

**RENFORCER LA COORDINATION DES PRESTATIONS  
D'AIDE ET DE SOINS POUR AMÉLIORER  
L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE ÂGÉE  
DÉPENDANTE A DOMICILE**

**DEPLOIEMENT D'UN SERVICE POLYVALENT D'AIDE ET DE SOINS A  
DOMICILE (SPASAD) AU SEIN DU RESEAU ADMR DU DEPARTEMENT DE LA  
VIENNE**

***Claire LESREL***

**2022**

---

# Remerciements

---

Je remercie les personnes qui m'ont accueillie sur mes terrains de stage et ont pris le temps de m'expliquer le contexte et les enjeux de leur secteur d'intervention : Mr Eric-Angelo BELLINI, directeur, et Mme Gaëlle OUVRARD, IDEC à l'Ehpad de Pleumartin (86), ainsi que Mme Rachel ROY, directrice générale et Mme Myriam DESBANCS, directrice de pôle à la Fédération départementale de l'ADMR de la Vienne.

Je remercie mes collègues de formation avec qui ce fut un grand plaisir de relever ce défi (Cyril, Elise, Guillaume, Mathilde, Sabrina, Sandrine, Sophie, Yannick); les formateurs de l'ITS de Tours ainsi que Mr Taha AMINE, notre directeur de formation pour son attention et sa disponibilité, et Mr Matthieu PLOU, pour sa guidance de mémoire.

Merci aussi à l'entreprise adaptée Edition&Numérisation de l'Orne pour avoir soigneusement imprimé ce document.

Je remercie mes relecteurs courageux et méticuleux : Mr et Mme Christian et Marité LESREL, Mme Marie BOUCHEHAT, Mme Julie POLISSET.

Enfin, je remercie mon compagnon de vie, Daniel, de respecter mes choix et mes filles Lucia et Amaya d'être fières de leur maman.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Le vieillissement démographique et le virage domiciliaire .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Le vieillissement : un phénomène démographique mondial qui induit des réponses stratégiques diverses .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Au plan international.....	5
1.1.2 En Europe .....	6
1.1.3 En France.....	8
<b>1.2 Les notions contemporaines autour de la personne âgée .....</b>	<b>10</b>
1.2.1 De la dépendance à la perte d'autonomie .....	10
1.2.2 Vieillir à domicile.....	10
1.2.3 Les droits des personnes âgées .....	11
1.2.4 La bientraitance.....	11
1.2.5 La logique de parcours .....	12
1.2.6 La crise sanitaire du COVID-19 et ses enseignements.....	13
<b>1.3 Les politiques publiques en faveur du domicile .....</b>	<b>14</b>
1.3.1 Les services à domicile : SAAD, SSIAD, SPASAD .....	14
1.3.2 La Loi ASV et l'expérimentation « SPASAD intégré ».....	15
1.3.3 Autres tentatives de coordination institutionnelle .....	18
1.3.4 Vers les « Services Autonomie à Domicile » .....	20
1.3.5 La coordination : une priorité des politiques régionale et départementale.....	22
<b>2. Rôle de l'ADMR sur le territoire et nouveaux besoins du public .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Le réseau ADMR .....</b>	<b>25</b>
2.1.1 Histoire et valeurs.....	25
2.1.2 Structure organisationnelle : maillage local et dynamique fédérale.....	26
<b>2.2 Acteur majeur du domicile dans le département .....</b>	<b>28</b>
2.2.1 La population âgée dans le département de la Vienne .....	28
2.2.2 Cartographie du territoire desservi par l'ADMR .....	30
2.2.3 Activité du SAAD .....	30
2.2.4 Activité du SSIAD/ESA .....	31
2.2.5 Les interventions doubles.....	32
<b>2.3 Des besoins nouveaux ou partiellement satisfaits .....</b>	<b>33</b>

2.3.1	Un besoin renforcé de disponibilité, de sécurité et de clarté.....	33
2.3.2	Des aides techniques et humaines adaptées à l'accentuation du niveau de dépendance.....	34
2.3.3	La prise en compte des troubles cognitifs et pathologies neuro-dégénératives .....	36
2.3.4	Une réponse graduée, globale et continue pour des situations complexes ....	37
2.3.5	Des cultures professionnelles sanitaire et sociale à décloisonner .....	38
2.3.6	Des missions à développer : prévention, lien social et répit de l'aidant .....	39
2.3.7	La problématique .....	42
<b>3.</b>	<b>Enjeux et leviers de transformation de l'organisation en faveur du SPASAD .....</b>	<b>43</b>
<b>3.1</b>	<b>Enjeux et leviers sur le plan des Ressources Humaines (RH).....</b>	<b>43</b>
3.1.1	Une situation RH préoccupante .....	43
3.1.2	Des risques professionnels qui perdurent malgré une démarche de Qualité de Vie au Travail (QVT) amorcée .....	44
3.1.3	L'espoir lié à l'Avenant 43 de la BAD .....	46
3.1.4	Le désengagement bénévole.....	48
<b>3.2</b>	<b>Enjeux économiques et financiers dans un contexte de réformes .....</b>	<b>49</b>
3.2.1	Un volume d'activité SAAD non réalisé .....	49
3.2.2	Moderniser l'ADMR dans un secteur concurrentiel.....	50
3.2.3	Evolution du modèle de tarification horaire du SAAD .....	52
3.2.4	Dotation globale de l'ARS pour le SSIAD.....	54
3.2.5	Fongibilité des financements et Dotation de coordination.....	54
3.2.6	Synthèse et enjeux stratégiques .....	55
<b>4.</b>	<b>La mise en œuvre d'un SPASAD départemental .....</b>	<b>57</b>
<b>4.1</b>	<b>Cadre et méthode.....</b>	<b>57</b>
4.1.1	Autorités de contrôle et tarification : le CPOM 2023-27 .....	57
4.1.2	Au niveau institutionnel : création d'une nouvelle association .....	58
4.1.3	Posture managériale et communication .....	60
<b>4.2</b>	<b>Constituer une équipe départementale mixte d'aide et de soins .....</b>	<b>61</b>
4.2.1	Déploiement progressif .....	61
4.2.2	Recrutement interne et externe.....	62
4.2.3	Organigramme cible.....	63
4.2.4	Organisation intégrée.....	64
<b>4.3</b>	<b>Créer une culture commune d'aide et de soins favorable à la QVT .....</b>	<b>67</b>

4.3.1	Le travail en équipe : vers une « organisation apprenante ».....	68
4.3.2	Les formations communes .....	70
4.3.3	Le projet de service : une construction de tous.....	71
4.3.4	Faire évoluer les conditions de travail.....	71
<b>4.4</b>	<b>Moderniser et améliorer l'efficacité de l'organisation .....</b>	<b>72</b>
4.4.1	Auto-financement du transfert des situations doubles .....	73
4.4.2	Capacité des SAAD locaux à compenser l'activité transférée au SPASAD.....	75
4.4.3	Le SPASAD comme centre ressources pour l'ensemble du réseau .....	76
4.4.4	Redonner du sens à l'engagement bénévole.....	77
4.4.5	Etoffer le réseau partenarial et mener une campagne de communication .....	77
4.4.6	Programmation du plan d'actions et évaluation .....	79
	<b>Conclusion.....</b>	<b>80</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>- 81 -</b>
	<b>Glossaire.....</b>	<b>- 86 -</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>- 89 -</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AAC</b>	Appel <b>A</b> Candidature
<b>AAP</b>	Appel <b>A</b> Projet
<b>ABS</b>	Analyse des <b>B</b> esoins <b>S</b> ociaux
<b>ADMR</b>	Aide à <b>D</b> omicile en <b>M</b> ilieu <b>R</b> ural
<b>AG</b>	Assemblée <b>G</b> énérale
<b>AGGIR</b>	Autonomie <b>G</b> érontologie <b>G</b> roupe <b>I</b> so- <b>R</b> essources
<b>ANAH</b>	Agence <b>N</b> ationale pour l' <b>A</b> mélioration de l' <b>H</b> abitat
<b>APA</b>	Allocation <b>P</b> ersonnalisée pour l' <b>A</b> utonomie
<b>ARS</b>	Agence <b>R</b> égionale de <b>S</b> anté
<b>AS</b>	Aide- <b>S</b> oignant
<b>ASE</b>	Aide <b>S</b> ociale à l' <b>E</b> nfance
<b>ASV</b>	Adaptation de la <b>S</b> ociété au <b>V</b> ieillessement
<b>AVS</b>	Auxiliaire de <b>V</b> ie <b>S</b> ociale
<b>BAD</b>	<b>B</b> ranche de l' <b>A</b> ide à <b>D</b> omicile
<b>CAF</b>	Caisse d' <b>A</b> llocations <b>F</b> amiliales
<b>CCAS</b>	Conseil <b>C</b> ommunal d' <b>A</b> ction <b>S</b> ociale
<b>CET</b>	Compte <b>E</b> pargne <b>T</b> emps
<b>CD</b>	Conseil <b>D</b> épartemental
<b>CLIC</b>	<b>C</b> entres <b>L</b> ocaux d' <b>I</b> nformation et de <b>C</b> oordination
<b>CNC</b>	Convention <b>N</b> ationale <b>C</b> ollective
<b>CNSA</b>	Caisse <b>N</b> ationale de <b>S</b> olidarité pour l' <b>A</b> utonomie
<b>CFPPA</b>	Conférence des <b>F</b> inanceurs pour la <b>P</b> révention de la <b>P</b> erte d' <b>A</b> utonomie
<b>CPAM</b>	Caisse <b>P</b> rimaire d' <b>A</b> ssurance <b>M</b> aladie
<b>CPOM</b>	Contrat <b>P</b> luriannuel d' <b>O</b> bjectifs et de <b>M</b> oyens
<b>CTA</b>	Coordination <b>T</b> erritoriale d' <b>A</b> ppui
<b>CVS</b>	Conseil de <b>V</b> ie <b>S</b> ociale
<b>DAC</b>	Dispositif d' <b>A</b> ppui à la <b>C</b> oordination
<b>DEAES</b>	Diplôme d' <b>E</b> tat d' <b>A</b> ccompagnant <b>E</b> ducatif et <b>S</b> ocial
<b>DIPC</b>	Document <b>I</b> ndividuel de <b>P</b> rise en <b>C</b> harge
<b>DRAD</b>	Dispositif <b>R</b> enforcé d' <b>A</b> ide à <b>D</b> omicile
<b>ECR</b>	<b>E</b> léments <b>C</b> omplémentaires de <b>R</b> émunération
<b>EHPAD</b>	Etablissement d' <b>H</b> ébergement pour <b>P</b> ersonnes <b>A</b> gées <b>D</b> épendantes
<b>ESA</b>	Equipe <b>S</b> pécialisée <b>A</b> lzheimer
<b>ESMS</b>	Etablissement et <b>S</b> ervice <b>M</b> édico- <b>S</b> ocial
<b>ESS</b>	Economie <b>S</b> ociale et <b>S</b> olidaire

<b>ETP</b>	<b>E</b> quivalent <b>T</b> emps <b>P</b> lein
<b>EURL</b>	<b>E</b> ntreprise <b>U</b> nipersonnelle à <b>R</b> esponsabilité <b>L</b> imitée
<b>FIR</b>	<b>F</b> ond d' <b>I</b> ntervention <b>R</b> égional
<b>GPEC</b>	<b>G</b> estion <b>P</b> révisionnelle des <b>E</b> mplois et <b>C</b> ompétences
<b>GIR</b>	<b>G</b> roupe <b>I</b> so- <b>R</b> essources
<b>HAD</b>	<b>H</b> ospitalisation <b>A</b> <b>D</b> omicile
<b>HAS</b>	<b>H</b> aute <b>A</b> utorité de <b>S</b> anté
<b>HPST</b>	<b>H</b> ôpital <b>P</b> atients <b>S</b> anté <b>T</b> erritoire
<b>IDEC</b>	<b>I</b> nfirmière <b>D</b> iplômée d' <b>E</b> tat <b>C</b> oordinatrice
<b>INSEE</b>	<b>I</b> nstitut <b>N</b> ational de la <b>S</b> tatistique et des <b>E</b> tudes <b>E</b> conomiques
<b>MAIA</b>	<b>M</b> éthode d' <b>A</b> ction pour l' <b>I</b> ntégration des services d'aide et de soins dans le champ de l' <b>A</b> utonomie
<b>MARPA</b>	<b>M</b> aison d' <b>A</b> ccueil <b>R</b> urale pour <b>P</b> ersonnes <b>A</b> gées
<b>OMS</b>	<b>O</b> rganisation <b>M</b> ondiale de la <b>S</b> anté
<b>ONDAM</b>	<b>O</b> bjectif <b>N</b> ational <b>D</b> épenses de l' <b>A</b> ssurance <b>M</b> aladie
<b>PA</b>	<b>P</b> ersonnes <b>A</b> gées
<b>PAERPA</b>	<b>P</b> ersonnes <b>A</b> gées <b>E</b> n <b>R</b> isque de <b>P</b> erte d' <b>A</b> utonomie
<b>PEPA</b>	<b>P</b> rime <b>E</b> xceptionnelle du <b>P</b> ouvoir d' <b>A</b> chat
<b>PCH</b>	<b>P</b> restation de <b>C</b> ompensation du <b>H</b> andicap
<b>PH</b>	<b>P</b> ersonnes <b>H</b> andicapées
<b>PLFSS</b>	<b>P</b> rojet de <b>L</b> oi de <b>F</b> inancement de la <b>S</b> écurité <b>S</b> ociale
<b>QVT</b>	<b>Q</b> ualité de <b>V</b> ie au <b>T</b> ravail
<b>RH</b>	<b>R</b> essources <b>H</b> umaines
<b>ROB</b>	<b>R</b> apport d' <b>O</b> rientation <b>B</b> udgétaire
<b>SAAD</b>	<b>S</b> ervice d' <b>A</b> ide et d' <b>A</b> ccompagnement à <b>D</b> omicile
<b>SARL</b>	<b>S</b> ociété <b>A</b> <b>R</b> esponsabilité <b>L</b> imitée
<b>SPASAD</b>	<b>S</b> ervice <b>P</b> olyvalent d' <b>A</b> ide et de <b>S</b> oins <b>A</b> <b>D</b> omicile
<b>SRS</b>	<b>S</b> chéma <b>R</b> égional de <b>S</b> anté
<b>SSIAD</b>	<b>S</b> ervice de <b>S</b> oins <b>I</b> nfirmiers à <b>D</b> omicile
<b>SWOT</b>	<b>S</b> trengths <b>W</b> eaknesses <b>O</b> pportunities <b>T</b> hreats (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces)
<b>UAS</b>	<b>U</b> nité d' <b>A</b> nalyse <b>S</b> tratégique
<b>UNADMR</b>	<b>U</b> nion <b>N</b> ationale d' <b>A</b> ide à <b>D</b> omicile en <b>M</b> ilieu <b>R</b> ural

## Introduction

Le sujet de l'**autonomie** des personnes âgées et celui de leur **maintien à domicile** sont au cœur des questions de société actuelles. Aujourd'hui, près d'un tiers de la population française est âgé d'au moins 60 ans ; le vieillissement de notre société va s'accroître dans les prochaines décennies.

Bien que vivant plus longtemps en bonne santé, les personnes âgées perdent progressivement leur autonomie pour devenir, pour certaines, très **dépendantes**. Or, le souhait général exprimé par la population est de rester vivre chez soi le plus longtemps possible<sup>1</sup>. Cela implique donc d'être capable de répondre à un ensemble de besoins gradués : aide dans la vie quotidienne, hygiène, prévention, soins infirmiers, hospitalisation à domicile ou en court-séjour, soins palliatifs, etc... en favorisant tout au long du parcours le maintien d'un lien social primordial.

Certains services médicosociaux<sup>2</sup> participent de la réponse apportée. Parmi ceux-là figurent les **Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile** (SAAD) qui existent partout en France et assurent, sous l'autorité du Conseil départemental, des prestations d'aide aux actes de la vie quotidienne à domicile<sup>3</sup>. Les **Services de Soins Infirmiers A Domicile** (SSIAD) interviennent quant à eux au domicile des patients sur prescription médicale et sous l'autorité de l'Agence régionale de santé (ARS) pour des soins techniques infirmiers ou des soins de « nursing »<sup>4</sup>.

Le défi social à relever consiste à fournir ces services, en s'assurant de leur qualité, de leur accessibilité, de leur acceptabilité, mais aussi de coordonner ces interventions avec celles des autres acteurs du domicile (les aidants familiaux et les différents acteurs sociaux et sanitaires).

C'est pourquoi, après avoir impulsé au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) public en milieu rural une dynamique d'ouverture de l'établissement sur son territoire par la création d'un pôle ressources de proximité, c'est aujourd'hui en tant **que Directrice du pôle médicosocial de la fédération départementale de l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) de la Vienne**, que j'ai été missionnée par ma Direction générale pour **piloter la création d'un SPASAD départemental et ainsi déployer une organisation intégrée des services et des équipes d'aide et de soins à domicile**.

---

<sup>1</sup> 85% de la population selon l'étude menée par SocioVision et l'IFOP pour la FESP, février 2019, slide 30.

<sup>2</sup> Et notamment ceux décrits à l'article L.312-1 alinéas 6° et 7° du CASF.

<sup>3</sup> Dont l'aide à la toilette, à l'habillage, au lever, au coucher, au repas, aux courses, à l'entretien de la maison.

<sup>4</sup> Dont la réalisation de la toilette au lit, la surveillance de repas à risque de fausse route, la pose de bande de contention, l'aide à la prise de médicaments.

Dans un premier temps, j'ai cherché à recueillir les besoins et les attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants en veillant à **respecter leurs choix**, et penser l'adaptation de nos pratiques et nos modes organisationnels afin de leur apporter une réponse claire et complète, plus sécurisante et mieux coordonnée.

Les profils des bénéficiaires du SAAD et du SSIAD ont évolué dans les dix dernières années au profit de personnes plus âgées, plus dépendantes, avec une prévalence plus élevée de pathologies neuro-évolutives<sup>5</sup> et de troubles cognitifs<sup>6</sup>. Ces caractéristiques requièrent un accompagnement médico-social spécifique et performant, intégrant des aides techniques adaptées au contexte du domicile, un regard professionnel pluridisciplinaire, la coordination des interventions avec les autres acteurs du parcours de soin, et un soutien particulier au proche aidant. L'enjeu de l'accès effectif aux droits est en outre prioritaire et nécessite un effort de clarté et de simplification de la part des professionnels afin de permettre à la personne âgée (et/ou sa personne de confiance) d'exercer son libre choix sur les décisions le concernant.



*Pour illustrer cette situation, le cas de Mr B., 87 ans, qui déclare une Sclérose en plaques à 75 ans. Il est aidé par le SAAD depuis 8 ans pour la toilette et l'habillage le matin en semaine. Sa santé se dégrade progressivement et il perd sa mobilité et partiellement la maîtrise de ses besoins intimes. Il accepte très difficilement sa situation et refuse le lit médicalisé et le fauteuil. Les conditions d'intervention des professionnelles du SAAD ne sont plus adaptées et génèrent trois accidents de travail de salariés (épaules et lumbago). L'épouse de Mr B., qui est elle aussi âgée, est totalement épuisée par son rôle d'aidant. Le SSIAD est sollicité in extremis avant une hospitalisation de Mr B. Après réévaluation globale des besoins, une intervention en binôme Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) / Aide-soignante (AS) est planifiée deux fois par jour, week-end compris.*

Le **projet d'intervention sociale** que je vais mettre en œuvre porte sur la création d'un **Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)**, dont l'expérimentation a été prévue à l'article 49 de la Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement<sup>7</sup> (ASV). Il s'agit de constituer une équipe départementale mixte, favorisant le travail en binôme des auxiliaires de vie et des aides-soignants permettant d'anticiper des complications et de répondre de manière plus satisfaisante à des besoins évolutifs. Cette nouvelle entité permettra une organisation intégrée des interventions d'aide et de soins, dotée d'un

<sup>5</sup> Sclérose en plaques, maladie de Charcot, etc...

<sup>6</sup> Alzheimer, démence fronto-temporale, etc...

<sup>7</sup> Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement, article 49, publiée au JORF 0301 du 29 décembre 2015.

système de planification et d'information commun à l'ensemble des professionnels ainsi que la mise en place d'un interlocuteur unique pour les familles et pour les partenaires extérieurs.

L'accentuation de la **coordination interne et externe** des interventions autour de la personne âgée garantira une meilleure réponse et un parcours plus fluide au bénéficiaire. **L'impact managérial** de cette restructuration permettra également d'accentuer la professionnalisation des salariés et des bénévoles de l'ensemble de l'organisation.

Le changement organisationnel que je vais conduire est stratégique pour la fédération départementale de l'ADMR car il consolide le positionnement de notre organisation en tant **qu'acteur-clé du domicile** dans un secteur où le périmètre d'intervention des EHPAD (hors-les-murs) et des professionnels du domicile fait débat. Le projet de SPASAD constitue également un **levier pour atténuer la problématique de recrutement et de fidélisation de nos salariés**. En décloisonnant le secteur de l'aide et du soin, et en favorisant le travail en équipe et le partage d'expériences professionnelles, le déploiement du SPASAD permettra de nouvelles perspectives d'évolution de carrière, spécifiquement prévues et encouragées par l'avenant 43 de la convention collective de la Branche de l'Aide à Domicile, récemment validé et étendu<sup>8</sup>.

Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2022 a introduit la notion de **Services Autonomie à Domicile** dont le cahier des charges sera publié d'ici juin 2023, et dont l'objectif correspondra a priori largement à celui de l'expérimentation SPASAD intégré. J'ai donc validé avec ma gouvernance et avec les autorités de contrôle et de tarification le principe de création d'un SPASAD départemental en 2022 dans le cadre du renouvellement du CPOM et ainsi le fait d'expérimenter le dispositif en vue de l'obtention d'une autorisation de Services à Domicile attendue d'ici 2025.

Dans la première partie je vous présente le phénomène de vieillissement, les grandes notions qui s'y réfèrent et les politiques publiques qui y répondent. Dans la deuxième partie, je décris le rôle de l'ADMR sur le territoire et j'identifie les nouveaux besoins du public non satisfaits ou partiellement satisfaits. Dans la troisième partie, à l'appui d'un diagnostic de la structure et de l'environnement, j'en déduis les enjeux de transformation de l'organisation en faveur de la création d'un SPASAD. Dans la dernière partie, je détaille la mise en œuvre et le pilotage de mon projet d'intervention sociale, sur le plan administratif, managérial et économique.

---

<sup>8</sup> Arrêté d'agrément de l'avenant 43 publié au Journal Officiel le 2 juillet 2021. Arrêté d'extension de l'avenant 43 publié au Journal Officiel le jeudi 5 août 2021, relatif à la rénovation de la classification des emplois par filière et par catégorie et à la revalorisation des rémunérations



## **1. Le vieillissement démographique et le virage domiciliaire**

La part de personnes âgées dans nos sociétés progresse considérablement depuis plusieurs décennies. Le choix de rester au domicile malgré une situation de dépendance ou de solitude est majoritaire et a été encore confirmé à l'épreuve de la crise sanitaire du COVID-19 et des scandales récents autour de certains EHPAD. Les Etats ont à ce titre la charge de déployer et d'articuler les interventions des services permettant de répondre aux besoins d'aide, d'accompagnement et de soins des personnes âgées dépendantes à domicile.

En France, depuis la loi MAPTAM<sup>9</sup>, c'est le conseil départemental qui est le chef de file de l'action médicosociale auprès des personnes âgées et qui administre l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA), outil central de financement de l'aide à domicile. Les actes qui relèvent du soin à domicile sont quant à eux régis et financés par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Divers services et dispositifs ont été déployés et expérimentés pour permettre aux personnes âgées dépendantes de vivre à domicile. Aujourd'hui l'organisation de ces services doit garantir une réponse cohérente et coordonnée aux besoins de la personne.

### **1.1 Le vieillissement : un phénomène démographique mondial qui induit des réponses stratégiques diverses**

Le phénomène démographique de vieillissement concerne l'ensemble des pays développés qui mettent en œuvre des stratégies diverses pour l'accompagner. En France, il existe tout un écosystème autour du maintien à domicile qui est aujourd'hui amené à s'adapter à l'apparition de nouveaux besoins et enjeux autour de la personne âgée.

#### **1.1.1 Au plan international**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la population mondiale âgée de 60 ans ou plus passera de 900 millions à 2 milliards entre 2015 et 2050, soit de 12 à 22% de la population totale. Les réalités sont très différentes selon les régions du monde. En occident, le vieillissement de la population est d'actualité depuis plusieurs décennies, alors qu'il commence à apparaître dans les pays en voie de développement. L'OMS estime d'ailleurs qu'en 2050, 80% de ces 2 milliards de personnes âgées vivront dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires.

---

<sup>9</sup> Loi N°2014-58 du 27 janvier 2014, de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, JORF n°0023 du 28 janvier 2014.

En tout état de cause, et quel que soit le pays où l'on se trouve, **la présence d'une population âgée nombreuse au sein d'une société questionne sur la place qu'elle leur réserve, le soin qu'elle leur apporte et le budget qu'elle y consacre**<sup>10</sup>.

Comme l'énonce l'OMS dans le préambule de sa Constitution : « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Aussi, nous pouvons nous interroger : nos sociétés garantissent-elles une bonne santé aux personnes âgées ou celles-ci sont-elles parfois considérées comme des « *laissés pour compte* » (Laroque, 1962) souffrant de conditions de vie médiocres ?

Le développement économique, la mondialisation et la mobilité géographique à l'œuvre depuis les trente glorieuses conduisent à un éclatement géographique des familles. Les personnes âgées, qui vivaient auparavant sous le même toit que les générations suivantes qui s'en occupaient, vivent aujourd'hui souvent seules à leur domicile.

**La représentation psychosociale de la personne âgée** varie selon les époques et les cultures. Elle oscille entre une vision négative (l'âgisme<sup>11</sup>), associée au déclin, à la sénilité, à l'idée de fardeau et une vision positive associée à la sagesse et à la transmission (Adam, Joubert, Missotten, 2013).

**La réaffirmation des droits des personnes vulnérables** à travers le monde depuis les années 2000<sup>12</sup> a conduit nos sociétés à repenser l'accompagnement des personnes âgées, en veillant à leur santé tout en préservant leur dignité et en favorisant leur pouvoir d'agir. La notion de vieillissement et la place de la personne âgée dans la société évoluent dans le monde entier, faisant apparaître **de nouveaux besoins d'accompagnement des personnes âgées désirant vivre à domicile, en bonne santé et dans la dignité.**

### 1.1.2 En Europe

#### a) **Des personnes âgées de plus en plus nombreuses et de plus en plus âgées**

La population européenne atteint 447 millions en 2021 et le phénomène de vieillissement est observé depuis plusieurs décennies.

---

<sup>10</sup> En France, la LFSS pour 2022 prévoit 14,2 Mds€ de dépenses pour les personnes âgées sur un ONDAM total de 239,4 Mds€. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2022, *Chiffres clés du PLFSS 2022*, p. 5.

<sup>11</sup> L'âgisme est la discrimination fondée sur l'âge. Notion introduite aux USA par le gérontologue Robert Butler en 1969.

<sup>12</sup> Pour exemple la Convention Internationale des Droits des Personnes Handicapées en 2006.

Selon les données d'Eurostat (cf. Annexe 1, figure 1), la part de personnes âgées de 65 ans ou plus au sein des 27 pays de l'Union est en effet passée de 17,4% en 2004 à 20,3% en 2019, soit une progression encore jamais vue de 16% en 15 ans.

La population européenne vieillit dans son ensemble mais c'est tout particulièrement la proportion de personnes de plus de 80 ans qui devrait être multipliée par 2,5 d'ici 2100 et atteindre 14,6% de la population totale (cf. Annexe 1, figure 2). La prise en charge de la dépendance des personnes les plus âgées est donc un enjeu majeur pour l'Europe du 21<sup>e</sup> siècle et implique des décisions importantes des Etats sur les plans financier, fiscal, sanitaire, social ou encore sur le marché de l'emploi.

#### **b) Entre soutien familial et services publics d'aide et de soins**

Avec l'allongement de l'espérance de vie, l'augmentation du niveau de dépendance et les mutations culturelles et familiales dans les différents pays européens, un nouveau statut a vu le jour : celui de **l'aidant** (ou « proche aidant », ou « aidant non professionnel » selon les pays). A titre d'illustration, la création en 2016 de *Eurocarers*, « Association européenne travaillant avec et pour les aidants non professionnels » qui déclare notamment que « 80% des soins en Europe sont assurés à domicile par les membres de la famille ou des amis. Ce chiffre évoque clairement la sur-représentation du rôle des aidants par rapport aux professionnels médicosociaux ».

L'aidant intervient directement auprès de la personne dépendante mais il est aussi la pierre angulaire qui coordonne les différents acteurs qui interviennent auprès de la personne. Souvent, l'aidant est le conjoint (il est donc lui-même parfois très âgé également), parfois c'est un enfant (plus ou moins âgé). L'entrée des femmes dans le monde du travail implique une moindre disponibilité de celles-ci dans l'aide aux parents âgés. Il arrive donc qu'il n'y ait pas d'aidant non professionnel et ce sont alors les services médico-sociaux qui assument la totalité de la charge d'accompagnement et de soin.

Deux exemples peuvent illustrer ces situations diverses : **les pays scandinaves** proposent un haut niveau de protection sociale aux personnes âgées, défini selon les besoins et non selon les ressources des bénéficiaires, et mis en œuvre de façon universelle par un service public municipal (www.senioractu.com, 2018). A l'opposé, **l'Espagne** s'appuie à 85% sur les aidants non professionnels pour accompagner les personnes âgées dépendantes qui ne bénéficient que pour 15% d'entre elles d'un service médico-social professionnel (CSIC, 2020). Du fait de l'éloignement géographique des membres de la famille et des besoins d'aide, de soins et d'accompagnement plus spécifiques des personnes âgées aujourd'hui, le rôle de l'aidant est devenu de plus en plus difficile à assumer seul.

### 1.1.3 En France

#### a) ***A quel âge devient-on une « personne âgée » ?***

Si l'on peut considérer l'avancée en âge comme un continuum qui ferait abstraction des classifications, les nécessités administratives incitent quant à elles à catégoriser les publics. **L'âge administratif**, établi par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) pour accéder à un certain nombre de droits et de services, est celui de 60 ans. C'est aussi celui communément retenu pour bénéficier d'avantages commerciaux (comme la carte senior SNCF par exemple), même si l'âge de départ à la retraite à taux plein -aujourd'hui en débat- est pour l'instant établi à 62 ans. Comme l'explique le géographe Mickaël BLANCHET, « *Il n'y a pas d'âge de la vieillesse ni de définition chronologique de la vieillesse, mais une perception subjective de celle-ci* » (Blanchet, 2017 :13). Dans cette étude de population, c'est avant tout le niveau d'autonomie et l'évolution des besoins des personnes âgées dépendantes qui importe, et je **choisis de retenir l'âge administratif de 60 ans pour définir la personne âgée, c'est-à-dire l'âge légal pour l'octroi de l'APA.**

#### b) ***Le vieillissement de la population française***

Au niveau purement statistique, le phénomène démographique de vieillissement de la population française est observé depuis la fin de la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale. Ce vieillissement de la population est lié à deux phénomènes conjugués (cf. Annexe 1, figure 3) :

- la baisse du taux de natalité, passé de 2,95 en 1950 à 1,87 en 2019<sup>13</sup> ;
- et l'augmentation de l'espérance de vie, qui atteint aujourd'hui 85 ans pour les femmes et 79 ans pour les hommes.

D'après l'INSEE, en 2021, la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus s'élève à 26,8% de la population nationale (contre 16% en 1950), et la part des plus de 75 ans à 9,5% (contre 3,8% en 1950). La France compte aujourd'hui 18 millions de personnes âgées et ce chiffre pourrait atteindre 20 millions en 2027 et 25 millions en 2050 selon les projections de l'INSEE (soit plus de 30% de la population française). **La part de personnes âgées dans la population française aura alors doublé en un siècle (1950-2050).** Cela a une incidence directe sur le modèle de financement du système social qui repose sur un nombre de travailleurs supérieur à celui des personnes à prendre en charge (enfants, personnes âgées et handicapées).

#### c) ***La personne âgée dépendante par le prisme de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA)***

**En 15 ans, le nombre de personnes concernées par une allocation dépendance/autonomie a été multiplié par dix.**

---

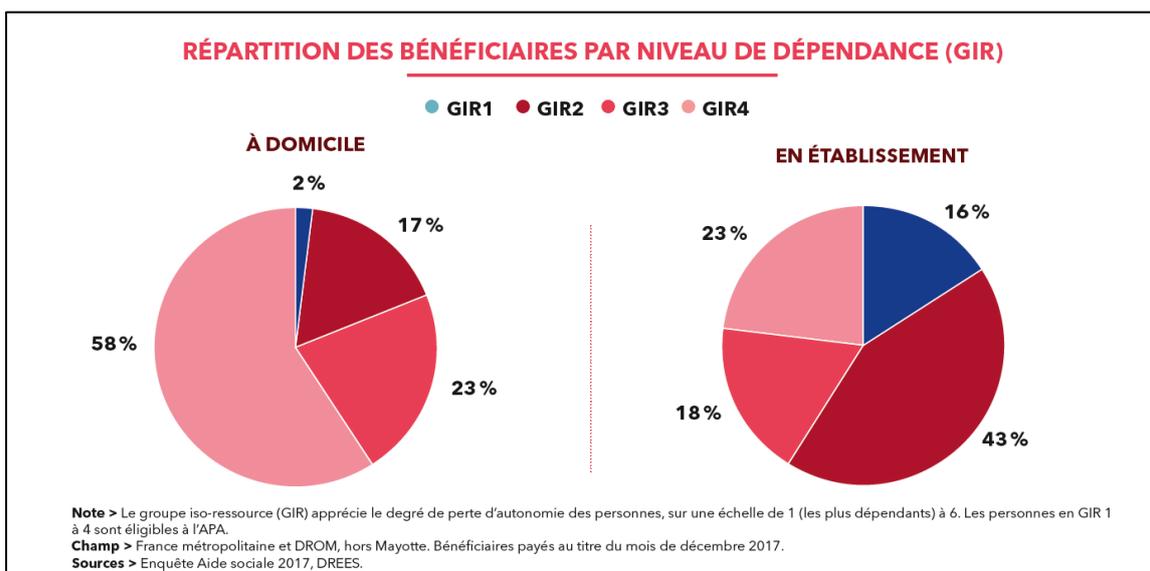
<sup>13</sup> INSEE, indice de fécondité correspondant au nombre d'enfants par femme.

En effet, alors que la Prestation Spécifique de Dépendance (PSD) est attribuée à 156 000 personnes en 2001, fin 2004 ils sont cinq fois plus nombreux à bénéficier de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA), soit 865 000 personnes (Weber, 2006) ; et en 2018, la DREES estime à 1,3 millions le nombre de bénéficiaires de l'APA (60% à domicile et 40% en établissement). Il s'agit d'une allocation universelle dont le montant est indexé au niveau de ressources de la personne.

La grille d'évaluation Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-ressources (AGGIR) introduite par la loi du 24 janvier 1997, définit des niveaux de dépendance (cf. Annexe 2, figure 1) allant du GIR 1, le plus haut niveau de dépendance, au GIR 6, l'absence de dépendance. L'APA est attribuée aux **personnes âgées se situant en GIR 1 à 4. Cette allocation caractérise ainsi la personne âgée « dépendante ».**

**Les bénéficiaires de l'APA sont de plus en plus âgés** : les personnes de plus de 85 ans représentent 60% en 2018 (DREES, 2020) contre 42% en 2004 (Weber, 2006 :604).

Avec le très grand âge, la dépendance augmente et de nouvelles pathologies apparaissent, notamment les maladies neuro-dégénératives de type Alzheimer et apparentées, qui provoquent des troubles du comportement et engendrent de nouveaux besoins d'accompagnement à domicile. L'association France Alzheimer estime à 15% la prévalence de la maladie à partir de 80 ans.



**La part des personnes âgées très dépendantes (GIR 1 et 2) est logiquement plus élevée en établissement (59%) mais elle représente tout de même près de 20% des bénéficiaires de l'APA à domicile.** Ces personnes âgées dépendantes requièrent des dispositifs

particulièrement adaptés d'aide et de soins à domicile, d'autant plus lorsqu'on observe que la majorité d'entre elles vivent seules à domicile (64% d'entre elles).

L'INSEE évalue plus globalement à 2,5 millions le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie aujourd'hui en France, et établit ses projections à 4 millions en 2050, dont 80% vivraient à leur domicile (cf. Annexe 1, figure 4).

## 1.2 Les notions contemporaines autour de la personne âgée

### 1.2.1 De la dépendance à la perte d'autonomie

La notion de **dépendance** est définie à l'article 2 de la loi du 24 juillet 1997 comme « *l'état de la personne qui nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière* ».

Le pendant de cette notion est celle d'autonomie, que le sociologue Serge GUERIN définit comme « *la capacité de se gouverner soi-même. Cela présuppose une capacité de jugement (...), et une liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement* » (Guérin, 2007 : 18).

Aujourd'hui, la société privilégie la **notion plus positive de « perte d'autonomie »**, révélant un certain rejet de la dépendance. C'est d'ailleurs ce terme qui a été choisi pour nommer la 5<sup>ème</sup> branche de la sécurité sociale, officiellement instituée le 7 août 2020<sup>14</sup>, qui a désormais la charge de couvrir le risque de perte d'autonomie, aussi bien pour les personnes âgées dépendantes que pour les personnes en situation de handicap ou dépendance temporaire ou permanente.

### 1.2.2 Vieillir à domicile

Au vieillissement s'ajoute une évolution sociologique de la vision du grand âge et des structures familiales. D'après une enquête de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) de 2019, 85% des personnes âgées souhaitent vieillir à leur domicile, même si elles s'y trouvent souvent seules du fait de l'éclatement géographique de la famille et d'enfants qui vivent et travaillent parfois loin du domicile des parents.

La loi ASV de 2015 a consacré un **virage « domiciliaire »** dans le secteur de la dépendance en actant la priorité au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Les moyens sont depuis davantage fléchés pour intervenir dans l'adaptation du logement, des transports et, bien sûr, dans le soutien aux services d'aide et d'accompagnement à

---

<sup>14</sup> Loi organique et loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie.

domicile ou encore, dans la prise en compte du rôle primordial des aidants. L'APA à domicile a d'ailleurs été revalorisée à cette occasion.

Le rapport LIBAULT, initié par la ministre de la santé Agnès BUZYN en 2018 et rédigé à la suite de la grande consultation nationale « Grand âge et autonomie », nous livre de nombreux enseignements sur les attentes des français à ce sujet.

Je retiendrai les suivants parce qu'ils brossent les contours de mon projet :

- Garantir le libre choix de la personne âgée, sa dignité, sa citoyenneté ;
- Prioriser le maintien à domicile ;
- Simplifier le parcours de la personne âgée ;
- Prévenir la perte d'autonomie.

### **1.2.3 Les droits des personnes âgées**

Depuis 20 ans, la société accorde une importance particulière à l'effectivité des droits des usagers<sup>15</sup>, en considérant que la personne âgée dépendante reste un citoyen à part entière et détient un pouvoir d'agir et de décider de sa vie. L'article L311-3 du CASF consacre dans son alinéa 1 « *le respect de sa dignité, de son intégrité (...) de sa sécurité* », et dans son alinéa 2 « *le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes (...) dans le cadre d'un service à son domicile, (...)* ». Un certain nombre de personnes âgées s'emparent aujourd'hui de ce pouvoir d'agir ; en témoigne, à titre d'exemple, la démarche *Citoyennage* initiée par des personnes âgées qui, à travers des colloques et des publications, revendiquent leur droit à s'exprimer et à participer aux décisions qui les concernent « *Parce que l'on reste citoyen toute sa vie, et que l'âge et le handicap ne constituent pas un frein à la libre expression et au libre arbitre* » (<https://citoyennage.fr/pourquoi/>).

### **1.2.4 La bientraitance**

Le conseil de l'Europe définit dès 1987 la notion de maltraitance à l'égard des personnes âgées comme « *tout acte ou omission qui porte atteinte à la vie, à l'intégrité physique ou psychique, à la liberté ou qui compromet gravement le développement de la personnalité et/ou la sécurité financière* ». Différentes situations de maltraitance, physique et/ou psychique, avérées ont été mises en lumière dans le contexte d'EHPAD. Ce risque existe également au domicile, et peut se révéler plus difficile à identifier. La démarche de bientraitance recommandée par l'ANESM en 2012 est donc prioritaire et implique notamment de faire participer l'utilisateur (ou son représentant) dans le projet personnalisé et de favoriser un lien et un échange de qualité entre les professionnels et les usagers.

---

<sup>15</sup> Tels que définis dans la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.

### 1.2.5 La logique de parcours

Initialement pensée dans le domaine de la santé, la notion de **parcours** s'est étendue au domaine **du soin et de la vie** dans son ensemble. Le parcours évoque une « *porosité des différentes sphères de notre existence et les multiples dimensions de la vie. Le parcours fait écho à un mouvement, une dynamique, qui prétend éviter les ruptures, en anticipant, et en coordonnant les accompagnements* » (BOUQUET, DUBECHOT, JAEGER, 2017 :10).

Comme précisé dans la synthèse du rapport LIBAULT, dans le cas des personnes âgées, la logique de parcours induit un certain nombre d'invariants, dont notamment :

- La simplification et l'amélioration de la lisibilité des prises en charge
- Un décloisonnement entre les secteurs sanitaire, social et le droit commun
- Une pratique collaborative interdisciplinaire et interprofessionnelle dotée d'outils et de procédures de liaison entre les acteurs

**La logique d'accompagnement de parcours est donc indissociable de la logique de coordination**, qui s'applique à la fois aux usagers (dans l'accès aux réponses) et aux professionnels (dans la coordination des prestations). Pour la personne âgée dépendante, cela se traduit par l'identification d'un « interlocuteur unique » (aujourd'hui dénommé « référent ou coordonnateur de parcours » dans le secteur handicap), et par l'élaboration d'un projet personnalisé unique comprenant l'aide, l'accompagnement et les soins.

Pour Myriam LE SOMMER-PERE (2002 :50), la coordination est d'ailleurs attendue et appréciée par l'ensemble des parties prenantes :

« ...chacun des protagonistes éprouve, en lui-même, un attachement fort et argumenté à l'organisation d'interventions coordonnées :

***L'utilisateur** est le premier à percevoir le besoin d'une bonne articulation des réponses pluridisciplinaires lui permettant d'élaborer un projet de vie cohérent et autodéterminé malgré ses altérations ;*

***Les professionnels de terrain** demandent à la coordination une orchestration harmonieuse des interventions multidisciplinaires, limitant le stress de la concurrence et favorisant la complémentarité de leurs compétences ;*

***Les administratifs**, de leur côté, espèrent obtenir d'une organisation coordonnée un nouvel éclairage de la réalité de terrain qui leur permettrait d'innover des règles de financement capables de réduire les dysfonctionnements (chevauchements, duplication, substitution, discontinuité de la prise en charge...) et de rationaliser la distribution des ressources ».*

Dans son dernier rapport, Denis PIVETEAU (2022 :10) détaille l'impact de la logique de parcours sur le rapport entre l'utilisateur et le professionnel et sur les obligations qui pèsent sur l'organisation : « *L'optique d'un **travail centré sur le parcours renverse en quelque sorte le rapport entre la structure et son « usager » : ce n'est plus l'institution qui définit un projet auquel un ou une « candidat/e à l'entrée » doit correspondre. C'est la personne en situation de handicap qui doit pouvoir composer son parcours, en fonction de son besoin et de l'évolution de celui-ci, à partir d'une **offre de prestations modulaires** offertes par des établissements ou services qui doivent **veiller à coordonner leurs interventions** ».***

### **1.2.6 La crise sanitaire du COVID-19 et ses enseignements**

La crise sanitaire qui a sévi en France et dans le monde entier a touché de plein fouet les personnes âgées et provoqué beaucoup de souffrance pour les résidents d'EHPAD mais aussi pour les personnes âgées seules à domicile. Les deux périodes de confinement (du 17 mars au 11 mai 2020 et du 30 octobre au 15 décembre 2020) ont mis en lumière les situations difficiles (voire insoutenables) de certaines personnes âgées dépendantes complètement isolées du monde. Privées de la visite de leurs proches, seuls les professionnels du grand âge ont été à leur côté dans le quotidien du confinement, en compagnie ou non du virus, et donc soumis à des protocoles d'hygiène et de protection drastiques.

Cet épisode a eu deux conséquences majeures sur le plan sociologique :

- Mettre à nouveau le focus sur le grand âge et l'effectivité des droits des personnes vulnérables (entre sécurité et liberté) ;
- Mettre en lumière les professionnels qui œuvrent aux côtés des personnes âgées, considérés à cette occasion comme des « métiers essentiels » pour notre société.

Le rapport de l'association *Les petits frères des pauvres* (2020 : 67-78), rédigé à la fin du 1<sup>er</sup> confinement, alerte sur la solitude et l'isolement (familial, amical, de voisinage, social) dont ont souffert les personnes âgées. Elles ont bénéficié de moins d'intervention d'aide à domicile, sauf les plus dépendantes pour qui cela a été maintenu quotidiennement, et ont vu leur santé morale (pour 41% d'entre elles) et physique (pour 31% d'entre elles) se dégrader à l'épreuve du confinement. L'EHPAD a été perçu dans un premier temps comme un lieu de contamination puis de privation de liberté ce qui a consolidé la tendance au maintien à domicile. Depuis, **les besoins en service à domicile sont encore plus nombreux** et une attention particulière doit être portée au **lien social ainsi qu'à la lutte contre l'isolement** et la dépression des personnes âgées.

## 1.3 Les politiques publiques en faveur du domicile

### 1.3.1 Les services à domicile : SAAD, SSIAD, SPASAD

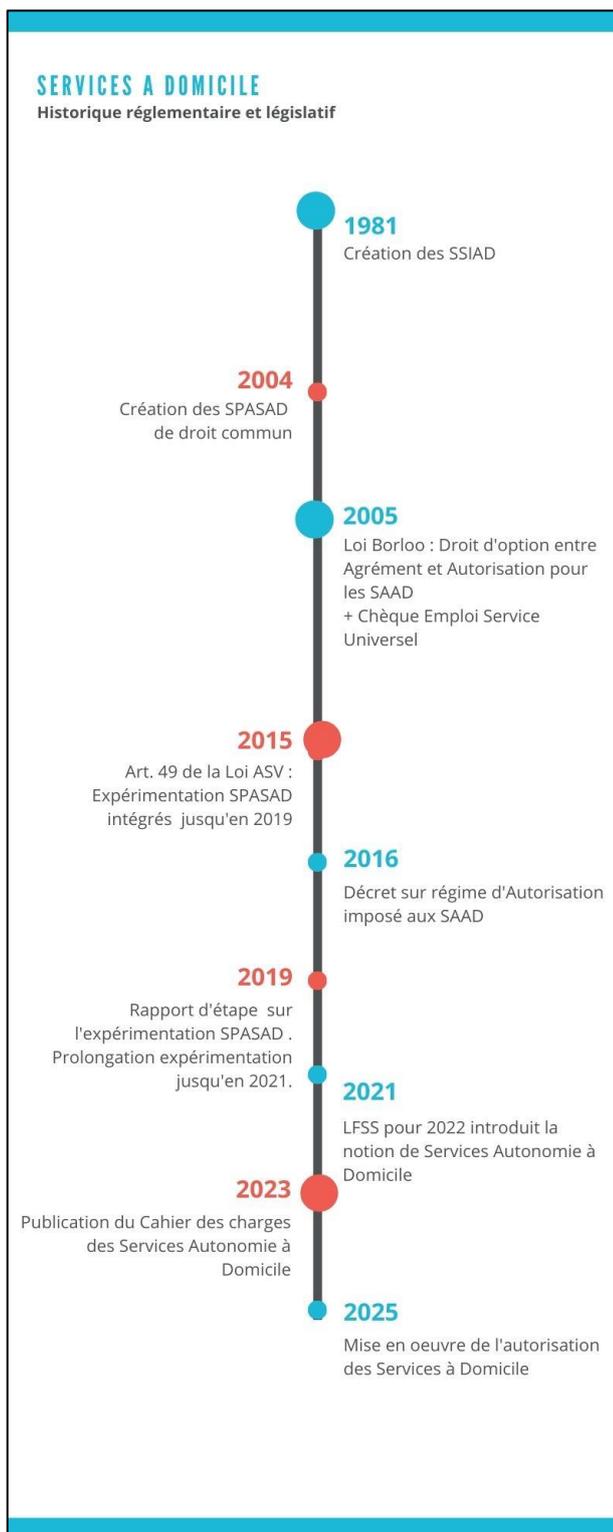
La notion de **SPASAD** apparaît pour la première fois dans le Décret n°2004-613 du 25 juin **2004** (codifié à l'article D.312-7 du CASF), dans une période de reconfiguration des services SAAD et SSIAD préexistants.

Après la reconnaissance en 2004 du statut de service médicosocial octroyé aux **SAAD**, la Loi dite « Borloo<sup>16</sup> » de 2005 impulse une dynamique de développement de l'aide à la personne en introduisant notamment le droit d'option entre l'agrément et l'autorisation et en créant le dispositif du Chèque emploi service universel.

La Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a modifié et unifié les régimes juridiques des SAAD intervenant auprès des publics fragiles en faisant prévaloir celui de l'autorisation du conseil départemental. Le fonctionnement des SAAD est depuis régi par le CASF et le cahier des charges paru dans le Décret n°2016-502 du 22 avril 2016.

« Les SAAD concourent notamment :

1° Au soutien à domicile ; 2° A la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie



<sup>16</sup> Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne.

quotidienne ; 3° *Au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.*

*Ils assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile 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 (...)** »<sup>17</sup>.*

Les **SSIAD** apparaissent dans la Circulaire n°81-8 du 1<sup>er</sup> octobre **1981** relative aux services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées. Leur champ de compétence est étendu par le Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 aux personnes de moins de 60 ans sous certaines conditions. Leur fonctionnement est aujourd'hui régi par le CASF (articles D 312-1 à 312-5). Les SSIAD « *assurent, sur prescription médicale (...) des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :*

- 1° De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;*
- 2° De personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ;*
- 3° De personnes adultes de moins de soixante ans atteintes de pathologies chroniques (...)* »<sup>18</sup>.

### **1.3.2 La Loi ASV et l'expérimentation « SPASAD intégré »**

#### **a) Cadre de l'expérimentation**

Au moment de l'élaboration de la Loi ASV de 2015, soit plus de 10 ans après leur création, **le nombre de SPASAD existant en France est faible** (94) et leur répartition très inégale sur le territoire. C'est pourquoi, cette loi, qui traduit l'orientation prioritaire du soutien à la vie à domicile des personnes âgées, prévoit dans son Chapitre II du Titre III, intitulé *Refonder l'aide à domicile*, « ***l'expérimentation d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD*** ». L'Arrêté du 30 décembre 2015 fixe le cahier des charges de ces expérimentations, qui sont autorisées par le biais d'appel à candidature, et initialement limitées à 2 ans.

Au vu du retard pris dans la mise en œuvre des expérimentations, un **Rapport d'étape** a été élaboré par le comité de pilotage national en 2019, et l'article 61 de la Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 a permis de prolonger l'expérimentation jusqu'au 31 décembre 2021. Cet article précise que ces expérimentations de « SPASAD intégrés » peuvent être portées par des SPASAD préexistants, des SSIAD, ou des SAAD d'une même entité gestionnaire ou par le biais d'un GCSMS ou d'une convention de partenariat. **Ces expérimentations sont subordonnées à la signature d'un CPOM**, défini à l'article L.313-11 du CASF, avec les

---

<sup>17</sup> CASF, Article D. 312-6.

<sup>18</sup> CASF, Article D. 312-1.

présidents du Conseil départemental et de l'ARS, décrivant les modalités de coordination des soins, de l'accompagnement et des aides, les tarifs horaires ou dotations globales respectifs, ainsi que les activités de prévention proposées. Ce CPOM devra être signé avant le 31 décembre 2019 pour mener une expérimentation de 2 ans.

Le gouvernement s'engage alors à remettre au parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation avant le 31 décembre 2021<sup>19</sup> afin d'évaluer l'amélioration de la qualité de la prestation, et les économies réalisées grâce à la mutualisation des moyens.

### **b) Le SPASAD intégré**

La notion de « **SPASAD intégré** » fait donc référence à une nouvelle organisation des services, garantissant une meilleure coordination des équipes, une réelle mutualisation des outils, et l'intégration (centralisation/coordination) des différentes prestations au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne, et de la promotion de la bientraitance. Concrètement, le SPASAD intégré se traduit par la **mise en place des mesures suivantes** :

- ✓ Un accueil physique, téléphonique unique, et des supports d'information communs
- ✓ Une évaluation globale (outil adapté) et un Plan d'aide, d'accompagnement et de soin unique
- ✓ Un livret d'accueil, un règlement de fonctionnement, un contrat de prestations unique
- ✓ Des plannings d'intervention partagés et des outils de transmission communs

Les **missions qui incombent au SPASAD** sont les suivantes :

- ✓ L'accompagnement, l'aide et le soin à domicile des personnes âgées, handicapées et souffrant de pathologies chroniques, en **priorisant les accompagnements doubles**.
- ✓ Les actions de **prévention de la perte d'autonomie** favorisant le maintien à domicile (nutrition, hydratation, prévention des chutes, activités physiques et cognitives adaptées)
- ✓ Le repérage et l'alerte des situations d'isolement, de fragilités ou d'aggravation de la perte d'autonomie

Ces missions s'opèrent dans le respect des règles du secret professionnel et de partage d'informations strictement nécessaires au suivi (article L.1110-4 du CSP).

L'instruction DGCS/SD3A/CNSA n°2016-33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD précise que cette expérimentation présentée dans

---

<sup>19</sup> Non encore paru à la date de rédaction de ce mémoire.

l'article 49 de la loi ASV « ... s'inscrit dans une politique plus globale mise en œuvre par les ARS visant à **l'amélioration des parcours de santé des personnes**, de renforcement de la complémentarité des différents segments de l'offre, de bonne coordination et d'intégration des réponses dans le champ de la santé ».

### **c) Les enseignements du Rapport d'étape**

Ce rapport d'étape a recensé 338 SPASAD intégrés ayant participé à l'expérimentation. Il a mis en lumière un certain nombre de bonnes pratiques, identifié les freins rencontrés et les évolutions à envisager. D'après la synthèse de la page 4 :

« Les SPASAD intégrés présentent des avantages tant pour les bénéficiaires que pour les personnels :

- une **meilleure lisibilité de l'offre et une simplification pour l'utilisateur** et pour les aidants,
- **une amélioration de la qualité des accompagnements** liée au partage de compétences et d'informations entre les intervenants de l'aide et du soin ;
- pour les personnels exerçant en SPASAD, une **meilleure connaissance mutuelle et une reconnaissance du travail** de chacun notamment des professionnels de l'aide à domicile ».

Les SPASAD expérimentateurs ont mis en place des **actions d'accompagnement** pour leur personnel et **ont développé des outils communs** : une messagerie sécurisée commune (50% d'entre eux) et des outils communs d'évaluation (pour plus de 75% d'entre eux). Toutefois, les structures déplorent l'absence de solutions informatiques intégrées ou permettant une interface entre les différents logiciels métiers.

**L'expérimentation SPASAD a favorisé le développement des partenariats avec des établissements de santé** et avec d'autres ESMS et la mise en place d'**actions de prévention** individuelles et collectives s'adressant aux bénéficiaires comme aux aidants grâce à leur inscription aux programmes des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (en moyenne 6 actions de prévention par mois et par SPASAD).

**Des freins juridiques et financiers** ont été identifiés et pourraient être levés à condition :

- De constituer **une entité juridique de SPASAD intégré** permettant une autorisation unique (association, GCSMS)
- De permettre la **fongibilité des crédits de l'ARS et du département** pour rendre encore plus souple l'adaptation de l'accompagnement aux besoins et à leur évolution.

### 1.3.3 Autres tentatives de coordination institutionnelle

De nombreuses initiatives se sont développées dans les dernières années visant l'amélioration de la coordination des interventions autour de la personne âgée.

Les **Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)**, créés en 2000, sont des guichets uniques d'information pour les personnes âgées, leurs aidants et les professionnels. Aujourd'hui dans la Vienne, les CLIC ont été intégrés dans les Maisons départementales de la Solidarité (ou de l'Autonomie).

**La démarche Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)**, déployée depuis 2014 auprès des personnes âgées de 75 ans et plus, vise notamment une coordination renforcée des professionnels de santé de 1er recours, en lien avec les professionnels sociaux si besoin, au plus près de la personne âgée. Cette démarche a été déployée a minima sur un territoire pilote par région mais l'évaluation des expérimentations conclut à « *la forte hétérogénéité des situations locales, qui rend difficile la comparaison entre territoires sur la base d'indicateurs strictement communs* ». Elle a toutefois permis de déployer localement des Equipes mobiles de gériatrie et une pratique de **Coordination Territoriale d'Appui (CTA)**.

La mesure 4 du Plan national Alzheimer 2008-2012 prévoit le développement des dispositifs **Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA)**, aujourd'hui rebaptisés Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie, dont l'objectif est de renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne de 60 ans et plus et de ses aidants. Cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes et améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations. Ce dispositif se met en œuvre notamment via les gestionnaires de cas complexes.

Les **Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)** ont été introduites par la Loi de modernisation du système de santé de 2016. Déployée par l'ARS, et structurée à l'échelon départemental, la PTA de la Vienne est partenaire de l'ADMR et intervient en appui à des situations complexes ou d'urgence quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap de la personne. La PTA de la Vienne utilise au quotidien le **logiciel Paaco-Globule** comme système d'information et outil de transmission entre professionnels. Ce logiciel gratuit, fourni par l'ARS nouvelle-Aquitaine à travers le GIP-ESEA<sup>20</sup>, est déjà largement déployé

---

<sup>20</sup> Groupement d'Intérêt Public E-Santé en Action de Nouvelle-Aquitaine.

sur le territoire, notamment auprès de 40% des médecins généralistes, 60% des infirmiers libéraux et 50% des pharmacies. Il est également déployé au sein de plusieurs cliniques, certains services du CHU de Poitiers et plusieurs ESMS du département.

Pour éviter la multiplication des entités et améliorer la lisibilité, le Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 prévoit l'**unification progressive de ces dispositifs en un dispositif unique**, qui répond à tout professionnel, quelle que soit la pathologie ou l'âge de la personne qu'il accompagne : le **Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)**. Il ne s'agit donc plus d'un service spécifique pour les personnes âgées, même s'il peut, le cas échéant, être saisi par un particulier qui se trouve dans une situation particulièrement complexe.

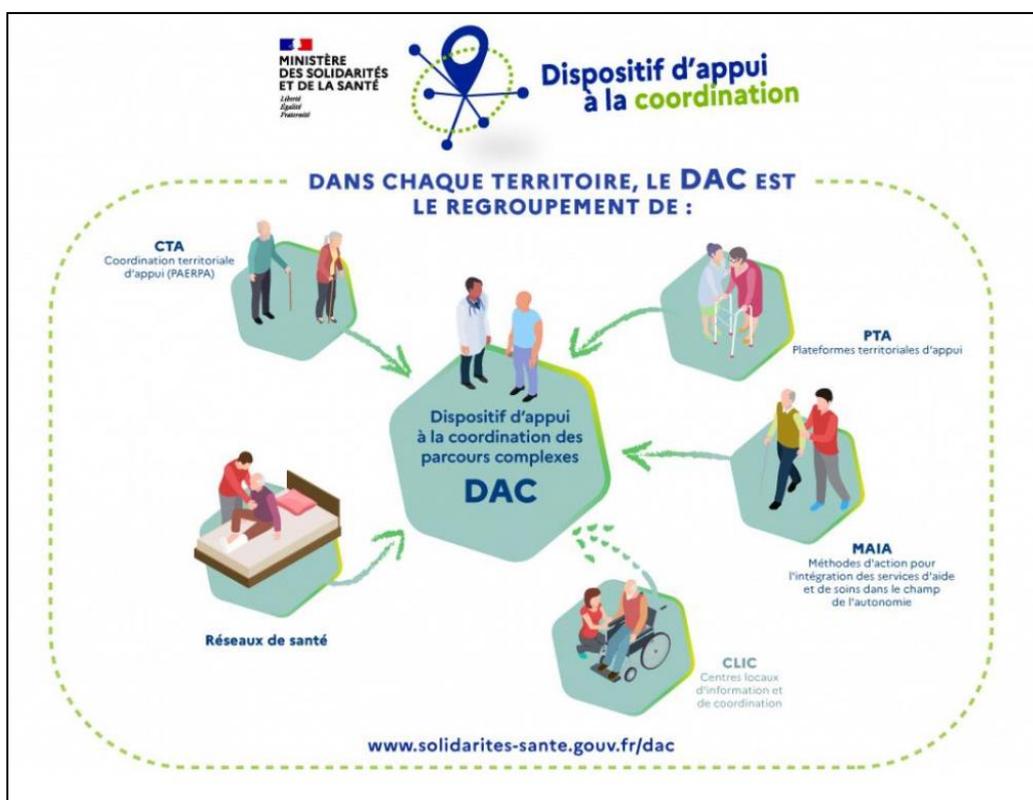


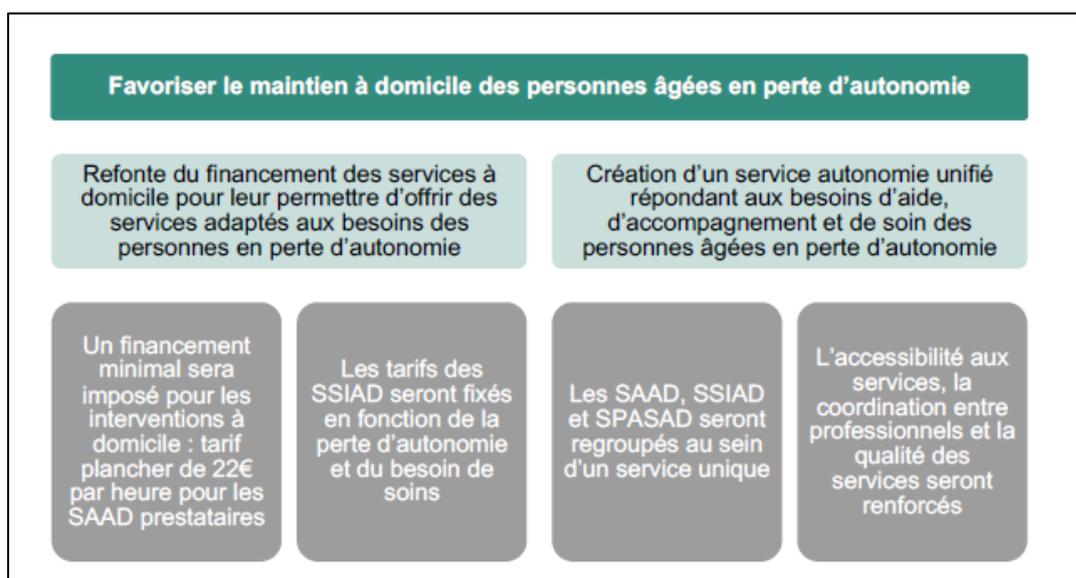
Schéma de regroupement des différents dispositifs de coordination au sein de DAC. Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>

Dans leur récent rapport, les sénateurs B. BONNE et M. MEUNIER évoquent des « **tentatives de coordination encore inabouties** ». Ils constatent que ces dispositifs sont déployés et mis en œuvre de façon hétérogène sur le territoire. Leurs missions semblent s'étendre à un public moins spécifique, concerné par la perte d'autonomie en général (âgé ou en situation de handicap). La coordination proposée est axée sur la gestion de cas complexes et non sur l'ensemble des situations de « droit commun » rencontrées par les personnes âgées dépendantes.

Je souscris à cette analyse et constate que ces dispositifs interviennent « à côté » des opérateurs du domicile. **Le SPASAD se différencie en ce qu'il confie directement à l'opérateur des services à domicile la mission de coordination interne et externe** autour de la personne âgée. La coordination revient au « cœur du réacteur » et devient un **paradigme de travail** pour toutes les situations. C'est une des raisons essentielles qui me conduit à défendre le choix du déploiement du SPASAD au sein du réseau.

#### 1.3.4 Vers les « Services Autonomie à Domicile »

Toujours dans l'objectif d'améliorer la coordination des interventions, les premiers éléments du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2022 dessinent les contours des nouveaux « **Services Autonomie à Domicile** », fruits de la fusion des différentes catégories de services à domicile existants (SAAD, SSIAD, SPASAD).



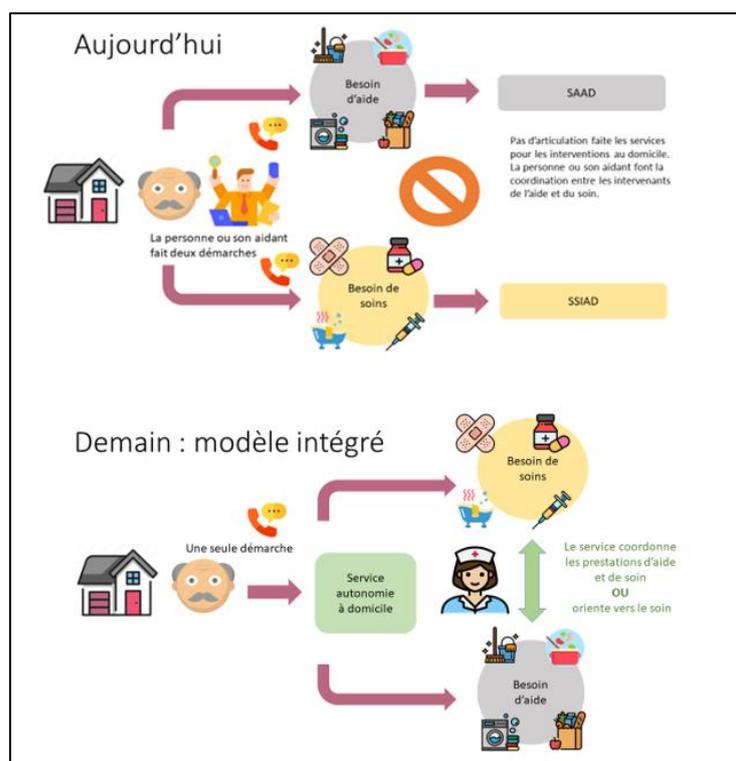
*PLFSS 2022, Dossier de presse, version du 24 septembre 2021, p. 27*

La Notice explicative de l'article 44 de la Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 confirme cette réforme, en précise le **calendrier et les modifications de tarification et financement associées.**

- ✓ Réforme de la tarification des SAAD : tarif plancher à 22€/heure (janvier 2022) ; dotation complémentaire qualité à définir dans le cadre des CPOM (septembre 2022) ;
- ✓ Réforme de la tarification des SSIAD : montant de la dotation modulée selon les besoins en soins identifiés, (janvier 2023) ;
- ✓ Les SPASAD de droit commun ou expérimentaux **sont réputés autorisés comme Service Autonomie** pour la durée de leur autorisation restant à courir ;
- ✓ Décret de publication du cahier des charges des nouveaux Services Autonomie (d'ici juin 2023).

- ✓ Les SAAD et SSIAD devront demander une autorisation conjointe auprès de l'ARS et du Conseil départemental dans un délai de 2 ans après publication du cahier des charges (d'ici juin 2025) ;
- ✓ La dotation de coordination est attribuée par l'ARS aux services assurant les prestations d'aide et de soins (décret n°2021-1932 du 30 décembre 2021 créant l'article R.314-139 du CASF), et « destinée à financer les actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence des interventions auprès de la personne accompagnée ».

Un schéma modélisant le changement est proposé en page 3 du document :



Cette Notice explicative, parue le 1<sup>er</sup> février 2022, confirme que l'esprit et les attendus de cette réforme **correspondent parfaitement à la mise en œuvre des SPASAD intégrés.**

« En effet, l'offre de services à domicile est **fragmentée** et peu lisible, conduisant à des **démarches complexes** pour l'utilisateur ou ses aidants et à une **faible cohérence** des interventions d'aide et de soins. Le système actuel ne répond pas suffisamment au besoin **accru de coordination** autour de la personne âgée (...), c'est-à-dire d'inscription de tous les intervenants de l'aide et du soin à domicile dans une démarche de prise en charge **globale**, dans une **logique de parcours**. Le nouveau modèle de service autonomie à domicile s'appuie principalement sur l'expérimentation des **SPASAD intégrés** et les enseignements très positifs qui ont pu en être tirés. Cette expérimentation, qui prend fin le

*31 décembre 2021, est généralisée et sert de socle à la nouvelle offre de services autonomie à domicile ».*

A la date de rédaction de ce mémoire, le cahier des charges des futurs Services Autonomie à Domicile n'est pas publié. Les modalités de coordination des services (convention, fusion, intégration) ne sont pas encore précisées.

Sachant que l'ADMR détient d'ores et déjà les autorisations pour les deux services, compte tenu du diagnostic mené en interne et en externe, et avec l'accord des autorités et de ma gouvernance, j'ai fait le choix de maintenir la création d'un SPASAD départemental comme projet d'intervention sociale, comme étape préalable aux Services Autonomie à Domicile.

### **1.3.5 La coordination : une priorité des politiques régionale et départementale**

Tant au niveau régional qu'au niveau départemental, les notions de coordination des acteurs, d'intégration des prestations et de graduation des réponses apportées aux personnes âgées à domicile sont devenues prioritaires.

Au niveau de la région Nouvelle-Aquitaine, le **Schéma Régional de Santé (SRS) 2018-23**, inscrit, dans son axe 2 intitulé « *Organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé* » :

- ✓ La nécessité de renforcer les prises en charge ambulatoires et à domicile (2.1.5) ;
- ✓ L'objectif de poursuivre la transformation de l'offre de soins et médicosociale en garantissant la graduation et la complémentarité des services et des structures (2.1.6) ;
- ✓ La consolidation des SSIAD et des SPASAD comme pilier de la coordination du domicile pour les personnes âgées, intégrant des solutions de répit pour le bénéficiaire et pour l'aidant (2.2.2.4).

Au niveau du département de la Vienne, le **Schéma départemental des solidarités 2020-24** inscrit les objectifs suivants :

- ✓ Soutenir le Maintien à domicile des personnes âgées en faisant évoluer l'accompagnement et en prenant en compte les aidants (fiche 1.7)
- ✓ Développer le principe de « Guichet unique » pour améliorer la lisibilité des services sur le territoire (fiche 2.1.4).
- ✓ Améliorer l'accompagnement des personnes âgées en favorisant une intégration entre le domicile et l'établissement (fiche 2.8)

En ce qui concerne l'expérimentation SPASAD dans la Vienne, telle que prévue par la Loi ASV, « (...) celle-ci n'a pas pu être développée en l'absence d'accord conjoint des deux autorités de tarification. En 2019, le Conseil Départemental a indiqué être favorable au développement des SPASAD en Vienne. L'ARS avait donc programmé l'autorisation de

*SPASAD en Vienne, cependant la crise sanitaire Covid n'a pas permis la signature de CPOM comme prévu en 2020/21 »<sup>21</sup>.*

**Aujourd'hui, la direction départementale de l'ARS dans la Vienne et le Conseil départemental ont programmé l'autorisation d'un SPASAD départemental dans le cadre d'un CPOM tripartite à l'automne 2022.**

En conclusion de cette première partie, je retiens le fait que notre société fait face au défi actuel et futur d'accompagner dignement des personnes âgées de plus en plus nombreuses et de plus en plus dépendantes, vivant à domicile. Des services médico-sociaux dédiés assurent ces missions. Toutefois, les évolutions sociétales récentes génèrent de nouveaux besoins et appellent de nouvelles formes d'accompagnement favorisant un parcours fluide de la personne âgée. Plusieurs tentatives de coordinations institutionnelles ont été expérimentées de façon plus ou moins satisfaisante pour atteindre cet objectif.

---

<sup>21</sup> Réponse écrite du 26 janvier 2022 de la Chargée de mission territoriale, politique en faveur des personnes âgées de la délégation départementale de la Vienne, ARS Nouvelle-Aquitaine.



## 2. Rôle de l'ADMR sur le territoire et nouveaux besoins du public

Dans cette deuxième partie, je vous propose de découvrir le rôle majeur qu'occupe l'ADMR sur le territoire départemental de la Vienne, et d'analyser avec précisions les nouveaux besoins et attentes des bénéficiaires des prestations d'aide et/ou de soins afin d'identifier les enjeux de transformations qui s'imposent à l'organisation.

### 2.1 Le réseau ADMR

A l'heure des scandales autour de grands groupes privés lucratifs gestionnaires d'EHPAD et de services à domicile, il est particulièrement important de réaffirmer les valeurs morales et éthiques qui guident l'action du mouvement associatif ADMR depuis sa création. Par ailleurs, la place centrale occupée par les bénévoles fait partie de l'ADN du mouvement depuis son origine. Toutefois la société a évolué et les missions des bénévoles également ; c'est pourquoi il est intéressant de requestionner leur rôle et le sens de leur engagement à l'occasion de la transformation organisationnelle générée par le déploiement du SPASAD.

#### 2.1.1 Histoire et valeurs

L'ADMR est un mouvement né dans la France de l'après-guerre, alors que les campagnes se vident de leurs habitants, attirés par la ville et de meilleures conditions de vie, rendant ainsi difficile l'entraide et les formes traditionnelles de la vie familiale et de voisinage.

François ROMATIF, père fondateur du mouvement, écrit à l'époque : « *Pour aider les familles d'un village, il faut qu'une jeune fille s'y consacre. Pour qu'une jeune fille s'y consacre, il faut qu'elle y trouve un vrai métier avec une vraie qualification professionnelle et une vraie reconnaissance sociale. Pour que le travail réponde aux besoins et soit bien organisé, il faut qu'une association en prenne la responsabilité au niveau du village pour contribuer encore plus à régénérer la solidarité rurale. Pour que ce système s'ouvre à toutes les familles et qu'il réunisse toutes les forces du village, il faut qu'il soit indépendant de tout courant politique ou religieux : il faut qu'il soit laïc* »<sup>22</sup>.

L'Union Nationale des Aides Familiales Rurales est créée en 1946 et deviendra l'Aide à Domicile en Milieu Rural en 1972.

**Les valeurs fondamentales** qui prévalaient à la création du mouvement restent d'actualité aujourd'hui.

**Le principe d'universalité** porté par l'ADMR se traduit par son intervention dans tous les territoires, même les plus ruraux et isolés. La connotation rurale qui a prédominé pendant des décennies n'est plus exclusive aujourd'hui. L'ADMR intervient encore essentiellement

---

<sup>22</sup> François ROMATIF, cité dans le projet de service 2013-17 du SSIAD ADMR de la Vienne.

dans les zones rurales (où peu de concurrence existe) mais elle développe également son activité en zone urbaine, où l'on retrouve la concurrence des structures privées lucratives. Le principe d'universalité guide aussi la pratique des professionnels qui ne refuseront jamais une intervention au vu des conditions de vie de la personne, ou de ses convictions politiques, ou religieuses.

Les **principes de solidarité et de proximité** sont encore très vivants au sein du mouvement. Le réseau ADMR est un réseau national de proximité qui porte un projet politique et social visant à permettre aux familles et aux personnes de bien vivre chez elles de la naissance à la fin de vie. Le modèle organisationnel du réseau, qui relève du secteur de l'Economie Sociale et solidaire (ESS) définie par la loi °2014-856 du 31 juillet 2014, repose sur une gestion responsable et non lucrative des ressources et des bénéfiques qui sont réinvestis en totalité dans les missions solidaires des services et dans la formation des salariés et des bénévoles. L'ADMR contribue aussi au développement économique local, notamment sur le plan de l'emploi de proximité en milieu rural grâce à l'implantation des associations locales.

Ces principes reposent sur une **coopération triangulaire** entre le bénévole, le salarié et le bénéficiaire.

Le réseau de l'union nationale ADMR est constitué de 2700 associations dites « loi 1901 » regroupées en 87 fédérations départementales, elles-mêmes réunies au sein de comités régionaux. En 2020, le réseau national mobilise 85 000 salariés et 95 000 bénévoles permettant l'accompagnement de 720 000 bénéficiaires. Ces chiffres traduisent la puissance du maillage territorial de proximité sur toute la France.

Le **principe de subsidiarité** conduit à rechercher systématiquement à intervenir au niveau le plus pertinent. L'union nationale participe aux politiques publiques et aux négociations nationales de branche. Le comité régional coordonne les actions entre les fédérations et mène des projets spécifiques à son échelle. Les fédérations départementales rassemblent les associations locales afin de ne constituer qu'un seul interlocuteur avec les autorités de contrôle et tarification et afin de permettre la mutualisation de certaines fonctions support et certains moyens. **Les associations locales constituent l'échelle de l'intervention** auprès des publics et sont employeurs directs des personnels d'intervention sur leur territoire.

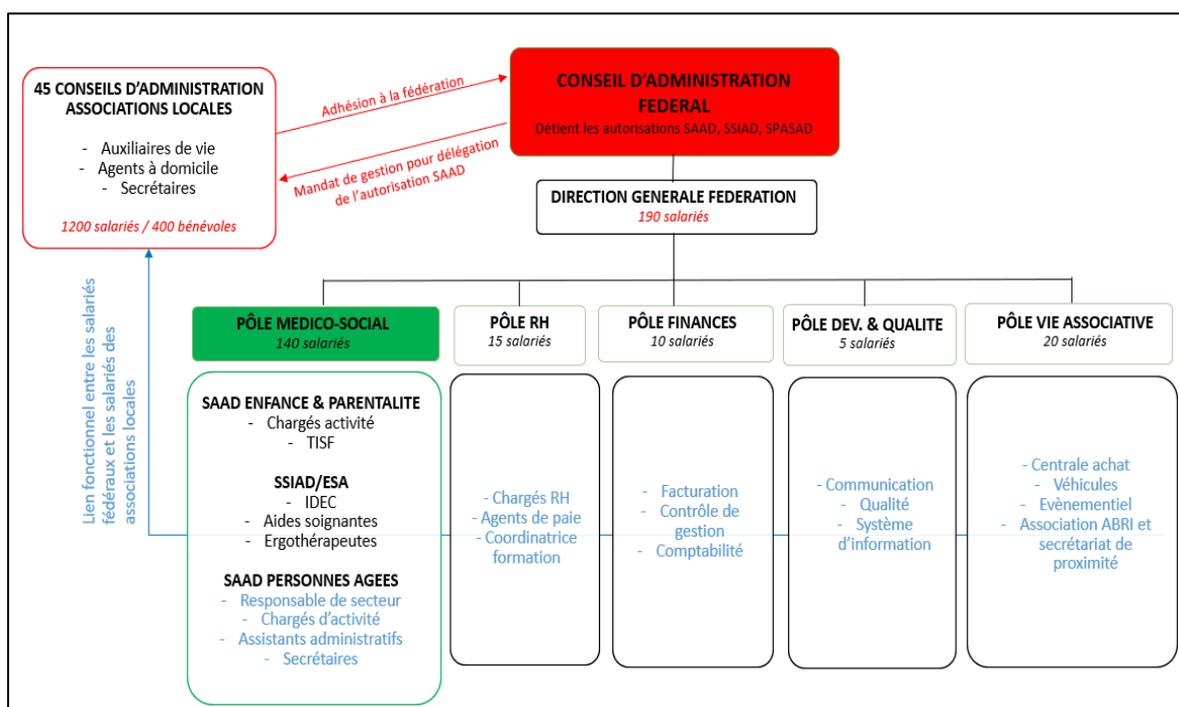
### **2.1.2 Structure organisationnelle : maillage local et dynamique fédérale**

La fédération départementale ADMR de la Vienne réunit 45 associations locales implantées dans tout le département.

Installée à Poitiers, elle détient l'ensemble des **autorisations SAAD et SSIAD sur le territoire**. Elle pilote, en outre, directement le SSIAD, ses professionnels et leurs interventions. En revanche, elle délègue l'activité SAAD aux associations locales et leur apporte des fonctions de conseil et de support.

Le réseau départemental de la Vienne représente 400 bénévoles et environ 1400 salariés, dont 1200 sont employés par les associations locales et près de 200 par la fédération.

**Le périmètre du pôle médicosocial** que je dirige inclut l'activité handicap et parentalité qui n'est pas l'objet de ce travail, ainsi que l'activité SSIAD et l'accompagnement de l'activité SAAD mise en œuvre par l'ensemble des associations locales.



L'organigramme ci-dessus illustre l'architecture du réseau et fait apparaître une organisation matricielle avec un double niveau d'instances exécutives :

- **Les 45 conseils d'administrations locaux** où siègent les bénévoles qui sont employeurs et exercent un **lien hiérarchique** avec les salariés d'intervention et les secrétaires des **SAAD**.
- Le **conseil d'administration fédéral** qui donne délégation à la **Directrice générale** pour piloter certains services spécifiques dont le **SSIAD/ESA**, ainsi que l'ensemble des **fonctions support fédérales**. Ces salariés fédéraux ont établi un **lien fonctionnel** avec les salariés et les bénévoles des associations locales dans le cadre de l'accompagnement de l'activité SAAD.

L'essentiel des « forces vives » du réseau départemental se situe au sein des associations SAAD dans le cadre d'une gouvernance locale autonome.

Le CA fédéral et les services supports fédéraux définissent les grandes orientations stratégiques pour le réseau et déploient les moyens nécessaires pour accompagner leur mise en œuvre localement.

En 2010, dans un contexte économique et financier déficitaire des associations locales, la fédération a signé une Convention Pluriannuelle d'Objectifs avec le Département ayant pour finalité d'aboutir à **un tarif de convergence** entre le coût de revient horaire de l'ADMR et le tarif horaire accordé par le Département au titre de l'APA. Malgré les efforts réalisés, cet objectif n'a pas pu être atteint.

Par conséquent, en 2014, le Conseil d'Administration Fédéral a décidé d'établir une **convention de mandat de gestion** (cf. Annexe 7) formalisant avec chacune des 45 associations locales ADMR des objectifs particuliers à mettre en œuvre localement pour parvenir à l'équilibre du réseau (taux d'emploi des salariés d'intervention, ratio volume d'activité/ETP secrétaire...).

La gouvernance des services d'aide et des services de soins est distincte ; les autorités compétentes sont différentes (Conseil départemental pour le SAAD ; ARS pour le SSIAD), et les modalités de financement des deux services diffèrent (tarification horaire au SAAD et dotation globale pour le SSIAD).

Toutefois, il est intéressant de constater que **depuis une quinzaine d'année, les liens entre la fédération et les associations locales se sont intensifiés en faveur du développement d'outils de convergence et de contrôle ayant pour but d'harmoniser les pratiques et de pérenniser économiquement les activités.**

## **2.2 Acteur majeur du domicile dans le département**

Le réseau ADMR, de par son antériorité, l'ampleur de son implantation géographique et la diversité des prestations qu'elle assure, constitue l'acteur majeur du domicile et de la dépendance dans le département de la Vienne.

### **2.2.1 La population âgée dans le département de la Vienne**

Le département de la Vienne, situé au nord-est de la région Nouvelle-Aquitaine, s'étend sur 6 990 km<sup>2</sup>. Il s'agit d'un territoire essentiellement rural, hormis l'agglomération de Poitiers, située au centre du département.

Selon l'INSEE, au 1<sup>er</sup> janvier 2021, le département de la Vienne compte 437 586 habitants. **La part des personnes âgées de 60 ans et plus représente 29,3%**, ce qui est supérieur à la moyenne nationale. La part des plus de 75 ans est elle aussi plus importante puisqu'elle représente 10,8% de la population du département.

TABLEAU COMPARATIF		
Chiffres-clés 2021		
Indicateurs	Vienne	France
Estimations de population : part des 60 ans ou plus au 1er janvier (%), 2021	29,3	26,8
Estimations de population : part des 75 ans ou plus au 1er janvier (%), 2021	10,8	9,5

Sur les 128 000 personnes âgées vivant dans la Vienne, le Conseil départemental octroie l'APA à 10 000 bénéficiaires, dont près de 6 000 à domicile.

Les 2/3 des personnes âgées du département vivent dans l'aire urbaine de Poitiers et Châtelleraut, et **1/3 en milieu rural**, avec une faible densité d'habitation. Ce contexte de vie (urbain ou rural) modifie considérablement les besoins en accompagnement des personnes âgées dépendantes, notamment sur le plan du transport accompagné, et de l'accès aux services médicaux et paramédicaux. L'ARS Nouvelle Aquitaine a réalisé une **cartographie de l'offre médicale et paramédicale** qui caractérise l'ensemble du département de la Vienne (hors agglomération de Poitiers) en « zone d'accompagnement complémentaire » pour les médecins généralistes et en « zone sous-dotée » en infirmiers libéraux dans tout l'est et le sud-est du département (ARS NA, 2018). **Cette situation engendre la nécessité de compenser par une intervention renforcée du SSIAD sur ce secteur**, et implique parfois des temps de déplacements particulièrement longs pour nos salariés.

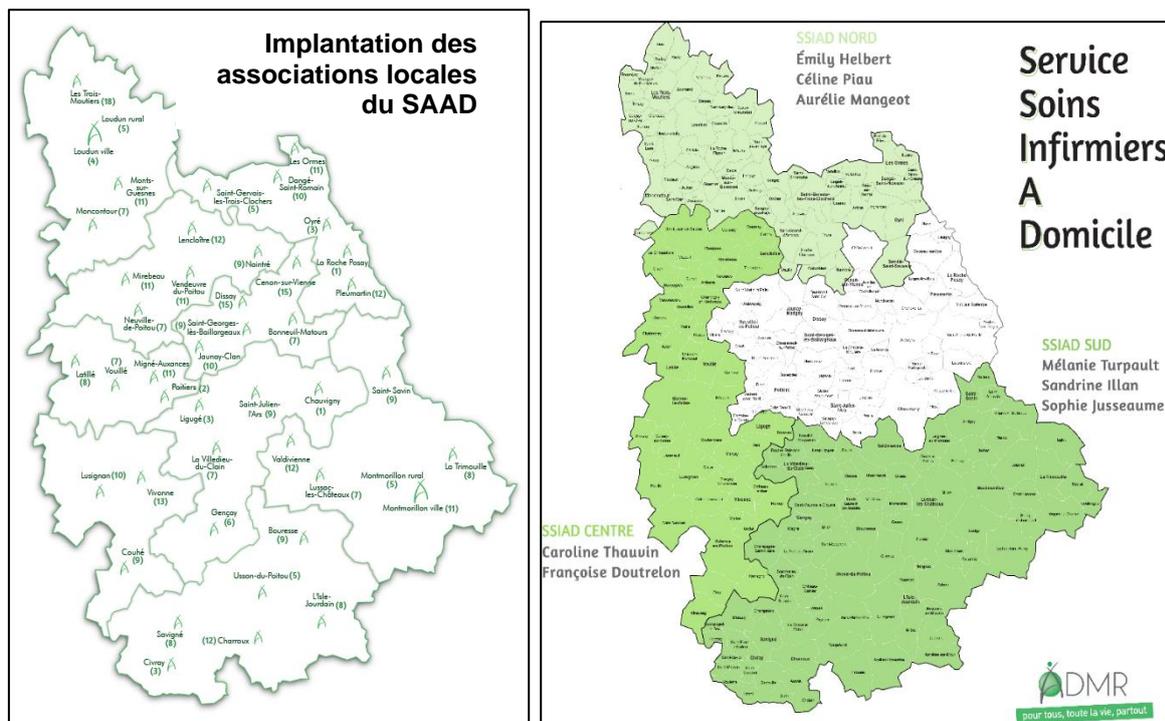
A titre d'illustration, d'après *l'Analyse des Besoins Sociaux des personnes âgées* (cf. Annexe 3) réalisée en 2020 sur le territoire rural de Pleumartin, l'accès aux soins paramédicaux est non satisfaisant pour 48% d'entre eux. 23% des répondants disent souffrir d'isolement, et 35% déclarent n'avoir des relations sociales qu'une à deux fois par semaine.

Par ailleurs, le niveau de ressources des personnes âgées dans le département est plus bas que la moyenne nationale. D'après l'INSEE, la médiane de leurs revenus est de 1065 euros par mois dans la Vienne, soit 120 euros mensuels de moins qu'au niveau national. C'est un élément d'explication, parmi d'autres, du choix de rester au domicile plutôt que d'entrer en institution (l'EHPAD est plus coûteux), tout comme celui de ne pas bénéficier en totalité du nombre d'heures définies dans le plan d'aide APA en raison d'un reste à charge trop élevé pour la personne.

Il y a donc dans le département de la Vienne une proportion importante de personnes âgées dépendantes vivant à domicile, en partie en milieu rural et isolée, et dont les revenus sont limités, dans un contexte d'offre paramédicale relativement faible.

Le rôle de l'ADMR est d'autant plus indispensable, tant sur le plan des prestations d'aide que des prestations de soins au domicile des personnes âgées.

## 2.2.2 Cartographie du territoire desservi par l'ADMR



Le SAAD est implanté dans la totalité du département, et particulièrement dans les zones rurales où la concurrence est quasi inexistante (contrairement aux zones urbaines de Poitiers et Châtelleraut). Le SSIAD a l'exclusivité de sa mission sur les  $\frac{3}{4}$  du département ; la zone blanche étant confiée à la Mutualité française par autorisation de l'ARS.

**Les deux services ont donc un très large territoire d'intervention commun couvrant la quasi-totalité du département de la Vienne.**

## 2.2.3 Activité du SAAD

Compte tenu de la crise sanitaire qui a perturbé l'activité en 2020 et 2021 de façon conjoncturelle, j'ai fait le choix de vous présenter les chiffres issus du rapport d'activité de l'année 2019<sup>23</sup> qui me semblent plus représentatifs.

Le SAAD de l'ADMR de la Vienne est intervenu auprès de **7000 personnes âgées dépendantes** en 2019, ce qui représente 858 000 heures de prestations.

<sup>23</sup> Tableau de bord activité SAAD, contrôle de gestion interne ADMR. Rapport de l'AG 2020. Rapport d'évaluation externe SAAD, 2020.

Le SAAD ADMR intervient sur orientation des services départementaux qui ont préalablement réalisé une évaluation de la dépendance (classement GIR 1 à 4) et établi un plan d'aide financé par l'APA.

85% des heures réalisées par l'ADMR sont financées par le département dans le cadre de l'APA. Le reste est financé par les mutuelles et par un reste à charge pour le bénéficiaire qui s'élève en moyenne à 13% (soit 8 points en dessous de la moyenne nationale), ou constituent des prestations « hors prise en charge ».

Le volume d'heures APA réalisé par l'ADMR augmente de 2% par an depuis près de dix ans.

**Les prestations réalisées auprès des personnes âgées répondent aux besoins essentiels des personnes âgées dépendantes** et concernent principalement :

- L'aide à la toilette, au change et à l'habillage ;
- L'aide au repas ;
- L'aide à la prise de médicaments répartis dans le pilulier par les services infirmiers ;
- L'aide à l'entretien de la maison.

L'évolution de l'activité porte essentiellement sur des prestations d'aide à la toilette et au change, qui représentent aujourd'hui 75% du temps d'intervention. Les professionnels du SAAD réalisent aussi l'aide au repas et sont de plus en plus souvent amenés à solliciter le relais du SSIAD car les risques de « fausses routes » se multiplient.

**Les prestations sont assurées par du personnel** relevant de la CNC de la Branche de l'Aide à Domicile<sup>24</sup>, composée pour 80% d'agents et d'employés à domicile, et pour 20% d'auxiliaires de vie sociale.

#### **2.2.4 Activité du SSIAD/ESA**

Le SSIAD de l'ADMR de la Vienne est missionné par l'ARS pour réaliser ou coordonner la réalisation des soins infirmiers au domicile des patients. Il existe deux typologies de prestations : **les soins techniques** réalisés par des infirmières libérales conventionnées avec le SSIAD (prises de sang, relevé de constantes médicales, pose d'une sonde vésicale, etc...), et **les soins dits de « nursing »** réalisées par les aides-soignants salariés du SSIAD (toilette au lit, pose d'étui pénien, prévention des escarres, etc...) et qui constituent l'essentiel des prestations du service. Les Infirmières Diplômées d'Etat Coordinatrices (IDEC) du SSIAD mènent l'évaluation des besoins, établissent un planning d'intervention et en assurent la bonne réalisation.

---

<sup>24</sup> La convention nationale collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) est signée le 21 mai 2010, agréée le 3 octobre 2011 et étendue le 23 décembre 2011.

Une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) est rattachée au SSIAD depuis 2009. Les **bénéficiaires du programme ESA**, composé de 15 séances par an, sont atteints de la maladie d'Alzheimer (66%), de troubles apparentés et de démences frontales (17%), ou d'autres troubles cognitifs ou du comportement (17%). Une équipe de professionnels composée d'ergothérapeutes et d'assistants de soin en gérontologie (en partie diplômés aide-soignant et en partie diplômés AMP) intervient au domicile des patients afin d'apporter un accompagnement structurel pour faciliter leur vie quotidienne (séquençage des soins d'hygiène, apport de repères visuels structurant la préparation des repas, activités cognitives...).

L'ensemble des bénéficiaires SSIAD/ESA dispose nécessairement d'une **prescription médicale** permettant de déclencher la prise en charge financière des prestations par l'ARS.

Le SSIAD est autorisé pour 397 places, auxquelles s'ajoutent 20 places ESA par an, soit environ 150 000 journées par an. **La file active est en moyenne de 300 personnes pour le SSIAD, et 60 personnes pour l'ESA, dont 10% de nouvelles entrées et sorties par mois.** Le taux d'occupation du SSIAD oscille autour de 90%, tandis que l'ESA enregistre une liste d'attente de 60 personnes en permanence.

### 2.2.5 Les interventions doubles

Depuis 2015, la part de bénéficiaires d'interventions doubles d'aide et de soins à domicile a augmenté de façon significative (+10 points) et représente aujourd'hui 60% des usagers du SSIAD, soit environ **400 personnes par an, et 177 en file active.** Plusieurs situations peuvent conduire à cette double intervention :



- Une dégradation progressive ou brutale de la situation du bénéficiaire ;
- La défaillance de l'aidant (épuisement, décès) ;
- Un retour après hospitalisation ;
- Une situation initiale complexe (pluri-pathologies, problématiques médicale, psycho-sociale...) nécessitant d'emblée un binôme.

La porosité des différentes sphères de la vie est particulièrement évidente pour les personnes vulnérables. Sont souvent associés des besoins physiologiques fondamentaux, des besoins en soins et l'administration de médicaments, mais aussi des attentes sur le plan psychologique (être rassuré) et sur le plan relationnel.

Dans une démarche de simplification et de cohérence des interventions, il est impératif de définir un **parcours de soin** et plus globalement un **parcours de vie** de la personne en recensant de façon centralisée ses besoins, attentes et désirs, qu'ils soient temporaires ou

définitifs. Il s'agit pour nos équipes d'apporter une réponse adaptée, graduée et modulée en mobilisant les ressources et compétences adaptées. Toutefois, la structure organisationnelle de notre réseau rend la coordination entre les équipes du SSIAD et des SAAD assez difficile.

## **2.3 Des besoins nouveaux ou partiellement satisfaits**

Ce public âgé, plus nombreux, plus dépendant, présentant des pathologies ou troubles associés, appelle de véritables transformations dans l'offre de services d'aide et de soins à domicile afin d'apporter un service correspondant aux attentes et d'assurer une **fluidité de parcours au bénéficiaire**. Ces transformations sont par ailleurs souhaitables afin de mieux garantir les droits des usagers tels que définis dans la Loi du 2 janvier 2002 : droit à la dignité, à l'intégrité, à la sécurité ; droit au consentement éclairé et au libre choix. **Ces droits fondamentaux deviennent des critères impératifs du nouveau référentiel d'évaluation** de la Haute Autorité de Santé (HAS), au même titre que la prévention de la maltraitance. **En tant que directrice, l'accès effectif à ces droits fondamentaux m'oblige et guide mes choix.**

### **2.3.1 Un besoin renforcé de disponibilité, de sécurité et de clarté**

Parmi les personnes âgées dépendantes bénéficiaires du SAAD, 70% sont des femmes et 30% des hommes ; et 72% ont plus de 80 ans (32 bénéficiaires ont plus de 100 ans). **La proportion de personnes âgées de plus de 80 ans a progressé significativement dans les dix dernières années (+10 points)**. Les professionnels interviennent auprès d'un public qui présente systématiquement des handicaps sensoriels associés (surdité, dégénérescence maculaire liée à l'âge- MDLA) rendant la **communication plus lente et difficile**.

L'enquête de satisfaction (cf. Annexe 4) réalisée auprès des personnes accompagnées fin 2019, et dont le taux de réponse est de 33% pour le SAAD et de 38% pour le SSIAD, témoigne d'un besoin encore non satisfait sur le plan de la disponibilité des interlocuteurs. En effet, seulement la moitié des répondants (47,84% pour le SAAD et 51,26% pour le SSIAD) considère **la disponibilité de leur interlocuteur** très satisfaisante. Il en va de même concernant la **clarté des informations transmises** : elle n'est très satisfaisante que pour 47,04% des répondants du SAAD, et de 54,62% pour le SSIAD. Ce chiffre est même inférieur quand il s'agit de la clarté des documents administratifs transmis.

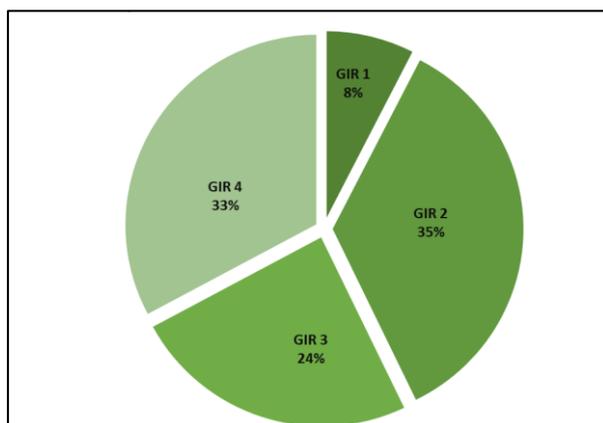
Le port du masque imposé par la crise sanitaire amplifie considérablement ce problème de communication et requiert des efforts d'adaptation du personnel pour se faire comprendre par les personnes âgées, et réciproquement. Mais le problème est plus structurel.

**Les personnes très âgées à domicile sont aussi plus inquiètes et expriment le besoin de stabilité et de sécurité.** L'enquête de satisfaction montre que seulement 48,52% des répondants du SAAD considèrent très satisfaisante la **continuité de services** en cas d'absence de la salariée habituelle. 24 remarques individuelles sont recensées au sujet des changements d'intervenant ou de planning trop fréquents, et 10 sur la nécessité d'être averti de ces changements.

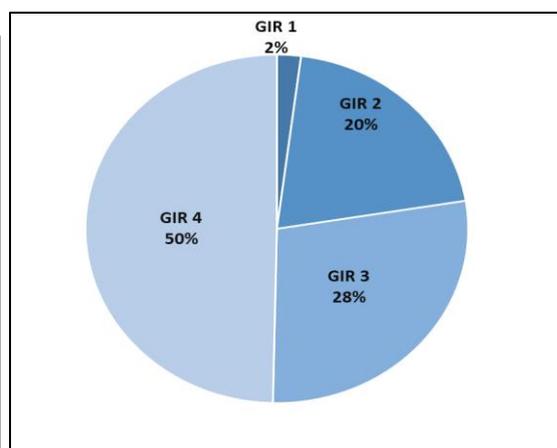
Même si des solutions de téléalarme existent<sup>25</sup>, les personnes âgées expriment le besoin d'être rassurées en pouvant contacter une personne identifiée sur une plage horaire la plus large possible et ce, 7 jours sur 7.

**Les besoins de stabilité, d'anticipation, de clarté dans la communication sont amplifiés par l'avancée en âge. Y apporter une réponse est essentielle pour maîtriser leur état d'anxiété et permettre leur accès effectif aux droits en tant qu'utilisateur.**

### 2.3.2 Des aides techniques et humaines adaptées à l'accentuation du niveau de dépendance



*Répartition par GIR des bénéficiaires du SSIAD de l'ADMR de la Vienne sur l'année 2019.*



*Répartition par GIR des bénéficiaires du SAAD de l'ADMR de la Vienne sur l'année 2019.*

**La proportion de personnes fortement dépendantes (GIR 1 et 2) est de 43% au SSIAD et de 22% au SAAD.** Elle a tendance à augmenter depuis plusieurs années : **+ 4 points par rapport à 2018 au sein du SSIAD et + 1 point par an depuis 2016 au sein du SAAD.** Cela implique des manipulations plus nombreuses, plus longues et complexes et appellent des compétences techniques spécifiques et du matériel médical adapté (lit médicalisé, élévateur, lève-personne).

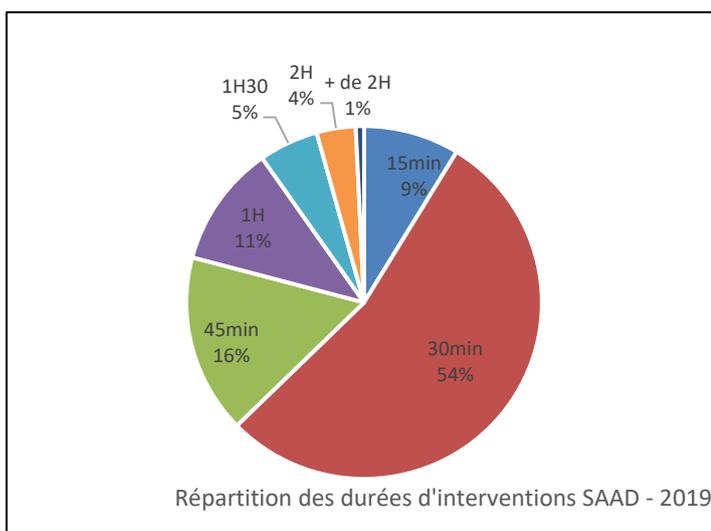
Régulièrement, les situations de grande dépendance **mettent en difficulté les équipes du SAAD** qui ne sont plus en mesure d'assurer seule l'intervention et font face aux réticences des familles de s'équiper d'un lit médicalisé, d'un fauteuil ou un lève-personne. C'est

<sup>25</sup> Dispositif Filien pour l'ADMR.

souvent « en catastrophe », après un accident du travail ou des arrêts maladie (dont les taux ces dernières années ont atteint des niveaux record<sup>26</sup>) que les équipes SAAD sollicitent l'IDEC du SSIAD pour réaliser une nouvelle évaluation des besoins. **L'autorité naturellement conférée à un service infirmier** (renforcée par une prescription médicale) permet de faire tomber les réticences des familles et de mettre en place un équipement adapté et un accompagnement renforcé (binôme AS/AVS éventuel). Cela montre l'intérêt du travail en complémentarité entre les services d'aide et de soins pour répondre de façon graduée aux besoins qui peuvent évoluer rapidement. Il faudrait alors anticiper cette collaboration pour éviter des situations de rupture ou de dégradation de la qualité d'accompagnement.

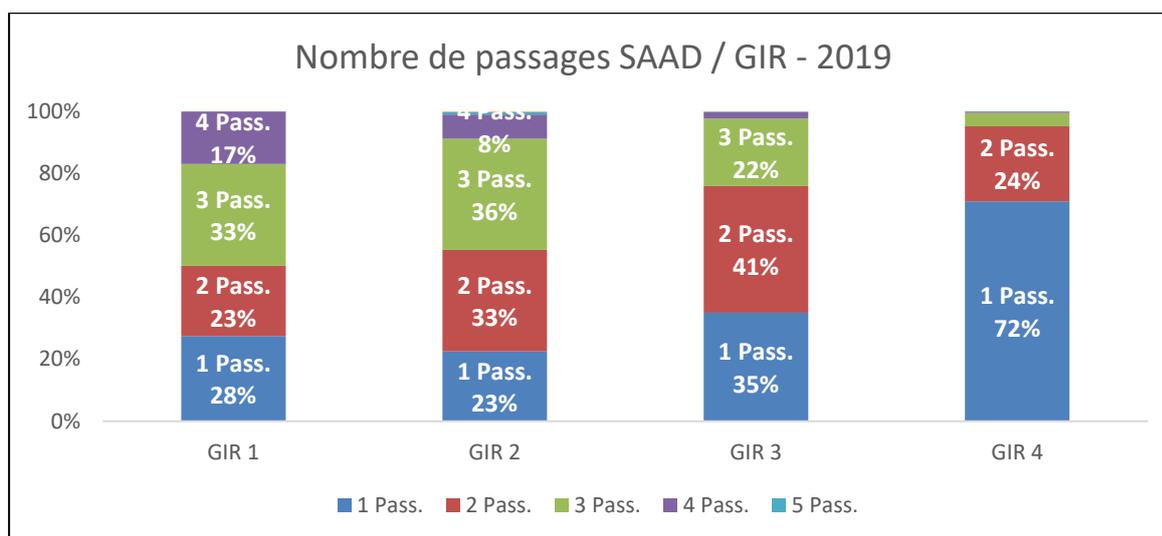
A cela s'ajoute que 90% des bénéficiaires du SAAD de l'ADMR vivent en zone rurale et dans des logements (anciens corps de ferme, longères, petit pavillon) souvent peu adaptés à la dépendance (couloirs exigus, salles de bain dépourvues de douche, fauteuils lourds à déplacer...). **Cela engendre des difficultés dans les manipulations et un temps d'intervention parfois supérieur à celui prévu initialement.** De plus, ce qui pourrait paraître anecdotique (comme la présence de chiens hargneux, ou autres animaux de la ferme) rallonge ou empêche même parfois l'intervention.

Comme l'illustre le schéma ci-contre, **la durée d'intervention du SAAD est de 30 minutes** pour plus de la moitié des bénéficiaires, mais elle va au-delà pour 40% d'entre eux. La durée moyenne d'intervention du SAAD a augmenté depuis dix ans, et se rapproche aujourd'hui de celle du SSIAD, à savoir 45 minutes.



Plus la dépendance est forte, **plus le nombre de passages quotidiens des aides à domicile est élevé.** Depuis plusieurs années, la part des bénéficiaires nécessitant 3 ou 4 passages a progressé. Cela correspond à l'augmentation des GIR 1 et 2, souffrant d'incontinence et nécessitant des soins d'hygiène intime réguliers.

<sup>26</sup> Taux absentéisme SAAD 2019 : 11,98%. Taux accident du travail SAAD 2019 : 1,27%. Nombre de jours d'arrêts : 4517 en 2017, et 6559 en 2019. Augmentation principalement liée aux cas de maladie professionnelle.



L'évolution des profils de dépendance des bénéficiaires SAAD et SSIAD appelle de **nouveaux besoins en matériel technique, des durées et fréquences d'intervention supérieures, et requiert dans certains cas l'intervention conjointe de deux professionnels.**

### 2.3.3 La prise en compte des troubles cognitifs et pathologies neuro-dégénératives

L'ESA a pour mission d'accompagner les personnes récemment diagnostiquées de troubles Alzheimer ou apparentées afin de mettre en place l'accompagnement adapté, grâce aux ressources et compétences de l'équipe. Leur intervention est cadrée et mise en œuvre sur prescription médicale.

Au sein du SAAD, comme le confirment les statistiques nationales 2017 de l'INSERM (prévalence de 15% de la maladie d'Alzheimer à partir de 80 ans), **une part importante des personnes âgées présentent des troubles cognitifs, avec ou sans diagnostic établi.** Les professionnels de l'intervention témoignent de troubles du comportement (violence, agressivité) de la part de certains bénéficiaires et/ou de leurs aidants qui rendent difficile l'intervention, et nécessiteraient un accompagnement spécifique. **La relation d'aide initiale se transforme en relation thérapeutique qui requiert des compétences (para)médicales spécifiques permettant de prévenir le risque de situation de maltraitance.**

Dans le contexte du domicile, quand le bénéficiaire est peu conciliant ou son comportement pathologique, **le professionnel se trouve très seul et démuni.** Ces situations questionnent le sens du travail, dont l'objectif est d'aider et d'accompagner une personne vulnérable, qui peut parfois refuser cette aide et même exprimer de la colère, voire de la violence à l'égard du professionnel. Une question éthique se pose : doit-on laisser la personne prendre ses décisions au risque qu'elle porte atteinte à sa santé ou sa dignité ? Ou est-il souhaitable de réaliser l'aide/le soin jusqu'au bout quitte à laisser s'instaurer une tension dans la relation aidé-aidant ?

Il est essentiel pour la qualité de l'accompagnement et pour l'équilibre des professionnels de pouvoir « passer le relais » quand la situation se dégrade et que les ressources ne correspondent plus aux besoins. Il est alors particulièrement important que les professionnels puissent **alerter rapidement les équipes d'encadrement afin qu'elles mobilisent les partenaires internes ou externes spécialisés** (service gériatrique, consultation mémoire, service psychiatrique, ESA, accueil de jour, HAD, etc...).. **La communication et la confiance entre professionnels de l'aide, du soin et avec les partenaires extérieurs sont primordiales pour éviter les ruptures de parcours et la maltraitance, et prévenir l'épuisement des équipes.**



*C'est ce qu'illustre la situation de Mme C, 80 ans, veuve, qui vit dans un logement ancien, isolé et exigu, en compagnie de deux chats et un chien. Sa fille constate chez sa mère une perte de l'orientation temporo-spatiale, confirmée par un diagnostic de maladie d'Alzheimer à un stade précoce. Mme C. chute et se casse l'épaule. Elle est hospitalisée et opérée. A son retour, Mme C. est perturbée et décompense sur le plan psychique. Elle présente des troubles du comportement (agressivité, refus de visite) qui rendent difficile le travail des intervenants et mettent en danger sa sécurité.*

#### **2.3.4 Une réponse graduée, globale et continue pour des situations complexes**

Le développement de l'hospitalisation à temps partiel (<24h ou plusieurs séances de soins) et de la chirurgie ambulatoire conduit les services à domicile à gérer des **entrées et sorties d'hospitalisation** très courtes et plus fréquentes. Cela engendre successivement la mise en place de prestations d'aide et de soins pendant la période de convalescence, puis parfois exclusivement d'aide. Cela implique une adaptation permanente des ressources et des plannings afin d'éviter les « **situations critiques** ». La **fluctuation de l'activité et l'ajustement des interventions à la graduation des besoins de la personne** est un élément majeur de complexité pour le secteur.

La notion récente de **situations** ou de **cas dits « complexes »** (cf. Glossaire) permet d'exprimer tout ou partie des différentes caractéristiques actuelles du public âgé accompagné par les services à domicile : une grande dépendance, associée à une ou plusieurs pathologies, parfois des troubles du comportement, et dans certains cas une problématique psycho-sociale.

Cette proportion de cas complexes représente **jusqu'à 20% des bénéficiaires** dans la plupart des associations SAAD du département. Cela implique une attention particulière au niveau logistique (équipement en matériel technique adapté), beaucoup de coordination (organisation des tournées en lien avec les autres acteurs), souvent l'intervention de deux personnes en binôme, ainsi que la capacité à mobiliser des compétences pluridisciplinaires

complémentaires (ergothérapeute, assistante sociale, psychologue...). C'est dans le cadre de ces cas complexes que l'ADMR intervient pour l'aide et le soin et qu'elle mobilise les partenaires avec qui elle a conventionné : l'HAD, la Plateforme territoriale d'appui, les services sociaux et divers services hospitaliers spécialisés.

Ces situations, devenues fréquentes, **se révèlent difficilement gérables par les associations locales de l'ADMR**. Les professionnels de l'aide et les bénévoles sont dépassés par l'ampleur de la tâche et rencontrent des difficultés pour organiser des relais. En général, elles font appel au renfort du SSIAD. Ces situations constituent alors des « **interventions doubles** » d'aide et de soins.

**De nombreuses difficultés logistiques apparaissent pour faire coïncider les plannings des AS du SSIAD et des AVS du SAAD**, chacun engagé dans sa propre tournée à domicile. Pourtant la **présence d'un binôme de professionnels** est souhaitable ou nécessaire pour réaliser les prestations.



*C'est ce qu'illustre la situation de Mr A, 63 ans, qui est devenu paraplégique suite à un accident de moto en 2015. Il est paralysé du bas du corps jusqu'à mi-buste ; ses bras et sa tête fonctionnent parfaitement. Mr A. requiert matin et soir des soins (prévention des escarres, changement de poche de la sonde urinaire) et de l'aide à la toilette et à l'habillage. Les manipulations sont particulièrement délicates du fait que Mr A. souffre de convulsions nerveuses incontrôlables au niveau des jambes et du bassin. L'un des professionnels ne quitte pas des yeux le visage de Mr A. afin d'interrompre le mouvement si nécessaire. L'AS et l'AVS arrivent chacune de leur côté et la coordination de leurs plannings pose régulièrement problème.*

### **2.3.5 Des cultures professionnelles sanitaire et sociale à décroiser**

Les infirmières et aides-soignants sont issus d'une **culture professionnelle rationnelle**, et mettent en œuvre des pratiques méthodiques et empreintes d'une démarche scientifique. Les professionnels de l'aide et de l'accompagnement, qualifiés ou non, sont animés par une fibre sociale qui **mobilise prioritairement des qualités relationnelles et d'empathie**. **Les démarches qualité et les évaluations** internes et externes menées dans les différents services depuis plusieurs années ont bien sûr permis au secteur de l'aide à domicile de formaliser ses pratiques en élaborant des protocoles rigoureux pour chacune des principales prestations.

**Les formations à une pratique bientraitante** ont permis de sensibiliser l'ensemble des professionnels, dont les soignants, à l'importance de la communication, l'écoute et l'échange.

Toutefois, lors de groupes de travail sur le projet SPASAD, différents professionnels de l'aide ont exprimé avoir souffert d'un manque de reconnaissance de leur savoir-faire, voire de mépris de la part des AS.

Aujourd'hui, l'entente et la coopération entre ces deux types de professionnels sont très variables. Etant peu habituelle et non structurée, cette collaboration peut être efficace et enrichissante ou échouer complètement : ascendance de l'un sur l'autre, dévalorisation, repli identitaire qui conduit chaque professionnel à faire le strict minimum.

Alors que la personne âgée exprime **le besoin de continuité dans sa prise en charge globale à domicile**, je déplore parfois **une juxtaposition des fonctions d'aide et de soin présentant le risque de carence dans la prise en charge** de la personne. Sans nier l'identité de chacun, il apparaît donc essentiel de prendre en considération le besoin **d'acculturation** (cf. Glossaire) entre les professionnels de l'aide et du soin, et ainsi créer une **culture professionnelle commune** permettant une collaboration fructueuse.

Dans le sud du département, le **SAAD local de Valdivienne** a expérimenté le travail en « mode SPASAD » en établissant des réunions de coordination bimensuelles entre AS et AVS pour toutes les interventions doubles. Le résultat est extrêmement satisfaisant, car il permet une fluidité dans la transmission d'informations relatives au bénéficiaire, une meilleure cohérence des prestations d'aide et de soins, la mise en place de binômes en cas de besoin, et un gain de temps et d'efficacité. Les professionnels expriment aussi une satisfaction de participer à faire évoluer l'accompagnement et un sentiment de reconnaissance de leur travail et de leur savoir-faire. On retrouve ici les bénéfices identifiés dans le rapport d'évaluation de l'expérimentation SPASAD intégré.

### **2.3.6 Des missions à développer : prévention, lien social et répit de l'aidant**

Au-delà du socle de prestations intrinsèques au SAAD et au SSIAD (hygiène, alimentation, soin, médicament), de nouvelles missions sont apparues en termes de prévention de la perte d'autonomie, de soutien à l'aidant et de maintien du lien social. Elles sont d'ailleurs au cœur du Cahier des charges du SPASAD intégré, publié le 30 décembre 2015, qui préfigure celui des Services Autonomie.

### a) **Prévention**

**Prévenir la perte d'autonomie** auprès de personnes déjà très âgées et dépendantes peut sembler paradoxale mais la prévention existe à différents niveaux. Il peut s'agir d'apporter au bénéficiaire des éléments de compréhension des difficultés rencontrées et de lui fournir des conseils pour gérer au mieux son quotidien (changer un produit de soin, faire évoluer un équipement...) et éviter que la situation ne s'aggrave.



*Pour exemple, avec la dégradation de la mobilité de Mr B., des problèmes d'escarres apparaissent. Dans le cadre de la prévention secondaire, l'AS préconise d'alterner l'application du baume et du talc et l'AVS propose un pyjama en coton et non synthétique pour une meilleure tolérance sur le plan dermatologique.*

### b) **Lien social**

Le Conseil économique, social et environnemental définit en 2017 « **l'isolement social** comme la situation dans laquelle se trouve une personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance ou de danger ». Or pour 70% des bénéficiaires du SSIAD, le passage de l'intervenant est la seule visite de la journée. On est alors en droit de se demander si les intervenants à domicile incarnent cette relation durable et de qualité avec les bénéficiaires permettant de contribuer à lutter contre leur isolement ?

Depuis quelques années, certains plans d'aide APA prévoient un quota d'heures dédiées au **lien social** (4 heures/mois maximum). Quand cela est réalisable, cela permet de proposer une promenade, un jeu ou une lecture, ou d'interroger la personne sur sa vie passée. **Mais les situations complexes sont toujours prioritaires et laissent peu de temps pour réaliser cet aspect purement social de la mission des SAAD.**

Historiquement au sein de l'ADMR, ce sont les **bénévoles** implantés dans le territoire qui assurent ce lien social informel en se rendant régulièrement au domicile des personnes accompagnées pour prendre des nouvelles.

Aujourd'hui, leurs missions se sont complexifiées, du fait de la multiplication des procédures et du manque de stabilité des équipes de terrain. Par conséquent, les bénévoles ont moins de temps pour se rendre chez les personnes âgées de leur territoire et assurer cette mission. **Le rôle du bénévole a profondément évolué et nécessite d'être réinterrogé.**

### c) **Le proche aidant**

L'accompagnement doit aussi intervenir en **direction de l'aidant**, qui est également très âgé, parfois au bord de l'épuisement physique et émotionnel. Prendre le temps d'échanger avec l'aidant et pouvoir lui proposer des **solutions de répit** ou de relais doit faire partie de

la prestation d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile. Ces besoins s'expriment difficilement mais les professionnels de terrain perçoivent cette détresse et sont fréquemment démunis vis-à-vis de la situation.

Dans le cas particulier d'une personne âgée présentant des troubles du comportement avec des réactions violentes, les conjoints expriment clairement leur besoin d'aide. Les solutions de répit de type accueil de jour peuvent être adaptées et permettre de pérenniser le maintien à domicile. Mais en général, les situations sont plus ambiguës et soulèvent des **questionnements éthiques**. L'aidant est épuisé mais renoncer à aider son proche serait pour lui une trahison.

Alors, doit-on laisser l'aidant aller jusqu'au bout de son engagement quitte à ce qu'il s'épuise et mette en danger sa sécurité et celle de son conjoint/proche dépendant ?

J'ai personnellement assisté à une visite à domicile pour un monsieur très âgé qu'il fallait laver et habiller au lit puis installer au fauteuil dans le salon, et dont l'épouse tenait absolument à lui servir ses repas. Elle apportait une vieille casserole de lait bouillant d'une main tremblante, en claudiquant avec sa canne dans l'autre main. Mais c'était son choix et sa façon de continuer à prendre soin de son mari.

Quelle légitimité avons-nous pour intervenir dans l'intimité d'un couple qui partage sa vie depuis plus de 50 ans ?

#### **d) Recueillir les aspirations profondes du bénéficiaire**

Au-delà des besoins d'hygiène et de soins identifiés, il s'agit bien de prendre en compte les **souhaits et désirs personnels** du bénéficiaire et de l'aidant dans cette étape si importante de la (fin de) vie. La plupart des personnes âgées veulent par exemple éviter à tout prix de mourir à l'hôpital. Ces questions sont essentielles et doivent être abordées et les souhaits recueillis. Il s'agit bien d'accompagner leur « **projet de vie** », en y intégrant les besoins d'aide, d'accompagnement, de soins ainsi que leurs désirs profonds. Mais cela requiert du temps, de la disponibilité et qu'une relation de confiance soit établie avec les professionnels. **Ce défaut de formalisation du projet personnalisé** a été pointé dans **l'évaluation externe du SAAD** (point 14), ainsi que dans la récente **évaluation interne du SSIAD** qui déplore l'absence d'un projet personnalisé intégrant l'aide, l'accompagnement et le soin, et une participation insuffisante de la personne âgée et/ou son proche aidant dans son élaboration.

Plus globalement, je retiens que l'évolution de l'accompagnement de la perte d'autonomie à domicile requiert des ressources humaines suffisantes sur le plan quantitatif mais aussi qualitatif (compétences et regards croisés) pour répondre à des **besoins plus complexes**

**et globaux** dans des contextes où l'aidant est parfois lui aussi très âgé et n'a plus la capacité d'assumer toute la charge technique, émotionnelle et administrative induite.

Ce défi implique pour l'Etat de trouver de nouvelles modalités de financement. Le rapport LIBAULT (2019, p.130) établit une projection pour 2030 de 10 Mds€ supplémentaires pour répondre à l'évolution démographique et aux nouveaux besoins de prise en charge dans le cadre de la 5<sup>ème</sup> branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie.

### **2.3.7 La problématique**

Les différentes consultations nationales font ressortir le souhait des personnes âgées de rester vivre à domicile malgré des situations de plus en plus compliquées, associant des problématiques médicale, sociale, comportementale, d'adaptation du logement, etc...

Cela s'est traduit dans notre quotidien professionnel par une **progression de la proportion** de bénéficiaires de **prestations doubles** associant des actes d'aide et de soin.

Les enquêtes de satisfaction réalisées auprès des bénéficiaires des services d'aide et de soin révèlent qu'une part des bénéficiaires sont noyés par la multiplicité des intervenants, et « perdent le fil » de leur projet de vie et de soin.

Les personnes accompagnées expriment le besoin de **mieux coordonner ces interventions, de simplifier leurs démarches** et clarifier les documents, notamment pour permettre leur participation aux décisions les concernant.

Nos professionnels témoignent, de leur côté, de certaines situations d'impasse ou de carence dans la prise en charge : intervention rendue difficile par la présence de troubles du comportement, situation qui mériterait l'intervention d'un binôme pour une manipulation bienveillante, **intervention contradictoire ou redondante** entre les professionnels de l'aide et du soin.

L'Analyse des besoins sociaux menée sur le territoire souligne le sentiment d'isolement d'un nombre important de personnes âgées et leur souhait de bénéficier de plus de **lien social**.

Cela m'amène aux questionnements suivants. Comment peut-on **améliorer l'accompagnement, la santé, la dignité** des personnes âgées dépendantes qui aujourd'hui expriment le souhait de rester vivre à domicile et d'être acteur de leur projet de vie ?

Quels leviers peut-on actionner pour que nos organisations, soumises aux contraintes réglementaires, financières, organisationnelles du secteur, **favorisent un parcours fluide et cohérent à la personne âgée dépendante** ? Quelles **modalités de coordination** peuvent être mobilisées pour rendre plus efficiente et satisfaisante notre prise en charge ?

### 3. Enjeux et leviers de transformation de l'organisation en faveur du SPASAD

#### 3.1 Enjeux et leviers sur le plan des Ressources Humaines (RH)

##### 3.1.1 Une situation RH préoccupante

Fin 2019, l'ADMR de la Vienne emploie **1377 salariés** (cf. Annexe 5, tableau 1), dont 90% sont affectés à la filière d'intervention et donc essentiellement portés par les SAAD locaux. Les contrats à durée indéterminée représentent 86% de l'ensemble. Le temps de travail moyen des contrats est de 117 heures par mois. Ce qui porte le nombre d'Equivalents Temps Plein (ETP) total à 912 sur le département.

**Les difficultés de recrutement** se sont fortement accentuées depuis quelques années et posent un véritable problème pour honorer l'ensemble des demandes d'intervention. Aujourd'hui, le réseau ADMR de la Vienne déplore **150 postes vacants** dans l'aide à domicile. A cela s'ajoute le départ à la retraite d'une centaine de salariés dans les trois prochaines années.

Les principaux **indicateurs RH** (cf. Annexe 5, tableau 2) **nous préoccupent depuis plusieurs années déjà et se sont particulièrement dégradés** avec la crise sanitaire qui a révélé et amplifié le phénomène.

En 2019, **le taux d'absentéisme**<sup>27</sup> atteint **12,02%** (15,76% en 2020) et **le turn-over**<sup>28</sup> atteint **17,56%** (20,80% en 2020).

Ces chiffres très élevés traduisent d'une part une certaine **souffrance au travail**, et d'autre part, ils nous alertent sur **la pérennité des services et la qualité des prestations**. Il faut en permanence recruter, remplacer, recourir à l'intérim, former dans des délais restreints, modifier les plannings en fonction des arrêts des personnels. Cela induit des coûts cachés considérables, notamment au niveau de la gestion administrative du personnel par le pôle RH de la fédération, et participe d'une dégradation des prestations auprès des bénéficiaires.

Je considère personnellement, et avec l'équipe de direction, que deux réformes récentes apportent une réponse efficace à ces dysfonctionnements structurels : d'une part la réforme de la tarification des SAAD figurant dans la LFSS, et d'autre part la revalorisation des rémunérations introduites par le récent avenant 43 de notre convention collective.

---

<sup>27</sup> Taux d'absentéisme = le nombre d'heures d'absence / le nombre d'heures inscrites au contrat.

<sup>28</sup> Turn-over = ((nombre de départs + nombre d'embauches) / 2) / effectif permanent moyen).

**La création du SPASAD constitue un véritable levier pour améliorer l'attractivité des métiers et fidéliser nos salariés.**

### **3.1.2 Des risques professionnels qui perdurent malgré une démarche de Qualité de Vie au Travail (QVT) amorcée**

Notre secteur d'activité expose les salariés à plusieurs facteurs de risques professionnels, qui expliquent la situation alarmante que nous subissons aujourd'hui.

#### **a) Glissement de tâche**

Les référentiels métiers du secteur (infirmier et aide-soignant pour le soin ; AVS et employé à domicile pour l'aide) définissent précisément les tâches qui peuvent leur être confiées et les responsabilités qui leur incombent (cf. Annexe 5, tableau 5). Dans la réalité quotidienne, **les situations sont parfois plus poreuses** et peuvent conduire à mettre en difficulté les professionnels.

Sur le thème de l'hygiène, les textes définissent que c'est l'infirmière qui doit réaliser une toilette médicalisée ; l'AS qui assure la toilette partielle ou complète d'une personne en perte d'autonomie ; et que l'AVS (ou l'agent ayant obtenu l'équivalence) assure une assistance à la toilette corporelle réalisée par la personne en perte d'autonomie partielle n'ayant pas fait l'objet de prescription médicale.



Dans les faits, à titre d'illustration, la dégradation progressive de Mr B. permet difficilement d'identifier le moment où l'AVS atteint la limite de ses compétences et une réévaluation implique de passer le relais à l'AS pour une toilette qui se fait finalement complètement au lit.

Il y a un **risque de glissement de tâche** relevant des AS vers le personnel de l'aide à domicile si le repérage de l'aggravation de la dépendance n'est pas fait à temps. A cela s'ajoute le fait que la majorité du personnel recruté dans les SAAD ne détient pas de diplôme d'AVS ou équivalent.

#### **b) Pénibilité physique et émotionnelle**

**Les métiers de l'aide et du soin présentent une composante de pénibilité.** Malgré les formations aux bons gestes et postures, les professionnels sont amenés à réaliser beaucoup de manipulations plus ou moins facilitées par le contexte du domicile. **L'absence de mise en place d'aide technique adaptée** accentue cette pénibilité et augmente le risque d'accident du travail. **Le retard dans le diagnostic** de maladie d'Alzheimer ou autres troubles apparentés provoque des situations difficiles sur le plan relationnel. Ce sont des facteurs importants de la **souffrance au travail**.

**c) Isolement**

Le travail à domicile s'exerce essentiellement seul, et le **risque d'isolement des professionnels** est identifié dans le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) comme une cause potentielle d'une souffrance au travail. Ce risque s'accroît quand le professionnel se situe en limite de compétence face à des personnes très dépendantes et dont l'accompagnement s'avère difficile.

**d) Amplitude horaire**

Enfin, compte tenu des besoins inhérents au métier (lever, toilette, repas et coucher), et des attentes toujours plus fortes de **continuité de service**, les plannings d'intervention des des personnels sont contraignants et **difficilement compatibles avec une vie personnelle et familiale**.

Les professionnels du SSIAD réalisent une tournée le matin et une l'après-midi. Ceux du SAAD sont régulièrement amenés à intervenir le matin, le midi, puis le soir, et donc réaliser trois tournées avec 2 fractionnements quotidiens.

Différentes modalités d'astreinte ont été expérimentées. La mutualisation des services d'astreinte téléphonique ou de personnel mobilisable entre plusieurs associations présente indéniablement un avantage par rapport à une gestion strictement locale.

	<b>SAAD</b>	<b>SSIAD</b>
Horaires intervention	Lundi au dimanche Matin : 6h-11h Midi : 11h-14h Soir : 17h-21h Jusqu'à 2 fractionnements/jour	Lundi au dimanche Matin : 8h30-12h Soir : 16h30-19h30 1 fractionnement /jour
Horaires secrétariat	Lundi au vendredi 9h-17h	Lundi au vendredi 8h30-17h30
Astreintes	<b>Service PERSONIA</b> : plateforme d'assistance téléphonique 24h/24, 7j/7. Transfert vers bénévoles le cas échéant. <b><u>Expérimentation sur associations</u></b> <b><u>ABRI</u></b> : <b>Astreinte secrétaire</b> mutualisée entre 4 associations le week-end de 9h à 17h (urgence bénéficiaire, absence salarié). <b>Astreinte d'un professionnel par association</b> mobilisable sur le week-end si absence d'un salarié.	<b>Astreinte IDEC</b> : (Remplacement d'un salarié, décès ou hospitalisation d'un patient) Lundi à vendredi de 6h30 à 8h30 et 17h30 à 19h30 Le weekend de 6h30 à 19h30

### e) **Niveau de rémunération**

Les **contraintes** horaires inhérentes aux métiers de l'aide et du soin (amplitude et fractionnement du temps de travail) ont conduit à conclure des contrats à temps partiel sur des rémunérations conventionnellement déjà faibles. Les professionnels non diplômés AVS se situent dans la catégorie A d'agent à domicile avec un nombre de points minimum, et optent fréquemment pour un cumul du poste à l'ADMR avec un autre (salarié ou chez des particuliers).

### f) **Démarche QVT**

La fédération ADMR de la Vienne a fait de **l'amélioration des conditions de travail** du personnel un des quatre axes de son **CAP stratégique 2016-21** et a notamment mis en œuvre la Prime Exceptionnelle de Pouvoir d'Achat (**PEPA**) et le Compte Epargne Temps (**CET**).

**Un centre de formation interne** a ouvert en 2019 au siège de la fédération facilitant les parcours d'intégration des nouveaux salariés et la réalisation de formation qui concerne en 2020 les 2/3 du personnel d'intervention, et permet en outre une perspective de reclassement en tutorat d'un personnel expérimenté mais devenu inapte au travail de terrain.

Depuis quelques années, la fédération s'applique à transformer un maximum de contrat à temps partiel (non choisi) en **temps complet**.

La question de la **réorganisation du temps de travail** pour constituer des équipes du matin et des équipes du soir est un enjeu essentiel de transformation pour l'avenir sur lequel nous sommes déjà engagés avec la commission sociale du réseau. Des expérimentations ont eu lieu au sein du SSIAD. **La création du SPASAD représente une opportunité pour repenser la planification du temps de travail et l'organisation d'astreintes mutualisées sur un périmètre plus large, et bien sûr un levier important de réduction du risque d'isolement et d'épuisement grâce au travail en équipe ; notions que je développerai en partie 3.3.**

### 3.1.3 **L'espoir lié à l'Avenant 43 de la BAD**

La convention nationale collective qui régit notre secteur est celle de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (**BAD**), signée le 21 mai 2010, agréée le 3 octobre 2011 et étendue le 23 décembre 2011. Elle est mise à jour à l'été 2021<sup>29</sup> dans le cadre de **l'Avenant 43 relatif à la rénovation de la classification des emplois par filière et par catégorie et à la revalorisation des rémunérations** (cf. Annexe 5,

---

<sup>29</sup> Arrêté d'agrément de l'avenant 43 publié au Journal Officiel le 2 juillet 2021, Arrêté d'extension de l'avenant 43 publié au Journal Officiel le jeudi 5 août 2021.

tableau 3). L'article 2 du titre III de la Convention établit 2 filières (intervention et support), réparties selon les 3 catégories habituelles (employé, agent de maîtrise et cadre).

**La nouveauté** réside dans le fait de classer ensuite un emploi en Degré 1 ou en Degré 2 selon le diplôme mais surtout **en fonction des missions réalisées**. Puis d'affecter un **Echelon** (1 à 3) qui pourra être gravi en fonction du travail réalisé (cas complexes, toilettes au lit, bénéficiaires avec troubles Alzheimer...), des **formations** suivies et des **entretiens d'évaluation** réalisés avec le salarié. Ces échelons sont associés à des points de coefficient supplémentaires ayant un impact direct sur la rémunération.

**A titre d'illustration au sein de notre réseau**, concernant la catégorie des employés dans la filière d'intervention, les échelons ont été affectés selon les règles suivantes :

**Degré 1** : Agent et employé qui gèrent des situations simples

Echelon 1 : Fait uniquement du Ménage

Echelon 2 : Réalise des toilettes ou + de 4 ans d'ancienneté

Echelon 3 : Si atteint les objectifs d'amélioration définis lors de l'évaluation

**Degré 2** : AVS diplômés + Agent et employé qui gèrent au moins 20% de situations complexes (GIR 1 ou 2, pathologie type Alzheimer...)

Echelon 1 : Si - de 4 ans d'ancienneté

Echelon 2 : Si + de 4 ans d'ancienneté

Echelon 3 : Si atteint les objectifs d'amélioration définis lors de l'évaluation

La mise en application de l'avenant 43 est intervenue à l'automne 2021. Cela s'est traduit par un travail très conséquent du chef de pôle RH, en lien avec les administrateurs locaux. Après avoir établi de façon concertée les règles d'attribution des degrés et échelons, il a fallu classer l'ensemble du personnel dans les nouvelles catégories et y affecter un nombre de points.

Cette nouvelle classification des métiers a engendré une **augmentation du coût de la masse salariale considérable** (cf. Annexe 5, tableau 4), chiffré à près de 4 millions d'euros pour le Conseil départemental et à plus de 400 000€ pour l'ARS. L'avenant 43 est certes opposable aux autorités, mais le niveau de couverture a dû être négocié localement. La direction générale, le chef de pôle RH, le chef de pôle Finances et moi-même nous sommes concertés avec nos concurrents dans le département (essentiellement l'UNA et la Mutualité française) afin de définir un niveau d'augmentation convergent. Cela nous a permis de valider avec les autorités de tarification une augmentation du tarif horaire de 4,95€ en lien avec l'avenant 43. Cette augmentation est répercutée sur le tarif du bénéficiaire mais elle est compensée par une revalorisation des plafonds de l'APA.

**Pour le personnel, cela se traduit par une augmentation moyenne de leur rémunération de 13%.** Cette réforme a par conséquent été globalement très bien accueillie par les salariés, à l'exception de quelques cas isolés qui ont contesté leur classification.

La réforme ouvre de véritables perspectives d'évolution de la rémunération pour tous, même pour les personnels non diplômés. La dynamique managériale en est légèrement modifiée du fait de l'instauration d'un entretien d'évaluation par le supérieur hiérarchique visant à fixer des objectifs d'amélioration permettant d'atteindre l'échelon 3. L'incitation financière conduit des salariés à s'intéresser plus activement à certaines formations et à l'encadrement de stagiaire.

**L'avenant 43 permet un rattrapage attendu des rémunérations du secteur et permet d'impulser une nouvelle dynamique managériale avec des perspectives d'évolution de carrière inenvisageables par le passé.**

#### **3.1.4 Le désengagement bénévole**

Pierre angulaire du modèle ADMR, la question de la place des bénévoles est cruciale aujourd'hui. Au sein de la fédération de la Vienne, six associations locales sont actuellement placées « sous abri » pour défaut de gouvernance (absence de président et/ou d'administrateurs). C'est donc l'association fédérale ABRI, émanation du CA fédéral créée à cet effet, qui prend en charge les salariés locaux et la gestion de l'activité.

**Ce désengagement bénévole est à mettre en lien avec l'exigence de professionnalisation** et de protocolisation de l'activité à l'œuvre depuis plus de 10 ans dans le secteur (OSPITAL, TEMPLIER, 2018). L'étude mandatée en 2019 par France Bénévolat à l'IFOP confirme que les personnes, dont le niveau de formation est bas, expriment la crainte de ne pas avoir les qualités requises pour s'engager. C'est aussi une évolution sociétale qui conduit les citoyens à imaginer différentes formes d'engagement : bénévolat de compétence, bénévolat ponctuel ou régulier. Les résultats de l'étude témoignent de la progression du bénévolat « ponctuel » et invitent les associations à diversifier les missions qu'elles proposent.

La situation de l'ADMR sur ce point préoccupe les administrateurs fédéraux, la direction générale et l'ensemble de mes collègues chefs de pôles avec qui nous devons au quotidien pallier ces vacances de gouvernance. Cette situation ne concerne pas que le réseau de la Vienne, et elle a conduit certaines fédérations à se restructurer entièrement sans compter sur les bénévoles.

## 3.2 Enjeux économiques et financiers dans un contexte de réformes

### 3.2.1 Un volume d'activité SAAD non réalisé

#### a) *Faible taux de réalisation des Plans d'aide*

Pour déclencher une prise en charge à domicile, les services du Conseil départemental mènent dans un premier temps l'évaluation de la dépendance à l'aide de la grille AGGIR. A partir du GIR et du recueil des besoins de la personne, ils définissent un Plan d'aide. La DREES a réalisé fin 2017 une étude nationale sur l'APA (cf. Annexe 2) qui nous livre de nombreuses informations sur le contenu de ces plans d'aide.

Les plans d'aide à domicile sont composés en partie **d'aide humaine** (87%), estimée en nombre d'heures et en coût, pour la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne et en partie **d'aides techniques et matérielles** (pour 13% du montant). Les principales aides non humaines sont la téléalarme, les fournitures d'hygiène, l'hébergement temporaire, et le reste à charge des matériels techniques financés par l'assurance maladie (lit médicalisé, lève-personne, déambulateur...). Le recours aux aides techniques augmente (40% des bénéficiaires en 2011 et 60% en 2017) et **témoigne de l'accentuation de la dépendance des personnes âgées dont il s'agit d'assurer la sécurité vitale.**

Les mécanismes de financement de l'APA sont complexes et différents montants y sont associés (cf. Glossaire).

Selon les données de la DREES, au niveau national le **montant moyen mensuel notifié** de l'APA à domicile tous GIR confondus est de 550€. Pourtant, la **dépense moyenne mensuelle** des conseils départementaux au titre de l'APA n'atteint que 380€ par bénéficiaire. Même si le ticket modérateur moyen à la charge du bénéficiaire représente 21%, cette différence de montant interroge. En effet, il apparaît que seulement **12% des plans notifiés sont réalisés (ou consommés)** en totalité. Cela montre que dans la grande majorité des situations, le nombre d'heures effectivement réalisées est inférieur aux nombres d'heures prévues. Plusieurs causes sont identifiées : le décès ou l'hospitalisation du bénéficiaire, une difficulté d'acceptation de l'aide par celui-ci ou par l'aidant, le refus de l'intervention pour des raisons financières... mais aussi l'incapacité du SAAD à honorer l'ensemble des heures par manque de personnel notamment. **Il y a ici un véritable décalage entre le besoin a priori identifié et les prestations effectivement réalisées auprès de la personne accompagnée.** Cette situation se traduit pour les SAAD par une moyenne de 2,5 heures/mois non réalisées pour chaque bénéficiaire, soit près de 240 000 heures sur une année entière pour l'ADMR de la Vienne.

## **b) Liste d'attente**

Les SAAD locaux de l'ADMR déplorent depuis 2020 une liste d'attente de bénéficiaires évaluée à 10% de l'activité réalisée, soit environ 70 000 heures sur l'année. Cela fait écho aux difficultés de recrutement de personnel suffisant ou suffisamment qualifié pour certains accompagnements, et constitue un véritable « manque à facturer » pour le réseau.

### **3.2.2 Moderniser l'ADMR dans un secteur concurrentiel**

L'ADMR est un prestataire historique de l'aide à domicile. Sa notoriété est forte, en particulier en milieu rural. Plusieurs décisions nationales ou fédérales ont contribué à dynamiser l'image d'une marque employeur : le flocage des 800 véhicules de service, le nouveau slogan « *Pour tous, toute la vie, partout* », la gestion des plannings et des tâches des professionnels par smartphone, etc.

Toutefois, certains considèrent encore que l'ADMR fonctionne « à l'ancienne », avec beaucoup de bénévoles retraités, et quelques pratiques professionnelles qui ne sont plus en conformité avec les attentes. Le fait de refuser une prestation ou d'imposer un délai important avant la mise en place de l'intervention contribue par exemple à porter atteinte à l'image de l'ADMR.

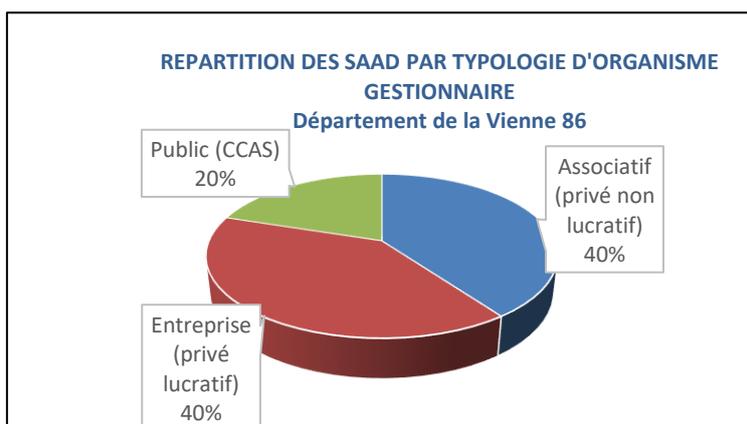
**Le développement d'une concurrence** importante dans le champ du domicile constitue une menace pour l'ADMR et accentue la nécessité de moderniser certaines pratiques et d'améliorer encore l'image de notre structure. L'authenticité et la proximité doivent pouvoir se conjuguer avec efficacité et professionnalisme.

La logique de concurrence diffère selon les statuts et régimes des autorisations.

**Au niveau des SSIAD**, seulement 3 autres structures existent dans le département : les SSIAD des CCAS de Poitiers et Châtelleraut, sous statut public territorial, et le SSIAD de la Mutualité Française, sous statut privé associatif, comme celui de l'ADMR. Le régime d'autorisation des SSIAD implique un monopole de ces services sur un territoire donné. En effet, l'ARS octroie à un seul organisme la mission de soins infirmiers à domicile par territoire. La concurrence est donc inopérante sur l'activité SSIAD de l'ADMR qui intervient sur les  $\frac{3}{4}$  du département et est en cours d'autorisation d'extension de 6 places supplémentaires dans le cadre d'un AAC sur les zones blanches de sous-effectif infirmier.

**Au niveau de l'activité SAAD**, la situation est tout à fait différente et la concurrence est forte. Sur l'ensemble du département, 28 SAAD sont recensés. Cinq dépendent d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) d'une grande agglomération (Poitiers, St Benoit, Buxerolles, Châtelleraut et Bonnes) et sont régis dans le cadre de la fonction publique territoriale.

Les autres structures SAAD sont régies pour moitié dans le cadre d'association privée à but non lucratif (UNA 86, Vivre à domicile, EMMA, APEF...), et pour moitié au sein



d'entreprises privées lucratives, majoritairement constituées en SARL (Age d'Or Services, Domytis, Junior Senior, Soleil Lavant, Petit-fils, AD Services...), et parfois en SAS (Vitalliance) ou en EURL (AD Séniors).

*Analyse réalisée en interne à partir du recensement des 28 structures existantes.*

**Les périmètres d'intervention** de ces SAAD sont très variables. Nombre d'entre eux sont localisés sur une seule commune ou sur une agglomération. Seules les grandes associations ont une vocation départementale, et dans le département de la Vienne, le réseau SAAD ADMR est de loin le plus important. A titre d'illustration sur le mois de septembre 2021, parmi les 28 entités autorisées, l'ADMR accompagne 62% des 5690 bénéficiaires référencés par le département, mais cette **part de marché atteint 90% en volume d'heures réalisées**<sup>30</sup>.

L'ADMR est actuellement nettement **leader** de l'aide à domicile sur le département ; Elle présente des **atouts tels que sa taille, sa crédibilité, son engagement sur des situations complexes et/ou excentrées géographiquement.**

Très récemment on constate l'arrivée **produits de substitution** ou de **nouveaux entrants** sur le marché de l'aide et du soin à domicile qui peuvent représenter une menace pour nos activités SAAD et/ou SSIAD.

Je pense en particulier à certains Accueils de jour, qui aujourd'hui sont essentiellement destinés aux personnes avec Alzheimer, mais que le Conseil départemental souhaite développer pour tous les publics.

Je pense également au développement des **EHPAD hors-les-murs** qui pourraient faire intervenir leurs équipes internes au domicile de certains patients ou les accueillir sur des temps spécifiques, comme celui du repas notamment. A titre d'illustration, le groupe Korian, leader du marché des Ehpads a fait l'acquisition en 2018 de la société *Petit-fils* afin de

<sup>30</sup> Données transmises par le service d'études statistiques et cartographiques de la Direction générale adjointe des Solidarités du département de la Vienne.

compléter sa gamme de prestations auprès du public de personnes âgées et mutualiser les moyens.

Les particuliers peuvent aussi faire appel à des professionnels de l'aide en **emploi direct**, sans passer par les SAAD, dans le cadre du dispositif incitatif des chèques-emplois service. C'est encore un élément de concurrence à prendre en compte, d'autant que le PLFSS 2022 intègre notamment un objectif de simplification des procédures pour les emplois directs à domicile.

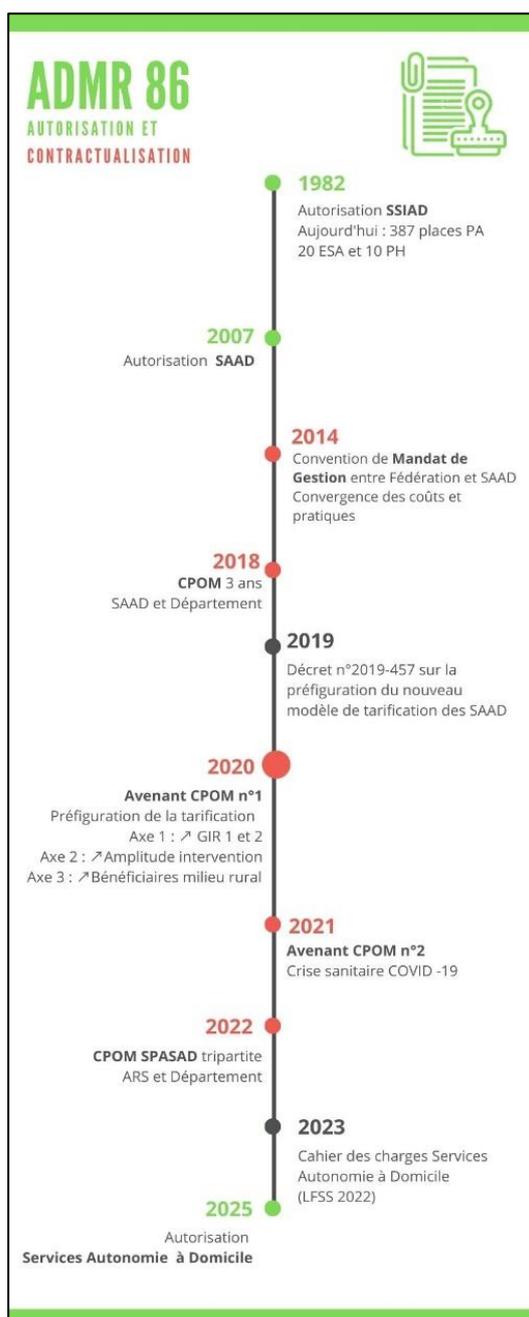
**J'en conclus que le réseau ADMR se situe dans un secteur relativement concurrentiel et mouvant, dont les missions toujours plus larges d'accompagnement à domicile nécessitent en clé de voute une capacité de coordination solide.**

### 3.2.3 Evolution du modèle de tarification horaire du SAAD

Le SAAD ADMR de la Vienne est autorisé par le Conseil départemental (CD) pour un volume horaire annuel d'activité fixé autour de 700 000 heures. Le tarif de financement d'une heure de prestation au titre de l'APA est fixé annuellement par le Département. La fédération facture mensuellement au CD les heures réalisées par les associations, en déduisant le reste à charge directement facturé au bénéficiaire selon son niveau de ressources. Les heures non réalisées (quel que soit le motif) ne sont pas facturées et ne font pas l'objet de financement (exception faite de la période COVID).

Comme nous l'avons rapidement évoqué en point 2.1.2. la fédération départementale a, depuis une dizaine d'années, et pour faire face à des situations déficitaires récurrentes, développé des outils visant à uniformiser les pratiques des associations locales et atteindre une convergence du coût de revient horaire avec le tarif financé par le CD (à travers le Mandat de gestion notamment).

En 2018, l'ADMR de la Vienne signe son premier **CPOM** avec le CD pour une durée de 3



ans. Il inscrit des engagements spécifiques pour l'ADMR sur les plans économique et financier et sur le plan de la gestion des ressources humaines, et établit un **tarif de référence fixé à 21,60€/heure** pour l'année 2018. Un financement complémentaire forfaitaire est alloué dans le cadre du Fond d'appui aux bonnes pratiques professionnelles de la CNSA.

En 2019, le décret n°2019-457 préfigure un nouveau modèle de financement des SAAD. Dans ce cadre, le CD de la Vienne diffuse un Appel à Candidature pour lequel l'ADMR est retenu. Cela conduit à la signature d'un **Avenant N°1 au CPOM** en 2020 qui engage l'ADMR sur différents objectifs en contrepartie d'une **dotation complémentaire** qui fait progresser le tarif de financement à **21,97€/heure** :

- Axe 1 : Augmentation de l'amplitude horaire.
- Axe 2 : Augmentation de la part des bénéficiaires en GIR 1 et 2.
- Axe 3 : Intervention dans tout le département, même en milieu rural isolé.

La **LFSS pour 2022** introduit une nouvelle réforme de la tarification des SAAD en établissant un **tarif de référence plancher à 22€/heure** pour tous les départements, auquel s'ajoute sous réserve d'engagements au sein d'un CPOM, une **dotation qualité**. Dans notre département, les échanges avec le CD ont permis d'acter le principe de la dotation qualité à hauteur de 3€/heure à partir de septembre 2022 (et de façon rétroactive au 1<sup>er</sup> janvier) en complément du tarif de référence.

En quelques années le modèle de tarification du SAAD a donc beaucoup évolué et s'est adapté en partie aux spécificités nouvelles de l'accompagnement à domicile et aux nouveaux besoins. Si l'on ajoute l'augmentation lié à l'Avenant 43, le tarif de financement du SAAD fin 2022 atteindra **29,95€/heure** (22€ tarif référence plancher + 3€ dotation qualité + 4,95€ de revalorisation salariale).

Toutefois, le **travail de contrôle de gestion** mené par le pôle Finances nous met en garde vis-à-vis des coûts de revient qui continuent à augmenter (cette année notamment en lien avec l'augmentation considérable des prix du carburant).

Le **principe de la tarification horaire**, à l'inverse de la dotation globale, ne permet pas de marge de manœuvre financière. Toute l'intervention SAAD est structurée sous le prisme du temps d'intervention. Les équipes doivent donc respecter une **cadence** pour être en conformité avec le nombre d'heures inscrites au plan d'aide. Et toutes les heures non réalisées (du fait du bénéficiaire ou du fait de manque de personnel disponible) ne sont pas facturées. Il revient donc aux équipes de direction et d'encadrement d'ajuster en permanence le nombre de salariés au volume d'activité réalisé. Ce qui peut conduire à

créer une **certaine précarité**, avec le recours aux CDD et/ou à des contrats à temps non complet, ainsi que des **coûts cachés** de gestion administrative potentiellement élevés.

### 3.2.4 Dotation globale de l'ARS pour le SSIAD

L'activité réalisée dans le cadre du SSIAD est financée par une dotation forfaitaire par place (397 + 20 ESA) appliquée à une période d'ouverture du service (365 jours). Cela produit une dotation annuelle de soins de 5,5M€ pour les 152 000 journées réalisées. Cette dotation globale est mensualisée et permet donc **d'anticiper les ressources disponibles** tout au long de l'année et ainsi recruter sereinement en conséquence, sur la base d'un budget maîtrisé.

Une réforme **sur les modalités de tarification** est en cours pour les SSIAD avec une application prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2023. La réforme vise à établir une **tarification modulée** en fonction du **besoin en soins** et du **niveau de dépendance** du bénéficiaire. Selon la notice sur la réforme des Services Autonomie à domicile « *Ce nouveau mode de tarification permettra de mieux financer les accompagnements des personnes dont l'état de santé et le niveau de dépendance nécessitent des passages au domicile plus fréquents et des soins plus importants* ». Toutefois, ces différentes réformes de la tarification sont source d'incertitudes sur le niveau de ressources futures de l'organisation.

### 3.2.5 Fongibilité des financements et Dotation de coordination

A ce jour les services d'aide et de soins ont donc des modalités de financement tout à fait différentes, dont **les crédits sont non fongibles**.

Les objectifs de coordination des interventions et d'organisation intégrée des services attendus par les politiques publiques et souhaités par notre structure impliquent pourtant la **mutualisation de certains moyens et des dépenses**.

La mise en place de cette coordination implique aussi des **coûts d'investissement** (logiciels informatiques partagés, système d'information unique) et des coûts de fonctionnement spécifiques (temps de réunion de coordination, formations croisées).

L'inquiétude porte notamment sur le **financement du temps de travail non productif** et pourtant nécessaire que sont les réunions de coordination, les temps de formation, d'analyse de la pratique, les congés... L'ADMR a pour cela établi un **objectif de taux d'emploi** (nombre d'heures de travail /nombre d'heures rémunérées) à 83% pour l'ensemble des associations locales afin de limiter les pertes financières, mais cet objectif semble difficile à atteindre dans certaines situations ou localisation du département. Dans le cadre de la création du SPASAD, il devra être revu.

Une **dotation de coordination** a été attribuée dans le cadre de l'expérimentation SPASAD et est inscrite pour les futurs Services Autonomie à Domicile, précisément à cet effet.

### 3.2.6 Synthèse et enjeux stratégiques

En conclusion de cette troisième partie, je vous présente **la matrice Strengths Weaknesses Opportunities Threats (SWOT) croisé issu des diagnostics menés en interne et en externe** (cf. Annexe 6), **en écho avec les inadéquations identifiées entre l'offre et les besoins** des personnes âgées dépendantes à domicile.

<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Place de leader de l'ADMR sur le département (aide et soin)</li> <li>- Capacité à accompagner les PA les plus dépendantes et complexes à domicile (SAAD+SSIAD, réseau partenarial...)</li> <li>- Capacité d'innovation, expérience pilote locale de coordination aide et soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfaction des usagers sur certains points : faible connaissance du référent, manque de communication et coordination entre les intervenants</li> <li>- Désengagement et perte de sens du rôle des bénévoles</li> <li>- Double autorité de tarification</li> <li>- Double niveau décisionnel : local et fédéral</li> <li>- Fonctionnement cloisonné entre SAAD et SSIAD</li> </ul>
<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- SPASAD = Commande des pouvoirs publics</li> <li>- SPASAD = outil pour apporter réponse graduée et cohérente aux PA dépendantes.</li> <li>- SPASAD prévoit une dotation de coordination</li> <li>- Démarche QVT à l'ADMR</li> <li>- Avenant 43 favorable sur rémunération et évolution de carrière.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tensions sur marché de l'emploi</li> <li>- Développement des Ehpad hors-les-murs.</li> <li>- Réformes de la tarification</li> <li>- PA + dépendants &gt;&gt; interventions plus longues, + fréquentes, + techniques</li> </ul>

Je déduis de ces conclusions **trois axes stratégiques prioritaires pour notre organisation** :

**Axe 1** : Répondre aux nouveaux besoins de la personne âgée dépendante à domicile, de façon graduée et coordonnée, et lui apporter plus de clarté pour favoriser sa participation aux décisions.

**Axe 2** : Amplifier la démarche QVT en vue de réduire les tensions RH et de disposer des ressources et compétences nécessaires pour réaliser nos missions.

**Axe 3** : Faire évoluer la structure organisationnelle de l'ADMR pour la rendre plus performante sur le plan économique et financier, et ainsi consolider sa place sur le territoire.

**Le SPASAD répond à ces 3 axes stratégiques. Il est le modèle juridique et organisationnel au service de la coordination interne et externe, qui constituera un tremplin vers une modernisation de l'organisation.**

Toutefois, il est important de se questionner sur le **degré de coordination ou d'intégration** à mettre en œuvre et sur ses modalités. C'est ce que fait l'économiste Michel FROSSARD (2002 :37) en apportant les définitions suivantes :

« **Services intégrés** : ensemble de services mis en œuvre pour une population particulière sur un territoire ou pour la population d'un territoire, par une même entreprise ou organisation, qui les rassemble sous un même pouvoir de décision ;

**Réseau ou coordination** : organisation volontaire de professionnels, pouvant inclure des bénévoles, qui mettent en commun leurs moyens, leurs ressources, pour développer des actions d'information, d'aides et de soins, de prévention, destinées à résoudre des situations complexes ou urgentes, identifiées comme prioritaires sur un territoire selon des critères élaborés au préalable en concertation ».

Je prévois d'agir sur les **différentes typologies de coordination** suivantes pour répondre aux enjeux préalablement identifiés :

- **La coordination organisationnelle** qui intervient sur l'organisation du travail (planning, logiciel, réunion, binômes...).
- **La coordination managériale** qui vise à établir un langage commun entre des cultures professionnelles différentes (sanitaire et sociale, personnel salarié et bénévole).
- **La coordination institutionnelle** qui structure les liens entre l'organisation et les partenaires extérieurs au profit de la fluidité de parcours de l'utilisateur.

## 4. La mise en œuvre d'un SPASAD départemental

A travers la création d'un SPASAD départemental au sein de la fédération ADMR de la Vienne, je vise l'amélioration du parcours de la personne âgée, dans sa fluidité, sa cohérence et son adéquation au choix de la personne. Ce dispositif répond aux nouvelles orientations des politiques publiques et correspond aux valeurs associatives du mouvement ADMR. Il contribuera également à faire évoluer l'architecture organisationnelle de l'ADMR et progresser son efficacité, ainsi qu'à apporter une réponse aux difficultés que rencontre l'organisation sur le plan des ressources humaines.

Sa mise en œuvre, comme toute conduite du changement, appelle une vigilance particulière à l'égard des différentes parties prenantes.

### 4.1 Cadre et méthode

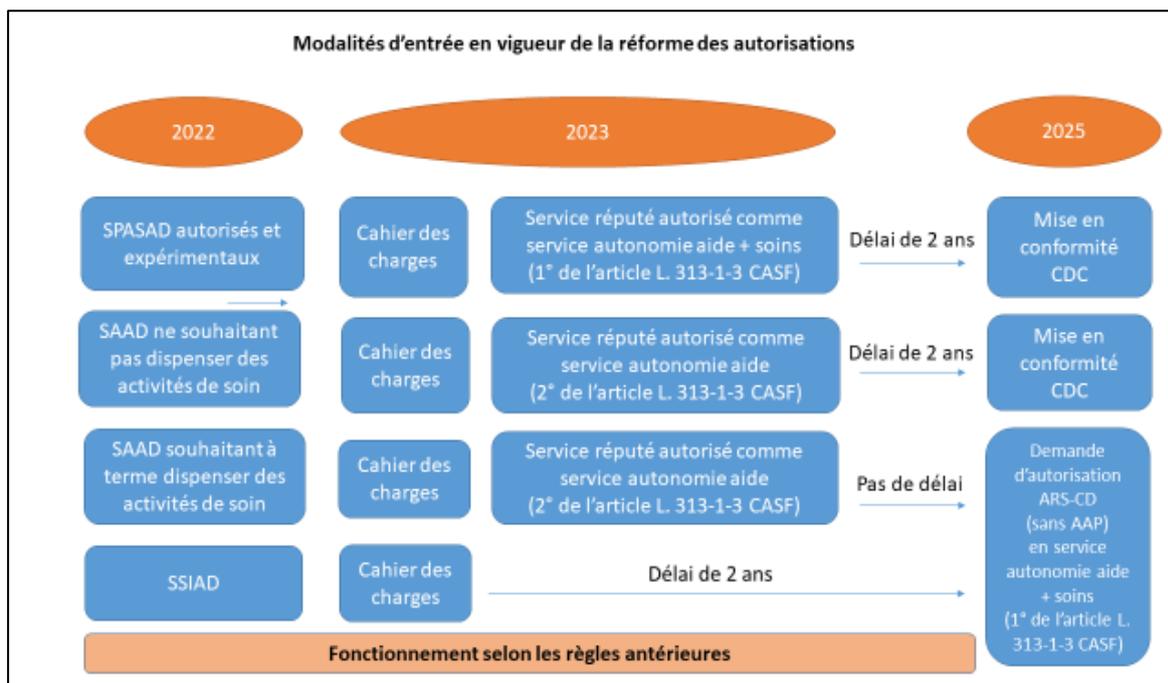
Comme le décrivent AUTISSIER et MOUTOT (2016), pour conduire un changement, il faut une phase de **cadrage** qui permet de définir les objectifs et les outils avec les parties prenantes, une phase de **programmation** du plan d'action mobilisant les leviers de formation et d'expérimentation, et une phase de **pilotage du changement** qui intègre notamment l'évaluation et les ajustements (cf. Annexe 9).

#### 4.1.1 Autorités de contrôle et tarification : le CPOM 2023-27

Le développement de SPASAD est bien inscrit dans les fiches actions des Schémas régionaux et départementaux (cf. partie 1.3.5). En 2019, le CD de la Vienne nous a indiqué être favorable au développement d'un SPASAD ADMR sur son territoire, et l'ARS a acté cette création dans son arrêté du 5 avril 2019 portant autorisation de 6 places handicap au sein du SSIAD. En 2020, l'ARS et le Conseil départemental ont donné leur accord conjoint pour la signature d'un CPOM tripartite pour ce projet. La crise sanitaire a engendré du retard, et l'Instruction DGCS n°229 du 16 novembre 2021 valide le desserrement du calendrier de signature des CPOM, prolongé jusqu'en décembre 2024.

La fédération (CA, Direction générale et moi-même) a confié en 2021 une étude de cadrage à une chargée de mission avec un financement fléché accordé par l'ARS.

Le diagnostic partagé a été validé et les négociations sont engagées pour la signature prévue en fin d'année 2022 d'un **CPOM de 5 ans valable de 2023 à 2027**. Dans le cadre de la réforme de l'aide à domicile et la création d'un guichet unique qui doit intervenir entre 2023 et 2025, il est prévu que les SPASAD (expérimentaux ou autorisés) seront réputés autorisés comme « Services autonomie à Domicile ».



Extrait de la Notice explicative du 1<sup>er</sup> février 2022 sur la réforme des services à domicile, Ministère de la Santé et des Solidarités, DGCS, p.5.

Sur le plan des financements, notre SPASAD ne rentrant pas dans le champ de l'expérimentation (qui est clôturée), il n'est pas éligible à la dotation de coordination. Celle-ci ne nous sera octroyée que lorsque nous obtiendrons l'autorisation officielle de « Services Autonomie à Domicile ». Entre temps, il s'agit de déployer progressivement le SPASAD à moyens constants. Toutefois, d'après mes derniers échanges avec l'ARS, il est fort probable que des crédits puissent nous être octroyés pour des dépenses d'investissement : « Lors des campagnes budgétaires annuelles, des crédits non reconductibles peuvent effectivement être octroyés pour soutenir des projets en lien avec les priorités définies dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) selon les crédits régionaux disponibles. Dès sa parution, je vous invite à nous adresser votre demande de soutien financier qui donnera lieu à un avis de la Délégation Départementale de la Vienne et d'une décision régionale par la direction des financements de l'ARS »<sup>31</sup>.

#### 4.1.2 Au niveau institutionnel : création d'une nouvelle association

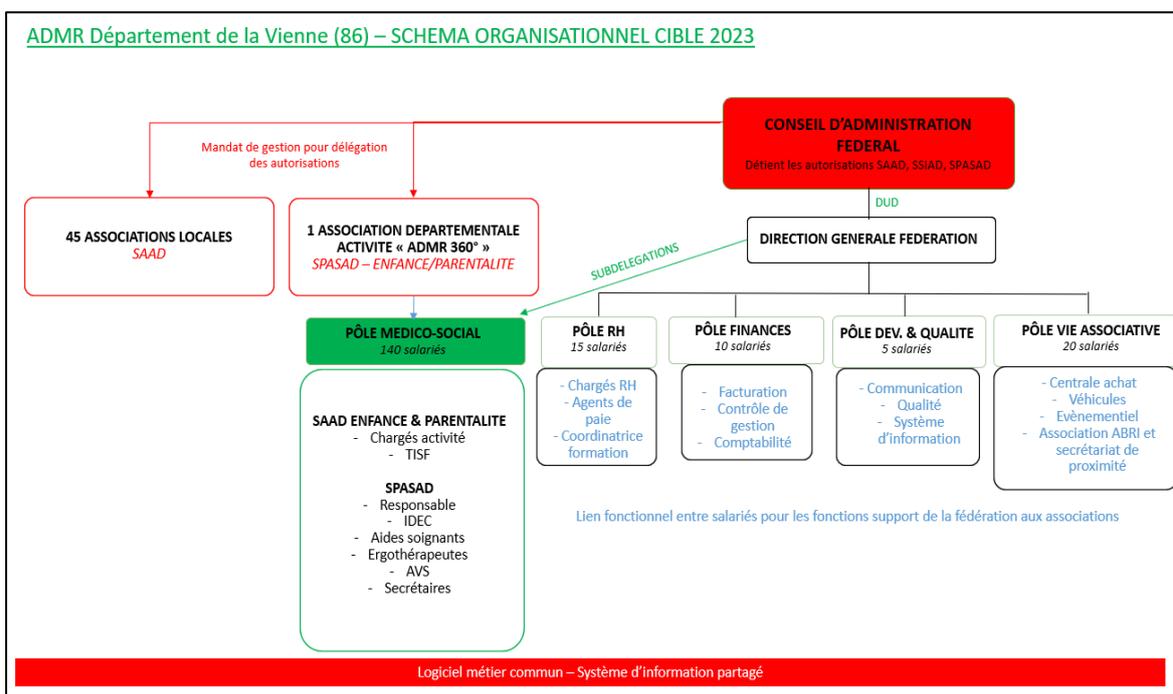
La création de SPASAD fait partie des grands axes stratégiques définis par l'UNADMR depuis 2016 et est inscrite dans le CAP stratégique de la fédération de la Vienne 2016-20. A l'issue de la mission de cadrage menée en interne en 2021, les administrateurs fédéraux ont délibéré favorablement lors du CA du 19 octobre 2021 sur la création d'un SPASAD,

<sup>31</sup> Mail de la délégation départementale de la Vienne, ARS Nouvelle-Aquitaine du 26 janvier 2022.

son périmètre (cf. Annexe 7) et ses grands principes de fonctionnement, et sur le fait de m'en confier le déploiement, en concertation avec la DG et les autres les chefs de pôle.

En parallèle, la fédération 86 a fait l'objet en 2021 d'un audit par la Commission nationale de révision de l'UNADMR (protocoles de contrôle réguliers mis en place au niveau national) dont la restitution nous a été faite le 20 janvier 2022. Un point particulier a retenu toute notre attention puisqu'il a été rappelé que **les statuts fédéraux n'autorisent pas la fédération à devenir une association gestionnaire des activités d'aide, de soins ou autre** (cf. Annexe 8). Si depuis des dizaines d'années, la fédération de la Vienne (comme d'autres en France) gère en direct le SSIAD et l'activité Enfance et parentalité, et emploie les salariés d'interventions correspondants (TISF, gouvernantes, IDEC, aides-soignantes...), il résulte que cette situation doit cesser afin de rentrer en conformité avec les statuts.

Le président, la DG et des experts juridiques se sont donc emparés rapidement de ce sujet afin de trouver le modèle le plus adapté à notre contexte et conforme aux statuts. A ce stade, l'option privilégiée est la création d'une nouvelle association départementale dédiée aux activités d'Aide, de Soins, et d'accompagnement des Familles, que nous appellerons l'association « **ADMR 360°** ». Le CA sera une émanation du CA fédéral et la DG, qui pilote ce dossier, veille à faciliter l'organisation de la vie associative pour les administrateurs.



Ce changement organisationnel et juridique soulève différentes questions stratégiques :

- **La question de la sécurisation de la gouvernance de cette nouvelle association.** Il est d'ores et déjà prévu que les membres du bureau du CA fédéral seront membres de droits du CA de l'association ADMR 360° et majoritaires afin de

garantir une ligne directrice cohérente au sein du réseau. Les autres membres du CA seront des administrateurs locaux.

- **Deux questions de droit social.** D'une part, le transfert du personnel et des contrats de travail d'une association à l'autre, prévu à l'article L1224-1 du Code du travail, et toutes les questions associées. Et d'autre part, la question spécifique du contrat de travail de la directrice de la nouvelle association (que je suis) qui devra permettre à la DG fédérale de me confier des subdélégations. Il est envisagé pour cela de me proposer deux contrats de travail : l'un avec la fédération départementale pour contribuer à définir la stratégie et coordonner les fonctions support, et l'autre avec la nouvelle association en tant que directrice.

Ces sujets délicats, techniques, et politiques sont traités par le Président, la DG et les services juridiques support de l'UNADMR et devront être parfaitement résolus d'ici la fin de l'année 2022. La fédération de la Charentes a mis en œuvre une organisation similaire qui pourra servir de point d'appui à la réflexion.

#### **4.1.3 Posture managériale et communication**

La conduite du changement implique pour la directrice que je suis une attention spécifique au niveau managérial et un effort particulier de communication avec les parties prenantes. Cette communication doit être maîtrisée et adaptée. J'envisage des réunions mensuelles avec les administrateurs et l'équipe d'encadrement. Je privilégierai la diffusion d'une note d'information sur l'avancée du projet par l'intranet pour l'ensemble des équipes d'intervention.

Comme le dit FOUDERIAT (2015) « *Un **changement organisationnel** peut se définir comme un processus conduisant à une transformation, plus ou moins profonde, plus ou moins en adéquation aux intentions des acteurs initiateurs, de règles formelles mais aussi de comportements individuels et/ou collectifs caractérisant le fonctionnement socio-organisationnel. De tels processus peuvent être volontaires, dirigés et planifiés ou, au contraire, spontanés et continus* ».

En fonction du contexte, il est souhaitable de mettre en œuvre un **management participatif ou directif**. En ce qui me concerne et afin d'obtenir l'adhésion des salariés et bénévoles, nécessaire à la réussite du projet, je privilégie et privilégierai le management participatif.

En l'occurrence, le changement est choisi, anticipé, et va se mettre en place sur la durée. Cela a permis une 1<sup>re</sup> phase de **participation des salariés** dans le cadre de la mission de cadrage. Cinq groupes de travail de 8 à 10 personnes se sont constitués avec les personnes volontaires parmi les bénévoles, l'équipe de direction et encadrement, les salariés administratifs, les professionnels du SAAD et du SSIAD autour de thématiques définies à partir du cahier des charges SPASAD (Interlocuteur unique, Coordination

planning, Outils communs, SI, partenariats extérieurs...). Ces groupes de travail se sont réunis à trois reprises et ont permis de produire une synthèse sur les objectifs, les freins et les leviers identifiés par les participants.

Les prochaines phases du changement seront plus concrètes et devront tenir compte des contraintes réglementaires, financières et organisationnelles. Je serai amenée à être plus **directive** sur ces aspects-là, notamment sur le respect des droits des usagers ou le respect des référentiels de compétence et de responsabilité.

En revanche, j'aurai à nouveau recours à un management fondé sur la co-construction pour développer une **identité et une culture professionnelle** commune de l'aide et du soin. La rédaction du **projet de service SPASAD** sera notamment l'occasion de laisser les équipes s'exprimer sur leur vision de l'accompagnement et du soin apportés aux personnes âgées et de redonner du sens à leur travail et leurs missions. Il est reconnu que cette possibilité d'intervenir sur son propre travail est un levier pour améliorer la QVT.

La création du SPASAD engendre une transformation organisationnelle importante qui va impacter à terme l'ensemble du réseau et j'en mesure le risque inhérent de déstabilisation. Toutefois, je retiens que l'ADMR de la Vienne a su faire preuve d'innovation dans les dernières années en créant notamment un Centre de formation interne, un Habitat partagé et en intégrant ou expérimentant de nouvelles pratiques professionnelles. Je compte bien m'appuyer sur cette capacité d'innovation et d'adaptation des parties prenantes.

## **4.2 Constituer une équipe départementale mixte d'aide et de soins**

### **4.2.1 Déploiement progressif**

Une fois la phase de cadrage et la négociation avec les autorités abouties, il est prévu que le SPASAD se déploie progressivement sur toute la période du CPOM, à partir de janvier **2023 et jusqu'en 2027**, année de stabilisation de l'activité.

Après avoir étudié l'hypothèse d'un développement pilote sur le sud du Département incluant le secteur de Valdivienne au sein duquel l'expérimentation de réunions de coordination AS/AVS a eu lieu, nous avons finalement fait le choix avec les équipes et l'accord de la direction générale, de lancer le déploiement sur l'ensemble du territoire.

En effet, j'ai notamment évalué le risque d'un développement à plusieurs vitesses au sein des trois secteurs géographiques du SSIAD qui impliquerait des inégalités de pratiques, et j'ai considéré qu'il était préférable d'engager l'ensemble des parties prenantes au même rythme, tout en s'appuyant bien évidemment sur cette expérience locale. Je compte

notamment solliciter l'IDEC référente du secteur sud pour former ses collègues à l'animation des réunions de coordination AS/AVS.

**Le déploiement se fera donc sur l'ensemble du territoire mais de façon progressive sur le plan du volume d'activité**, ce sur quoi je reviendrai en détail dans la partie 4.4.1, et notamment sur l'impact RH.

#### **4.2.2 Recrutement interne et externe**

Au niveau du personnel, l'objectif est donc de constituer une équipe mixte d'aide et de soins au niveau départemental. Le SSIAD dispose d'ores et déjà dans son équipe d'une centaine d'aides-soignants répartis en 3 secteurs sur la quasi-totalité du département. Il s'agit donc de constituer une équipe départementale d'aide, en privilégiant tant que possible le recours aux AVS diplômés (DEAES). Pour ce faire, nous aurons recours à du recrutement interne et externe, a priori à parts égales.

Le principe retenu avec les administrateurs et avec le chef de pôle RH pour le recrutement interne est celui du **volontariat**. Il est primordial que ces professionnels de l'aide et de l'accompagnement expriment le souhait de travailler avec des professionnels du soin pour obtenir une cohésion d'équipe. Le chef de pôle RH réalisera une **note information**, signée par la DG et le président fédéral, appelant les professionnels des SAAD locaux volontaires à candidater pour l'équipe SPASAD départementale. Il sera précisé que les pratiques professionnelles seront différentes et impliqueront un travail d'équipe important avec les AS et des déplacements professionnels possiblement plus longs. Cette procédure de recrutement interne impliquera les administrateurs locaux qui devront donner leur accord. Des limites seront établies sur la proportion de professionnels amenés à quitter les SAAD locaux afin de ne pas vider les associations locales de leurs forces vives.

Les entretiens avec les salariés volontaires seront conduits à la lumière des bilans des **entretiens professionnels** menés tous les 2 ans par les administrateurs locaux et compilés au niveau du pôle RH dans le cadre de la **GPEC**.

En parallèle, le pôle RH de la fédération lancera une campagne de **recrutement externe** avec un double objectif : **compléter l'équipe SPASAD fédérale, et remplacer les départs des équipes SAAD locales**.

Je ne néglige pas les difficultés de recrutement, c'est pourquoi nous mettrons en avant 3 arguments de poids :

- Pour l'équipe SPASAD départementale : le travail en équipe et son impact sur la qualité des prestations et sur la QVT.

- Pour les SAAD locaux : des interventions recalibrées sur un public âgé dépendant, mais moins complexe. Un travail mené sur les horaires des tournées permettant une meilleure QVT.
- Dans les deux cas, les offres d'emploi mettront en valeur la perspective d'évolution de carrière et de salaires en lien avec les dispositions de l'avenant 43.

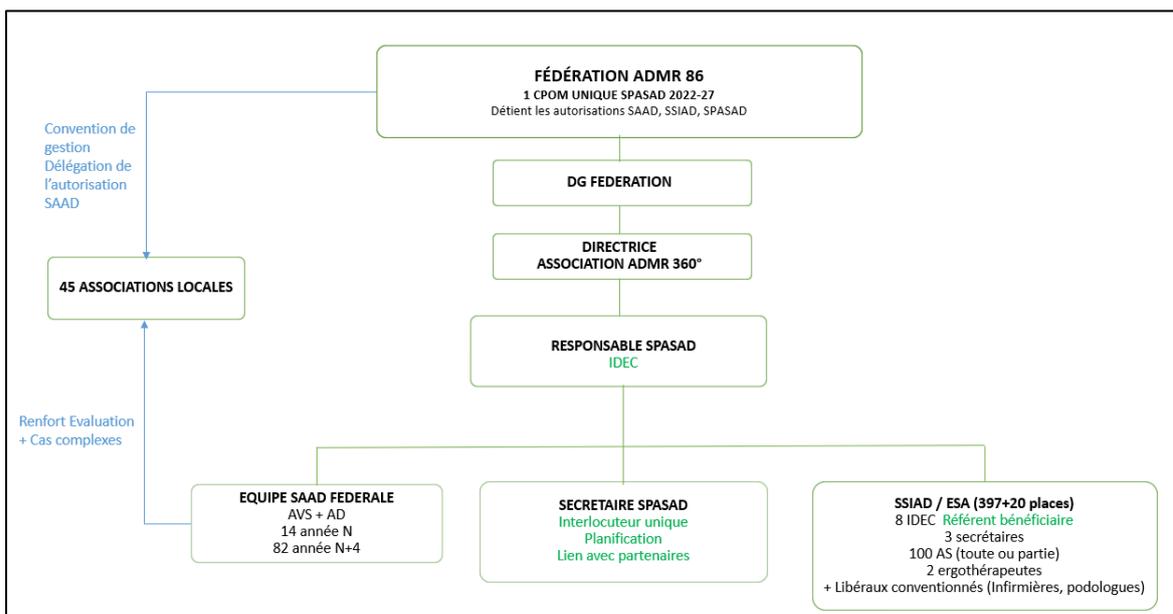
Par ailleurs, nous avons amorcé avec le chef de pôle RH des partenariats avec un lycée professionnel et une MFR spécialisés dans les services à la personne pour accueillir des stagiaires et des apprentis des filières CAP et Bac Pro. **L'objectif visé est de recruter 3 apprentis en alternance d'ici la fin de l'année 2022** et ainsi profiter de l'aide à l'embauche prévue par l'Etat.

Au niveau des chiffres, les hypothèses que nous avons réalisées (cf. Tableau p.73) en équipe de direction nous conduisent à recruter 14 professionnels de l'aide au niveau départemental en 2023, soit environ 5 par secteur géographique. Cette équipe s'étoffera progressivement sur 5 ans en lien avec le développement de l'activité SPASAD et atteindra 82 salariés en 2026, soit une quasi-parité avec l'équipe d'aides-soignants.

Le nombre de recrutements (internes et externes) constituera un **indicateur quantitatif d'évaluation** fondamental de l'avancement et de la réussite du projet.

#### 4.2.3 Organigramme cible

Le cahier des charges SPASAD paru dans l'annexe de l'arrêté n°303 du 30 décembre 2015, décrit précisément les fonctions et missions du SPASAD. Il en ressort que le rôle de **réfèrent de la personne accompagnée** incombe à un infirmier coordinateur. Il a la charge de l'évaluation, du suivi des prestations et du projet personnalisé.



Dans le futur SPASAD, ce sont donc les 8 IDEC actuellement en poste au SSIAD qui assureront ce rôle de réfèrent de parcours de l'ensemble des bénéficiaires SPASAD. La

mission essentielle « **d'interlocuteur unique** » sur le plan administratif pour les bénéficiaires comme pour l'ensemble des partenaires sera assurée par le secrétariat SPASAD. Un numéro de téléphone unique sera attribué au secrétariat SPASAD, en charge de l'accueil téléphonique ou physique et de la planification des interventions doubles. Le nombre d'ETP affecté à cette mission progressera en fonction du volume d'activité. Dans le CPOM signé avec le CD, il est convenu qu'un ETP de secrétaire est financé pour 30 000 heures d'aide réalisées. Par ailleurs, le SSIAD dispose déjà d'une secrétaire par secteur, qui progressivement se joindront au pôle **secrétariat** du SPASAD.

Pour ce qui est de la **fonction d'encadrement**, différentes options sont possibles. La question posée est celle de savoir si l'on confie la mission d'encadrement à un responsable de secteur de l'aide ou à un professionnel du soin ? Ce point a été abordé dans les groupes de travail en 2021, et il a été mis en évidence qu'il fallait être très vigilant et laisser la place à chacune des cultures professionnelles. J'ai personnellement interrogé des directeurs et présidents d'associations (dont le SPASAD AMSAD en Haute-Garonne) qui ont expérimenté le SPASAD et qui avaient, pour les raisons précédentes, opté pour une direction bicéphale : IDEC + Responsable de secteur SAAD. L'expérience n'a pas été concluante, et le pilotage a été fastidieux. Avec l'accord de la DG, je privilégie donc **un profil unique IDEC pour assurer la mission d'encadrement de l'ensemble des équipes d'aide et de soin du SPASAD, considérant que son expertise permettra d'englober toutes les dimensions de la santé (bien-être physique, mental et social) de notre public**. Je prêterai une attention particulière à ce que cet IDEC dispose de bonnes compétences managériales et d'une **sensibilité importante pour les questions sociales et relationnelles**. Actuellement, seules 8 des 9 postes d'IDEC du SSIAD sont pourvus. Sous réserve de l'accord de l'ARS avec laquelle nous négocions actuellement, je prévois de modifier la fiche de poste de l'actuelle IDEC coordinatrice du SSIAD qui deviendra responsable SPASAD et dont une partie des missions sera confiée à une future recrue. En tant que **directrice** de l'association ADMR 360°, je serai garante de la bonne intégration des prestations d'aide et de soins et du développement des actions de prévention auprès des bénéficiaires, et assurerai le pilotage du service, en lien avec les fonctions support de la fédération, et en conformité avec les engagements pris dans le CPOM.

#### **4.2.4 Organisation intégrée**

Comme précisé dans l'annexe de l'arrêté n°303 du 30 décembre 2015 sur le Cahier des charges SPASAD, **l'organisation intégrée des services n'est possible** que si les professionnels de l'aide et du soin sont réunis sous **une même direction** et **disposent d'outils** d'évaluation, de planification, de suivi et de communication **communs**.

**a) Outils communs favorisant l'expression de l'utilisateur**

Le **dossier bénéficiaire** qui réunit tous les éléments d'ordre administratif sera élaboré par le secrétariat. En cas de transfert d'une situation SAAD vers le SPASAD, les éléments seront transférés et il ne sera pas nécessaire de procéder à un nouveau questionnaire administratif.

En ce qui concerne **l'évaluation des besoins**, celle-ci sera menée par l'IDEC référente du bénéficiaire (affectée selon le secteur géographique). Le document d'évaluation doit être unique et permettre de balayer l'ensemble des besoins de la personne, à la fois les besoins en soins en lien avec la prescription médicale, et les besoins d'aide aux actes de la vie quotidienne en lien avec le plan d'aide APA, et le cas échéant avec la contribution du professionnel de l'aide. En cas de transfert d'un bénéficiaire du SAAD au SPASAD, l'IDEC enrichira son évaluation par un échange avec la professionnelle de l'aide qui accompagnait la personne jusqu'à présent. Un paragraphe spécifique sera dédié aux **aides techniques** afin d'anticiper la demande de matériel complémentaire, nécessaire à une prise en charge de qualité pour le bénéficiaire comme pour les professionnels.

Après la signature du Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) qui prendra la forme d'un contrat de prestations unique, le SPASAD, comme tout ESMS, est soumis à l'obligation de réaliser dans les six mois un projet personnel d'accompagnement. Il s'agira dans le cadre du SPASAD d'élaborer un **Projet personnalisé d'aide et de soin (PPAS)**. Le document unique d'évaluation globale sera le point de départ pour la réalisation du PPAS.

Pour répondre au besoin de simplification et de clarté permettant l'expression de la personne âgée (ou de son représentant) et le cas échéant de celle de l'aidant, ces deux documents feront l'objet d'une **refonte favorisant des formules simples et compréhensibles**.

J'ai prévu de confier ce travail à un COPIL constitué de la chef de pôle Qualité, de l'IDEC responsable du SPASAD et de 2 représentants des professionnels de l'aide et du soin. Ce travail sera ensuite soumis au CVS qui contribuera à enrichir ou modifier les documents le cas échéant. Ce COPIL, que je piloterai, disposera de 3 heures par mois dédiées (réunion, rencontres avec autre SPASAD) pour mener à bien ces travaux d'ici la fin de l'année 2023.

**En dehors de l'obligation légale, ces deux documents sont essentiels car ils incarnent l'organisation intégrée des prestations et des équipes d'aide et de soin, et favorisent la participation du bénéficiaire à son projet de vie.**

## **b) Logiciel commun**

L'UNADMR dispose d'une filiale dédiée à l'informatique, NSI, en charge de fournir à l'ensemble des adhérents nationaux qui le souhaitent les logiciels adaptés aux activités du réseau.

Au sein du réseau de la Vienne, nous utilisons les logiciels métiers proposés par NSI que sont **PhiliaDom** pour l'aide et l'accompagnement et **PhiliaSanté** pour les soins infirmiers. Les deux logiciels ont une ossature commune mais leur interfaçage, en cours de développement par NSI, n'est pas encore opérationnel. Il faut donc trouver une autre solution. J'ai pu vérifier avec l'IDEC et le pôle secrétariat la faisabilité **d'intégrer les prestations d'aide au planning des tournées de soins. C'est donc cette solution que nous choisirons dans un premier temps pour garantir la cohérence des tournées et planning.**

D'ici 2025 et selon l'avancement de NSI, nous pourrons expérimenter l'interfaçage des logiciels et veillerons notamment au transfert automatique du dossier usager et du planning pour garantir le passage fluide d'un bénéficiaire d'un SAAD vers le SPASAD.

J'ai eu l'occasion d'échanger avec le président d'une fédération ADMR de l'Île de France qui a participé à l'expérimentation SPASAD en 2017. Son retour était globalement très positif, sauf sur le plan informatique où l'absence de logiciel de planification commun a constitué un véritable point de blocage. J'espère donc que les politiques publiques nationales encouragent les prestataires informatiques à développer urgemment des solutions d'interfaçage entre les logiciels. **Cette question informatique est absolument stratégique et conditionne la poursuite de notre objectif de coordination des prestations. Elle est à mettre en lien avec l'outil de transmission utilisé.**

## **c) Outil de transmission et secret professionnel**

L'outil de transmission peut être une émanation d'un logiciel métier ou bien être un système indépendant. En l'occurrence, les logiciels métiers n'étant pas interfacés à l'heure actuelle, je me suis intéressée à d'autres solutions. J'ai rencontré les responsables du GIP-ESEA Nouvelle-Aquitaine sur le territoire départemental qui m'ont confirmé que leur outil de transmission sécurisée, le logiciel **Paaco-Globule**, gratuitement mis à disposition des professionnels par l'ARS, est d'ores et déjà utilisé par 40% des médecins généralistes, 50% des pharmaciens et 60% des infirmiers libéraux du département. Par ailleurs, c'est le logiciel métier de la PTA, avec laquelle nous travaillons déjà. Paaco-globule est également utilisé par les SSIAD du CCAS de Poitiers et de la Mutualité française, et il est actuellement en expérimentation sur trois services du CHU de Poitiers, dont la gériatrie. **C'est donc l'outil de transmission incontournable entre professionnels dans le département.**

Les IDEC ont déjà suivi une formation à ce logiciel il y a quelques années, mais devront la renouveler et y associer l'ensemble des professionnels du SPASAD.

La question de transmission d'informations doit être mise en lien avec la notion de « **secret professionnel** » qui a été actualisée après l'entrée en vigueur de la loi de modernisation du système de santé de 2016 dans **l'article L1110-4 du Code de la Santé publique**. L'alinéa I étend le secret professionnel (médical) à tous les professionnels travaillant au sein des ESMS, et à leurs partenaires. L'alinéa II autorise le **partage d'informations** (par dérogation) entre professionnels (de santé et ESMS) qui participent à la même prise en charge, mais uniquement s'il porte sur « *des informations strictement nécessaires à la coordination ou la continuité des soins, à sa prévention ou à son suivi médico-social* ». L'alinéa III précise que « *lorsque les professionnels appartiennent à une même équipe de soins [...] ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe* ». A défaut, il faudra obtenir son consentement. Les professionnels de l'aide du SPASAD feront partie intégrante de l'équipe de soin et par conséquent pourront accéder aux informations nécessaires au suivi médico-social. La gestion **des droits d'accès** à certaines informations non strictement nécessaires devra être étudiée avec attention. J'aborde ici une question essentielle et qui me tient particulièrement à cœur, autour du **respect de la vie privée et du consentement libre et éclairé** de la personne accompagnée. Dans le contexte du SPASAD, je considère que nous nous trouvons face à deux exigences qui peuvent s'opposer :

- D'une part, **le besoin de partager de l'information** pour que les équipes d'aide, de soin, et les partenaires disposent des informations nécessaires et suffisantes à des interventions coordonnées et cohérentes auprès de la personne ;
- D'autre part, **le droit à la vie privée de la personne**, comme enjeu de bientraitance majeure, qui doit nous conduire à faire le maximum, malgré les limitations liées à l'âge, pour faire émerger la parole du bénéficiaire et respecter ses choix et sa dignité.

Dans le secteur du domicile, où nous pénétrons quotidiennement dans l'intimité des bénéficiaires, **il me semble primordial d'alerter les équipes sur les risques de dérive**. C'est pourquoi je conduirai un travail avec l'ensemble des professionnels du SPASAD pour trouver le bon équilibre entre le besoin de partage d'information et le respect de la vie privée et de la dignité. Cela pourra prendre la forme de réunions autour de situations concrètes pour lesquelles nous définirons collectivement les limites du partage d'information.

#### **4.3 Créer une culture commune d'aide et de soins favorable à la QVT**

La création d'une équipe départementale mixte d'aide et de soins au sein du futur SPASAD est un levier important sur le plan RH et managérial. C'est l'occasion de faire évoluer les conditions de travail, d'impulser une nouvelle dynamique de travail d'équipe, et ainsi faire

émerger une culture professionnelle commune redonnant du sens et de la reconnaissance au travail.

#### **4.3.1 Le travail en équipe : vers une « organisation apprenante »**

##### **a) Tournées de binôme**

Le public cible du SPASAD concerne essentiellement les doubles interventions. Deux modalités peuvent être envisagées : soit l'AVS passe d'abord chez la personne pour réaliser les actes d'hygiène, puis l'AS passe à son tour pour réaliser ses soins de nursing, (éventuellement ensuite l'infirmière libérale ou le kinésithérapeute pour un acte technique), soit les deux professionnels (aide et soin) se constituent en binôme et interviennent en même temps au domicile du bénéficiaire.

**L'une ou l'autre de ces modalités sera choisie en fonction de ce qui est le plus favorable pour le bénéficiaire** : des passages individuels successifs échelonnés sur la journée pour les situations d'isolement ou un ou deux passages de binômes pour rendre plus confortables et cohérentes les interventions.

Un travail devra être mené par les IDEC et le pôle secrétariat du SPASAD pour établir des tournées compatibles entre la localisation géographique des bénéficiaires et celle des deux professionnels. La question du **point d'ancrage du véhicule de service** devra être traitée afin que le binôme utilise un seul véhicule commun, en mettant en place le cas échéant une indemnité sur le trajet domicile/point d'ancrage du véhicule.

Comme nous l'avons vu dans la partie 2, pour ces interventions doubles qui concernent des situations complexes ou de grande dépendance, la durée d'intervention des AVS tend à coïncider avec celle des AS, autour de 45 minutes en moyenne. Cela rend donc le travail en binôme compatible et permet d'éviter les situations où l'un des professionnels doit attendre l'autre devant le domicile en cas de tournées distinctes.

Par ailleurs, et c'est bien l'essentiel, l'intervention en binôme permet **une prestation de meilleure qualité sur différents plans**.

Le transfert d'une personne non mobile de son lit vers son fauteuil avec le lève-personne est **facilité par la présence de 2 professionnels**. Cette action sera réalisée plus rapidement et de façon plus **sécurisée tant pour le bénéficiaire que du point de vue de la prévention des risques professionnels** (les troubles musculosquelettiques et accidents du travail sont trop fréquents et devraient ainsi diminuer).

Le travail en binôme apporte également une plus-value sur le plan relationnel.



Dans le cas de Mr A., paralysé des pieds jusqu'au buste à seulement 63 ans, j'ai pu constater à quel point la présence du binôme AS/AVS (par ailleurs tout à fait nécessaire sur le plan technique) apportait une qualité supplémentaire sur le plan relationnel et psychologique. En effet, la présence de ces deux professionnelles permet un échange plus léger, teinté d'humour et de complicité que n'aurait pas permis la présence d'une seule personne, dans la situation intrinsèquement gênante de la toilette intime d'un homme par deux femmes.

#### **b) Réunions de coordination AS/AVS**

Lorsque la mise en place de binôme ne sera pas possible ou pas adaptée, **les réunions de coordination** permettront de garantir le travail en équipe.

Actuellement les réunions de coordination se déroulent entre l'IDEC référente du secteur et un administrateur bénévole du SAAD local. Demain, au sein du SPASAD, ces réunions, a priori mensuelles, se feront directement **entre les professionnelles de terrain** afin qu'elles échangent avec précision sur les situations d'accompagnement. Comme évoqué plus haut, je prévois de solliciter l'IDEC du secteur sud qui a déjà l'expérience, pour former les autres IDEC à l'animation de ces réunions. Elles doivent être participatives et efficaces.

#### **c) Analyse de la Pratique Professionnelle commune**

Actuellement les professionnels du réseau ADMR peuvent participer à des groupes d'Analyse de la Pratique Professionnelle (APP) s'ils le souhaitent, et par secteur d'activité. J'ai le souhait d'organiser des groupes d'APP commun aux professionnels de l'aide et du soin et ainsi favoriser le partage d'expérience entre les AS et les AVS. Ces temps d'APP<sup>32</sup> seront obligatoires car ils constitueront un véritable outil de développement des compétences en interne.

#### **d) Développer une organisation apprenante favorisant les qualités émergentes**

On connaît, notamment grâce au psychologue F. HERZBERG (1959), l'importance de la propre satisfaction de la personne dans sa motivation et son engagement professionnel. Or, le fait de travailler en équipe peut contribuer à cette satisfaction du travail bien fait, dès lors que l'équipe permet un partage d'expérience bienveillant et constructif. C'est notamment ce qui est développé par David A. GARVIN (1993) qui définit l'**organisation apprenante** comme « *une organisation capable de créer, acquérir et transférer de la connaissance, et de modifier son comportement pour refléter de nouvelles connaissances* ».

---

<sup>32</sup> 10 séances de 2 heures par an. Financement en cours de négociation avec les AT.

**Je prévois, en lien avec le chef de pôle RH, de mettre en œuvre concrètement cet apprentissage au sein des réunions de coordination du SPASAD, en respectant les cinq principes décrits par GARVIN :**

1. La résolution de problèmes en groupe ;
2. L'expérimentation : lancer un projet, faire une expérience pilote, etc. sont des occasions d'apprentissage ;
3. Tirer les leçons des expériences : prendre le temps de dresser un bilan des succès comme des échecs ;
4. Apprendre avec les autres : clients, partenaires, fournisseurs, etc. ;
5. Transférer les connaissances : c'est un point crucial. Il faut mettre à la disposition de ceux qui en ont besoin une base qui rassemble les connaissances utiles.

En complément de l'appui théorique de cette réflexion, j'ai pu vérifier auprès des responsables locaux et de l'IDEC de secteur les bénéfices de ce travail d'équipe mené dans le secteur de Valdivienne à travers l'expérience pilote informelle de réunions de coordinations entre AS et AVS. Les conclusions coïncident : **la qualité des prestations augmente, la satisfaction du travail motive les salariés, et l'absentéisme recule.** On peut parler alors de « **qualité émergente** » quand l'intelligence collective permet de valider l'équation non mathématique  $1+1=3$ .

#### **4.3.2 Les formations communes**

Compte tenu d'un budget de formation contraint et en partie mobilisé par les formations obligatoires<sup>33</sup>, je prévois d'innover en déployant de **nouvelles modalités de développement des compétences**, et en mélangeant tant que possible les professionnels de l'aide et du soin. En dehors de quelques formations qualifiantes en **apprentissage** et en **VAE**, nous souhaitons développer avec le personnel non diplômé le **tutorat** au sein de notre centre de formation interne, des Actions de Formation En Situation de Travail (**AFEST**) avec mise en situation et séquences réflexives, des **retours d'expérience** de formation suivie par un salarié en externe, et intégrer la méthode d'organisation apprenante aux réunions d'équipe.

Je pense à différentes thématiques à confirmer avec le pôle RH, en fonction des souhaits et besoins des salariés et permettant de répondre à des besoins nouveaux des bénéficiaires : Gestes et posture / Secret professionnel partagé / Bienveillance, et participation des usagers / Répétition des aidants.

---

<sup>33</sup> L'Opérateur de compétences de la BASS est celui de la Cohésion Sociale, UNIFORMATION.

La participation commune à ces formations sera l'occasion pour les professionnels de développer une ambiance de travail favorisant l'échange et la confiance. Eviter l'isolement professionnel, développer le droit à l'erreur, et monter en compétences collectivement contribuent in fine à améliorer la QVT.

#### **4.3.3 Le projet de service : une construction de tous**

La nouvelle entité associative sera régie par le projet associatif global de l'ADMR, mais le SPASAD **devra réglementairement se doter d'un projet de service propre**, notamment dans le cadre de la réforme de l'évaluation dont la prochaine échéance nous sera prochainement communiquée par nos AT.

Comme cela s'est fait par le passé au sein du SAAD et du SSIAD, l'élaboration et la rédaction du projet de service devra **engager les acteurs de terrain et les usagers**.

Je prévois de constituer un COPIL et des groupes de travail sur ce sujet. Il s'agira de définir de façon précise la conception de l'intervention, son organisation, ses moyens, son public, et son inscription dans le territoire... Ce sera l'occasion pour l'équipe de **définir cette nouvelle identité professionnelle commune d'aide et de soin** à travers toutes les thématiques.

Je souhaite à cette occasion sensibiliser les professionnels à l'**Ethique du care et de la responsabilité**, développée par Carol GILLIGAN dans les années 80, qui permet d'éclairer le soin et l'attention portés à une personne vulnérable en se prémunissant contre une relation d'ascendance. Cela permettra d'inscrire au cœur du projet de service la bientraitance en prévenant les facteurs de risque de maltraitance.

C'est un travail long, à mener en collaboration avec le pôle qualité, les administrateurs et le CVS ; que j'envisage de mener à moyen terme, une fois que l'équipe sera assez étoffée et que l'organisation du travail sera stabilisée. Le projet de service devra être validé (et le Livret d'accueil et Règlement de fonctionnement mis à jour) d'ici 2025 et le passage en Services Autonomie à Domicile.

#### **4.3.4 Faire évoluer les conditions de travail**

##### **a) Horaires de travail**

Nous avons identifié la question de l'amplitude horaire et du nombre de fractionnements comme facteur d'absentéisme et de tension de recrutement. Pourtant, les personnes âgées ont aujourd'hui fréquemment besoin de 3 ou 4 passages par jour, et les autorités nous engagent à assurer une continuité de service (8h-21h et au-delà).

Il en ressort la nécessité de travailler à une **nouvelle organisation des temps de travail**. Le SSIAD a d'ores et déjà entamé une réflexion pour constituer des équipes du matin et des équipes du soir et ainsi réduire l'amplitude horaire de la journée de travail. L'objectif

serait au sein du SPASAD de constituer une **équipe du matin** travaillant de 8h à 14h30 et une **équipe du soir** de 14h30 à 21h. Et d'organiser un roulement entre ces équipes du matin et de l'après-midi sur une période à définir, en respectant le droit du travail, à savoir un repos quotidien de 11 heures consécutifs, et hebdomadaire de 35h consécutives.

Il faudra que l'équipe SPASAD soit suffisamment étoffée pour pouvoir constituer dans un même secteur deux ou trois binômes AS/AVS afin d'assurer le planning de la semaine et du week-end. Nous réfléchissons avec le pôle RH à recruter des professionnels intéressés à travailler uniquement les week-ends. Il s'agirait de contrat week-end étudiant ou de contrat week-end dans le cadre d'une retraite « progressive » ou de salarié souhaitant réduire leur activité.

Nous allons donc devoir adapter les horaires de travail au rythme de déploiement du SPASAD et à la répartition des recrutements sur le territoire géographique.

Ce travail sera mené avec la DG, le pôle RH, les équipes et le CSE sera consulté.

#### **b) Temps de trajet**

Actuellement tout le personnel des SAAD et du SSIAD qui le souhaite dispose d'un véhicule de service, et ainsi n'ont pas de frais de trajet ni déplacement.

Au sein du SPASAD, nous organiserons les tournées sur le modèle des trois secteurs géographiques actuels du SSIAD (Nord, Centre, Sud).

Aujourd'hui, les AS sont susceptibles de parcourir jusqu'à 200km par jour, alors que les professionnels du SAAD jusqu'à 100km par jour. En fonction du nombre d'AVS par secteur et de la localisation de leur domicile, il est possible que ces dernières soient amenées à réaliser des **temps de déplacement plus longs** que par le passé. Toutefois l'équilibre économique sera favorable dès lors que le trajet s'effectuera en binôme et permettra une **économie de carburant et d'usure** du véhicule. Les kilomètres inévitablement parcourus par l'AS profiteront également à l'AVS sans frais supplémentaires.

Par ailleurs, ce temps de trajet à deux peut constituer un **véritable temps de travail**. Les professionnels de l'aide et du soin ont des nombreuses missions de compte-rendu, de transmissions, de prise de contact avec les partenaires (médecin traitant, pharmacie, HAD...). Toutes ces missions pourront se faire de façon concertée pendant le trajet par l'une des 2 professionnelles alors que l'autre assurera la conduite en toute sécurité. Cela nous permettra d'interdire strictement l'usage du téléphone à la conductrice et contribuera ainsi à réduire les risques professionnels routiers (GPS, contact téléphonique...)

### **4.4 Moderniser et améliorer l'efficacité de l'organisation**

Les activités SAAD et SSIAD représentent à elles seules 86% du chiffre d'affaires global de l'ADMR de la Vienne, et respectivement 20M€ et 5,5M€. Après plusieurs années de progression, **l'activité a subi un net recul en 2020** (-10%) du fait de la crise sanitaire du

COVID-19 qui n'a été compensé que partiellement en 2021 (+5% par rapport à 2020) pour une autre raison majeure liée à la **pénurie de salariés**. Il y a aujourd'hui un double enjeu pour le réseau : augmenter le volume d'activité et améliorer l'efficacité permettant de fournir des prestations de qualité avec un coût de revient contraint par la tarification. La transformation engendrée par le déploiement du SPASAD contribuera à ce double objectif.

#### 4.4.1 Auto-financement du transfert des situations doubles

##### a) **Le transfert progressif**

Comme évoqué précédemment et sous réserve de finaliser cet accord avec les AT, nous prévoyons le déploiement du SPASAD par le transfert progressif des situations doubles des SAAD locaux vers l'équipe départementale.

En 2021, on évalue à 58% la part des doubles interventions parmi les bénéficiaires SSIAD sur le département, soit 277 personnes. Cette proportion devrait augmenter légèrement chaque année grâce à la création du SPASAD. Nous avons établi nos projections de **transfert de 25% de ces situations doubles vers le SPASAD en 2023, ce qui représente 47 bénéficiaires sur le département la 1<sup>ère</sup> année**. Puis progressivement, nous projetons le transfert de 35% en 2024, 70% en 2025 pour atteindre les 100% de transfert des situations doubles en 2026 puis stabiliser l'activité en fin de CPOM en 2027.

Projections de volume horaire et déploiement équipe d'aide SPASAD						
	REEL	PROJECTIONS				COMMENTAIRES
	2021	2023	2024	2025	2026	
File active SSIAD	306	315	325	334	344	Reprise d'activité post COVID sur la base de +3%/an
Part doubles interventions	58%	60%	60%	65%	65%	Progression facilitée par organisation SPASAD.
File active doubles interventions	177	189	195	217	224	
Part de transfert au SPASAD		25%	35%	70%	100%	Rythme déploiement qui s'accélère sur période CPOM, jusqu'à 100%.
<b>File active Equipe dédiée</b>		<b>47</b>	<b>68</b>	<b>152</b>	<b>224</b>	
Heures AIDE /pers/mois	28	28	30	33	36	↗ Taux de réalisation du plan APA de 70 à 90%.
Heures AIDE Equipe dédiée/mois		1 324	2 045	5 021	8 059	
<b>Volume Heures AIDE Equipe dédiée/an</b>		<b>15 885</b>	<b>24 542</b>	<b>60 248</b>	<b>96 709</b>	Seuil minimal de rentabilité de l'activité = Point départ 2022.
Nbre ETP Equipe dédiée (tx d'emploi à 76%, 1383h)		11,5	17,7	43,6	69,9	Choix de déploiement sur les 3 secteurs.
<b>Nb salariés si contrat de 130H</b>		<b>14</b>	<b>21</b>	<b>51</b>	<b>82</b>	

##### b) **Ajuster le taux d'emploi au contexte SPASAD**

Il faut s'intéresser par ailleurs à un indicateur d'activité important qui est celui du **taux d'emploi**. Il décrit la part d'heures d'intervention du salarié auprès du bénéficiaire par rapport au nombre d'heures rémunérées. La fédération a établi un objectif de **taux d'emploi de 82% dans le mandat de gestion signé avec les associations locales SAAD**, qui est rarement atteint. Par comparaison, dans l'activité famille et parentalité de l'ADMR, le taux d'emploi des TISF validé par l'autorité de tarification Caisse d'Allocations Familiales (CAF) est de 71%.

Compte tenu des temps de réunion plus nombreux prévus dans le SPASAD, et des temps de trajets potentiellement plus longs du fait de secteurs plus larges, j'ai validé avec les chefs

de pôle un **taux d'emploi à 76% pour l'équipe d'aide du SPASAD**. Ce taux fait l'objet de négociation avec les autorités de tarification dans le cadre du nouveau CPOM.

En favorisant des contrats à temps plein tout en prenant en compte la réalité de service et les temps partiels choisis, nous avons établi une durée moyenne de travail de 130 heures par mois. Ce temps de travail associé au taux d'emploi de 76% d'une salariée d'aide à domicile du SPASAD permet de dégager environ 100 heures d'intervention auprès du bénéficiaire par mois, soit près de 1200 heures annuelles par salariée.

C'est sur ces bases que nous avons pu établir plusieurs hypothèses budgétaires et choisir l'hypothèse intermédiaire.

### c) **Auto-financement du budget de l'équipe départementale d'aide**

BESOINS DE FINANCEMENT		2023	2024	2025	2026	COMMENTAIRES	
Groupe 1	Cotisation FD hors chargés (1,64€/H en 2022) comprend frais de gestion PC, Smartphone, Communication, Logiciel	1,64	26 052 €	40 250 €	98 806 €	158 603 €	Cotisation fédérale hors Chargés RH/Activité car la fonction encadrante est chiffrée à part.
	EPI		2 087 €	3 130 €	7 602 €	12 222 €	
	Cotisation nat. UNADMR		934 €	1 410 €	3 374 €	5 379 €	
Groupe 2	Intervenantes à domiciles (1 ETP=1383H d'intervention)		366 616 €	566 637 €	1 390 821 €	2 232 626 €	66% AVS Degré 2 E2, et 33% AD Degré 1 E2
	Encadrement (évaluation, suivi interventions, organisation travail) (1 ETP=100 000H)	IDEC	9 107 €	14 070 €	34 540 €	55 443 €	Affecter le 9e poste IDEC non pourvu à cet effet et évolution encadrement au prorata de l'activité
	Secrétariat (plannif, accueil unique) (1 ETP=30 000H)		17 290 €	17 290 €	34 580 €	34 580 €	Mutualisation avec les secrétaires du SSIAD + secrétariat dédié a minima : 1/2 ETP avant CPOM, puis 1 ETP. Possibilité de réaffecter des secrétaires associations surdotées.
Groupe 3	Véhicules		39 340 €	59 010 €	143 310 €	230 420 €	Véhicule ADMR pour 5/6 <sup>e</sup> du personnel, optimisation liée aux tournées en binôme.
<b>TOTAL</b>			<b>461 424 €</b>	<b>701 796 €</b>	<b>1 713 032 €</b>	<b>2 729 274 €</b>	
Actualisation annuelle du budget +2%				14 036 €	34 261 €	54 585 €	A ajuster en fonction inflation et augmentation du point incertain après Avenant 43
<b>TOTAL ACTUALISE</b>			<b>461 424 €</b>	<b>715 832 €</b>	<b>1 747 293 €</b>	<b>2 783 859 €</b>	
Rappel nbre de salariés à 130H/mois			14	21	51	82	
Rappel Activité Equipe dédiée Aide (H/an)			15 885	24 542	60 248	96 709	
<b>COÛT PAR HEURE (Actualisé)</b>			<b>29,05 €</b>	<b>29,17 €</b>	<b>29,00 €</b>	<b>28,79 €</b>	Coût de revient réduit grâce à l'effet volume

Je rappelle ici nos **postulats** pour construire le **budget prévisionnel des dépenses de fonctionnement de l'équipe départementale d'aide** :

- Cotisation fédérale pour bénéficier des fonctions support
- Equipe départementale d'aide composée au 2/3 d'AVS et 1/3 d'agents à domicile, avec contrat de travail moyen de 130 heures mensuelles, et taux d'emploi à 76%
- Encadrement assuré par l'IDEC coordinatrice (financée ou non par l'ARS)
- 1 ETP secrétaire pour 30 000 heures d'aide réalisées
- 1 véhicule de service pour 5/6<sup>e</sup> des salariés de l'aide lié au bénéfice de mutualisation avec AS.

**Cette hypothèse budgétaire a été retenue car le coût de revient horaire est compatible avec le niveau de tarification 2022 établi à 29,95€ de l'heure.**

En ce qui concerne les **dépenses d'investissement** (développement informatique notamment), nous pourrions recourir à des **Crédits non reconductibles de l'ARS** ou au **Fond d'Intervention Régional (FIR)**, qui prévoit le financement d'un certain nombre d'actions contribuant à la coordination des interventions. A titre d'exemple, la mission 2 de la campagne 2019 du FIR s'intitule « *Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale* ».

La **Conférence des Financeurs pour la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA)**, créée en 2015, et régi par l'article L233-1 du CASF, sera également mobilisée pour le financement de projets visant à développer la coordination et l'appui d'actions de prévention mises en œuvre par les SAAD et les SPASAD.

#### **4.4.2 Capacité des SAAD locaux à compenser l'activité transférée au SPASAD**

##### **a) Augmenter le taux de réalisation des plans d'aide de 70 à 90%**

Comme évoqué en partie 2.5.1, le **taux de réalisation** (nombre d'heures réalisées par rapport au nombre d'heures prévues dans le plan d'aide APA<sup>34</sup>) est actuellement de 70% en moyenne sur le département. Atteindre 100% de réalisation du plan APA n'est pas possible compte tenu d'un quota d'heures non réalisées du fait du bénéficiaire. Plusieurs raisons sont invoquées : les RDV médicaux, l'hospitalisation (ou le décès) du bénéficiaire ; mais aussi sa situation financière ne permettant pas de régler le reste à charge<sup>35</sup>, ou encore les réticences du bénéficiaire ou de l'aidant à accepter la situation.

Grâce au déploiement du SPASAD, les situations les plus complexes seront transférées à l'équipe départementale ce qui permettra aux associations SAAD locales d'honorer les autres demandes dans leur totalité et notamment toutes les heures d'entretien de la maison, de transport accompagné ou dédiées au lien social, considérées aujourd'hui comme non prioritaires. Je prévois donc une augmentation progressive du taux de réalisation de 70 à **90% en 2025** ; il s'agira de réaliser 36 heures mensuelles au lieu de 28 sur les 40 heures moyennes prévues au plan d'aide APA.

---

<sup>34</sup> Plan d'aide établi par le conseil départemental en lien avec le niveau de dépendance et les besoins de la personne. Il définit un nombre d'heures mensuelles par typologie d'aide (toilette, habillage, aides techniques...).

<sup>35</sup> Le reste à charge moyen au sein de l'ADMR de la Vienne s'élève à 13,6%, alors qu'il est de 21% en moyenne en 2017 en France selon la DREES.

## **b) Honorer les files d'attente**

Nous avons constaté l'existence d'une file d'attente en moyenne de 10% dans les SAAD locaux. L'allègement des situations complexes permettra aux équipes locales d'honorer ces demandes et absorber les files d'attente.

Ce défi ne sera possible que si les SAAD locaux réussissent à remplacer les salariés transférés au SPASAD et à constituer des équipes de professionnels stables localement. Comme déjà évoqué, je suis convaincue que le fait de décharger les SAAD locaux des situations les plus complexes permettra de soulager les équipes, de réduire l'absentéisme et d'améliorer l'attractivité du métier.

Après avoir étudié différentes hypothèses avec la cheffe du pôle finances et le contrôleur de gestion, nous avons convergé vers une trajectoire de **compensation de la totalité des heures d'aide transférées au SPASAD** par des taux de réalisation plus élevés et l'absorption de la liste d'attente. Concrètement, nous envisageons donc **d'augmenter progressivement l'activité globale d'aide du réseau de 100 000 heures en 2025**, c'est à-dire d'autant que le volume transféré au SPASAD.

Ce sont ces indicateurs (90% de taux de réalisation des plans d'aide et 76% de taux d'emploi de l'équipe d'aide départementale) que je défends car ils permettent de **développer le volume d'activité tout en améliorant les conditions de travail et en affectant du temps à la coordination pour garantir la qualité et la cohérence des prestations**. Il s'agit bien là de répondre à une exigence **d'efficience** du modèle économique de l'organisation.

### **4.4.3 Le SPASAD comme centre ressources pour l'ensemble du réseau**

Au-delà de la première intention du SPASAD de répondre de façon coordonnée, graduée et globale aux besoins de la personne âgée dépendante à domicile, cette équipe départementale mixte de professionnels de l'aide et du soin, formée aux cas complexes, habituée à travailler en équipe pluridisciplinaire et en réseau avec les partenaires, constituera progressivement une véritable ressource pour l'ensemble du réseau ADMR.

En effet, elle pourra être mobilisée pour aider à **résoudre certains dysfonctionnements ou venir en renfort** pour des situations compliquées rencontrées localement par les professionnels ou par les bénévoles du SAAD. A titre d'illustration, les SAAD locaux pourront solliciter une réévaluation globale des besoins par une professionnelle du SPASAD afin de procéder à une éventuelle orientation SSIAD ou afin de mettre en place les aides techniques et matérielles rendues nécessaires par l'état de dépendance de la personne âgée. Comme autre exemple, je pourrais citer le développement de programmes

de prévention de la perte d'autonomie qui seront élaborés au sein du SPASAD, en partenariat avec d'autres acteurs (CARSAT, MSA) et qui seront déployés localement.

A plus long terme, **les valeurs ajoutées liées à la coordination et la transversalité du SPASAD pourront être appliquées à l'ensemble du réseau**. D'ici 2025, les SAAD et SSIAD n'existeront probablement plus, et l'ensemble constituera les futurs « Services Autonomie à Domicile » incarnant le travail en équipes pluridisciplinaires intégrées. C'est pourquoi je prévois que le périmètre du SPASAD se centrera au départ sur les situations doubles puis que les outils et pratiques coordonnés et intégrés pourront s'appliquer à l'ensemble des prestations d'aide et de soin du réseau.

#### **4.4.4 Redonner du sens à l'engagement bénévole**

Le SPASAD constitue une réponse au désengagement bénévole. Comme évoqué en point 3.1.4., les bénévoles s'engagent par altruisme et pour donner du sens à leur vie, dans 95% des cas au moment de leur départ en retraite. Aujourd'hui, certains d'entre eux reculent devant la complexité des tâches et des situations d'accompagnement qui les mobilisent excessivement et les mettent en difficulté.

Le SPASAD permettra aux bénévoles locaux de passer le relais quand cela sera nécessaire et ainsi de se décharger des accompagnements les plus lourds et complexes.

Cette disponibilité retrouvée par les bénévoles leur permettra de redéployer leur **mission première de lien social avec les bénéficiaires**. Ils pourront également coordonner la mise en place localement **d'actions de prévention de la perte d'autonomie** impulsées par le SPASAD et **être garants du projet associatif pour lequel ils se sont engagés**.

La création du SPASAD constitue donc une mesure importante pour redonner du sens à l'engagement bénévole, permettant de les fidéliser et ainsi de faire perdurer le modèle de coopération triangulaire de l'ADMR, bénéficiaire-bénévole-professionnel.

#### **4.4.5 Etoffer le réseau partenarial et mener une campagne de communication**

L'ADMR intervient déjà par des prestations d'aide et d'accompagnement sur le territoire départemental. La nouveauté se situe dans les modalités de prise en charge via la création du SPASAD. Il sera important de créer des outils de communication adaptés à cette nouvelle entité : un numéro de téléphone unique, une adresse e-mail, une mise à jour du site internet [www.admr86.fr](http://www.admr86.fr), et un éventuel flyer dédié à diffuser amplement.

##### **a) Informer les partenaires actuels**

**Il s'agira dans un premier temps d'informer les partenaires actuels de la création du SPASAD et du nouveau fonctionnement mis en place.**

Je pense notamment aux évaluateurs du département, aux différents services hospitaliers, notamment la gériatrie qui est prescripteur régulier du SSIAD, l'HAD, le réseau de médecins traitants, kinésithérapeutes, infirmières libérales avec lesquelles nous collaborons régulièrement. Il faudra aussi informer les fournisseurs d'aides techniques, les services sociaux, les Accueils de jour et les EHPAD du territoire.

**b) Développer de nouveaux partenariats**

Compte tenu de la visée élargie de la coordination assurée par le SPASAD, nous serons amenés à construire des partenariats avec de nouveaux acteurs. Je pense en particulier à l'ANAH, qui accompagne et finance certains travaux **d'aménagements de l'habitat** pouvant contribuer au maintien à domicile dans de bonnes conditions pour les personnes âgées et pour nos professionnels.

Il faudra également mobiliser toutes les **solutions de répit** qui existent aujourd'hui et qui vont se développer, soit directement en direction du bénéficiaire soit en direction de l'aidant. L'ADMR organise déjà des RDV mensuels pour les aidants, avec ou sans les aidés, avec un programme de sorties culture et loisir très appréciées. D'autres associations du territoire réalisent ce genre de prestations gratuitement, comme le Collectif Associatif de Soutien aux Aidants, la Plateforme d'accompagnement et de Répit des Aidants du Nord Vienne, la Pause-Café des Aidants... Il s'agit pour le SPASAD d'être au fait de toutes ces initiatives afin de pouvoir proposer la plus adaptée à la personne accompagnée, sur son secteur géographique.

Enfin, le projet de Services Autonomie à Domicile **oblige tous les SAAD de France d'être en mesure de proposer une prestation de soins, en interne ou à travers un partenariat avec un autre service.**

Le SSIAD ADMR ayant le monopole sur les  $\frac{3}{4}$  du département de la Vienne, nous serons nécessairement amenés **à bâtir des partenariats avec des SAAD concurrents** implantés sur notre territoire d'intervention. Cela se fait ponctuellement aujourd'hui, mais la coordination est quasi inexistante. Il y aura donc un travail important à mener pour construire une coordination efficace autour du bénéficiaire commun. Le logiciel Paaco Globule sera un outil central de ces partenariats.

Le SPASAD sera bien sûr en lien régulier avec les SAAD locaux ADMR pour le transfert de situations. Il faudra certainement envisager aussi que les professionnels locaux puissent ponctuellement relayer les binômes départementaux en cas de besoin sur des compléments de prestation d'aide.

#### 4.4.6 Programmation du plan d'actions et évaluation

Le plan d'actions détaillé (cf. Annexe 9) s'articule autour des trois axes stratégiques définis en partie 3.2.6. Il est **programmé sur la période 2022-2027**, avec des actions à court terme (1 an), à moyen terme (3 ans) et à long terme (5 ans).

Les **parties prenantes** impliquées dans chaque action seront mises à contribution : les **autorités de contrôle et tarification et la gouvernance** pour valider les grandes décisions, les **professionnels et les bénévoles** pour obtenir l'adhésion nécessaire à un changement pertinent, et les **usagers et leurs aidants** pour veiller à l'intérêt de la personne âgée.

Des **indicateurs quantitatifs** (nombre de dossiers transférés, nombre de recrutements, tournées de binômes...) et **qualitatifs** (satisfaction et participation des usagers, climat social et QVT...) seront définis pour chaque action qui fera l'objet d'une évaluation annuelle et sera réajustée le cas échéant. C'est un projet qui doit embrasser tous les niveaux de l'organisation et qui nécessite de la souplesse et de l'adaptation pour atteindre ses objectifs, et répondre de façon cohérente aux conclusions du diagnostic initial.

## Conclusion

La question de l'accompagnement du vieillissement et de la dépendance se situe aujourd'hui à un moment crucial. Il s'agit au niveau national de structurer une filière dans son ensemble et d'articuler le rôle de chacun des acteurs (aide et soin à domicile, Ehpad dans et hors-les-murs, soignants libéraux, médecins, hôpital, aidants, administration...).

L'enjeu central pour l'ADMR est de faire progresser la qualité de service et d'intervention en prenant en compte les attentes des usagers, les exigences des financeurs, les difficultés d'attractivité des métiers, et les particularités organisationnelles liées à son histoire.

Le réseau ADMR de la Vienne doit pouvoir s'inscrire durablement et stratégiquement dans une filière et dans son environnement territorial.

En tant que directrice du pôle Médico-social de la fédération départementale ADMR de la Vienne, j'ai été mandatée par ma direction générale pour déployer un SPASAD départemental. J'ai mené une étude approfondie des enjeux et des risques de cette transformation sur notre organisation et sur la qualité de nos accompagnements, et je conclus ce mémoire en vous confirmant ma conviction profonde de la pertinence de développer ce projet d'intervention sociale.

En effet, le SPASAD incarne pour moi la réponse la plus adéquate et efficace aux nouveaux besoins et attentes des bénéficiaires, en particulier en leur apportant des prestations graduées, cohérentes et mieux coordonnées, et en simplifiant leurs démarches tout en favorisant leur participation. Cette entité départementale sera en outre plus à même de garantir la coordination de nos interventions avec l'ensemble des acteurs du territoire.

Le déploiement du SPASAD est par ailleurs un véritable outil sur le plan RH, sujet extrêmement sensible aujourd'hui pour notre organisation et pour le secteur dans son ensemble. La création d'une équipe intégrée d'aide et de soin sera l'occasion de faire évoluer les conditions de travail et de favoriser la motivation et la reconnaissance des salariés par l'inscription de pratiques professionnelles en équipe, mais aussi d'expérimenter de nouvelles modalités de formation et de développement des compétences.

Sur le plan économique, le modèle SPASAD permettra d'harmoniser et professionnaliser encore nos pratiques et de redonner du souffle aux associations SAAD de proximité pour développer leur activité « cœur de métier ».

Enfin, le SPASAD répond aux orientations des politiques publiques, qui exigent une capacité d'intervention transversale et coordonnée au domicile des personnes âgées. Le SPASAD permet à l'ADMR d'anticiper la transformation en Services Autonomie à Domicile qui sera opérationnelle d'ici 2025.

---

# Bibliographie

---

## Lois

ASSEMBLEE NATIONALE, Loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, relative au contrat d'association.

ASSEMBLEE NATIONALE, Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, publiée au JORF du 25 janvier 1997.

ASSEMBLEE NATIONALE, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, publiée au JORF du 3 janvier 2002.

ASSEMBLEE NATIONALE, Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

ASSEMBLEE NATIONALE, Loi n°2014-58 du 27 janvier 2014, de Modernisation de l'Action Publique Territoriale et d’Affirmation des Métropoles, publiée au JORF n°0023 du 28 janvier 2014.

ASSEMBLEE NATIONALE, Loi n°2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire, publiée au JORF du 1<sup>er</sup> août 2014.

ASSEMBLEE NATIONALE, Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement, publiée au JORF n°0301 du 29 décembre 2015.

ASSEMBLEE NATIONALE, Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, publiée au JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

ASSEMBLEE NATIONALE, Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, publiée au JORF n° 0172 du 26 juillet 2019.

ASSEMBLEE NATIONALE, Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 relative aux dépenses de la sécurité sociale pour l'exercice, 2022, publiée au JORF n°0299 du 24 décembre 2021.

## Réglementation

AGENCE REGIONALE DE SANTE NOUVELLE-AQUITAINE, Schéma Régional de Santé 2018-2023, p.48, 50 et 73.

CODE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, articles L311-1 et suivants et L312-1 et suivants.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, article L1110-4.

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA VIENNE, Schéma des Solidarités 2020-24, Fiches actions.

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA VIENNE, Guide Bien vieillir dans la Vienne, p.2.

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, Circulaire DGAS/2C n°2005-111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE, Instruction DGCS/SD3A/CNSA n°2016-33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD.

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE, Notice explicative de la réforme des Services à Domicile du 1<sup>er</sup> février 2022, p. 5, [www.notice-explicative-reforme-des-services-a-domicile](http://www.notice-explicative-reforme-des-services-a-domicile).

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE, Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation des services de soins à domicile pour personnes âgées.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Décret n°2004-613 du 25 juin 2004, relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des SAAD et des SPASAD.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, Arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations SPASAD.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Décret n°2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Décret 2019-457 du 15 mai 2019 relatif à la répartition et l'utilisation des crédits mentionnés au IX de l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 visant à la préfiguration d'un nouveau modèle de financement des SAAD.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Décret n°2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Instruction DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2021/229, du 16 novembre 2021 complétant celle du 8 juin 2021, relative à la campagne budgétaire 2021 des ESMS.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Décret n° 2021-1932 du 30 décembre 2021 relatif au tarif minimal applicable aux heures d'aide à domicile et à la dotation visant à garantir le fonctionnement intégré de l'aide et du soin au sein d'un service autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE L'INSERTION, Arrêté n°2941 du 28 juillet 2021 portant extension d'avenants à la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Préambule de la Constitution, entrée en vigueur le 7 avril 1948.

### **Articles et revues**

ADAM S., JOUBERT S., MISSOTTEN P. (2013), L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et les chercheurs !, *Revue de neuropsychologie*, 2013/1, Volume 5, p. 4 à 8.

BOUQUET B., DUBECHOT P., JAEGER M. (2017), Du projet au parcours, *Vie Sociale*, N°18, p. 10.

CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICAS (2020), Un perfil de las personas mayores en España, p.32 ([article\\_pdf](#)).

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (Juin 2020), Profils, niveaux de ressources et plans d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en 2017, *Etudes et Résultats*, n°1152.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (Edition 2020), L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), Fiche 15, *L'aide et l'action sociale en France*, p.97 et 100.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (Octobre 2021), Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : la moitié des plans d'aide incluent des aides techniques, *Etudes et Résultats*, n°1214.

FROSSARD M. (2002), Enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées, *Gérontologie et Société, Réseaux et coordination*, Volume 25, N°100, p.37

GARVIN D. A. (1993), Building a Learning Organization, *Harvard Business Review Magazine*, [Building a Learning Organization \(hbr.org\)](#)

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (2009), Poitou-Charentes, revue *Décimal*, N°294, p. 4.

LE SOMMER-PERE M. (2002), Les différents niveaux de coordination, *Gérontologie et Société, Réseaux et coordination*, Volume 25, N°100, p. 50.

MINISTERE CHARGE DE L'AUTONOMIE (Octobre 2021), *Isolement social des aînés : des repères pour agir*. Avis repris du Conseil économique, social et environnemental de juin 2017, *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*.

OSPITAL D., TEMPLIER C. (2018), La professionnalisation des associations, source ou perte de sens pour l'action bénévole ? Etude du cas Surfrider Foundation Europe, *Revue interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, N°32, volume 7.

WEBER A. (Edition 2006), Regard sur l'APA trois après sa création, *Données sociales, La société française*, p. 604 et 605.

### **Rapports et études**

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE (Janvier 2012), *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

AGENCE REGIONALE DE SANTE NOUVELLE-AQUITAINE, DPSP, Pôle Evaluation, étude et statistiques (Juillet 2018). *Carte zonage médecins et cartographie du zonage de mise en œuvre des mesures de l'avenant n°6 à la convention des infirmiers*. <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/les-zonages-des-professionnels-de-sante-liberaux-2>

BONNE, B., MEUNIER, M., Sénat (2020), Commission des affaires sociales et de la prévention sur la perte d'autonomie, *Rapport d'information N°453*.

CABINET ETHIQUE ET QUALITE (Octobre 2020), *Rapport d'évaluation Externe, SAAD ADMR de la Vienne.*

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE, 2019, *Rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations menées sur les SPASAD intégrés.*

FEDERATION DEPARTEMENTALE ADMR DE LA VIENNE, Pôle Qualité (2020), *Résultats questionnaire de satisfaction SAAD, SSIAD.*

FEDERATION DEPARTEMENTALE ADMR DE LA VIENNE, Pôle Qualité (2021), *Rapport d'évaluation interne SSIAD, p.119.*

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (Edition 2020), Tableaux de l'économie française, Population par âge

INSTITUT FRANÇAIS D'OPINION PUBLIQUE et SocioVision (2019), *Etude de la Fédération du Service aux Particuliers*, slide 30.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (2021), *Statistiques locales, Démographie, Estimations.*

FRANCE BENEVOLAT, INSTITUT FRANÇAIS D'OPINION PUBLIQUE (2019), *4<sup>e</sup> édition du Baromètre du bénévolat*, [www.SyntheseEtude](http://www.SyntheseEtude)

LAROQUE P. (1962), *Rapport Laroque.*

LES PETITS FRERES DES PAUVRES, *Rapport 2020 ; Isolement des personnes âgées : les effets du confinement.*, p. 67, p. 69 et p. 78.

LIBAULT D. (2019), *Rapport de la Concertation Grand âge et Autonomie*, p. 22.

LIBAULT D. (2019), *Synthèse des travaux : Atelier Parcours des personnes âgées*, p. 3-4.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE (2020), *Expérimentations Paerpa 2013-2019 : bilan et perspectives du parcours des aînés*, Dossier de presse.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE (2020), Fonds d'Intervention Régional, *Rapport d'activité 2019*, p. 23.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE (2022), *Chiffres clés du PLFSS 2022*, p. 5.

PIVETEAU D. (2022), *Rapport 2022, Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change*, p. 10.

## **Ouvrages**

AUTISSIER D., MOUTOT J.M. (2016), *Méthode de conduite du changement*, 4<sup>e</sup> édition, Dunod.

BLANCHET M., (2017), *Atlas des séniors et du grand âge en France*, Presses de l'EHESP, p.13.

BRUGERE F. (2021), *L'éthique du « CARE »*, 4<sup>e</sup> Edition, Que Sais-je ?

CHAMPVERT P. (2012), *Prendre soin de nos aînés c'est déjà prendre soin de nous*, Carnets Nord.

GUERIN S. (2007), *L'invention des séniors*, Hachette Pluriel référence, p.18

VEROT P. (2020), *Penser et agir autrement dans les établissements et services médico-sociaux*, L'Harmattan.

LALOUX F. (2017), *Reinventing Organizations*, Diateino.

### **Sites internet**

[www.eurocarers.org/about-carers/](http://www.eurocarers.org/about-carers/)

[www.senioractu.com/Le-point-sur-la-prise-en-charge-des-personnes-agees-en-Europe-et-au-Canada-partie-1\\_a20798.html](http://www.senioractu.com/Le-point-sur-la-prise-en-charge-des-personnes-agees-en-Europe-et-au-Canada-partie-1_a20798.html)

[www.statistiques-locales.insee.fr](http://www.statistiques-locales.insee.fr)

[www.citoyennage.fr/pourquoi/](http://www.citoyennage.fr/pourquoi/)

[www.inserm.fr/dossier/alzheimer-maladie](http://www.inserm.fr/dossier/alzheimer-maladie)

[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

[www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/hospitalisation](http://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/hospitalisation)

---

# Glossaire

---

## Acculturation

« *Modification des modèles culturels de base de deux ou plusieurs individus ou de deux ou plusieurs ethnies distinctes, résultant du contact direct et continu de leurs cultures différentes. Adaptation d'un individu ou d'un groupe à la culture environnante* »<sup>36</sup>.

## Montants plans d'aide APA

Le **montant notifié** du plan d'aide APA « *correspond à l'estimation réalisée par l'équipe médico-sociale de la quantité d'aide nécessaire, compte tenu des besoins du bénéficiaire, et valorisée à un tarif fixé par le département selon le type de prise en charge requis* ».

Le **montant consommé** du plan d'aide APA, inférieur ou égal à celui du plan d'aide notifié, « *correspond à la valeur de l'aide qui est mise en œuvre et que le bénéficiaire reçoit effectivement. Une partie seulement de ce montant est financée par le conseil départemental, tandis que la partie complémentaire, qualifiée de ticket modérateur, est à la charge du bénéficiaire selon un barème qui dépend de ses ressources* ».

La **dépense moyenne par bénéficiaire** des conseils départementaux relative à l'APA « *correspond à la dépense inscrite au compte administratif sur une année, rapportée à un nombre moyen de bénéficiaires* ».<sup>37</sup>

## Situation critique

« *Une situation peut être qualifiée de « critique » si deux conditions sont réunies :*

1. *La complexité de la prise en charge doit générer pour les personnes concernées des ruptures de parcours, tels que des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement et des refus d'admission ;*
2. *L'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille doivent être mises en cause.* »<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> LAROUSSE, [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)

<sup>37</sup> DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, 2020, « L'Allocation Personnalisée d'Autonomie », *L'aide et l'action sociale en France*, Fiche 15, page 95.

<sup>38</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Circulaire N°DGCS/SD3B/CNSA/2013/381, du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes.

## **Situation complexe**

« ...Patients en **situation complexe**, sans distinction d'âge, de pathologie ou de handicap. Cette complexité, susceptible d'accentuer ou de provoquer des ruptures dans le parcours de santé , se caractérise par la présence d'au moins un des critères suivants :

1. Intervention de **plusieurs catégories de professionnels** de santé, sociaux ou médico-sociaux autour du patient (article 74 de la loi n°2016-47 du 26 janvier 2016)
2. **Complexité médicale** : association de plusieurs pathologies et/ou cumul de plusieurs ALD, sévérité des pathologies, maladie rare pouvant entraîner une errance diagnostique et médicale, association d'une pathologie et d'un handicap, problématique de santé mentale, équilibre non acceptable depuis plusieurs mois, hospitalisations répétées dans l'année pour la même problématique...
3. **Complexité psycho-sociale** : faible recours aux soins/absence de médecin traitant, isolement ou vulnérabilité sociale (problèmes financiers, problème d'accès aux droits, logement inadapté, chômage, situation de maltraitance, épuisement des aidants...), difficultés relationnelles, pratiques de santé inadaptées (non-observance, conduite à risque...), handicap, intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance... »<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> AGENCE REGIONALE DE SANTE NOUVELLE AQUITAINE, Plateforme Territoriale d'Appui, Document régional d'orientation et d'appui, page 7.



---

## Liste des annexes

---

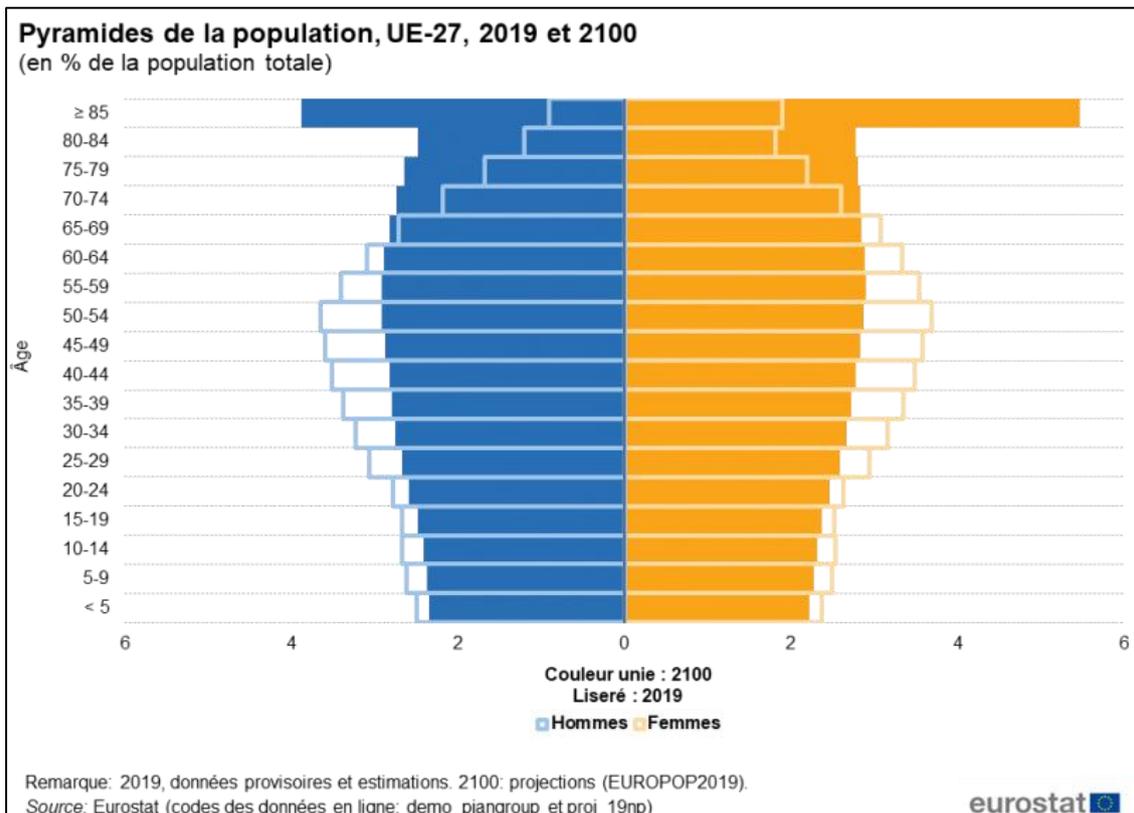
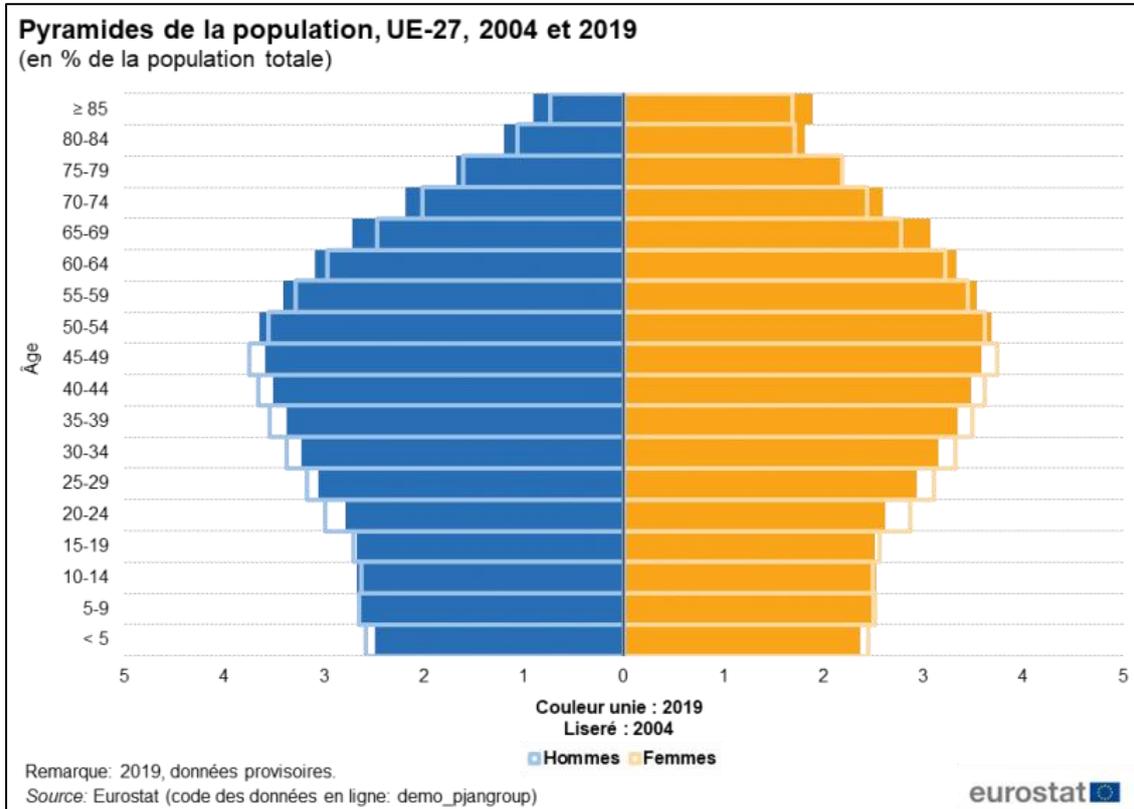
ANNEXE 1 : Données démographiques européennes et françaises.....	I
ANNEXE 2 : Profils GIR et éléments statistiques sur l'APA en France.....	III
ANNEXE 3 : Extraits de l'Analyse des Besoins Sociaux, Pleumartin 2020.....	V
ANNEXE 4 : Enquêtes de satisfaction SAAD et SSIAD 2019.....	VII
ANNEXE 5 : Données relatives aux Ressources Humaines.....	XII
ANNEXE 6 : Facteurs clés de succès des diagnostics interne et externe.....	XV
ANNEXE 7 : Périmètre du SPASAD au sein de la fédération ADMR 86.....	XVII
ANNEXE 8 : Extraits de la Convention de mandat de gestion.....	XVIII
ANNEXE 9 : Plan d'actions, calendrier et évaluation.....	XX



## ANNEXE 1 : Données démographiques européennes et françaises

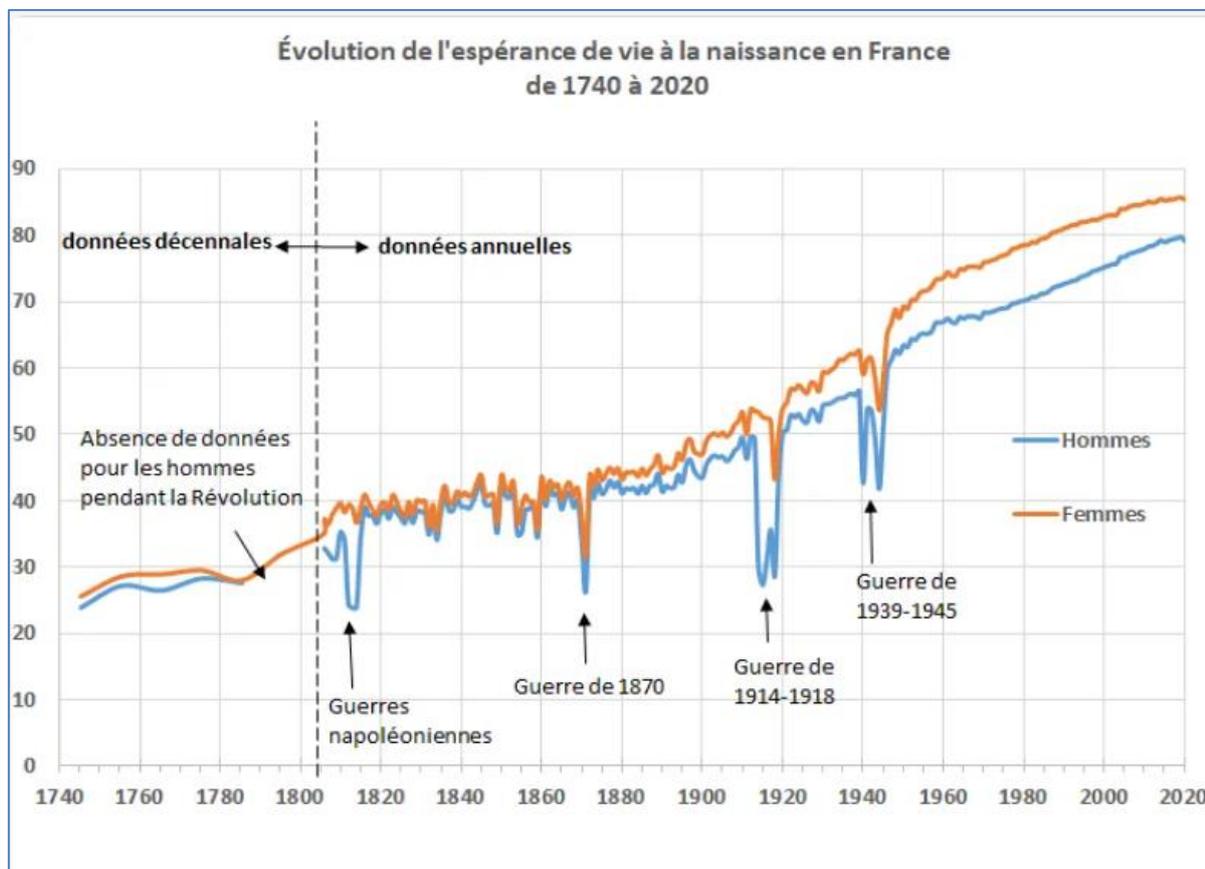
- **FIGURES 1 ET 2** : Pyramides de la population UE.

Source : EUROSTAT, Structure et vieillissement de la population, 21 December 2020  
by [EXT-A-Redpath](#)



- **FIGURE 3 :** Evolution de l'espérance de vie à la naissance en France de 1740 à 2020.

Source : INED, <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>



- **FIGURE 4 :** Nombre de seniors en perte d'autonomie.

Source : INSEE, LARBI K., Pôle Emploi-population, DREES, ROY D., 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050.

	2015	2027	2050
<b>Nombre de seniors</b>	16 235 900	19 933 500	24 274 500
<b>Nombre de seniors en perte d'autonomie</b>	2 488 900	2 958 300	3 989 200
À domicile	1 948 700	2 347 400	3 160 200
En établissement	540 200	610 900	828 900

Champ : France hors Mayotte, personnes de 60 ans ou plus.  
Sources : Insee, projections Omphale ; Drees, enquêtes EHPA 2015 et VQS 2014.

- **FIGURE 1** : LIBAULT, 2019, *Rapport Grand âge et Autonomie*, p. 188

**Caractéristiques du demandeur en fonction du GIR auquel il est rattaché**

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - Ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, - Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement, - Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : Annexe 2-1 CASF.

- **FIGURES 2 et 3** : DREES, Remontées individuelles APA-ASH 2017.

**Tableau 2** Caractéristiques moyennes des bénéficiaires de l'APA à domicile, fin 2017

Variable	Tous bénéficiaires	Bénéficiaires recevant une aide humaine				
	Tous GIR	Tous GIR	GIR 4	GIR 3	GIR 2	GIR 1
Âge (en années)	84,3	84,3	83,6	85,2	85,3	86,0
Part de femmes seules (en %)	51	51	52	52	47	46
Part de femmes en couple (en %)	19	19	20	16	19	23
Part d'hommes seuls (en %)	12	13	13	13	10	6
Part d'hommes en couple (en %)	17	17	15	19	24	25
Ressources mensuelles (en euros)	1 360	1 360	1 340	1 380	1 430	1 350
Montant du plan notifié (en euros)	550	560	370	670	960	1 270
Taux de participation du bénéficiaire (en %)	21	21	22	20	19	16
Part de plans saturés ou « au plafond » (en %)	12	12	7	17	23	28
Part dont le plan contient exclusivement de l'aide humaine (en %)	44	45	51	40	34	30
Proportion d'aide humaine dans le montant du plan (en %)	87	90	91	90	89	89
Montant d'aide humaine dans le plan (en euros)	480	500	340	600	870	1 150
Quantité d'aide humaine dans le plan (en heures / mois)	27	29	19	34	50	68
Part de bénéficiaires qui sous-consomment (en %), dont :	-	47	49	46	44	39
part non consommée (en %)	-	33	33	34	35	34
montant non consommé (en euros)	-	170	110	210	310	380

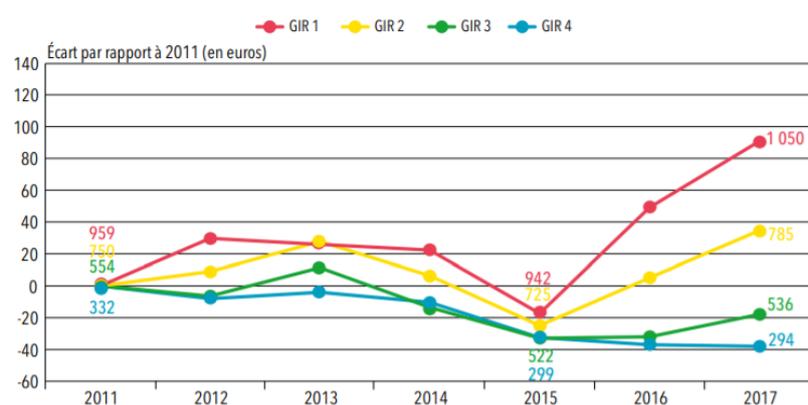
**Note** > Données pondérées pour être représentatives de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile au niveau national.

**Lecture** > En 2017, les bénéficiaires de l'APA à domicile sont âgés de 84,3 ans en moyenne. Parmi ceux recevant une aide humaine, les bénéficiaires en GIR 4 ont en moyenne 83,6 ans, tandis que ceux en GIR 1 ont en moyenne 86,0 ans.

**Champ** > Bénéficiaires de l'APA à domicile payés au titre du mois de décembre 2017.

**Source** > DREES, remontées individuelles APA-ASH 2017.

**Graphique 4** Variation par GIR du montant moyen mensuel du plan d'aide consommé, pour les bénéficiaires de l'APA à domicile, de 2011 à 2017



**Note** > Montants moyens consommés du plan d'aide pondérés par le nombre de bénéficiaires payés au titre du mois de décembre dans chaque département et au sein de chaque GIR. Moyennes calculées sur les départements ayant fourni une information valide sur les montants consommés d'APA dans l'enquête Aide sociale (entre 46 et 78 selon les années).

**Lecture** > Fin 2017, le montant moyen du plan d'aide consommé pour les bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 4 a diminué de quasiment 40 euros par rapport à 2011. Il est de 294 euros, contre 332 euros fin 2011.

**Champ** > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

**Source** > DREES, enquête Aide sociale.

### ANNEXE 3 : Extraits de l'Analyse des Besoins Sociaux des personnes âgées du CCAS de Pleumartin, 2020

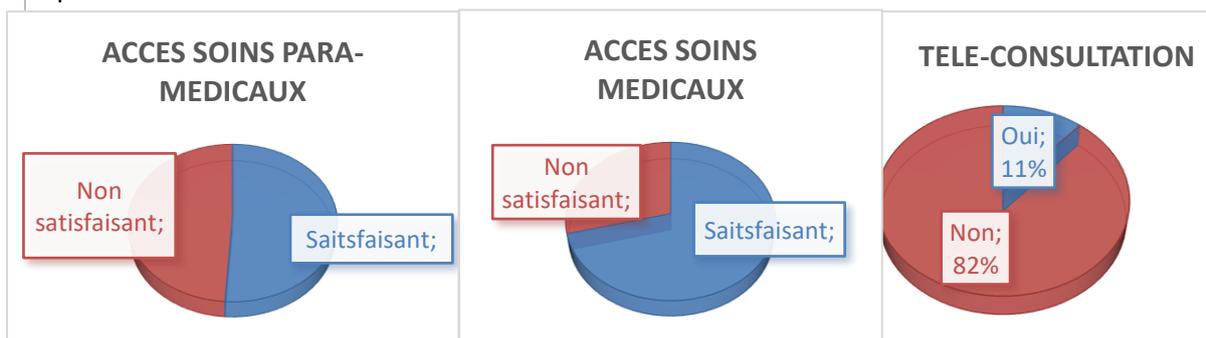
#### ANALYSE DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE "ANALYSE DES BESOINS SOCIAUX"

Remis en boîte aux lettres à près de 280 habitants de la commune de Pleumartin âgés de 65 ans et plus. 64 questionnaires remplis représentant 95 personnes, soit un taux de retour de 34%.

#### ACCES AUX SOINS :

L'accès aux soins médicaux semble plus satisfaisant (69%) que celui aux soins paramédicaux (51%), en particulier concernant les soins dentaires et de kinésithérapie.

Pourtant 82% des répondants ne se disent pas intéressés par la téléconsultation avec un médecin spécialiste.



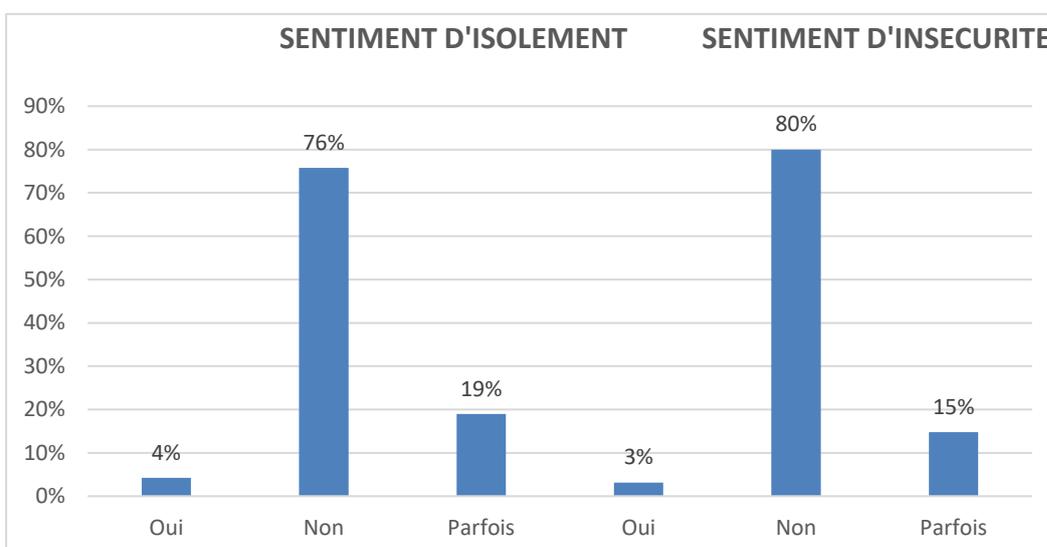
#### VIE SOCIALE :

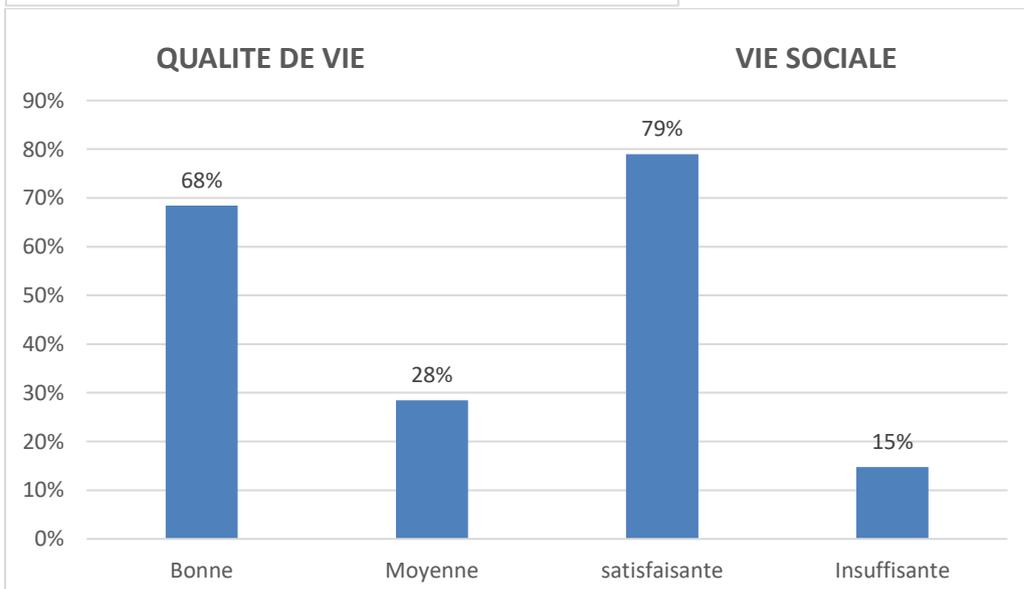
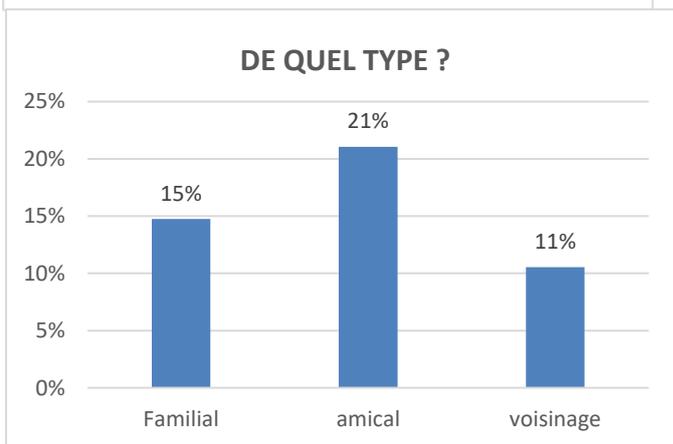
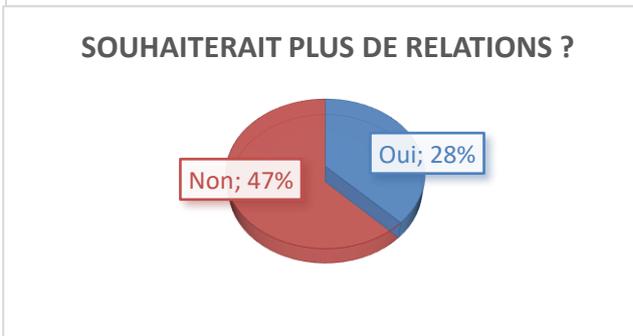
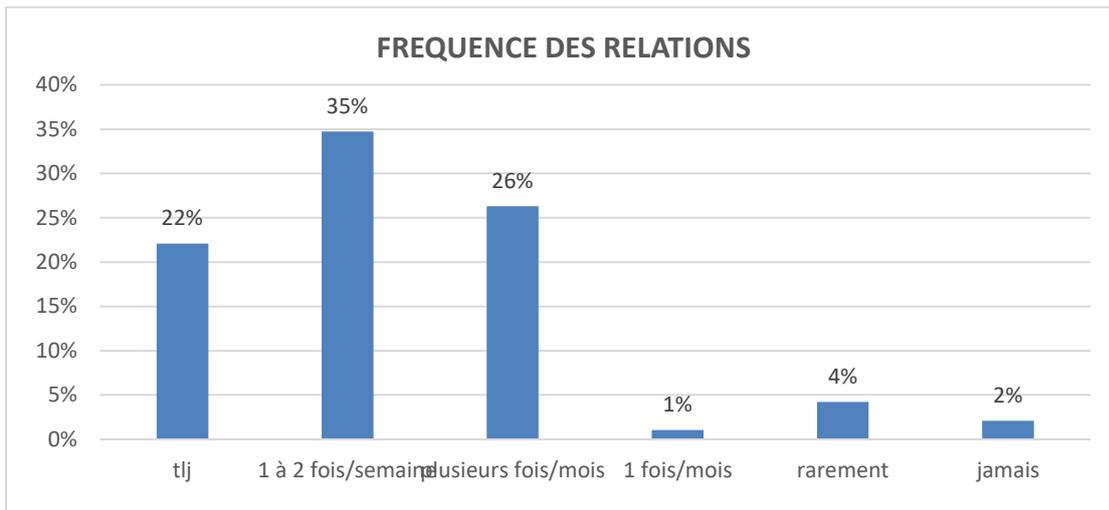
Globalement, les répondants évoquent une qualité de vie et une vie sociale satisfaisantes sur la commune de Pleumartin (respectivement à 68% et 79%).

Toutefois on peut remarquer que :

- ils **sont 23% à souffrir d'isolement et 18% d'insécurité**. L'isolement est accentué par la crise COVID (jusqu'à 56% d'isolement sur la période).
- 42% d'entre eux attestent que leurs interactions sociales ne relèvent pas de leur initiative.
- 7% d'entre eux semblent n'avoir des relations sociales que rarement (moins d'1 fois/mois).

Parmi les 28% de répondants qui souhaiteraient avoir plus de relations sociales, elles seraient principalement familiales et amicales.





**ANNEXE 4 – Enquêtes de satisfaction 2019**

**RESULTATS QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION – Service d’Aide et d’Accompagnement à domicile 2019**

DATE : 2019  
 ASSOCIATION DE : Compilation Départementale

Nombre de questionnaire envoyés 5302  
 Nombre de questionnaire retournés 1758  
 Taux de réponse 33%

**RESULTAT 1 : LE SERVICE APORTE**

2 - Que pensez-vous du service apporté sur les points suivants :	Tout à fait d'accord	%	Plutôt d'accord	%	Plutôt pas d'accord	%	Pas du tout d'accord	%	sans réponse	%
La prestation est adaptée à vos besoin	1086	61,77%	504	28,67%	24	1,37%	3	0,17%	102	5,80%
La continuité des interventions est assurée : en cas de maladie de l'intervenant (e)	901	51,25%	410	23,32%	41	2,33%	24	1,37%	303	17,24%
La continuité des interventions est assurée : en période congés de l'intervenant (e)	853	48,52%	389	22,13%	46	2,62%	22	1,25%	306	17,41%
Les contacts avec l'association sont suffisamment fréquents	674	38,34%	563	32,03%	124	7,05%	43	2,45%	242	13,77%
L'accueil téléphonique est de qualité	864	49,15%	523	29,75%	69	3,92%	25	1,42%	203	11,55%
L'accueil physique est de qualité	870	49,49%	447	25,43%	44	2,50%	18	1,02%	253	14,39%
Vos interlocuteurs sont disponibles	841	47,84%	513	29,18%	63	3,58%	23	1,31%	228	12,97%
Vos interlocuteurs sont réactifs et prennent en compte vos demandes	866	49,26%	508	28,90%	64	3,64%	22	1,25%	209	11,89%
Les informations données sont claires	827	47,04%	535	30,43%	52	2,96%	18	1,02%	213	12,12%

	OUI	%	NON	%
3 - Connaissez-vous la personne qui suit votre intervention (réfèrent bénévole)	1075	61,15%	526	29,92%
4- Si oui, pouvez-vous la contacter facilement ? Si non, pourquoi ?	1019	57,96%	196	11,15%

<b>SOUS-TOTAL RESULTAT 1</b>	73,78	Min	Max	Ecart type
		39	100	12

## RESULTAT 2 : LES OUTILS DE LIAISON ET DE COMMUNICATION

	OUI	%	NON	%	Je ne sais pas	%	Sans réponse	%
5 - Le livret d'accueil (livret vert broché) qui vous a été remis en début de prestation vous a-t-il été commenté ?	1039	59,10%	189	10,75%	225	12,80%	197	11,21%
6 - Le classeur de liaison (classeur vert) est-il utilisé par les intervenants ?	1412	80,32%	70	3,98%	88	5,01%	114	6,48%

7 - Que pensez-vous des documents suivants	Très satisfaisant	%	Plutôt satisfaisant	%	Plutôt insatisfaisant	%	Très insatisfaisant	%	Sans réponse	%
La clarté et la fiabilité du devis-contrat	698	39,70%	650	36,97%	24	1,37%	5	0,28%	270	15,36%
La clarté et la fiabilité du règlement de fonctionnement	665	37,83%	614	34,93%	30	1,71%	7	0,40%	312	17,75%
La clarté de votre facture mensuelle	885	50,34%	562	31,97%	50	2,84%	19	1,08%	160	9,10%
La clarté de l'attestation fiscale annuelle	753	42,83%	514	29,24%	22	1,25%	13	0,74%	318	18,09%

### SOUS-TOTAL RESULTAT 2

	Min	Max	ecart type
	73,87	55	98

## RESULTAT 3 : LES RELATIONS AVEC VOS/VOTRE INTERVENANT(E)(S)

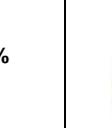
8 - L'intervenant(e) qui vient en général à votre domicile est :	Toujours	%	Souvent	%	Parfois	%	Rarement	%	Sans réponse	%
Aimable	1477	84,02%	168	9,56%	14	0,80%	4	0,23%	65	3,70%
Disponible	1395	79,35%	191	10,86%	19	1,08%	2	0,11%	101	5,75%
de confiance	1393	79,24%	187	10,64%	20	1,14%	2	0,11%	108	6,14%
Ponctuel(le)	1276	72,58%	256	14,56%	41	2,33%	9	0,51%	117	6,66%
Discret(e), respectueux(se) de votre vie privée	1402	79,75%	180	10,24%	22	1,25%	7	0,40%	101	5,75%
Respectueux(se) de votre intimité et de votre dignité	1386	78,84%	153	8,70%	16	0,91%	1	0,06%	118	6,71%

9 - Concernant vos relations avec l'intervenant(e), que diriez-vous de :	Très satisfaisant	%	Plutôt satisfaisant	%	Plutôt insatisfaisant	%	Très insatisfaisant	%	Sans réponse	%
Sa prise d'initiative, son autonomie	1003	57,05%	565	32,14%	21	1,19%	6	0,34%	114	6,48%
Ses compétences et savoir-faire	1012	57,57%	555	31,57%	20	1,14%	5	0,28%	107	6,09%
L'adéquation entre le travail réalisé et le travail demandé	1011	57,51%	539	30,66%	24	1,37%	4	0,23%	110	6,26%

La qualité de votre relation	1188	67,58%	416	23,66%	10	0,57%	3	0,17%	91	5,18%
------------------------------	------	--------	-----	--------	----	-------	---	-------	----	-------

	OUI	%	NON	%	Sans réponse	%
<b>10 - Si plusieurs intervenants viennent à votre domicile, diriez-vous qu'il y a une bonne coordination entre eux ?</b>	1128	64,16%	127	7,22%	355	20,19%
<b>SOUS-TOTAL RESULTAT 3</b>			87,29	74	99	5

#### RESULTAT 4 : SATISFACTION GLOBALE

		%		%		%		%	Sans réponse	%
<b>Globalement vous êtes ?</b>	1004	57,11%	306	17,41%	26	1,48%	10	0,57%	240	13,65%
<b>SOUS-TOTAL RESULTAT 4</b>			74,52	29	100	14				

#### VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS D'AMELIORATION

##### Remarques sur les plannings :

- Avertir en cas de changements de plannings : 10 remarques
- Changements de plannings trop fréquents : 5 remarques
- Horaires non adaptés : 4 remarques
- Horaires pas respectés : 2 remarques

##### Remarques sur les intervenantes :

- Changements d'intervenante trop fréquent : 19 remarques
- Insatisfaction sur les intervenantes (manque de formation pour les nouvelles, compétence, manque d'écoute, hygiène (sabot, mains)) : 10 remarques
- Disparité entre les intervenantes : 6 remarques
- Pas de coordination entre les intervenantes : 3 remarques
- Redonner les consignes lors des changements d'intervenantes : 2 remarques
- Satisfaction sur les intervenantes : 5 remarques positives

##### Remarques sur les bénévoles (1 seule remarque à chaque fois) :

- confusion entre secrétaire et bénévole
- pas de relation avec les bénévoles (obligé de passer par le secrétariat)
- ne connaît pas le référent bénévole

**RESULTATS QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION - Service de soins infirmiers à domicile 2019**

Nombre de questionnaires envoyés 315  
 Nombre de questionnaires retournés 119  
 Taux de réponse 38%

**RESULTAT 1 : "88,45 % des bénéficiaires sont satisfaits de la prestation réalisée par notre service de soins infirmiers à domicile**

1 - Que pensez-vous de la prestation réalisée par notre service ?	Très satisfaisant	%	Plutôt satisfaisant	%	Plutôt insatisfaisant	%	Très insatisfaisant	%	Sans réponse	%
		83	69,75%	28	23,53%	2	1,68%	1	0,84%	5

2 - Que pensez-vous du service apporté sur les points suivants :	Très satisfaisant	%	Plutôt satisfaisant	%	Plutôt insatisfaisant	%	Très insatisfaisant	%	Sans réponse	%
	Son adaptation en fonction de vos besoins	84	70,59%	27	22,69%	2	1,68%	2	1,68%	4
La continuité de l'intervention en cas de maladie de l'intervenant(e)	69	57,98%	30	25,21%	0	0,00%	2	1,68%	18	15,13%
La continuité de l'aide en période de congés de l'intervenant(e)	69	57,98%	31	26,05%	1	0,84%	3	2,52%	15	12,61%

**SOUS-TOTAL RESULTAT 1**

**88,45%**

**RESULTAT 2 : "86,93 % des bénéficiaires sont satisfaits des intervenants à domicile**

3 - L'intervenant(e) qui vient en général chez vous est :	Toujours	%	Souvent	%	Parfois	%	Rarement	%	Sans réponse	%
	Aimable	106	89,08%	7	5,88%	1	0,84%	0	0,00%	5
Disponible	94	78,99%	9	7,56%	3	2,52%	0	0,00%	13	10,92%
De confiance	94	78,99%	8	6,72%	1	0,84%	2	1,68%	14	11,76%
Ponctuel	70	58,82%	23	19,33%	3	2,52%	4	3,36%	19	15,97%

4 - Concernant vos relations avec l'intervenant (e), que diriez-vous de ?	Très satisfaisant	%	Plutôt satisfaisant	%	Plutôt insatisfaisant	%	Très insatisfaisant	%	Sans réponse	%
	La prise d'initiatives/autonomie	73	61,34%	34	28,57%	0	0,00%	1	0,84%	11
L'adéquation entre le travail réalisé et le travail demandé	73	61,34%	30	25,21%	3	2,52%	2	1,68%	11	9,24%
La qualité de la relation	87	73,11%	20	16,81%	2	1,68%	2	1,68%	8	6,72%

5 - Si plusieurs intervenants viennent à votre domicile, diriez-vous qu'il y a une bonne coordination entre eux ?	OUI	%	NON	%
	98	82,35%	6	5,04%

6 - Le classeur de liaison est- il utilisé par les intervenants ?	OUI	%	NON	%	NE SAIT PAS	%
	105	88,24%	0	0,00%	5	4,20%

**SOUS-TOTAL RESULTAT 2**

**86,93%**

**RESULTAT 3 : "74,07 % des bénéficiaires sont satisfaits de la relation avec le service de soins infirmiers à domicile"**

7 - Concernant vos relations avec notre service, que diriez-vous de :	Très satisfaisant	%	Plutôt satisfaisant	%	Plutôt insatisfaisant	%	Très insatisfaisant	%	Sans réponse	%
La fréquence des contacts	61	51,26%	36	30,25%	2	1,68%	2	1,68%	18	
La transmission des messages	68	57,14%	26	21,85%	1	0,84%	2	1,68%	22	
La disponibilité de votre référent	61	51,26%	27	22,69%	1	0,84%	1	0,84%	29	
La qualité de l'accueil	69	57,98%	25	21,01%	1	0,84%	1	0,84%	23	
La clarté des informations reçues	65	54,62%	26	21,85%	2	1,68%	1	0,84%	25	

8 - Connaissez-vous la personne qui suit votre intervention (infirmière coordinatrice) ?	OUI	%	NON	%
	83	69,75%	26	21,85%

9 - Si oui, pouvez-vous la contacter facilement ?	OUI	%	NON	%
	70	58,82%	18	15,13%

**SOUS-TOTAL RESULTAT 3**

**74,07%**

## ANNEXE 5 : Données relatives aux Ressources Humaines

- **TABLEAU 1** : Tableau des effectifs, issu du Rapport d'activité 2020, ADMR, p.4 et répartition des métiers par service.

Fonctions occupées	Effectif (nombre de personnes physiques)	Effectif en ETP	ETP affectés à l'aide à domicile prestataire
Directeur	1	1	0.65
Médecin coordinateur	0	0	
Cadres administratifs	14	12.3	8
Pédicure Podologue	1	0.4	
Agents administratifs	110	79.34	59.95
Coordinateurs de services soins	11	8.2	
<b>Total personnel administratif</b>	<b>137</b>	<b>101.24</b>	<b>68.60</b>
Intervenants :			
Catégorie A : agents à domicile	672	389.2	359.08
Catégorie B : employés à domicile	261	183.36	147.34
Catégorie C : auxiliaires de vie sociale	181	140.18	121.6
Aides médico-psychologiques	5	4.02	
Aides-soignantes	95	73.01	
Ergothérapeutes	2	2	
Gouvernantes	3	1.9	
TISF	21	17.16	
<b>Total personnel d'intervention sociale</b>	<b>1240</b>	<b>810.83</b>	<b>628.02</b>
<b>Effectif total</b>	<b>1377</b>	<b>912.07</b>	<b>696.62</b>
Bénévoles	391		

SAAD	SSIAD/ESA
Auxiliaire de vie sociale (DEAES)	IDEC/Coordinatrice de soins (DE)
Employée à domicile (diplôme type CAP/BEP, ou courte expérience)	Aide-soignant (DE)
Agent à domicile ou polyvalent (sans expérience ni diplôme)	Aide médico-psychologique (DE)
	Ergothérapeute (DE)
	ASG : Aide-soignante Gériatrique (DE)

DE = Diplôme d'Etat

- **TABLEAU 2** : Indicateurs RH sur le réseau ADMR de la Vienne

Indicateurs RH sur la Fédération départementale ADMR 86	GLOBAL		SAAD		SSIAD	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
<b>TAUX ABSENTEISME</b> = Nb heures absence/nb Heures au contrat	12,02%	15,76%	11,98%	15,94%	13,60%	16,71%
<b>TURN OVER</b> = (nb entrée+nb sorties)/2/effectif moyen permanent)	17,56%	20,80%	16,83%	21,76%	13,60%	10,68%
<b>TAUX ACCIDENT DU TRAVAIL</b> = nb heures AT/nb heures contrat	1,43%	2,57%	1,37%	2,57%	1,86%	3,25%
<b>TAUX MALADIE PROFESSIONNELLE</b> = nb heures MP/nb heures contrat	0,36%	0,34%	0,31%	0,35%	0,95%	0,37%

- **TABLEAU 3 : Reclassement des personnels par catégories et filières (Avenant 43, p.7).**

**Article 2. Positionnement des emplois par filière et par catégorie**  
Cet article a vocation à lister les métiers les plus courants au sein de la Branche et à les positionner au sein des emplois. La liste des métiers énumérés ci-dessous n'est pas exhaustive :

	Filière intervention			Filière support		
	Catégorie			Catégorie		
	Employé.e	Technicien.ne / Agent.e de maîtrise	Cadre	Employé.e	Technicien.ne/Agent.e de maîtrise	Cadre
<b>Les emplois</b>	Degré 1 Agent.e à domicile Agent.e polyvalent.e Employé.e à domicile Livreur.vreuse de repas Garde d'enfant	Degré 1 : Technicien.ne de l'intervention Sociale et familiale Moniteur.trice - éducateur.trice	Degré 1 : Psychologue	Degré 1 Agent.e employé.e de bureau Agent.e employé.e d'entretien	Degré 1 Secrétaire de direction Assistant.e technique Secrétaire médical.e Assistant.e responsable de secteur	Degré 1 Cadre administratif ou technique Cadre de secteur ou de proximité Coordinateur.trice de service de soins Responsable de service Responsable d'entité Responsable qualité Chef.fe de service
<b>Les emplois</b>	Degré 2 Auxiliaire de Vie Sociale Aide Médico-Psychologique Aide-soignant.e Auxiliaire de puériculture	Degré 2 : Infirmier.e Chargé.e d'évaluation Educateur.trice de Jeunes Enfants Ergothérapeute Délégué.e à la tutelle Médiateur.trice familiale Podologue-pédicure Diététicien.ne Psychomotricien.ne Educateur.trice spécialisé.e	Degré 2 : Médecin Sage-femme	Degré 2 : Secrétaire Aide comptable Hôte d'accueil Technicien téléalarme	Degré 2 : Assistant.e de direction Chargé.e de développement Comptable Formateur formatrice Responsable de secteur Conseiller.e technique Maître.sse de maison Accompagnant.e de proximité Qualiticien.ne	Degré 2 Directeur.trice de fédération départementale Directeur.trice d'entité Directeur.trice de service Directeur.trice général.e d'entité Médecin coordinateur.trice

- **TABLEAU 4 : Chiffrage supplément pour le CD (Document de présentation du Conseil d'administration fédérale du 19 octobre 2021, p.26).**

#### CHIFFRAGE AVENANT 43 AU DÉPARTEMENT

**Personnel d'intervention -> 3.760.000 €**

Grille	Nb de Salariés	Employé Degré 1	Employé Degré 2
Grille A	599	475	124
Grille B	223	131	92
Grille C	169		169
<b>Total :</b>	<b>991</b>	<b>606</b>	<b>385</b>
		61%	39%

**Fonction support -> 427.000 €**

Grille	Nb de Salariés	Catégorie	Degré 1	Degré 2
Grille C	11	Employé	1	10
Grille D	54	Technicien Agent de Maîtrise	54	0
Grille E	20	Technicien Agent de Maîtrise	1	19
Grille F G H I	11	Cadre	10	1
<b>Total :</b>	<b>96</b>		<b>66</b>	<b>30</b>
			69%	31%

• **TABLEAU 5 : Référentiels de compétences par métier.**

LEGISLATION ET TEXTES EN VIGUEUR			
	INFIRMIER	AIDE SOIGNANT	AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE
<b>DECRETS</b>	Décret de compétence n°2004-802 du 29 juillet 2004. L'ensemble des dispositions relatives à l'exercice de la profession est inclus dans le code santé publique (CSP).	Annexe IV à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant	L'auxiliaire de vie sociale existe depuis le Décret n° 2002-410 du 26 mars 2002 portant création du diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale
<b>CONDITIONS D'ACCES</b>	Titulaire du diplôme d'État d'infirmier	Titulaire du DEAS, diplôme d'État d'Aide Soignant	Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale ou du CAFAD  BEP sanitaire et sociale mention aide à domicile à condition d'en avoir obtenu l'équivalence au diplôme d'auxiliaire de vie sociale (AVS).

ROLE RESPECTIFS	INFIRMIER	AIDE SOIGNANT	AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE
	<p>Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour <b>prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Il identifie les besoins de la personne</li> <li>Il pose un diagnostic infirmier,</li> <li>Il formule des objectifs de soins,</li> <li>Il met en œuvre les actions appropriées et les évalue,</li> <li>Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne.</li> <li>Observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé</li> <li>Aider l'infirmier à la réalisation de soins.</li> <li>Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits.</li> <li>Entretien des matériels de soin.</li> <li>Transmettre ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins.</li> <li>Accueillir, informer et accompagner les personnes et leur entourage.</li> <li>Accueillir et accompagner des stagiaires en formation.</li> </ol>	<p>Les titulaires du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale interviennent auprès des familles, des enfants, des personnes âgées, des personnes malades et des personnes handicapées, pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>une aide dans la vie quotidienne,</li> <li>le maintien à domicile,</li> <li>la préservation, la restauration et la stimulation de l'autonomie des personnes,</li> <li>leur insertion sociale et la lutte contre l'exclusion. »</li> </ol>

	INFIRMIER	AIDE-SOIGNANT	AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE
<b>Toilette</b>	Réaliser une toilette complète médicalisée	Réaliser toilette complète ou partielle en fonction de l'autonomie (dont toilette périnéale)	Aider à la toilette quand elle est assimilée à un acte de vie quotidienne (sans prescription médicale)
<b>Elimination Urinaire</b>	Pose une sonde urinaire	Pose un pénilex (étui pénien), remplace poche	Change de protection
<b>Gestion des escarres</b>	Prévention et soins d'escarres	Observation et prévention d'escarres	Hygiène de la peau
<b>Pose de bas</b>	Pose de bandage de contention (prescription médicale)	Pose de bas de contention	Habillage ordinaire
<b>Médicaments</b>	Préparation et administration	Aide à la prise de médicaments	
<b>Gouttes oculaires</b>	Administrier un collyre	Administrier un collyre	Administrier du sérum physiologique ou larmes artificielles
<b>Alimentation</b>	Gestion alimentation par sonde gastrique	Surveillance risque fausse route	Aide alimentation simple

**ANNEXE 6 : Facteurs clés de succès des diagnostics interne et externe**

DIAGNOSTIC EXTERNE	MENACES				OPPORTUNITES		
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>A- MACRO-ENVIRONNEMENT</b>							
A1- Nombreux rapports nationaux (Libault, Guedj, El Khomri, Vachey, Bonne et Meunier) préconisent le maintien à domicile, la coordination des acteurs, la revalorisation des métiers et des rémunérations.							
A2- Loi ASV 2015 prévoit l'expérimentation des SPASAD. Rapport d'évaluation en 2019 et prolongation de l'expérimentation.							
A3- CPOM obligatoire pour SAAD et SSIAD d'ici 31/12/2021 (voire 2023) = Moment de négocier de nouveaux objectifs et moyens.							
A4- Population qui vieillit et souhaite vivre à domicile, en restant citoyen. Effet renforcé par la crise COVID.							
A5- PLFSS pour 2022 prévoit la fusion des services d'aide et de soins en un seul service Autonomie, et une dotation dédiée à la coordination.							
<b>B- ANALYSE SECTORIELLE</b>							
B1- Concurrence des organismes privés lucratifs, mais faible en milieu rural et sur cas complexes.							
B2- Présence de produits de substitution (Ehpad peu désiré, et demain « hors-les-murs »), mais peu de nouveaux entrants.							
B3- Marché de l'emploi peu favorable. Tension de recrutement forte.							
B4- Avenant 43 de la BAD agréé et étendu : perspectives d'évolution professionnelle selon missions, formation (en plus des diplômes et ancienneté)							
B5- Insécurité financière : BAD opposable au CD mais quel niveau de compensation ?							
B6- Insécurité financière sur application de la Réforme de la tarification des SAAD (PLFSS 2022) : Tarif plancher 22€/h + Complément qualité 3€/h ?							
B7- Insécurité financière sur la Réforme de la tarification des SSIAD en fonction du profil des patients (GIR, Coupe Pathos, isolement).							
<b>C- ANALYSE TERRITORIALE</b>							
C1- Volonté du CD 86 de développer les SPASAD. (Schéma des solidarités 2020-24). Accord de principe avec l'ADMR en vue d'un CPOM tripartite.							
C2- Position de leader de l'ADMR sur le marché de l'aide, et quasi monopolistique sur celui du soin. Reconnaissance par les partenaires du secteur social et sanitaire.							
C3- ADMR contribue au développement économique local et à l'emploi. Acteur clé d'un territoire rural.							

DIAGNOSTIC INTERNE	FAIBLESSES				FORCES		
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>A- ACTIVITE</b>							
A1- Organisation identifiée pour accompagner un public + dépendant.							
A2- Position de force : taille de l'organisation et maillage du territoire.							
A3- Taux de réalisation plans d'aide d'APA (70%)							
A4- Recul de l'activité 2020 et 2021 (crise sanitaire Covid-19).							
<b>B- RESSOURCES FINANCIERES</b>							
B1- Equilibre budgétaire fragile du SAAD (coût de revient/ tarif financé).							
B2- Equilibre budgétaire solide du SSIAD							
B3- Incertitude sur l'impact des réformes tarifaires à venir sur la santé économique de l'organisation et sur sa capacité à développer de nouveaux projets.							
B4- Fongibilité de dotation coordination SPASAD							
<b>C- R&amp;C TECHNIQUES</b>							
C1- Double autorisation SAAD + SSIAD.							
C2- Parc immobilier étendu.							
C3- Flotte de véhicules de service conséquente.							
C4- Amélioration de l'image de l'organisation / Marque employeur.							
<b>D- R&amp;C HUMAINES</b>							
D1- Pénurie de personnel/ tensions recrutement.							
D2- Isolement, temps partiel, absentéisme, turn-over. Situation actuelle et objectifs d'amélioration QVT.							
D3- Avenant 43 : ↗ rémunération, promotion professionnelle interne.							
D4- Les bénévoles : force et limites.							
<b>E- R&amp;C ORGA. ET MANAGERIALES</b>							
E1- Double niveau managérial : fédéral et local. Organisation matricielle, multisites.							
E2- Coordination sur situations doubles SAAD-SSIAD / Evaluation des besoins et aides techniques.							
E3- Poids de la gestion administrative : dossier APA, facturation client, caisses complémentaires retraite, prescription médicale, CPAM...							
E4- Expérimentations des astreintes SAAD et SSIAD.							
E5- Centre de Formation interne.							
E6- Innovation et démarches participatives.							

## ANNEXE 7 : PERIMETRE DU SPASAD AU SEIN DE LA FEDERATION ADMR DE LA VIENNE

	PERIMETRE SPASAD						
	SAP	SAAD FAMILLE	SAAD PA/PH		SSIAD - ESA	CENTRE SANTE	HABITAT INCLUSIF
<b>AUTORITÉ CONTRÔLE ET TARIFICATION</b>	Agrément et déclaration DREETS	Convention ASE et CAF	Autorisation de 15 ans du CD 86 le 01/01/2007 CPOM 2018 -20 + avenant 2021 743 000h/an à <b>21,32€/h</b> (+0,64€ tarif individualisé + 0,20€ modulation positive), soit <b>22,16€/h</b>		Autorisation de 15 ans ARS 03/01/2017 387 + 10 + 4 + 20 ESA CPOM d'ici 2022	Autorisation ARS 2019	Autorisation 2020 CFPPA
<b>CADRE REGLEMENTAIRE</b>	Art. L. 7232-1 Code du Travail		CASF L.312-4 et suivants, L.313 -1-2 et L.313-11-1 Décret n°2016-502 du 22 avril 2016. Finance : BP -CA		CASF D.312-1 à D.312-5-1 Circulaire DGAS/2 n°2005-111 du 28 février 2005	CSP	Décret 2019 -629 du 24 juin 2019
<b>EMPLOYEUR</b>	Particuliers (mandataire) <b>Asso locales</b> (prestataire)	<b>Gestion fédérale</b>	Convention MANDAT de Gestion avec les <b>45 associations locales</b>		<b>Gestion fédérale</b> Conventionnement Infirmières libérales + HAD	<b>Gestion fédérale</b>	<b>Gestion fédérale</b>
<b>PUBLICS</b>	<b>TOUS</b> 135 238h	<b>FAMILLE</b> , accompagnement parentalité	<b>PA +60 ans</b>	<b>PH (MDPH)</b>	<b>PA +60 ans / ALZHEIMER / MALADIES CHRONIQUES / PH (transitoire ou permanent)</b>	<b>TOUS</b>	<b>90% PA</b> <b>10% FAMILLES</b>
<b>FINANCEMENT</b>	Client/ CESU	CAF = <b>544K€</b> ASE= <b>777K€</b> 46 000h	APA (GIR 1 à 4) =723 000h AIDE SOCIALE DÉP = -60ans. (GIR 5/6) =6 000h	PCH = 20 000h	<b>ARS = 5,5M€</b> 150 000 journées/an PA/ESA: 35,81€/jour → 5,35M€ PH : 36,03€/jour → 130K€	ARS / CPAM	CONFERENCE DES FINANCEURS CNSA BAILLEUR SOCIAL
	+ Complément mutuelles / Fonds de solidarité de retour à domicile après Hospitalisation (=3,4M€)		Total CD = <b>16,6M€</b>				
<b>SERVICES</b>	Ménage, Transport accompagné, Garde enfants, assist admin	garde enfants Aide parentalité, éducatif	Aide à la personne : hygiène, habillage, toilette Lien social - Dispositif alerte Prestations ménage - Transport accompagné préparation repas		Soins d'hygiène et de confort (nursing), accompagnement Equipe ESA Autres soins infirmiers (techniques) Coordination avec partenaires sanitaires	Actes de prévention Soins de 1 <sup>er</sup> recours	Animation de la vie sociale dans le local collectif Lien social, transport acc Prévention santé
<b>METIERS</b>	Agent d'entretien AVS	TISF, Gouvernantes	Auxiliaire de Vie Sociale, Agent à domicile, Accompagnant Educatif et Social, secrétaire, Chargé d'activité, Chargé RH, Encadrant.		IDEC, secrétaire médicale, coordinatrice des soins, Aide-soignante, ASG, ergothérapeute, + <i>Infirmières libérales</i>	Médecin généraliste, Podologue, psychologue	Animatrice de la vie sociale (AMP)
<b>TERRITOIRE</b>	Idem SAAD + Poitiers	Secteur Nord et sud	Tout le département de la Vienne (2 communes oubliées+agglos) = 45 associations locales.		3 secteurs : Nord (133), Centre (133), Sud (133) (Poitiers aggro exclu). Correspond au territoire de 33 des 45 assos locales (SAAD).	Mauprévoir	Vouillé
<b>PART ACTIVITE</b>	6% = 2 M€	4,3% =1,3M€	67% =20M€		19% = 5,5M€	0,3% = 0,09M€	0,2% = 0,065M€

Stage de direction ADMR 86 - Claire Lesrel - Septembre/novembre 2021 - CAFDES

**ANNEXE 8 : Extraits de la Convention de mandat de gestion entre la fédération départementale ADMR de la Vienne et son adhérent. Objet statutaire de la Fédération.**

**Préambule :**

Le réseau ADMR de la Vienne est constitué d'hommes et de femmes engagés, qui adhèrent au projet politique et constituent des associations locales.

Les associations constituent la fédération qui développe des services mutualisés au service du mouvement ADMR.

Chacun, à son niveau, contribue au service aux personnes, tant dans la relation directe avec elles, que dans la gestion du service au niveau local ou fédéral.

**La fédération départementale ADMR de la Vienne a pour objet statutaire (article 2 des statuts) :**

1. De fédérer les associations du département, adhérentes à l'Union nationale et agréées par celle-ci, existantes ou à créer ;
2. De susciter et d'aider à la création de nouvelles associations d'aide à domicile ;
3. D'apporter aux associations un soutien technique et d'effectuer des travaux administratifs et comptables pour le compte des associations ;
4. De les représenter ainsi que les membres associés auprès des organismes officiels et des pouvoirs publics du département ;
5. De veiller (par tout moyen statutaire et le cas échéant juridictionnel) au respect, par les associations affiliées au mouvement ADMR, des statuts, du règlement intérieur, des orientations et du projet associatif ainsi que des engagements et conventions de l'Union nationale ;
6. Dans le strict respect du projet politique de l'ADMR, de ses modes d'organisation et en particulier du développement de la vie associative locale, de solliciter des autorités administratives compétentes, les autorisations et agréments nécessaires à l'ouverture des services et établissements médico-sociaux, dont elle délèguera la gestion aux associations locales ;
7. De fournir aux associations gestionnaires des services et établissements médico-sociaux, des services communs d'ordre administratif, comptable et juridique, et assurer leur contrôle budgétaire et financier ;
8. De former et d'informer les bénévoles des associations et de la fédération ;
9. D'assurer ou de faciliter le recrutement et la formation initiale et permanente des personnels d'intervention, pour le compte des associations locales ;
10. De développer par l'intermédiaire des associations locales un climat familial et d'intensifier la solidarité, la vie sociale et l'animation dans les communes et les quartiers.

Conformément au point 4 ci-dessus, dans un contexte économique et financier déficitaire des associations du Département, la fédération départementale a signé le 29 Mars 2010 une **Convention Pluriannuelle d'Objectifs** (CPO) d'une durée de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2010 avec le Conseil Général de la Vienne.

Cette convention avait pour finalité de permettre aux associations locales de remplir pleinement le point 1 de leur objet statutaire et pour cela d'aboutir à un tarif de vergence entre le coût de revient horaire de l'ADMR et le tarif horaire accordé par le Conseil Général au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui représente plus de 65% de l'action sociale locale menée par les associations ADMR du Département de la Vienne.

Malgré les efforts constatés sur l'ensemble du département, il ressort au 1<sup>er</sup> Janvier 2014 que ceux-ci sont encore insuffisants et n'ont pas permis d'atteindre le tarif de convergence escompté.

Dès 2012, puis en 2013, conformément à ses attributions statutaires, la fédération départementale a sollicité et obtenu des **fonds d'urgence** auprès de l'Agence Régionale de Santé dont l'objectif est de permettre un retour à l'équilibre de l'ensemble du réseau départemental grâce au déploiement de projets concourant à l'optimisation des moyens et outils mis à disposition des associations locales afin de leur permettre de poursuivre leur action sociale tout en maintenant l'emploi local.

C'est dans ce contexte et conformément aux statuts que, suivant **délibération prise en séance du 15 Avril 2014**, le Conseil d'Administration Fédéral a décidé d'établir une **convention de mandat formalisant avec chacune des 45 associations locales ADMR** du département l'ensemble des points ci-dessus ainsi que des objectifs particuliers à mettre en œuvre localement pour parvenir à l'équilibre du réseau. Cette décision a été prise à l'appui des travaux réalisés par le **groupe de travail « mutualisation »** qui s'est réuni à quatre reprises les 18 Octobre et 9 Décembre 2013, les 19 Février et 11 Avril 2014. Afin de faciliter l'atteinte de ces objectifs, des groupes d'associations seront constitués en fonction des objectifs locaux communs à mettre en œuvre.

Afin de déterminer leurs engagements respectifs pour l'atteinte de ces objectifs, la fédération départementale ADMR de la Vienne et l'association locale ADMR de XXXXXX signent la présente convention de mandat dans les conditions définies ci-après.

### **Engagements et obligations de l'association locale :**

L'association locale s'engage à respecter le résultat des négociations engagées entre la fédération départementale et le conseil général ou l'agence régionale de santé relatif au fonctionnement des services concernés, et s'engage notamment à mettre en œuvre les moyens et outils fournis par la fédération à cet effet. Cela vise notamment :

- **le taux d'emploi, qui doit atteindre 83% ou 1 510 heures facturées par agent d'intervention à temps plein.** L'optimisation des plannings, le suivi de l'annualisation (modulation) du temps de travail, la maîtrise des temps de réunion, la **mise à disposition du personnel d'intervention entre les associations** ont été identifiés dans la convention du 29 mars 2010 comme moyens permettant la réalisation de cet objectif. L'impact de ces actions est significatif dans la convergence attendue entre le prix tarifé et le prix de revient, et représentait plus de 15% de l'écart à résorber en 2010. L'association locale accepte dès à présent de participer aux réunions collectives qui porteront sur ces thèmes, et s'engage à faciliter le travail des accompagnants de proximité fédéraux (chargés de développement) en leur fournissant les éléments d'informations et en veillant au respect des consignes par le personnel administratif de l'association locale. Une fiche des moyens mis en œuvre sera annexée aux présentes.

- **les frais fixes, constitués principalement des frais de secrétariat**, doivent être ajustés à l'activité conformément à la **décision du conseil d'administration fédéral fixant le ratio à un équivalent temps plein pour 30 000 heures d'activité.** La convention du 29 mars 2010 préconise une étude de la pyramide des âges du personnel, ainsi qu'une négociation entre les présidents des associations locales pour partager ou réaffecter du personnel afin d'atteindre cet objectif. Au même titre que pour le taux d'emploi cité ci-dessus, l'impact de ces actions est significatif dans la convergence attendue entre le prix tarifé et le prix de revient, et représentait plus de 15% de l'écart à résorber en 2010.

- **les frais de déplacement**, dont l'augmentation doit être limitée chaque année. Un contrôle des frais de déplacement, ainsi que l'optimisation des plannings doivent permettre d'atteindre cet objectif.

**ANNEXE 9 : Plan d'actions, calendrier et évaluation**

<b>PLAN D'ACTIONS SPASAD DEPARTEMENTAL 2023-2027</b>			
<b>AXE 1 : REpondre aux nouveaux besoins des personnes âgées dépendantes à domicile</b>	<b>ACTEURS</b>	<b>ECHEANCE</b>	<b>INDICATEURS D'EVALUATION</b>
1.1. Constituer une équipe départementale d'aide	DRH/ADMINISTRATEURS/DIRECTRICE/DAF/POLE EMPLOI/IDEC	MT	Publication offres emploi. Nombre de recrutements interne/externe.
1.2. Structurer l'équipe mixte d'aide et de soins	DG/DRH/DAF/IDEC/CA/CONSEIL JURIDIQUE/CSE	CT	Organigramme et fiches de postes validés.
1.3. Développer des outils communs favorisant la participation des usagers	IDEC/AS/AVS/DIRECTRICE/POLE QUALITE/DG/CVS	CT	Livraison des nouveaux documents : évaluation globale et PPAS.
1.4. Permettre le partage d'information entre professionnels	DIRECTRICE/RESP. INFORMATIQUE/IDEC/AS/AVS/ ESEA/BENEVOLES GIP-	CT	Déploiement Paaco Globule. Gestion des droits d'accès.
1.5. Faciliter le contact entre la personne âgée et les services	DIRECTRICE/DRH/IDEC/RESP. INFORMATIQUE/CVS	CT	Un numéro de tél pour l'interlocuteur unique. Une secrétaire dédiée. Un espace personnel numérique.
1.6. Organiser les tournées de binômes	DIRECTRICE/DRH/IDEC/RESP. INFORMATIQUE/NSI/AS/AVS	MT	Cartographie et planning des tournées.
1.7. Renforcer la coordination avec les partenaires	DG/DIRECTRICE/POLE QUALITE/IDEC/SECRETAIRE/ PARTENAIRES	LT	Renouvellement et développements des conventions partenariats. Procédures de collaboration.
<b>AXE 2 : AMELIORER LA SITUATION RH / ACCENTUER LA DEMARCHE QVT</b>	<b>ACTEURS</b>	<b>ECHEANCE</b>	<b>INDICATEURS D'EVALUATION</b>
2.1. Créer une culture commune aide et soins	AS/AVS/IDEC/DIRECTRICE/DRH/POLE QUALITE/CVS/CA	MT	Rédaction du Projet de service. Formations communes (Secret professionnel partagé, bientraitance, répit des aidants).
2.2. Redonner du sens et de la satisfaction au travail	DIRECTRICE/DRH/IDEC/ INTERVENANTS EXTERIEURS	LT	Groupes Analyse de la Pratique Professionnelle.
2.3. Mettre en place des réunions de coordinations AS/AVS	DIRECTRICE/IDEC/SECRETAIRE/ AS/AVS	CT	Nombre de réunions, qualité du déroulement, présences.

2.4. Gérer la question des véhicules communs	DIRECTEUR VIE ASSOC/DRH/DIRECTRICE/IDEC/CSE	MT	Point d'enclage véhicules, indemnités.
2.5. Faire évoluer l'organisation du temps de travail.	DIRECTRICE/DRH/IDEC/AS/AVS/CSE/DG/CA	MT	Passage en équipes du matin et du soir. Gestion des astreintes. Niveau taux emploi à 76%.
<b>AXE 3 : MENER UNE TRANSFORMATION ORGANISATIONNELLE EFFICIENTE</b>	<b>ACTEURS</b>	<b>ECHÉANCE</b>	<b>INDICATEURS D'ÉVALUATION</b>
3.1. Obtenir l'autorisation SPASAD et signer le CPOM tripartite	DG/CA/DIRECTRICE/ARS/CD	CT	Signature CPOM et Arrêté Autorisation.
3.2. Mise en conformité et Autorisation Services Autonomie à Domicile	DG/CA/DIRECTRICE/ARS/CD	MT	Cahier des charges et Autorisation Services Autonomie à Domicile.
3.3. Créer et administrer une association départementale gestionnaire d'activité	DG/CA/DIRECTEURS DE PÔLE/CONSEIL JURIDIQUE	CT	Composition du CA conforme à sécurisation. Dépôt statuts et publication au JOAFE.
3.4. Elaborer les délégations et subdélégations nécessaires à la nouvelle organisation	DG/CA/DIRECTEURS DE PÔLE/CONSEIL JURIDIQUE	CT	Contrats de travail, DUD et Subdélégations
3.5. Transférer les Contrats de travail des personnels dans le respect des règles	DG/CA/DIRECTRICE/DRH/CONSEIL JURIDIQUE/BENEVOLES/CSE	CT	Validation par conseiller juridique des procédures de transfert.
3.6. Fusionner les plannings aide et soin	IDEC/SECRETAIRES/NSI/RESP. INFORMATIQUE	MT	Interfaçage Logiciels PhiliaDom et PhiliaSanté ou Progiciel.
3.7. Augmenter le volume global d'activité d'aide	CA/DG/DIRECTRICE/BENEVOLES/SECRETAIRES/CONTRÔLE GESTION	LT	Passage de 70 à 90% du taux de réalisation des plans d'aide. Disparition des files d'attente.
3.8. Maitriser le cout de revient de l'équipe départementale d'aide	DIRECTRICE/DAF/CONTRÔLE GESTION/DG	LT	Coût horaire < 29€. Compatible avec tarification.
3.9. Mobiliser des financements complémentaires de coordination	DG/DIRECTRICE/DAF/ARS/CD	MT	Obtention CNR du FIR, ou ROB, puis Dotation de coordination.
3.10. Communiquer sur la nouvelle organisation auprès des partenaires	DIRECTRICE/POLE QUALITE/DG	MT	Flyer, Conférence de presse, Site internet, Réunion présentation partenaires
3.11. Faire évoluer le rôle des bénévoles	DG/CA/BENEVOLES/DIRECTRICE/ POLE VIE ASSOCIATIVE		Procédures/missions avec les services support fédéraux. Formation : répit aux aidants, prévention

LESREL	Claire	Novembre 2022
<p align="center"><b>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</b></p> <p><b>ETABLISSEMENT DE FORMATION : Institut du Travail Social de Tours</b></p>		
<p align="center"><b>RENFORCER LA COORDINATION DES PRESTATIONS D'AIDE ET DE SOINS POUR AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE AGEE DEPENDANTE A DOMICILE</b></p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La fédération de l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) de la Vienne gère des Services d'Aide et d'Accompagnement (SAAD) et des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sur l'ensemble du département.</p> <p>L'évolution du public accompagné (âge, dépendance, pathologies associées...) induit de nouveaux besoins et requiert plus fréquemment des interventions doubles associant l'aide et le soin infirmier pour permettre le maintien à domicile de la personne.</p> <p>La question de la coordination entre les différents acteurs permettant un accompagnement cohérent et gradué est au cœur de la réflexion de transformation à mener. Après une analyse approfondie des forces et des faiblesses de l'organisation, du contexte territorial et des orientations des politiques publiques dans le secteur, je propose le déploiement d'un SPASAD départemental via la création d'une équipe mixte de professionnels permettant un fonctionnement intégré des prestations d'aide et de soins et une coordination avec les partenaires extérieurs.</p> <p>Ce projet constitue par ailleurs un levier d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels, sujet essentiel pour pérenniser l'activité.</p> <p>Ce travail a été réalisé entre septembre 2021 et juillet 2022 dans le cadre d'une mission confiée à la directrice du pôle médicosocial de la fédération départementale de l'ADMR.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Services à domicile - Soins - Aide - Accompagnement - Personne âgée - Dépendance - Coordination - Partenariat - Qualité de vie au travail - Organisation intégrée - Services Autonomie</p>		
<p align="center"><i>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.</i></p>		