2016 : deuxième remontée à l'ARS des tableaux de bord relatifs à l'évaluation
  - o 30 juin 2017 : date limite de signature du CPOM
  - o 30 juin 2017 : troisième remontée à l'ARS des tableaux de bord relatifs à l'évaluation
  - o 31 décembre 2016 : quatrième et dernière remontée à l'ARS des tableaux de bord relatifs à l'évaluation

## 6. Modalités de consultation des documents composant l'appel à candidatures

L'ensemble des documents sont téléchargeables sur le site internet :

- de l'Agence régionale de santé Ile-de-France à la rubrique « actualités » [www.ars.iledefrance.sante.fr](http://www.ars.iledefrance.sante.fr), puis à la rubrique « appels à projets médico-sociaux régionaux » ;
- des conseils départementaux.

**Tableau synthétique des actions pouvant bénéficier d'un financement**

<b>Financements accordés</b>	<b>SPASAD existants</b>	<b>SPASAD en cours de constitution</b>
<b>Organisation mutualisation /</b>	<p>Mutualisation des fonctions métiers</p> <p>Appui temporaire à la mise en place du poste de coordonnateur</p> <p>Accompagnement par un prestataire pour l'ingénierie et le conseil pour favoriser la mise en œuvre des regroupements de services et de missions</p> <p>Accompagnement du changement des pratiques professionnelles</p>	<p>Mutualisation des fonctions métiers</p> <p>Appui temporaire à la mise en place du poste de coordonnateur</p> <p>Accompagnement par un prestataire pour l'ingénierie et le conseil pour favoriser la mise en œuvre des regroupements de services et de missions</p> <p>Accompagnement du changement des pratiques professionnelles</p>
<b>Formation des encadrants et des intervenants lorsqu'elle n'est pas prise en charge par l'OPCA</b>	<p>Formations aux fonctions mutualisées (management, évaluation unique, planification, accueil...)</p> <p>Formations aux SI commun et/ou télégestion</p>	<p>Formations aux fonctions mutualisées (management, évaluation unique, planification, accueil...)</p> <p>Formations aux SI commun et/ou télégestion</p>
<b>Outils (SI)</b>	<p>Extension ou changement d'un logiciel de planification conjointe, d'enregistrement des interventions et de coordination de l'aide et des soins</p>	<p>Extension ou changement d'un logiciel de planification conjointe, d'enregistrement des interventions et de coordination de l'aide et des soins</p>
<b>Aide au rapprochement de services</b>	<b>Pas de financement</b>	<p>Etude de faisabilité</p> <p>Accompagnement par un prestataire pour mettre en œuvre les mesures de rapprochement</p>



*Appel à candidatures 2016 pour le déploiement des SPASAD intégrés en Ile-de-France*  
*Avril 2016*  
Page 10 sur 10

Annexe 9 : Devis émiCité pour la relecture de la réponse du CGA et de SC à l'appel à candidature de l'ARS Île de France



émiCité SAS  
10, avenue Léon Gambetta – 92120 Montrouge  
06-52-86-20-68

Devis

Devis n°012-2016

Le 10/05/2016

Nom : Centre Gérontologique des Abondances

Adresse : 56 Rue des Abondances

92100 Boulogne-Billancourt

Responsable de la demande : Sarah Gourdine, élève-directrice

Description	Prix unitaire hors taxes en euros	Quantité	Montant total hors taxes en euros
Supervision du dossier de réponse à l'appel à candidature « Expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) » de l'ARS	1000 €/jour	1	1000
Analyse stratégique sur le projet de création d'un SPASAD	1000 €/jour	0,5	500
		Total	1500
		T.V.A 20%	300
		<b>Total T.T.C</b>	<b>1800</b>

### 1. Contexte :

Le Centre Gérontologique des Abondances (CGA) est un établissement public de santé qui propose une offre complète d'accueil, d'hébergement et de soins pour les personnes âgées. Etablissement reconnu pour la qualité de ses soins, l'offre de services proposés par le CGA s'enrichit régulièrement, grâce au

développement de nouvelles activités (création d'une Plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants, création d'un Pôle d'activité et de soins adaptés pour les malades d'Alzheimer, etc.).

Parmi les nombreux services et activités que gère le CGA, un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de 190 places, accompagne les personnes âgées vivant à leur domicile et ayant besoin de soins d'hygiène et de nursing. Dans le cadre de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, il est prévu la mise en œuvre d'une expérimentation de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Le CGA souhaite s'engager dans cette expérimentation, qui passe par un rapprochement du SSIAD avec l'un des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) couvrant sur le territoire la même zone d'intervention, éligible à l'expérimentation, et avec lequel des modalités de coopération renforcée pourront être mises en œuvre. En réponse à l'appel à candidature de l'ARS, le CGA prépare un dossier de candidature pour présenter son projet de création d'un SPASAD.

Le CGA demande au bureau d'étude émiCité d'assurer :

- une supervision du dossier de réponse
- une analyse stratégique pour orienter son projet SPASAD

## **2. Objectifs :**

La supervision de l'élaboration du dossier SPASAD, devra répondre aux objectifs suivants :

- assurer la conformité du dossier de réponse au cahier des charges
- mettre en valeur les atouts de la candidature du CGA et de ses partenaires

L'analyse stratégique devra répondre aux objectifs suivants :

- orienter la direction du CGA dans le pilotage du projet SPASAD
- évaluer les forces et faiblesses, les risques et les opportunités dans la création du SPASAD

## **3. Méthodologie :**

### **Supervision du dossier de candidature**

Il s'agit de relire, de compléter et de proposer des modifications dans le dossier rédigé par le CGA. Au besoin, des échanges téléphoniques pourront avoir lieu pour discuter des choix dans la rédaction du dossier.

La réalisation de cette phase est estimée à 1 jour.

### **Analyse stratégique**

Il s'agit d'apporter aux dirigeants du CGA des conseils sur le positionnement de leur projet SPASAD, en s'appuyant sur une analyse des forces et faiblesses et des risques et opportunités. Ce travail de conseil pourra être effectué sous la forme d'appels ou de conférence téléphonique.

La réalisation de cette phase est estimée à 0,5 jour.

## **4. Calendrier :**

La supervision du dossier pourra débuter suite à la parution de l'appel à candidature (avril 2016), dès que le CGA aura rédigé une première version du dossier et réunit l'ensemble des pièces constitutives. Elle prendra fin au moment où le dossier sera déposé, au plus tard le 27 mai 2016. L'analyse stratégique s'effectuera pendant la constitution du dossier, entre début mai et fin mai 2016.

**Annexe 10 : Répertoire des personnes rencontrées dans le cadre du mémoire**

<b>SPASAD</b>	<b>Organisme Gestionnaire</b>	<b>Responsable</b>	<b>Coordonnées</b>
<b>PARIS – 75</b>			
S.P.A.S.A.D. DE PARIS PARIS (75018)	AIDE MEDICO SOCIALE AUX VIEILLARDS DU 18 EME ARRONDISSEMENT	Anne-Christine CLAISSE (SSIAD) + Florence GIRARD (SAAD) <a href="mailto:Anne-christine.claisse@amsav.fr">Anne- christine.claisse@amsav.fr</a> <a href="mailto:Florence.girard@amsav.fr">Florence.girard@amsav.fr</a>	138 RUE CHAMPIONNET 75018 PARIS Tél : 01 42 52 93 10 Fax : 01 42 52 28 87
S.P.A.S.A.D. DE PARIS PARIS (75019)	FONDATION MAISON DES CHAMPS DE SAINT FRANCOIS D'ASSISE <a href="mailto:fondation@fmdc.fr">fondation@fmdc.fr</a>	Catherine de Brabois (responsable SSIAD) Céline BRAY (responsable SAAD)	G.A.M.S.A.D 16 RUE DU GENERAL BRUNET 75019 PARIS Tél : 01 48 03 86 10 Fax : 01 42 38 16 29
S.P.A.S.A.D. SAINT FARGEAU PARIS (75020)	ASSOCIATION LEOPOLD BELLAN <a href="mailto:amsad@bellan.fr">amsad@bellan.fr</a>	Stéphanie PERRET du CRAY (Dce SPASAD + SAVS) + Fabienne BARON (Cd SPASAD)	29 RUE PLANCHAT 75020 PARIS Tél : 01 47 97 10 00 Fax : 01 43 15 90 93
<b>ESSONE – 91</b>			
S.P.A.S.A.D. DE MONTGERON MONTGERON (91230)	ASSOCIATION MONTGERONNAISE DE MAINTIEN A DOMICILE <a href="http://www.amadpa.org/">www.amadpa.org/</a> <a href="mailto:amadpa.montgeron@orange.fr">amadpa.montgeron@orange.fr</a>	Daniel FOUCAMBERT (Président) Martine DELMAS (Directrice) Laure DEPINARDE (IDEC)	9 AVENUE DE LA REPUBLIQUE 91230 MONTGERON Tél : 01 69 42 95 79 Fax : 01 69 83 03 23

## Annexe 11: Grille d'entretien utilisée pour les rencontres avec les professionnels gestionnaires de SPASAD

E.H.E.S.P. – Mémoire Professionnel

### GUIDE D'ENTRETIEN

Rôles du dispositif SPASAD dans le mieux vieillir chez soi : les ressorts de l'intégration

#### Introduction

Bonjour M, Mme XXXXXX

(*Si au téléphone* : Je suis Sarah GOURDINE, l'élève-directrice qui vous a contacté récemment pour une étude sur le maintien à domicile.)

Je vous remercie de m'accueillir (prendre mon appel) aujourd'hui. Je suis ravie que vous ayez accepté de m'accorder ce RDV.

(*En cas d'entretien téléphonique, il est peut-être poli de demander : est-ce que ce créneau horaire est toujours libre pour vous ? et convenir d'un autre RDV si ce n'est pas le cas.*)

Voilà le déroulé que je vous propose pour notre rencontre (entretien) :

Je vais vous présenter ma démarche ainsi que l'objectif de l'entretien, ensuite je vais vous laisser vous présenter. Enfin on commencera l'entretien sur les spasad à proprement parler. Ça ne devrait pas prendre plus de 30 à 45 minutes. Est-ce que ça vous va ?

.....

Dans le cadre de ma formation à l'EHESP, je rédige un mémoire professionnel dans lequel je m'intéresse au bien vieillir à domicile. Vous avez dû entendre récemment que les dispositifs SPASAD sont relancés avec la nouvelle loi Vieillesse de décembre 2015. Des « expérimentations SPASAD intégrés » sont en train d'être menées par les ARS volontaires. En IDF, il n'y a pas encore eu d'appel à projets de la part de l'ARS pour ce type d'expérimentation, mais c'est un sujet auquel je m'intéresse car je pense que c'est une forme de prise en charge à développer.

Donc, au cours de cet entretien, je vous questionnerai sur l'ensemble des éléments qui contribuent à votre activité.

Acceptez-vous que j'enregistre notre conversation ? Cela nous permettrait d'avoir un échange fluide.

.....

Pour commencer, (Q1) pourriez-vous svp me parler de vous, votre parcours et votre expérience en SPASAD ?

.....

Merci

Sarah GOURDINE – DESSMS 15-16

1



**Grille à destination du groupe des gestionnaires de SPASAD**

<b>A - Facteurs liés au contexte et aux mentalités</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A1- En quelle année le SPASAD XXX a-t-il été créé ?</li> <li>• A2- Comment s'est effectué le choix du lieu d'implantation ?</li> <li>• A3- Comment l'arrivée de la structure a-t-elle été accueillie dans le voisinage (<i>rivierains/ professionnels de Santé / Etablissements de Santé</i>) ?</li> </ul>
<b>B - Offres / Activités</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• B1- Quelle offre de services votre structure propose –t-elle ?</li> <li>• B2- A votre avis, à quel besoin cette offre répond-elle ? (<i>Comment percevez-vous vos actions?</i>)</li> <li>• B3- Y a-t-il des points morts (càd des besoins que vous estimez non-couverts) au SPASAD ?</li> <li>• B4- Selon vous, quelle est la difficulté la plus importante rencontrée dans ce type d'activité ?</li> </ul>
<b>C - Clients / Usagers</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C1- Qui sont vos clients/ usagers ? (<i>effectif, typologie [âge, sexe, CSP, GIR, durée de PEC], lieu d'habitation...</i>)</li> <li>• C2- Quelle communication est réalisée pour faire connaître le dispositif ? comment les gens sont-ils informés ? par quel biais ?</li> <li>• C3- Comment les personnes entrent-elles en contact avec le SPASAD ? (<i>modes d'entrée dans le dispositif, quels dispositifs d'orientation en amont ?</i>)</li> <li>• C4- Comment sont organisés l'accueil et le suivi des usagers / patients ?</li> <li>• C5- Avez-vous déjà été confrontés à des résistances/freins de la part des usagers? De quel ordre? Pouvez-vous citer un exemple?</li> </ul>
<b>D - Infrastructures / Ressources</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1- Qui compose la structure ? (<i>effectif, nb d'ETP, âge, sexe, qualifications, métiers, organigramme</i>)</li> <li>• D2- De quel équipement et de quels moyens dispose la structure pour assurer son activité ? (<i>locaux, équipement informatique, parc de véhicules, équipement paramédical, produits consommables, autres</i>)</li> <li>• D3- Qui citeriez-vous comme partenaires clés du SPASAD XXXX ? Pouvez-vous m'en dire plus ?</li> </ul>
<b>E - Viabilité / Finances</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E1- Quelles sont vos sources de revenus ? (<i>financeurs, montant, échéances des versements, procédure d'obtention des financements</i>)</li> <li>• E2- Quelles sont vos principales dépenses ? (<i>structure de coûts par ordre d'importance, volume</i>)</li> </ul>

**Question finale** : Qf- Souhaiteriez-vous ajouter autre chose ?

**Annexe 12 : Retranscription thématique des entretiens avec les professionnelles gestionnaires de SPASAD**

Prénom Nom Structure	Mme Fabienne BARON SPASAD 20 <sup>ème</sup> arrdt de PARIS Fondation Leopold BELLAN	Mme Catherine de BRABOIS SPASAD 19 <sup>ème</sup> arrdt de PARIS F <sup>o</sup> Mson des Chps de St F. d'Assises	Mmes M. DELMAS et L. DEPINARDE SPASAD de MONTGERON Association AMADPA	Christine CLAISE SPASAD 18 <sup>ème</sup> arrdt de PARIS Association AMSAV
Date d'entretien				03/05/2016
Qualification et Parcours de la personne interrogée	Formation : scénariste Expérience : est dans cette organisation depuis 1997, poste administratif (secrétariat SSIAD puis cadre de secteur SAAD GIR 5 et 6, puis coordinatrice de SPASAD depuis 2009).	Formation : IDE + Master en Ethique, + DU de management Expérience : infirmière à l'hôpital puis en SSIAD puis responsable du SSIAD de la Croix-Rouge à Clichy (93), et dans le poste actuel depuis 3 mois (Directrice SSIAD)	<b>Martine Delmas</b> Formation : IDE Expérience : infirmière à l'hôpital pendant 15 ans puis IDEC au SSIAD de l'AMADPA puis resp SSIAD <b>Laure Depinarde</b> Formation : IDE, Master 2 Etablissements pour personnes âgées (en cours - univ Dauphine) Exp : infirmière à l'hôpital pendant 8 ans puis IDEC SSIAD Val de Marne pendant 2 ans puis à l'AMADPA depuis 2013.	Formation : IDE Expérience infirmière en réa, puis expérience en HAD, puis SSIAD et SPASAD  <b>(Pour des raisons techniques, je n'ai pas pu exploiter l'enregistrement de cette interview. Les informations reportées ci-dessous viennent de mes notes et de documents institutionnels remis par l'interviewée)</b>
	<b>A - Facteurs liés au contexte et aux mentalités</b>			
A1	En quelle année le SPASAD a-t-il été créé ? 2007 avec un statut associatif repris par la fondation Bellan en 2009	La fondation réalise des interventions à domicile depuis 1932 // 2005 = création du SPASAD	2013 (année d'obtention de l'autorisation)	L'asso existe depuis plus de 50 ans (1961) Autorisation SPASAD : 2007
A2	Comment s'est effectué le choix du lieu d'implantation ?	Implantation actuelle liée à l'implantation historique de la fondation	Implantation actuelle liée à l'implantation historique de l'association	
A3	Comment l'arrivée de la structure a-t-elle été accueillie dans le voisinage (riverains/ professionnels de Santé / Etablissements de Santé) ?	Intervenir en tant que SPASAD est une force. Sur le sujet de l'aide, c'est devenu très concurrentiel Sur le soin, on est plusieurs structures sur le même territoire, mais qui se complètent et travaillent ensemble plutôt que d'être concurrentes. Les gens, ils nous demandent. C'est plutôt un service qui rend service aux gens.	Avec les autres services proposant les aides prestataires, c'est la concurrence, mais ils nous laissent volontiers les personnes les plus dépendantes. Y'a de la place pour tout le monde de toutes les façons et puis chacun a ses valeurs. Les usagers qu'on avait déjà en charge n'ont pas senti de changement. Eux ils ont vu la facilité de bénéficier d'une offre groupée chez nous (soins + service presta). Ils n'ont plus qu'un seul interlocuteur qui est capable de leur donner toutes les informations. Même au niveau des familles, ils sentent une approche bep + globale.	
A4	Autres I/loi du libre choix (2002-2) donc on ne force pas les gens à utiliser le SSIAD AMSAD s'ils prennent le SAAD AMSAD. Or ça s'organise comme une prise en charge SPASAD car il faut se coordonner avec l'autre SSIAD.	Le fait d'appartenir à la fondation il y a une offre complémentaire au SPASAD : appartements d'hébergement temporaire, SAVS, appartements de coordination thérapeutique, garde itinérante de nuit (20h-7h), service d'aide de nuit. La fondation est un gros intervenant social du territoire. Elle est connue. Ça facilite l'accueil des intervenants	I/ Au sein de l'asso, il existait déjà un service d'aide mandataire avant la création du SPASAD qui marque le début des services prestataires. 2/ L'asso a plus de 30 ans et est porteuse de valeurs reconnues dans le territoire. C'est une référence.	I/ L'asso a souscrit une assurance qui couvre l'ensemble de ses salariés pour des bris ou délériorations commis au domicile des usagers dans l'exercice de leurs fonctions. En cas de sinistre, une déclaration est établie dans les meilleurs délais.

	<p>2/Le métier de coordinateur de SPASAD c'est l'actualisation des tableaux de bord, l'animation, la coordination de tous les partenaires (internes, externes (réseau, FEHAP, ...)) en cas de situations complexes, l'animation des réunions de synthèses ; de réunion d'équipe. C'est mettre du liant entre ceux qui interviennent mais non pas intervenir à leur place.</p>	<p>du SPASAD par les gens à leur domicile.</p>	<p>3/ L'avantage du SPASAD, c'est qu'on s'aide. Ex : en cas d'empêchement d'un intervenant, un autre peut faire sa tâche à sa place. L'AS peut très bien réchauffer le repas si exceptionnellement l'AD ne peut pas passer le faire. 4/ Avec l'expérimentation qui est lancée, on va certainement repointer l'utilité d'une coordination unique sans pour autant occulter la nécessité d'avoir un resp SSIAD et un resp SAAD.</p>	<p>2/ Obtention de la certification AFNOR relative à la norme NF X50-056 en janvier 2010. 3/ L'asso propose aussi des interventions destinées aux familles : garde d'enfants, petit bricolage, ménage, repassage. Son public n'est pas limité aux personnes fragilisées (malades, handicapées ou âgées)</p>
<b>B - Offres / Activités</b>				
<p>B1</p> <p>Quelle offre de services votre structure propose-t-elle ?</p>	<p>Actes infirmiers et interventions d'AS Ergothérapeute : aménagement du domicile : lit médicalisé, douche, réhausseur, etc Psychologues : suivi de patients psychomotricien (prévention des chutes à domicile, suivi psychomotricien à domicile) conseiller en économie sociale et familiale (aide administrative, déclaration d'impôts, démarches, suivi de budget, rangement pratique du domicile, régimes alimentaires...) <b>Secondaires</b> Les AAd passent tous les jours, les AAd passent au local 1h à 1h30 par mois (c'est ce qui est financé). Ergothérapeute : animation hebdomadaire du groupe pénibilité (port de charge, troubles psychosociaux...) au travail auprès des professionnels psychologue : soutien aux équipes face à des situations compliquées+ formation du personnel pour gestion de personnes en situation de handicap psychique) café des aidants.</p>	<p><b>Principales</b> Aide au nursing Soins techniques Psychologue : soutiens psychologiques ponctuels aux patients (différent du suivi psychologique sur 6 mois ou 1 an), animation de groupes de paroles pour les accompagnants Ergothérapeute : installation du matériel, aménagement des appartements soit en retour à domicile après hospitalisation (poser une barre, mettre un lit médicalisé...), soit en cas de transferts difficiles. Cela se fait en travail avec les patients, les familles dans une démarche d'acceptation qui n'est pas toujours très simple. ESA <b>Secondaires :</b> Transmission au sein du SSIAD Psychologues : Groupes de paroles pour les salariés qu'ils exercent dans l'aide, dans le soin ou dans l'encadrement</p>	<p><b>Principales :</b> Service d'aide prestataire Aide au repas 3 fois par jour Ménage Courses Aide à la toilette simple Tous actes infirmiers sauf prises de sang Accompagnement des aidants <b>Secondaires :</b> Le fait d'être dans les mêmes locaux favorise la communication et les transmissions orales. On échange ainsi bcp d'informations clé. Réunions de transmission de soins</p>	<p><b>Principales</b> Ménage, repassage Aide à la toilette et à l'habillage Aide aux déplacements internes et externes Aide aux courses et aux repas Surveillance de la prise de médicaments Promenades et compagnie Surveillance de l'état général Préparation et administration des traitements médicamenteux Réalisation de pansements Relais auprès du médecin traitant Compte-cours (gestion d'argent en espèce) Service d'ergothérapie : mise en place de matériel adapté, aménagement du domicile Le partenariat avec le centre de soins infirmiers Espoir et Santé situé dans le même arrdt complète l'offre à domicile avec : Surveillance de chimiothérapie Perfusions Prise de tension Vaccination Le partenariat avec UNA Téléassistance propose un service de téléassistance pour répondre à une urgence médicale ou au besoin d'être rassuré.</p>
<p>B2</p> <p>A votre avis, à quel besoin cette offre répond-elle ? (Comment percevez-vous vos actions?)</p>	<p>Les gens à domicile se saisissent complètement de l'offre. « je pourrais doubler l'équipe, qu'il y aurait encore de la demande. C'est d'une richesse incroyable.» On réalise environ entre 165000 et 170000 heures de SAAD par an.</p>	<p>La démarche SPASAD est totalement justifiée et cohérente. C'est bien de pousser les SSIAD et SAAD à travailler ensemble sans leur rajouter une énième personne qui va leur demander de travailler ensemble. Juste de les stimuler pour le faire d'eux mêmes. Le besoin des gens, il est basique : c'est avoir un petit déj tous les matins, un déjeuner qui est</p>		<p>Toutes activités confondues, on a réalisé, en 2013 plus de 295000 heures d'interventions SAAD, auprès de 1422 foyers.</p>

B3	Y a-t-il des points morts (càd des besoins que vous estimez non-couverts) au SPASAD ?		cuisiné Coiffure à domicile On est toujours en manque de kinés Il y a un énorme besoin d'augmenter le nombre d'heures des interventions à domicile. Pour moi, le besoin client c'est justement de ne pas développer et sur-développer des tas de maillons différents dans la chaîne en rajoutant une énième structure qui va intervenir à domicile	Il est très difficile de répondre à toutes les demandes et financièrement ça ne suit pas forcément. Il faut s'organiser en fonction du besoin mais aussi en fonction du financement qu'ont les personnes. Donc il arrive qu'on fractionne la prise en charge journalière en plusieurs passages brefs de moins d'1/2h. Sachant qu'1/2h, selon le degré de dépendance de la personne, ça peut être court pour manger. C'est compliqué à coordonner, mais l'objectif est de répondre au réel besoin.	
B4	Selon vous, quelle est la difficulté la plus importante rencontrée dans ce type d'activité ?	<p><b>Point 1 :</b> il y a une dérive concernant le niveau délivré par les formations. Bcp d'AVS deviennent AS via la VAE mais sur le terrain, elles ne savent pas faire convenablement une transmission, par exemple. La VAE fait plus de mal que de bien et valide trop facilement un niveau qui n'est pas effectif.</p> <p><b>Point 2 :</b> Il y a beaucoup d'offres d'emploi dans ces métiers là donc il y a bcp de chantage de la part du personnel qui abandonne facilement son poste pour rejoindre une autre structure.</p> <p><b>Point 3 :</b> Côté SAAD : beaucoup d'inaptitude, d'ancienneté. « On se retrouve avec de bonnes anciennes aides ménagères mais qui ne sont plus adaptées aux métiers d'aujourd'hui ». on a fait rentrer certains de nos salariés en ESAT (bien usées avec troubles psychiques).</p>	<p><b>Point 1 :</b> les gens ont un plan d'aide très limité à cause des contraintes financières de l'APA. Il arrive donc que le SSIAD fasse les petits déj alors que ce n'est pas son métier, mais en même temps, le besoin primaire des gens est d'avoir un petit déj.</p> <p>La tendance à créer plusieurs maillons différents – dans une recherche qui est bonne en soi : l'intention d'aider un public fragile- a vraiment pour corollaire d'éparpiller les moyens et les personnes. Il y a souvent, sur les territoires, nombre de réseaux, CLIC, filières, plateformes ... à force, on a l'impression qu'on a 1000 personnes qui nous demandent des comptes sur ce qu'on fait mais en retour quand on souhaite augmenter notre temps d'intervention auprès de ceux qui en ont besoin, on en obtient peu. C'est certes une caricature, mais pas si éloignée de la réalité. Je trouve qu'en ce sens la loi de 2015 représente un virage.</p> <p><b>Point 2 :</b> Les aides à domicile (AD) peuvent être très seules car, du fait de leur planning horaire, on ne peut facilement les faire venir au local pour une réunion de transmission. Cela ne veut pas, pour autant, dire qu'elles n'en ont pas besoin. Tandis que les soignants (AS et IDE) sont moins seuls car il y a ce travail en équipe tant au domicile du patient qu'au bureau lors des réunions de transmission. Or qqfois, certains patients ne sont connus que par une AD. =&gt; du coup, on a mis en place 2 choses : a) les groupes de paroles mensuels animés par la psychologue où il y a souvent une dizaine d'AD qui viennent et b) réunions multidisciplinaires de coordination</p>	<p><b>Point 1 :</b> les services mandataires qui donnent un statut d'employeur à la personne à domicile c'est bien trop compliqué pour les personnes dépendantes. Donc on a du « mandataire » qui est passé en service « presta ».</p> <p><b>Point 2 :</b> Le fait d'avoir un SSIAD fait qu'on hérite des bénéficiaires les plus lourds par rapport aux autres SAAD.</p> <p><b>Point 3 :</b> avoir 2 types de budget est problématique. Il faudrait que le mode de rémunération au niveau de l'aide soit identique à celle pratiquée dans le soin. Dans l'aide, on est payé à l'heure, selon un plan d'aide (donc si qqn a besoin de 3/4h pour manger, nous on ne lui donne qu'1/2h parce que c'est ce qui est payé par l'APA et prévu par le plan d'aide). Dans le soin, on est en dotation globale et on s'organise pour tout faire. L'APA c'est individualisé et ça appartient à la personne.</p> <p><b>Point 4 :</b> développer un outil numérique de télégestion (via Smartphone ou tablette) est souhaitable. Mais ça représente un coût important et les tuteurs veulent s'en tenir au système qu'ils ont mis en place, EDEN RED. Les éditeurs de logiciels métier freinent aussi parce qu'ils aimeraient développer leur propre solution car il y a un marché au potentiel plutôt intéressant.</p> <p><b>Point 5 :</b> malgré l'intérêt évident de</p>	<p><b>Point 1 :</b> Une grande majorité de nos usagers souffre d'isolement. Leurs enfants, en activité, vivent loin. Il y a quelques fois des conflits générationnels familiaux qui aggravent le problème. Et puis, les gens âgés sont souvent propriétaires de leur logement qu'ils ne veulent donc pas quitter.</p>

		entre soin et aide pour travailler certaines situations ensemble. Ça permet de décloisonner les métiers et de «moins se sentir malmené par l'autre» mais plutôt comprendre la richesse des 2 métiers. <b>Point 3</b> : il est important de développer le numérique pour améliorer les transmissions en termes de qualité, d'efficacité et de rapidité	fonctionner en SPASAD, il faut quand même convaincre le personnel des bénéficiaires de la démarche. Et, ce n'est que lorsqu'ils constatent par eux-mêmes que c'est beaucoup plus fluide, qu'ils adhèrent complètement et qu'ils font plus naturellement remonter les infos clés. L'idéal aurait été de pouvoir faire des réunions régulières entre aide et soins au domicile du bénéficiaire, mais cela n'est pas toujours possible. Pour l'instant c'est encore très informel. Mais les AD et les AS commencent à mieux se parler. <b>Point 6</b> : la politique vieillisse de l'Essonne n'est pas très volontariste, et on a l'impression de ne pas être assez entendu car les demandes de remontée du terrain sont très rares. <b>Point 7</b> : un SSIAD qui fonctionne bien n'aura pas forcément envie de développer une activité SAAD qui, de fait, est déficitaire.		
<b>C - Clients / Usagers</b>					
C1	Qui sont vos clients/ usagers ?	209 usagers de SPASAD Personnes âgées de GIR 1 à 4, habitant le 20 <sup>ème</sup> arrondissement de PARIS.	900 à 1000 bénéficiaires d'aide à domicile	Population plutôt très dépendante, ce qui correspond au cœur de métier du SSIAD donc ça coule de source pour le SPASAD de les prendre en charge. On a que des dossiers APA 96 personnes prises en charge par le SSIAD	332 clients au total dont 201 qui vivent seuls, 68 avec un ou plusieurs de leurs enfants, 60 en couple et 3 en résidence. La majorité des personnes prises en charge ont entre 85 ans et 95 ans. Le GIR prépondérant est le GIR 4. LE GMP est de 0,51. Le choix de développer des activités très rémunératrices à côté des activités « sociales » permet de mettre en place une communication performante.
C2	Quelle communication est réalisée pour faire connaître le dispositif ? comment les gens sont-ils informés ? par quel biais ?	«de vous mets au défi de demander à quiconque ce qu'est un SPASAD aujourd'hui, dans le grand public. Personne ne sait.»	Il existe une communication mais on n'est pas très fort là-dessus. On est un peu dans les travers dans structures associatives. Les gens peuvent être adressés par les assistants sociaux en fin d'hospitalisation, via le bouche à oreilles par leurs voisins/connaissances, par le CLIC, par la plateforme gérontologique. Ou alors, les aidants familiaux peuvent aussi nous trouver sur internet en cherchant des solutions à domicile pour leur parent âgé dans l'arrondissement.		
C3	Comment les personnes entrent-elles en contact avec le SPASAD ?	La porte d'entrée en SPASAD : ménage + courses / suites d'hospitalisation avec prescription de SSIAD par le médecin de l'hôpital	Il y a une personne qui chargée de la relation clientèle et qui traite tous les appels de 1 <sup>ère</sup> demande. Il s'agit à la fois de prendre toutes les informations qui sont nécessaires pour nous, d'orienter les personnes vers les IDEC ou les responsables de secteurs.		Un accueil téléphonique et physique est assuré. Puis, toute 1 <sup>ère</sup> demande est traitée par un resp secteur, IDEC ou conseiller technique.

C4	Comment sont organisés l'accueil et le suivi des usagers / patients ?	L'idée de l'évaluation à domicile avant la mise en place d'une prestation est de maintenir l'autonomie de la personne et de l'encourager à continuer à faire des choses qui sont encore à sa portée : ex : la poussière sur les meubles ou les bibelots ça reste faisable, alors que les sols c plus compliqué. Etre présent aussi lors de la 1 <sup>ère</sup> intervention avec l'aide à dom (si possible un membre de la famille doit être là).	<b>Accueil</b> : Les binômes IDEC + Responsable de secteur réalisent l'évaluation à domicile soit seule si la personne n'a besoin que d'un pan de l'offre soit à 2 s'il s'agit d'un besoin qui relève du SPASAD. Chacun (aide et soin) a sa grille d'évaluation. <b>Suivi</b> : Par contre, on a un dossier commun au domicile. On a des dossiers séparés au bureau parce qu'on a pas le même usage du dossier suivant qu'on est SSIAD ou SAAD. Pendant un temps on avait testé le dossier commun au bureau, mais on a vraiment pas le même rapport au dossier. D'une part, on y enregistre des informations qui ne sont pas les mêmes donc ce n'est pas pertinent que tous les services aient accès à toutes les données, et d'autre part, côté SSIAD on va très souvent dans les dossiers pour mettre un diagramme de soin, pour regarder une évaluation, pour chercher ce qui s'est passé la semaine dernière. Le SAAD touche moins au dossier. Du coup, pour adapter à l'usage qui en est fait, on a séparé les 2, il y a un mois.	<b>Accueil</b> : visite « soins et aide » par responsable de secteur et IDEC pour évaluation du besoin en fonction de la grille AGGR et des 14 besoins de V. Anderson. On fait un entretien avec les familles dans l'optique de maintenir au maximum les habitudes de la personne. On tente de mettre en place le maximum d'aide en relation avec les aidants. On élabore ainsi un plan personnalisé de soins et d'aide (PPSA). <b>Suivi</b> : un exemplaire du PPSA est au domicile de chq patient SSIAD dans un classeur à disposition de tout autre intervenant et de la famille. (fréquence des passages infirmiers, type d'aides mises en place...).	<b>Accueil</b> : Dès le 1 <sup>er</sup> contact, un référent est désigné (resp secteur ou IDEC). Sauf cas urgent, une évaluation des besoins se fait au domicile de la personne. L'AMSA V recherche les aides financières adaptées à la situation de la personne et établit un devis qui en tient compte. Selon les prestations à mettre en place, un contrat ou un ordre de mission ou un document individuel de prise en charge est signé entre l'AMSAV et l'usager. Un questionnaire de satisfaction « premier contact » est remis à la personne qui peut remonter ses remarques à l'asso. Un livret d'accueil complet est remis. <b>Suivi</b> : un cahier de liaison au domicile des patients permet la communication entre intervenants et aussi avec la famille. Une réévaluation des besoins est faite 1 fois l'an et aussi souvent que nécessaire par le référent. L'usager reçoit chaque année un questionnaire de satisfaction. Cela permet d'adapter les presta et d'en améliorer la qualité.
C5	Avez-vous déjà été confrontés à des résistances/ freins de la part des usagers? De quel ordre? (exemple)	Ce qui embête souvent les gens c'est le fait que le SSIAD n'a pas d'horaire. Ils voudraient que ça fonctionne comme pour le SAAD, mais ce n'est pas possible. Et puis, y'a le SAAD qui coûte cher et le SSIAD qui coûte pas cher. Mais bon c'est pas problématique de mon point de vue car il suffit d'expliquer encore et encore aux gens.	Le plus souvent, les familles ont du mal à comprendre qui fait quoi entre l'infirmière, l'aide-soignante et l'aide à domicile. La personne prise en charge, elle, elle comprend vite qui vient pour la toilette, qui vient pour les soins, qui vient pour le petit déjeuner...	En cas de différend important, il est possible de faire appel à une personne qualifiée choisie par le préfet et le PCD.	
D1	Qui compose la structure ? (effectif, nb d'ETP, âge, sexe, qualifications, métiers, organisation)	250 salariés: 1 directrice, 1 assistante de direction, 1 coordinatrice de SPASAD, 1 responsable de SAAD, 5 responsables de secteur SAAD, 1 responsable de SSIAD, 4 IDEC SSIAD (IDEC + RS = binôme médico-social responsable d'un secteur géographique), 150 aides à domicile (environ 30 à 35 par secteur) + 12 IDEC (environ 70 pt/ide), 30 AS, 1 chargée de qualité (évaluation externe), 1 chargée de partenariats.	<b>D - Infrastructures / Ressources</b> A vant, il y avait une direction commune et un secrétariat commun. Mais on en est revenu. Aujourd'hui, il y a la direction générale + moi qui suis directrice SSIAD et Mme Bray qui est directrice de l'Aide. C'est ce qui est apparu le plus pertinent car ce n'est pas le même fonctionnement. RH SPASAD : Administratifs (secrétariat, gestion RH, paie, finance), responsable clientèle, ergothérapeute, psychologue, personnels d'accueil RH SAAD : 175 ETP d'AD, secrétaires RH SSIAD : 56 ETP soignants (AS, IDEC, IDE), secrétaires	Il y a un conseil d'administration et 287 salariés. Il y a un directeur général, son adjoint qui est en charge des ressources humaines et un directeur chargé du développement et de la communication. Une équipe administrative est rattachée à la DG. L'équipe d'encadrement : 1 chef de SAAD, 1 chef de SSIAD, des responsables de secteur et infirmiers surveillants, 1 conseiller technique chargé de la gestion administrative, des assistants techniques aux côtés des responsables de secteur et des tuteurs qui intègrent les intervenants dans leurs tâches. Les intervenants sont : IDE, AS, AVS, .... Autorisation SSIAD :	
D2	De quel	Autorisation de 315 places de SSIAD	Autorisation de 330 places de SSIAD (300 places	Logiciel : Apologic côté soins et côté aide	

	<p>équipement et de quels moyens dispose la structure pour assurer son activité ?</p> <p>(locaux, matériel, informatique, véhicules, parc de véhicules, équipement paramédical, produits consommables, autres)</p>	<p>Territoire : 20<sup>ème</sup> arrondissement de PARIS</p> <p>fourni aux intervenants : chaussures antidérapantes de sécurité, tickets resto (non pris en charge par le CD), remboursement des transports, trousse de matériel infirmier hors matériel prescrit médicalement (tablier jetable, gant, sur-chaussures, charlotte, tensiomètre), armoires à clé électronique pour les soignants dans les locaux du SPASAD, pas de financement pour installation identique pour les aides à domicile. N° vert pour pointage via le téléphone fixe des personnes à domicile, mis en place par le département de Paris pour l'ensemble des services autorisés (EDEN RED, groupe Chèque Déjeuner).</p> <p>Aucun logiciel ne fonctionne en SPASAD.</p> <p>On bosse sur Excel.</p>	<p>personnes âgées + 30 places personnes handicapées)</p> <p>10 places d'ESA</p> <p>Territoire : 19<sup>ème</sup> arrondissement de PARIS</p> <p>Logiciels de la gamme Apologie pour l'ensemble du SPASAD (Perceval pour le SAAD et Ménestrel pour le SSIAD qui communiquent entre eux). Migration vers la version web en cours.</p>	<p>mais qui ne fait pas encore de la gestion de planning à distance.</p> <p>Télépointage par téléphone via un numéro vert pour les aides à domicile : EDEN RED + l'AD fait aussi signer la feuille de pointage par le bénéficiaire. Système peu satisfaisant car encore bcp de bugs dans la communication EDEN – Apologie et ça coûte cher. Les réunions de développement qui devaient être trimestrielles n'ont lieu qu'une fois l'an.</p> <p>Donc les pb sont résolus 4 fois plus lentement.</p> <p>Le personnel perçoit une indemnité kilométrique pour l'usage de son véhicule.</p>	<p>Territoire SSIAD : 18<sup>ème</sup> arrdt de Paris</p> <p>Le SAAD intervient dans tous les arrdt de Paris et dans les Hauts de Seine.</p> <p>Télépointage EDEN RED</p> <p>Logiciel : Apoweb</p>
D3	<p>Qui citez-vous comme partenaires clés du SPASAD? Pouvez-vous m'en dire plus ?</p>	<p>Dans le cadre du PAERPA, partenariat avec une diététicienne qui intervient auprès des patients.</p> <p>CLIC (porteur de la MAIA donc des gestionnaires de cas), services sociaux de secteur (assistants sociaux) de la CCAS de la Ville de Paris, GAG (groupe d'aide à la gestion. C'est une aide de travailleurs sociaux sur des situations difficiles.), PAERPA qui est porté par l'ARS, hôpital Widal-Lariboisière, certains accueils de jour utilisés par nos patients (Delta 7,...), autres SSIAD du territoire (car les personnes ne sont pas obligées d'utiliser notre SSIAD lorsqu'ils ont recours à notre SAAD), MDPH côté personnes handicapées.</p>	<p>On est identifié par les assistants sociaux, par le conseil départemental comme professionnels de terrain.</p> <p>On participe à certains travaux, notamment la MAIA.</p> <p>CLIC et filière sont inexistant dans le département</p> <p>Equipes départementales</p> <p>Hôpitaux gériatriques</p> <p>Le département est en manque de médecins traitants qui, du coup, ne sont pas très aidants.</p> <p>Réseau de soins palliatifs avec qui on travaille depuis une dizaine d'années déjà.</p> <p>Kinés et pédicures libéraux</p>	<p>centre de soins infirmiers Espoir et Santé</p> <p>UNA Téléassistance</p>	
<b>E - Viabilité / Finances</b>					
E1	<p>Quelles sont vos sources de revenus ?</p>	<p>On a un budget SSIAD et un budget SAAD et non un budget SPASAD.</p> <p>Les tutelles ne demandent pas de reporting SPASAD.</p>	<p>Conseil départemental et ARS</p> <p>Dotations SSIAD est bcp plus importante que ce qu'on reçoit de l'APA</p> <p>Coût horaire d'aide à domicile unique semaine, weekend jours fériés: 21,98€/h. ça fait 3 ans que ça n'a pas bougé.</p>	<p>L'asso a réalisé en 2013 plus de 8 millions d'euros de chiffres d'affaire</p>	
E2	<p>Quelles sont vos principales dépenses ? (structure de</p>	<p>Essentiellement les RH et pour les investissements, il existe des fonds dédiés.</p>	<p>supportées que par le SSIAD. On fait des clefs de répartition en fonction du nombre d'heures. Mais si le service d'aide</p>		

	<i>coûts par ordre d'importance, volume)</i>	<p>inapititude, les départs à la retraite, les tickets resto, le café. Il y a beaucoup de choses qui sont financées sur les fonds propres de la fondation. On démarre toujours l'année en déficit. Chq département réagit de façon différente et finance ce qu'il veut. (Haute Vienne, Gironde sont des départements exemplaires)... ce qui rend le système inégalitaire.</p>		<p>prestataire était complètement indépendant, il serait très déficitaire. En ayant une montée en charge rapide, il faut compter 5 ans pour arriver à l'équilibre. Le salaire des AD coûte 1% de plus par année d'ancienneté. Le salaire de weekend et jours fériés est majoré. Côté SAAD, la masse salariale c'est 80% de notre budget.</p>	
--	--	---	--	--	--

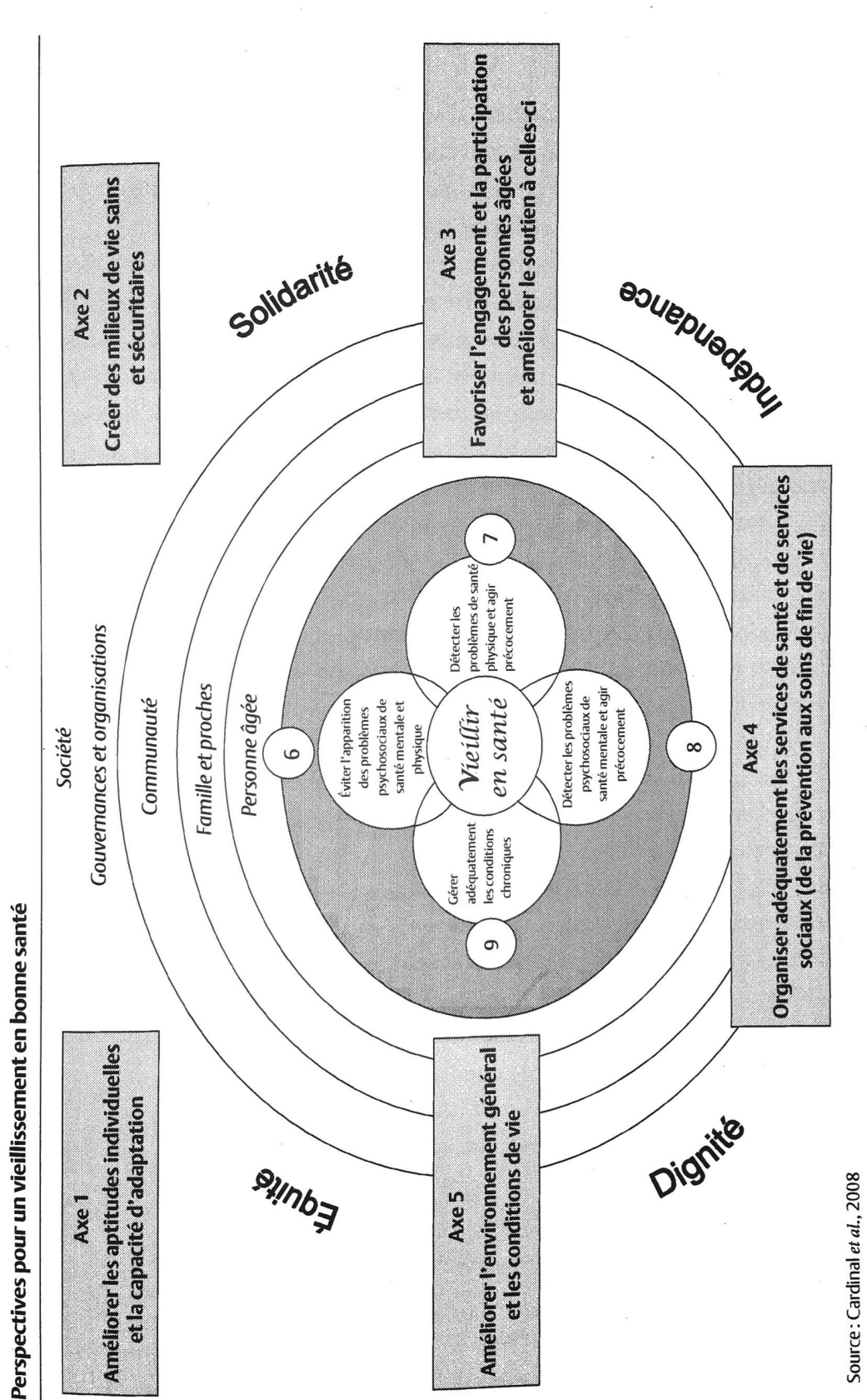


**Annexe 13 : Retranscription thématique de l'entretien avec la Directrice du service  
Personnes Agées de la ville de Boulogne-Billancourt**

<b>Constance Dondain</b>	
<p align="center"><b>Directrice du Service Personnes Agées de la Mairie de Boulogne-Billancourt (92100)</b></p>	<p>La politique PA, indépendamment du maintien à domicile, est incluse, de façon très classique, au sein du CCAS (conseil communal d'action sociale).</p> <p>Ce dernier a subi un audit interne de son fonctionnement et de son environnement récemment. On s'interrogeait : est-ce qu'il touche bien le bon public et comment il se positionne avec les évolutions sociologiques de BB. L'idée c'était de re-booster la dynamique. Avec les changements institutionnels en cours, il y a la définition de l'intérêt social territorial qui doit être arrêtée avant le 31/12/17 au niveau du territoire pour savoir ce qui remonte et ce qui reste aux communes. Il y a les problématiques du Grand Paris avec la question du logement, il y a une fusion éventuelle entre Issy-Les-Moulineaux et Boulogne. Le périmètre est mouvant. Les missions du CCAS devaient donc être réinterrogées. Le CCAS c'est 2 gros blocs : a) l'action sociale pour les personnes les plus défavorisées, et b) les personnes âgées.</p> <p>Les résultats de l'audit, fin 2015, ont fait apparaître 2 choses : a) le CCAS ne touche pas l'ensemble du public qu'il pourrait toucher, notamment côté personnes handicapées (il y a des aides qui sont très peu demandées, peut-être parce qu'elles ne sont pas forcément connues). Sur l'action sociale, certaines procédures sont plutôt lourdes. Ce qui a pour effet de perdre les gens ou de ne pas du tout les toucher. b) Côté personnes âgées, le CLIC est plutôt reconnu au niveau départemental pour son bon fonctionnement avec une équipe interdisciplinaire (CESF, psychologue, IDE,...). Le CLIC monte en compétences mais n'a pas encore touché toute la population. Aujourd'hui, ils font bcp de sur-mesure mais vu l'ampleur du vieillissement de la population avec plus de besoins psychiques, il faut rationaliser et développer une action qui touche plus de monde. L'axe prioritaire du CCAS doit être les personnes âgées, l'action sociale étant essentiellement portée par le département. Et l'un des sous-axes est bien entendu le maintien à domicile avec l'orientation des personnes vers les structures adaptées.</p> <p>Une des conclusions de l'audit est la nécessité de la mise en place d'une ABS (analyse des besoins sociaux) rapide et complète. La dernière date de 2011. Notre ABS doit se coordonner avec celle du GPSO (communauté d'agglomération Grand-Paris-Seine-Ouest qui regroupe 9 communes du sud du 92) qui vise l'amélioration des remontées statistiques sur l'ensemble de la communauté. Cette ABS sera faite en interne. Elle consiste en une analyse statistique basée sur les données INSEE, CAF, etc. On essaie de croiser les chiffres. L'idée est de mieux connaître le public qu'on doit toucher sur le territoire.</p> <p>L'audit n'a pas fait l'objet de communication publique officielle. On va plutôt communiquer publiquement sur les résultats de l'ABS. BB est une ville très familiale avec bcp de familles avec enfants mais malgré tout vieillissante.</p> <p>On a rapproché les services sénior et le social en confiant à la Directrice chargée du développement des loisirs séniors la direction du</p>

	<p>CCAS. L'idée est de faire les liens entre les publics, d'unifier les fichiers « loisirs » avec les fichiers « service social ». On s'est rendu que certains appartiennent aux 2 bases de données car même s'ils ne sont pas dépendants, ils sont utilisateurs du service de portage de repas à domicile par exemple. A terme, ça permet de développer une politique basée sur une approche globale et une meilleure lisibilité du parcours.</p> <p>Ce n'est pas une politique obligatoire. Ça dépend de la volonté du maire et de sa prise de conscience de l'importance du sujet « personnes âgées ».</p>
Partenaires de la Ville	<p>Sur l'action sociale et même sur les personnes âgées, le partenaire prioritaire c'est le département. Le GPSO n'a pas de compétences sociales pour l'instant. Il est question qu'ils en aient mais à l'horizon 2017 et sur des choses très ponctuelles. Je pense que tout ce qui est CCAS ou structure de proximité n'a pas vocation à être porté par des acteurs plus grands pour autant le lien doit être fait avec le CD qui a une compétence personne âgées (pôle solidarité). C'est facilité par le fait que le vice-président de ce secteur au Département est maire adjoint à la Ville. Les liens se font assez naturellement.</p> <p>Le CLIC travaille avec l'ensemble des partenaires privés d'aide au maintien à domicile, même s'il n'a pas forcément une vision de tout ce qui peut se présenter. Son champs est surtout de s'intéresser à ce que veulent les gens chez eux, à leurs besoins. Il travaille avec l'ensemble des acteurs de terrain, y compris les réseaux de soins palliatifs. Des rencontres régulières sont organisées par le CLIC. Il y a le Salon du Bien Vieillir. Donc il y a un réseau. Régulièrement des thés dansants sont organisés par la Commune.</p> <p>Une certains nombres d'associations sont subventionnées par la Mairie : « bien vieillir à Boulogne », etc. Il y a bcp de clubs séniors qui proposent des activités de loisirs aux personnes qui sont à la retraite. Ce sont des actions qui permettent de lutter contre la solitude. Il y a une majorité écrasante de femmes qui peuvent ainsi se retrouver entre elles qui peuvent ainsi repousser la survenue de dépendance. C'est un axe important de la politique vieillesse de maintenir l'autonomie en passant par la participation à des activités de loisirs.</p>
Financement	<p>Au niveau GPSO, il existe des aides au titre du logement : aménagement de douche, antidérapant, etc Ce sont des aides assez décisives pour les personnes.</p>
Lien avec le secteur médical	<p>Rien n'est formalisé. Le médecin du CLIC est le médecin coordinateur des Abondances. Ça facilite certaines prises en charge.</p>

Annexe 14 : Modèle "Vieillir en Santé", une base de principes possible du SPASAD intégré, Couturier et al., 2016



# LES INDICATEURS

## DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

### LES INDICATEURS DE DIALOGUE

### LES INDICATEURS CLÉS D'ANALYSE ET DE PILOTAGE INTERNE

#### Axe 1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes

1. taux de personnes en dérogation ou hors autorisation,
2. score moyen dépendance GMP (dernier GMP validé et dernier GMP connu),
3. score moyen en soins requis PMP (dernier PMP validé et dernier PMP connu),
4. répartition des personnes accompagnées selon leur provenance,
5. répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination,
6. taux d'hospitalisation complète,
7. taux de réalisation de l'activité,
8. taux d'occupation des lits ou places financés,
9. taux de rotation des lits ou places financés,
10. taux de rotation des places financées en accueil de jour,

1. profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GIR (1 à 6),
2. profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GPP (groupes de patients proches),
3. profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences observées,
4. répartition par âge des personnes accompagnées,
5. durée moyenne de séjour / d'accompagnement des personnes sorties définitivement,
6. part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection,
7. taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale,
8. nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées,
9. part des actes/séances programmés non réalisés,
10. file active des personnes accompagnées,

#### Axe 2 : Ressources humaines et matérielles

11. taux d'ETP vacants,
12. taux de prestations externes,
13. taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management,
14. taux d'absentéisme,
15. taux de rotation des personnels sur effectifs réels,

11. répartition des effectifs par fonction,
12. pyramide des âges du personnel,
13. taux d'absentéisme par motif,
14. poids du recours à l'intérim,

#### Axe 3 : Finances et budget

16. taux d'atteinte des prévisions de recettes,
17. taux d'atteinte des prévisions de dépenses,
18. taux de CAF,
19. taux de vétusté des constructions,
20. taux d'endettement,
21. besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes,

15. répartition des recettes par groupe,
16. répartition des dépenses réalisées par groupe,
17. répartition des recettes par section tarifaire,
18. répartition des dépenses par section tarifaire,
19. taux d'utilisation de la dotation en soins,
20. structure des dépenses financées par la dotation de soins,

#### Axe 4 : Objectifs

22. état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe.

21. état des lieux de la fonction « système d'information » dans les ESMS.



### LES DONNÉES DE CARACTÉRISATION ESMS

Description générale et statique des principales caractéristiques de la structure (descriptif prestation de soins, RH et matériel, structure financière, objectifs).  
Permet de documenter l'offre de soins et d'accompagnement de la structure, d'appliquer des filtres afin de réaliser des comparaisons entre groupes homogènes d'ESMS.

GOURDINE

Sarah

Décembre 2016

**Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social**  
Promotion 2015-2016

## **Quel modèle opérationnel pour favoriser le vieillissement en santé à domicile ?**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

### **Résumé :**

Le projet, porté par le centre de gérontologie les Abondances et Sénior Compagnie, de fonder un SPASAD intégré à Boulogne-Billancourt pose le cadre d'investigation de ce mémoire visant à déterminer le modèle organisationnel et économique adéquat pour concevoir, dans un territoire donné, un SPASAD qui satisfasse, de façon pérenne, les besoins des personnes âgées dépendantes.

L'observation sur le terrain, les apports bibliographiques et l'analyse de retours d'expérience de gestionnaires de SPASAD dans d'autres territoires ont contribué à l'identification des outils-clés d'organisations intégrées de services à domicile et les déterminants de réussite de telles organisations. Il est ressorti l'importance de maîtriser les compétences de coordination, de gestion des ressources humaines et financières. Par-dessus tout, la connaissance précise des besoins exprimés ou non au sein du territoire constitue la pierre angulaire du système.

Le rôle du directeur et des partenaires qui concourent à l'existence de continuum de services dans le territoire consiste essentiellement à mener une réflexion stratégique sur l'adaptation des organisations au vieillissement et sur la transférabilité des modèles éprouvés ailleurs.

Sans nul doute, l'existence de SPASAD intégrés dans les territoires présente un avantage considérable dans le maintien des habitudes de vie des personnes âgées à domicile.

### **Mots clés :**

Modèle intégré d'organisation, intégration, SPASAD, aide à domicile, domicile, SSIAD, SAAD, services à la personne, personnes âgées dépendantes, autonomie, APA, APA à domicile, maintien à domicile, vieillesse, vieillissement, SPASAD intégré, Boulogne-Billancourt, approche populationnelle, continuum de services, coordination

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*