



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations menées sur les SPASAD intégrés

2019

<i>Synthèse</i>	3
<i>Éléments de définition</i>	5
<i>Introduction</i>	7
I. Au regard des spécificités du secteur, la mise en œuvre de l'expérimentation de SPASAD intégrés a nécessité une mise en œuvre accompagnée et échelonnée	9
A. L'expérimentation a été lancée dans le cadre d'un agenda législatif dense	9
B. Toutefois, la mise en œuvre de l'expérimentation de SPASAD intégrés a été soutenue par l'ensemble des acteurs du secteur	9
1. <i>L'accompagnement à l'expérimentation a été à la fois national et multi-partenarial</i>	9
2. <i>L'accompagnement local et la mobilisation de l'ensemble des acteurs ont également été décisifs.</i>	11
II. Les premières remontées de données permettent de dégager des bonnes pratiques professionnelles et démontrent une amélioration de la qualité de service pour l'utilisateur	12
A. Les données analysées font apparaître un modèle SPASAD intégré qui commence à se structurer principalement autour des prestations d'aide à domicile	12
1. <i>Le nombre de contractualisation est un élément de succès de l'expérimentation, toutefois leur répartition et configuration restent très hétérogènes selon les territoires</i>	12
2. <i>Les publics accompagnés par les SPASAD intégrés sont à 95% composés de personnes âgées</i>	14
3. <i>L'expérimentation a permis de mettre à jour une organisation renouvelée des structures</i>	16
B. Les enseignements de l'expérimentation en matière de changement des pratiques sont nombreux et permettent de diagnostiquer freins et leviers au développement des SPASAD	17
1. <i>Un des enseignements majeurs de l'expérimentation est que 92 % du personnel des SAAD sont en charge de l'aide et de l'accompagnement :</i>	17
2. <i>Les bonnes pratiques observées sur les territoires d'expérimentation permettent un taux moyen d'intégration des SPASAD de près de 78 %.</i>	18
3. <i>Une méthode de coordination spécifique est à observer au sein du SPASAD intégré</i>	19
4. <i>Les SPASAD intégrés facilitent la mise en place d'actions collectives de prévention de la perte d'autonomie, en particulier avec les proches aidants</i>	20
5. <i>Le mode intégré des SPASAD bénéficie aussi bien aux personnes prises en charge et à leurs aidants qu'aux professionnels :</i>	21
6. <i>Les structures expérimentent des outils nouveaux et des méthodes de travail pour favoriser la coordination de l'offre</i>	24
7. <i>Les difficultés identifiées doivent être surmontées pour promouvoir un fonctionnement pleinement intégré</i>	28
8. <i>Des leviers identifiés devraient être actionnés pour favoriser le développement des SPASAD intégrés</i>	29
III. Les recommandations pour pérenniser les SPASAD intégrés	30
A. Le maintien du suivi et de l'évaluation des expérimentations au niveau national semble nécessaire	30
1. <i>Les acteurs se sont pleinement investis dans la mise en œuvre des expérimentations :</i>	31
2. <i>Des freins financiers et organisationnels sont à lever pour développer les SPASAD intégrés</i>	32
B. La pérennisation de ce modèle suppose des évolutions juridiques et financières	33
1. <i>Le fonctionnement en SPASAD doit faire l'objet d'une reconnaissance juridique :</i>	33
2. <i>Les SPASAD intégrés devraient pouvoir bénéficier d'un cadre financier commun :</i>	33
Conclusion	35
ANNEXES	37

Synthèse

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a autorisé l'expérimentation de modèles intégrés de service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Cette expérimentation était prévue pour une durée de deux ans et sa fin était programmée à l'été 2019 (les CPOM des structures expérimentatrices ayant été signés jusqu'en septembre 2017). Un rapport devait être transmis au Parlement à l'issue de l'expérimentation.

Les délais de mise en œuvre font que le présent rapport se présente sous la forme d'un rapport d'étape, basé sur les conclusions des premières phases d'enquêtes quantitatives et qualitatives. Afin d'approfondir les conclusions, un prolongement de l'expérimentation serait souhaitable.

Rappelons que les SPASAD ont été créés par le décret du 25 juin 2004 et codifiés à l'article D.312- 7 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ils apportent à la fois un accompagnement à domicile dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux personnes présentant des pathologies chroniques.

Plus de dix ans après leur création, le constat est fait du faible développement de ce modèle de structure (94 en 2015) et de leur répartition très inégale sur le territoire. L'expérimentation, prévue par la loi ASV a donc visé à impulser **une nouvelle dynamique en faveur de ces SPASAD intégrés**. Pour promouvoir leur création, une souplesse dans les critères de constitution a été introduite : pouvaient participer un SPASAD « classique » et / ou un ou plusieurs SSIAD avec un ou plusieurs SAAD.

Ils pouvaient se réunir soit sous la forme d'un SPASAD autorisé, soit d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), soit enfin par le biais d'une convention. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) devait être signé entre les responsables du SPASAD, le DG ARS et le Président du Conseil Départemental pour déclencher l'entrée de la nouvelle structure dans l'expérimentation. La CNSA a apporté une contribution de 11,5 M€ pour aider à la constitution de ces nouveaux SPASAD.

Un dispositif de collecte et de transmission des informations relatives au suivi et à l'évaluation de l'expérimentation a été mis en place par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) avec l'élaboration d'un calendrier de remontées des données provenant des ARS et des structures participantes.

Les campagnes de remontées des données permettent de dégager les premiers enseignements de cette expérimentation à la fois sur la dynamique de développement de cette offre et les prestations délivrées mais également les bonnes pratiques identifiées.

1. Une diversité de forme d'association pour des prestations délivrées centrées sur l'aide

- **338 SPASAD intégrés** ont signé un CPOM-SPASAD permettant l'entrée dans l'expérimentation ;
- 244 SPASAD supplémentaires ont été créés grâce à l'expérimentation
- 51 % des SPASAD répondants à la troisième campagne de recueil de données se sont regroupés par le biais d'un conventionnement.

Les SPASAD ont pris en charge 153 785 personnes au premier semestre 2018 dont en moyenne :

- 78.35 % pour une seule prestation d'aide à domicile
- 12,13 % pour une seule prestation de soins
- **9,52 % pour les deux prestations.**

Les SPASAD intégrés ont pris en charge à **95 % des personnes âgées, pour des prestations à domicile centrées sur l'aide et l'accompagnement**, notamment des services ménagers et de manière plus large venant en appui de la personne pour exercer des activités ordinaires de la vie et les actes essentiels de la vie quotidienne. En effet, 87,81 % des bénéficiaires des SPASAD reçoivent une prestation de ce type.

2. Des bonnes pratiques en matière de coordination interne et de collaboration extérieure

Les SPASAD expérimentateurs ont mis en place **des actions d'accompagnement** pour leur personnel et **ont développé des outils communs** : par exemple pour près de la moitié d'entre eux une messagerie sécurisée commune et pour plus de 75% des outils communs d'évaluation.

La coordination au sein de ces SPASAD est effective grâce à la mise en place d'évaluations individuelles à l'entrée ou dans le cadre du suivi des bénéficiaires. Par ailleurs, **les SPASAD intégrés ont développé des partenariats avec des établissements de santé** et avec d'autres ESMS.

Des actions de prévention individuelles et collectives s'adressant aux bénéficiaires comme aux aidants **se sont développées** au sein des SPASAD expérimentaux 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.

3. Une offre globale plus lisible pour l'utilisateur et alors soutenue par les acteurs locaux et ARS

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, dans un contexte où 36 % des personnes âgées suivies sont seules ;
- **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.

L'évaluation de l'expérimentation par les acteurs locaux témoigne du **souhait de voir cette nouvelle structuration combinant aide et soins perdurer**. Des premières enquêtes de satisfactions menées auprès des usagers et de leurs proches donnent des retours très encourageants, tant ces structures répondent à un besoin d'un accès simplifié aux besoins en matière d'aide et de soins. Les remontées des structures et des ARS sont positives mais mettent en évidence des freins qu'il conviendrait de desserrer.

4. Des évolutions juridiques sont à prévoir afin de généraliser le modèle de SPASAD intégré

Pour développer les SPASAD au sein de l'offre médico-sociale, il apparaît nécessaire de faire évoluer :

- **la reconnaissance d'une entité juridique de SPASAD** intégré permettant une autorisation unique ;
- **l'introduction d'une fongibilité des crédits** aide et soins à un degré à définir, pour rendre encore plus souple l'adaptation de l'accompagnement aux besoins et à leur évolution.

Éléments de définition

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), désignent les organismes privés ou publics qui interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Ils accompagnent notamment les personnes âgées dépendantes, les personnes en situation de handicap ainsi que les familles fragilisées. Le régime juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) est modifié par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement pour réaffirmer la compétence des conseils départementaux sur ce secteur.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), créés en 1981, sont des services médico-sociaux qui interviennent au domicile des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affection afin de leur dispenser des soins (soins techniques infirmiers et soins de nursing).

Les SSIAD ont vocation tant d'éviter l'hospitalisation, notamment lors d'une phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile et ne relevant pas de l'hospitalisation à domicile, que de faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation.

Ils contribuent à prévenir la perte d'autonomie, à limiter les incapacités et à lutter contre l'isolement ; ils contribuent ainsi à retarder l'admission dans des établissements sociaux et médico-sociaux. Les SSIAD dispensent alors des prestations de soins au domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées et dans les établissements mentionnés aux II, III et IV de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles. Ils relèvent de la compétence d'autorisation et de tarification des ARS.

Les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) : afin de répondre de manière plus complète aux besoins des personnes fragiles, une nouvelle forme d'organisation des services à domicile a été mise en place en 2005 sous la forme de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Les SPASAD apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes prises en charge (article D.312-7 du CASF).

Ils regroupent des services qui assurent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Un SPASAD peut être nouvellement créé ou constitué à partir d'un SSIAD et d'un SAAD pré existants. La création fait l'objet d'un arrêté d'autorisation conjoint du directeur général de l'ARS (Agence régionale de santé) et du président du conseil départemental. Par le rapprochement de ces 2 types de structures, les SPASAD favorisent la coordination des interventions tant autour de la personne accompagnée, qu'auprès des différents acteurs du secteur.

Enfin, l'évaluation des besoins de la personne donne lieu à l'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, construit et mis en œuvre dans une démarche conjointe par les personnels de l'aide et du soin à domicile, pour une prise en charge globale plus cohérente.

Les SPASAD dits « intégrés »

La loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, propose, en son article 49 d'expérimenter, sur une période de 2 ans, une évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD. L'objectif est de promouvoir le développement de ce modèle d'organisation de l'aide et du soin à domicile, et en particulier d'en améliorer la coordination et favoriser la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

Les expérimentations portent sur une organisation et un fonctionnement intégrés des SPASAD pour assurer une plus grande mutualisation des organisations et des outils mais au-delà, une intégration des prestations au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne et de la promotion de la bientraitance.

Ainsi, cette nouvelle forme de SPASAD doit permettre aux personnes accompagnées de bénéficier :

- d'**un accès simplifié aux informations**, par la mise en place d'un guichet unique et d'un interlocuteur unique ;
- d'une **prise en charge globale de ses besoins** donnant lieu à l'élaboration d'un projet individualisé **d'aide, d'accompagnement et de soins, et coordonné** au sein du service et auprès des partenaires extérieurs par un infirmier coordonnateur ;
- **d'actions de prévention** (dont le financement pourra être pris en charge dans le cadre de la conférence des financeurs).

Textes d'application :

- Arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile
- Instruction N° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD prévue à l'article 49 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Introduction

Le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004, codifié à l'article D. 312-7 du code de l'action sociale et des familles, a permis de regrouper au sein d'un même service, le service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), les missions des SAAD et des SSIAD, afin de **favoriser une prise en charge coordonnée et globale** des personnes en perte d'autonomie.

La création des SPASAD a eu pour finalité de proposer aux bénéficiaires d'aide à domicile une prise en charge intégrée avec les soins infirmiers pouvant être également dispensés à domicile. Ces services présentent des avantages nombreux et notamment : **mieux intégrer les prestations de soin et d'aide à domicile**, limiter le nombre d'interlocuteurs pour la personne concernée, libérer les infirmiers des tâches administratives, limiter l'isolement des prestataires de services d'aide à domicile qui seraient intégrés dans une même chaîne gérontologique, proposer des perspectives professionnelles aux salariés des SAAD.

Les SPASAD apportent donc à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux personnes atteintes de pathologies chroniques à domicile.

1. Les avantages de ce modèle intégré ont été identifiés dès 2004

Le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC), instance de l'Assemblée nationale, qui réalise des travaux portant sur des sujets transversaux a inscrit en 2013 à son programme de travail l'évaluation de la politique de développement des services à la personne. Une évaluation de cette politique publique transversale a été considérée comme nécessaire au regard de son impact sur de nombreux ménages, de salariés et d'employeurs du champ de la petite enfance, handicap, dépendance. L'impact de ce secteur en matière d'aides publiques mobilisées ainsi que de dépenses fiscales, d'allègements de charges sociales, de formation professionnelle a également justifié cette étude.

A cette fin, Le CEC a désigné rapporteuses les députées Mme Martine Pinville et Mme Bérengère Poletti, dont le rapport¹ soulignait que l'aspiration à une prise en charge globale et coordonnée des soins et de l'accompagnement à domicile avait été inspirée par les retours effectués par le service polyvalent de l'AMSAD Léopold Bellan à Paris organisé en SPASAD dès 2004. Ce retour d'expérience avait notamment permis de constater que lorsque les services interviennent dans le cadre de modes de financement différents, de conventions collectives différentes et de fonctionnements différents, il leur était compliqué d'obtenir de la cohésion et une bonne circulation de l'information. L'évolution souhaitée par les dirigeants de cette structure était alors de pouvoir bâtir une seule équipe, réunissant aides à domicile et soignants, sur la base d'un seul planning.

Pour sa part, un rapport de la Cour des comptes² avait lui identifié certains freins et fragilités de l'organisation en SPASAD comme l'existence d'une double tarification : l'une concernant les soins et relevant des ARS et l'autre concernant l'aide réalisée par les conseils départementaux. **La promotion d'une gestion intégrée du service polyvalent de l'aide et des soins suppose de s'interroger sur la faisabilité d'un financement unique et d'un budget unique.** L'autre frein constaté par la Cour des Comptes concerne l'effort de coordination des équipes qu'implique ce mode de fonctionnement, dont le coût n'est pas suffisamment pris en compte par les autorités de tarification.

¹ <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2437.asp>

² https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20140710_rapport_developpement_services_personne.pdf

2. Face à ces constats la nécessité d'une expérimentation s'est imposée, formalisée par l'article 49 de la loi ASV

Afin de pallier les difficultés de gestion rencontrées par les SPASAD, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015 a proposé la création, à titre expérimental, d'un « *modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement* » de ces services, dont la mise en place reposerait à la fois sur « des modalités précisées par un cahier des charges et sur la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre le service, le directeur général de l'ARS et le président du conseil général ». Ainsi, la loi ASV a préconisé une refondation du soutien à domicile par un rapprochement entre l'aide et le soin, grâce à une meilleure coordination de l'intervention des professionnels autour des personnes âgées du secteur sanitaire et du secteur social et médico-social.

Les SPASAD, qui pourraient constituer un maillon essentiel de la prise en charge à domicile des personnes fragilisées n'avaient connu qu'un faible développement après plus de 10 ans d'existence juridique (94 SPASAD installés en 2015). Un double constat a été fait : celui sur le plan quantitatif d'un faible engouement pour la création de ce type de structure et sur le plan qualitatif **d'une coordination insuffisante des missions de soins infirmiers, d'aide et d'accompagnement** à domicile au sein des services constitués, **d'une répartition inégale des structures sur le territoire national**, ainsi que d'un développement trop limité de leurs actions de prévention.

Afin d'inciter au développement de ces structures, la loi ASV a consolidé et approfondi l'organisation des SPASAD, au travers d'une expérimentation de nouvelles modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement, visant à renforcer l'intégration des services et à faciliter le financement des actions de prévention.

L'expérimentation d'un modèle intégré de SPASAD fait écho à la concertation grand âge et autonomie et à la consultation citoyenne « *Comment mieux prendre soin de nos aînés ?* », lancée par la Ministre des solidarités et de la santé le 1er octobre 2018, qui s'interroge sur l'opportunité de rapprocher les services dans le sens d'une plus grande intégration, notamment entre les SSIAD et SAAD pouvant aller jusqu'à une unique catégorie de structure.

Conformément à l'article 49 de la loi ASV, un rapport au Parlement doit être remis pour évaluer à leur terme ces expérimentations menées en application du présent article et rendant compte de l'amélioration de la qualité d'accompagnement des bénéficiaires et les éventuelles économies d'échelle réalisables au regard de la mutualisation des moyens. Dans l'attente de l'achèvement de ces expérimentations, le présent rapport vise, à une étape déjà avancée des expérimentations de modèles intégrés, à établir un premier état des lieux précisant leurs modalités, à dégager les premiers enseignements issus des enquêtes menées et à proposer des premières recommandations quant au devenir de ces structures.

I. Au regard des spécificités du secteur, la mise en œuvre de l'expérimentation de SPASAD intégrés a nécessité une mise en œuvre accompagnée et échelonnée

A. L'expérimentation a été lancée dans le cadre d'un agenda législatif dense

L'expérimentation a été lancée dans une temporalité marquée par la promulgation de la loi NOTRe le 7 août 2015 et de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Le contexte était donc celui d'une recomposition et d'une réorganisation profonde des nouvelles régions auxquelles sont venues s'ajouter plusieurs réformes en cours, impactant directement le secteur des services à domicile notamment la réforme du régime juridique des SAAD (régime de l'autorisation) et le développement des CPOM.

La période a également été marquée par l'installation des nouvelles instances résultant de la loi ASV en particulier les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Par ailleurs, la constitution des SPASAD expérimentateurs a été facilitée par des évolutions réglementaires concomitantes :

- La réforme du groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) permet d'accorder la personnalité juridique au groupement. Ainsi, le SPASAD constitué par un GCSMS est désormais une entité juridique propre pouvant porter une seule autorisation ;
- La réforme de l'article L 1110-4 du CSP a permis l'échange et le partage des informations avec les personnels médico-sociaux. L'équipe du SPASAD est considérée comme une seule équipe de soins pouvant échanger des informations sur leurs bénéficiaires communs à la condition que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

B. Toutefois, la mise en œuvre de l'expérimentation de SPASAD intégrés a été soutenue par l'ensemble des acteurs du secteur

1. L'accompagnement à l'expérimentation a été à la fois national et multi-partenarial

a. L'appui aux structures a été prioritairement réglementaire et financier

Afin de faciliter l'adhésion à cette expérimentation, la loi ASV a en effet prévu dans un premier temps de laisser une souplesse dans les modes de rapprochement des structures en SPASAD, permettant aux services de participer à l'expérimentation sans s'engager immédiatement sur la durée. En effet, la faculté de se rapprocher, grâce à une convention de partenariat, permettait aux services de se saisir de l'opportunité de tester un nouveau mode d'organisation et de fonctionnement. Celui-ci mieux coordonné, pour permettre d'essayer d'intégrer leur manière de travailler tout en se laissant la faculté d'arrêter l'expérimentation en cas d'échec.

En 2013, le comité de pilotage national dit « *de refondation des services à domicile* » visant à préparer la réforme des services d'aide et d'accompagnement à domicile a été mis en place par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) avec l'Assemblée des départements de France (ADF). Le comité de pilotage assure l'orientation et le suivi de l'expérimentation et a défini les indicateurs de suivi et d'évaluation de l'expérimentation.

L'arrêté du 30 décembre 2015 est venu préciser les attentes sur le contenu de l'expérimentation en fixant un cahier des charges. Des actions d'accompagnement ont été organisées en direction des ARS et des conseils départementaux comme la mise à disposition d'une boîte à outils sur l'expérimentation des SPASAD intégrés publiée sur l'espace collaboratif de la DREES comprenant une fiche de synthèse et une notice d'information présentant la nomenclature FINISS à utiliser, ainsi que l'organisation d'un

atelier *Idéal Connaissance*³ destiné à présenter aux ARS et aux conseils départementaux les différentes étapes du déploiement de l'expérimentation et leurs rôles respectifs.

La DGCS, en étroite collaboration avec les ARS, a souhaité disposer d'une analyse nationale de l'expérimentation, basée sur les résultats de deux enquêtes, l'une quantitative, l'autre qualitative, alimentées et actualisées lors de plusieurs campagnes successives de remontées des informations. Ces deux enquêtes ont été réalisées auprès des structures participantes, par une remontée via l'outil CINODE, puis au travers d'un questionnaire qualitatif renseigné.

Trois campagnes de recueil de données se sont tenues à ce jour (septembre 2017, février 2018, juin 2018). Compte tenu du décalage dans le temps qu'a connu la mise en œuvre de l'expérimentation sur les territoires (temps nécessaire à la publication des appels à candidatures, installation progressive des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, installation des comités de pilotages régionaux, signature des CPOM majoritairement entre juin et septembre 2017...), les remontées de données prévues ont été adaptées aux modifications de calendrier afin de disposer d'outils d'évaluation développés dans le cadre de ce dispositif et cela, jusqu'au terme de cette mesure.

La troisième campagne concernant les données des SPASAD arrêtées au 30/06/2018 ont été transmises par les ARS à la DGCS en septembre 2018. Ces données ont fait l'objet d'une exploitation statistique et d'une analyse qui permet d'établir « une photographie » de la situation des SPASAD intégrés, mais aussi en les comparant à celles extraites de la première et de la deuxième campagne et d'en dresser l'évolution.

Une comparaison entre la 2ième (2ième semestre 2017) et 3ième campagne (1er semestre 2018), qui ont toutes deux fait l'objet d'un dépouillement et d'une analyse permettent de faire le constat d'une évolution très positive du dispositif vers un modèle attendu, c'est-à-dire de plus en plus intégré.

Cette montée en charge se mesure par une participation à l'enquête à la hausse des structures expérimentatrices (12 % de réponses complètes et exploitables en plus entre les deux campagnes), signe d'un intérêt fort pour le devenir de ce fonctionnement en mode intégré et des enjeux qui en découlent quant à une éventuellement généralisation de ce modèle. Entre les deux campagnes, le pourcentage de personnes pris en charge par les SPASAD intégrés répondants à l'enquête a augmenté de 6 %. Cette augmentation est certes à relier au nombre de structures répondantes, mais elle témoigne d'une vitalité bien réelle et d'une activité croissante des SPASAD intégrés.

b. La CNSA a joué un rôle de facilitateur dans la constitution de SPASAD intégrés

La CNSA a également apporté son soutien via une contribution de 11,5 millions d'euros afin d'accompagner le développement des SPASAD. Au 01/01/2019, le montant total alloué par la CNSA à cette fin s'élève à 10 042 569 €. Plus de 96 % de cette somme a servi à financer des expérimentations de modèles intégrés de SPASAD, qui ont été déployées sur l'ensemble des territoires couverts par les ARS (à l'exception de la Guadeloupe et de l'Océan Indien). Un peu moins de 4% de la dotation de la CNSA a permis de moderniser des SPASAD « classiques ».

Pour les SPASAD participant à l'expérimentation, la contribution de la CNSA a eu vocation à :

- Favoriser le rapprochement des SSIAD et des SAAD ;
- Organiser la coordination des services d'aides et de soins et mutualiser les fonctions supports ;
- Doter les SPASAD d'outils communs ;
- Former les personnels.

³ <https://www.idealconnaissances.com/>

Par ailleurs, la loi ASV a permis l'inscription au programme des conférences départementales des financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées (L. 2331-1 du code de l'action sociale et des familles) d'actions de prévention au sein de structures expérimentatrices et leur financement.

De plus, un groupe de travail co-animé DGCS- CNSA avec l'association *échanges de données informatisés dans le secteur médico-social*.(EDESS) a enfin réfléchi au développement de l'interopérabilité des systèmes d'information des SPASAD et a produit un Guide pour les échanges de données dans le cadre des SPASAD intégrés et d'un: *Guide d'implémentation et un fichier XSD*⁴:

2. L'accompagnement local et la mobilisation de l'ensemble des acteurs ont également été décisifs.

Les conférences des financeurs et les Comités de pilotages régionaux pour le suivi des SPASAD expérimentateurs ont été mises en place. et ont associés :

- L'ARS ;
- Les Conseils départementaux (CD) ;
- Les représentants régionaux des fédérations de SSIAD et SAAD ;
- Les caisses de retraites inter-régime.

Les appels à candidature ont été lancés par les ARS et la majorité des CD. Les structures candidates à un fonctionnement en SPASAD intégrés ont été accompagnées par leurs fédérations. Des correspondants en ARS et auprès des SPASAD ont été nommés pour le suivi en ligne de l'expérimentation via l'outil CINODE.

3. Des enquêtes et qualitatives ont permis de recueillir une vision exhaustive des enseignements de l'expérimentation.

L'ensemble des ARS mobilisées sur l'expérimentation des SPASAD intégrés a travaillé, en appui de la DGCS, pour élaborer un questionnaire qualitatif commun de l'expérimentation, permettant une analyse régionale des expérimentations menées, de même qu'une analyse nationale des expérimentations lancées sur l'ensemble du territoire.

Ce questionnaire composé de huit questions a permis de lancer une enquête « flash » sur le 1^{er} trimestre 2018 auprès d'une majorité de SPASAD intégrés. Ces questions évaluatives ont été l'occasion pour les structures de s'exprimer sur les évolutions positives que l'organisation en SPASAD intégré a pu apporter à leur public et leurs structures, sur les actions qu'ils ont menées pour développer leur coordination et leurs actions de prévention, sur les difficultés rencontrées et les impacts organisationnels de cette expérimentation. De même, ils ont été invités à indiquer s'ils ont pu réaliser des enquêtes de satisfaction et enfin quelles perspectives ils envisagent pour leur structure à la fin de l'expérimentation.

⁴http://www.edess.org/joomla/images/guide_implementation/GuideImplementation_Espadom_v1p4p2.pdf

II. Les premières remontées de données permettent de dégager des bonnes pratiques professionnelles et démontrent une amélioration de la qualité de service pour l'utilisateur

A. Les données analysées font apparaître un modèle SPASAD intégré qui commence à se structurer principalement autour des prestations d'aide à domicile

1. Le nombre de contractualisation est un élément de succès de l'expérimentation, toutefois leur répartition et configuration restent très hétérogènes selon les territoires

Alors qu'il existait 94 SPASAD autorisés en 2015, l'expérimentation a permis de développer 338 SPASAD « intégrés » dotant ainsi les territoires de 244 SPASAD supplémentaires.

Suite aux appels à candidatures communs des ARS et des conseils départementaux : 362 SPASAD avaient été déclarés éligibles à l'entrée dans l'expérimentation. Au 1^{er} janvier 2019, 338 SPASAD intégrés ont signé un CPOM-SPASAD permettant leur entrée dans l'expérimentation : soit un taux de contractualisation de 93,4 % (données ARS). Par ailleurs, au 15/05/2018 le répertoire FINESS dénombre 187 SPASAD autorisés : depuis la promulgation de la loi ASV et le lancement de l'expérimentation sur les SPASAD intégrés, le nombre de SPASAD autorisés a doublé depuis septembre 2017.

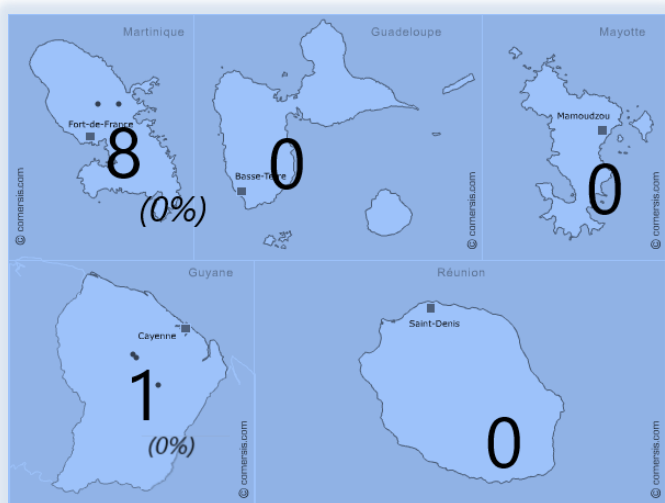
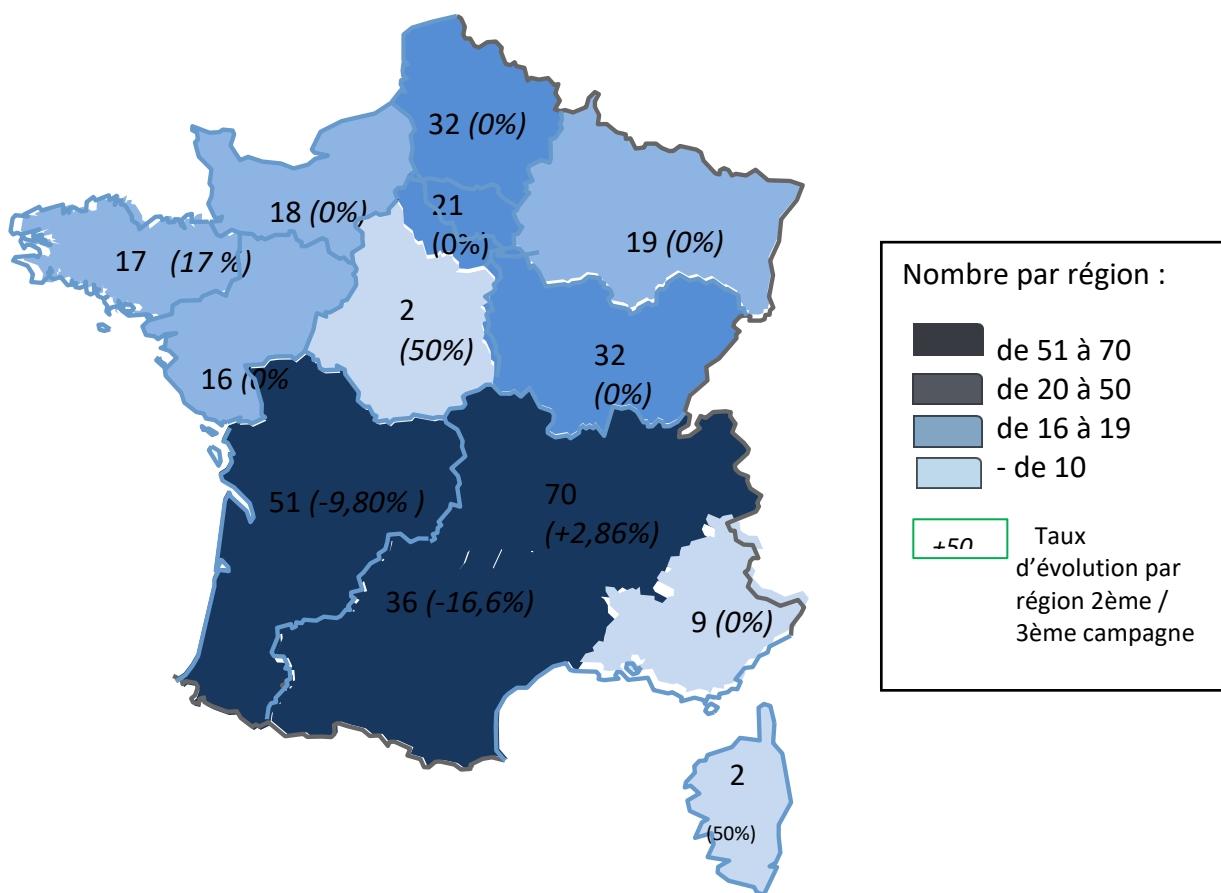
L'ensemble de ces éléments atteste de la mobilisation conjointe et soutenue des ARS, des conseils départementaux et des fédérations et services, dans les différentes étapes de mise en œuvre de l'expérimentation. Des expérimentations de SPASAD en mode intégré sont menées dans toutes les régions de la France métropolitaine et en outre-mer. Toutefois, leur répartition est très inégale sur les territoires.

En effet, **les disparités sont fortes suivant les régions** comme l'illustre la cartographie ci-dessous : de 2 SPASAD intégrés en Corse et en Centre Val de Loire à 70 en Auvergne Rhône Alpes. En Outre-mer, sur les territoires disposant d'une ARS, seules la Guyane et la Martinique ont participé à l'expérimentation (cf. fig1).

Par ailleurs, 16% des SPASAD expérimentateurs exercent leur activité sur un territoire PAERPA, mais aucun ne constitue un SPASAD PAERPA correspondant aux critères du décret n° 2015-1293 du 16 octobre 2015 relatif aux modalités dérogatoires d'organisation et de tarification applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile dans le cadre de l'expérimentation des projets pilotes destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie⁵ parmi lesquels figuraient le fait de coordonner les interventions du service avec les différents acteurs de la coordination territoriale d'appui, avec les équipes de soins des établissements de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux et avec les professionnels de santé libéraux concernés.

⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/10/16/AFSA1507387D/jo/texte>

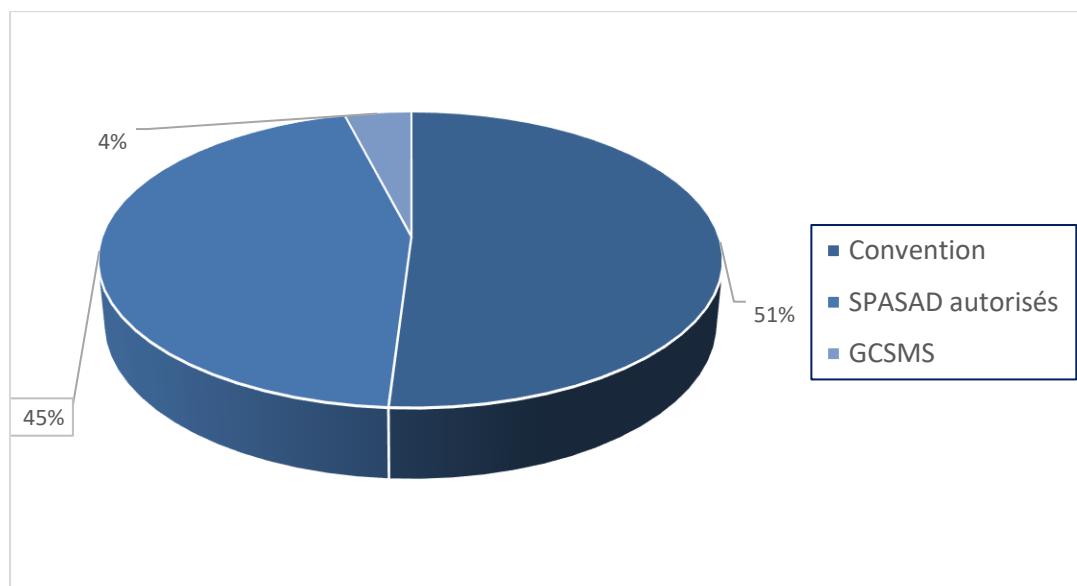
Carte des 338 SPASAD intégrés



Afin de constituer des SPASAD intégrés, les structures d'origine SSIAD, SAAD et/ou SPASAD autorisés se sont rapprochées majoritairement par la voie d'une convention de collaboration.

Si l'on dénombre 338 CPOM, il faut rappeler que tous les SPASAD intégrés n'ont pas la même configuration, permettant ainsi d'expérimenter différentes formes d'organisation et de fonctionnement. Il est à noter qu'en effet, certains SPASAD sont organisés par regroupement départemental, et comportent différents sites d'exploitation sur un large territoire, pouvant couvrir 1 département. Par contre d'autres structures ont formé des SPASAD sur le territoire d'un SSIAD et d'un SAAD, à un échelon local de proximité.

Mode de constitution des SPASAD intégrés



2. *Les publics accompagnés par les SPASAD intégrés sont à 95% composés de personnes âgées*

Les SPASAD intégrés répondants ont en effet pris en charge sur leur territoire 153 785 bénéficiaires au cours du premier semestre de l'année 2018 (144 795 au 2ème semestre 2017) sur leur territoire dont :

- 78,35 % sont suivies pour une seule prestation d'aide à domicile ;
- 12,13 % sont suivies pour une seule prestation de soins ;
- 9,52 % sont suivies pour les deux types de prestations (aide et soins).

L'activité des SPASAD expérimentateurs se concentre donc massivement sur le volet aide à la personne à domicile (près de 88 %), que ce soit dans le cadre d'une prise en charge couplée « aide et soins » ou seulement « aide ». Signe encourageant, la part des patients bénéficiaires d'une prestation combinée « aide et soins » a augmenté entre le deuxième semestre 2017 et le premier de 2018 de 5% par rapport aux personnes pris en charge pour une seule structure. (9 à 9,5 %).

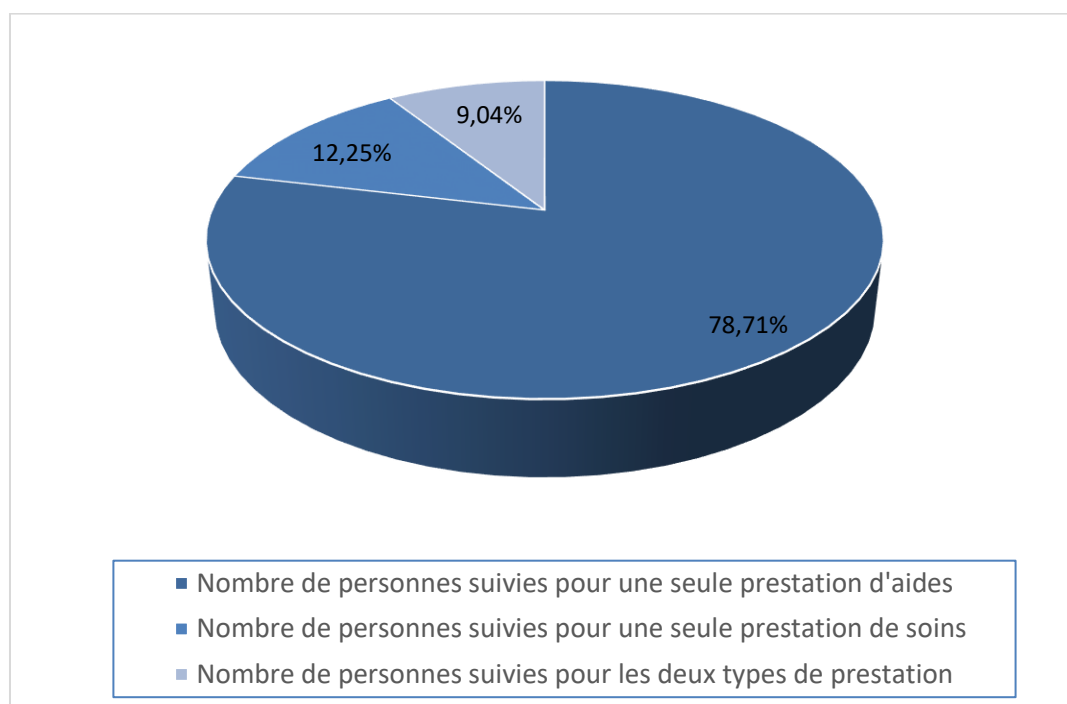
Chaque SPASAD intégré prend en moyenne en charge 469 personnes parmi lesquels 367 bénéficient de prestations d'aide à domicile, 45 de prestations couplées « aide et soins » et 57 personnes de prestations de soins seules. Ces 469 personnes accompagnées par SPASAD sont prises en charge en moyenne par 240 personnels intervenants à domicile.

Les 153 785 personnes suivies par les SPASAD intégrés sont composées à 95 % de personnes âgées qui disposent à 64% d'un proche aidant. A contrario, 36% d'entre elles sont donc seules.

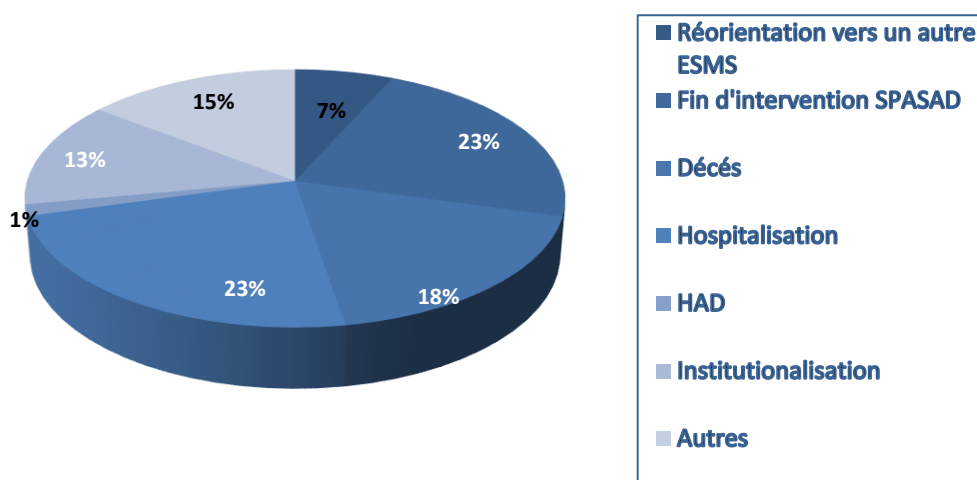
Les SSIAD entrés dans l'expérimentation disposent dans 43% d'entre eux de 1 809 places d'équipe spécialisée Alzheimer (ESA).

La part des personnes en situation de handicap est donc très faible (5%) dans les SPASAD expérimentateurs. Ce dernier point nécessiterait des développements. Il est toutefois possible d'avancer l'hypothèse que le fait que les actions de prévention décidées et financées par les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie n'ayant bénéficié qu'au public personnes âgées pourrait expliquer en partie le développement restreint des structures intégrées prenant en charge les personnes dépendantes autres que cette catégorie (PH, maladies chroniques).

Typologie des personnes prises en charge

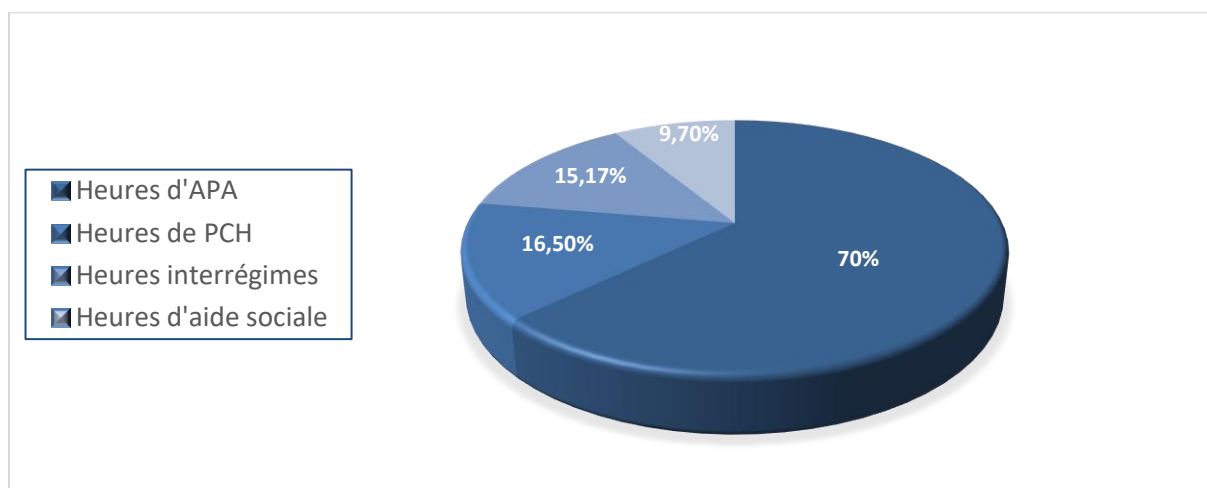


Causes de sortie de prise en charges en SPASAD intégré



Volume d'activité des SAAD participants avant l'entrée dans l'expérimentation

L'activité des SAAD ayant rejoint l'expérimentation à destination des publics fragiles représente un volume de 39 574 139 heures de prise en charge, ventilé comme suit :



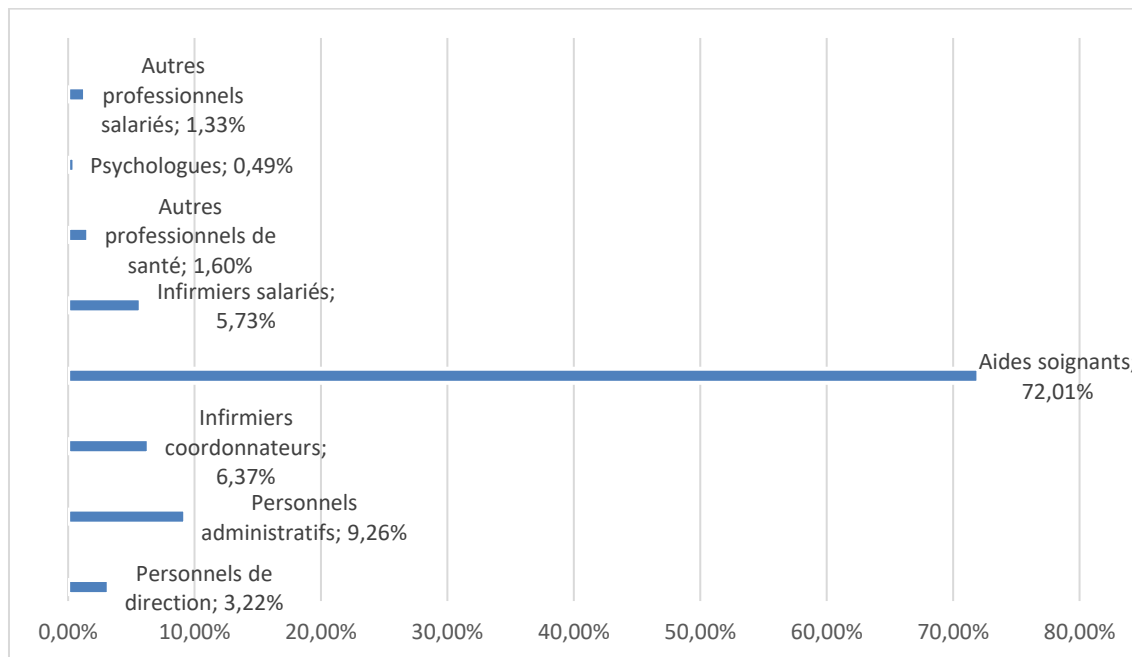
3. L'expérimentation a permis de mettre à jour une organisation renouvelée des structures

La participation des structures SSIAD ou la partie soins des SPASAD à l'expérimentation a nécessité l'accord conjoint du président du conseil départemental et du directeur général de l'ARS. L'activité des structures participant à l'expérimentation représentaient un total de 34 380 places dont pour plus de 93% d'entre elles dédiées aux personnes âgées. Chaque structure expérimentale disposait en moyenne de 103 places personnes âgées et personnes en situation de handicap.

B. Les enseignements de l'expérimentation en matière de changement des pratiques sont nombreux et permettent de diagnostiquer freins et leviers au développement des SPASAD

1 Un des enseignements majeurs de l'expérimentation est que 92 % du personnel des SAAD sont en charge de l'aide et de l'accompagnement :

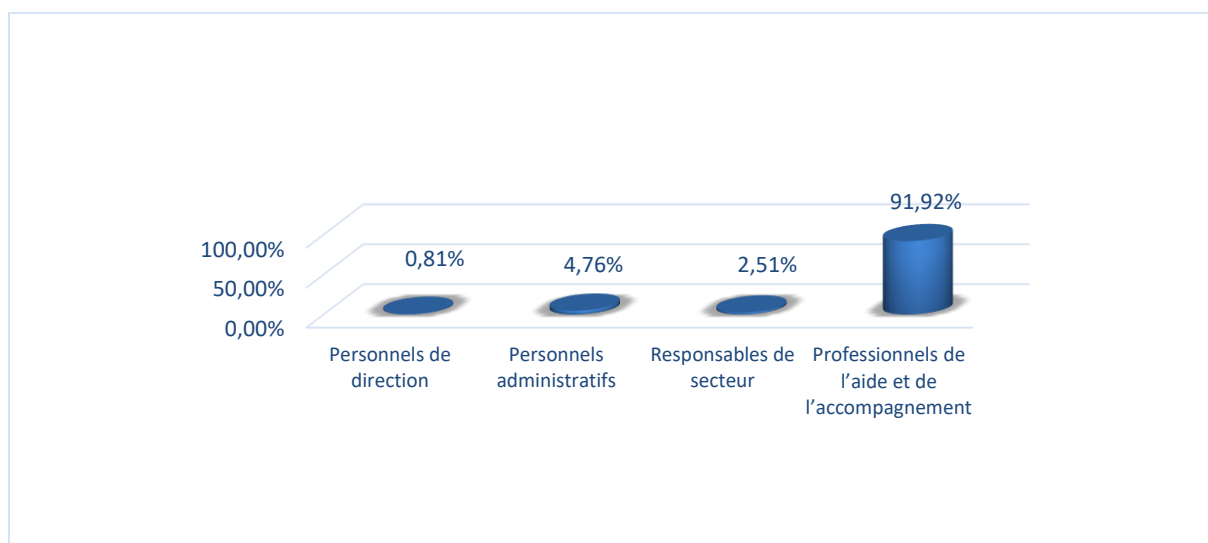
Personnel des SSIAD avant l'entrée dans l'expérimentation



Comme indiqué dans le graphique ci-dessus, la profession d'aide-soignant est massivement représentée dans les effectifs des SSIAD. Près de 75% des 11 766 employés (personnes physiques) correspondant à 7 397 ETP, sont des aides-soignants.

Les moyens humains des SAAD participants représentent en effet 60 395 employés au service de l'aide, correspondant à 39 154 ETP, répartis suivant le graphique ci-après :

Personnel des SAAD avant l'entrée dans l'expérimentation

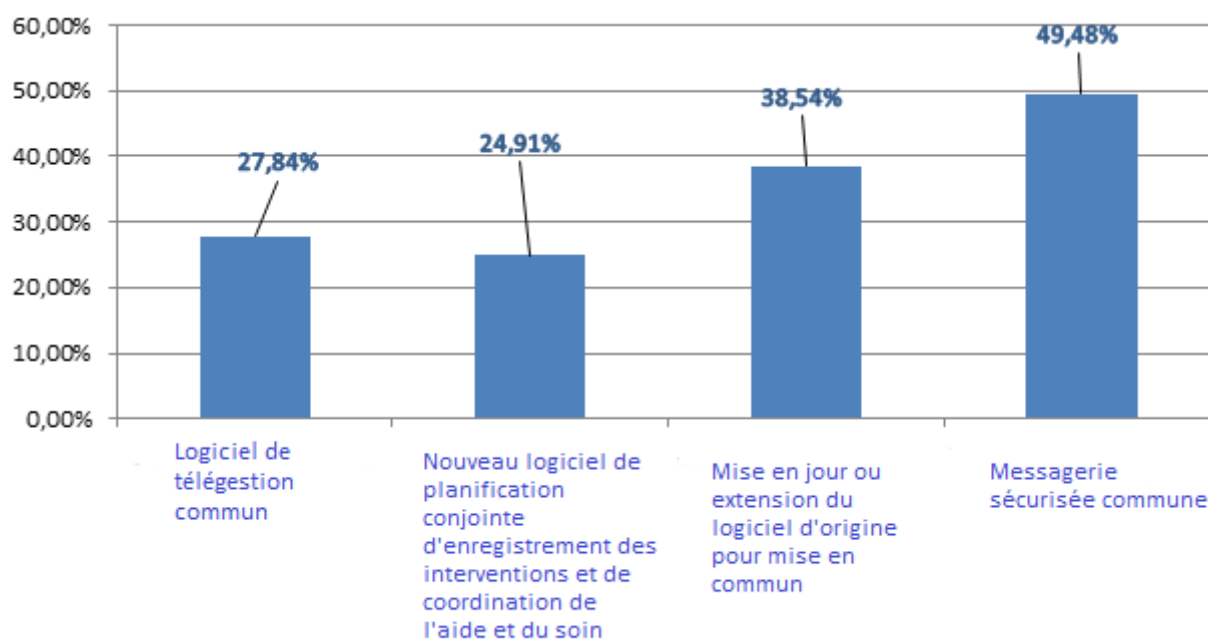


2 Les bonnes pratiques observées sur les territoires d'expérimentation permettent un taux moyen d'intégration des SPASAD de près de 78 %.

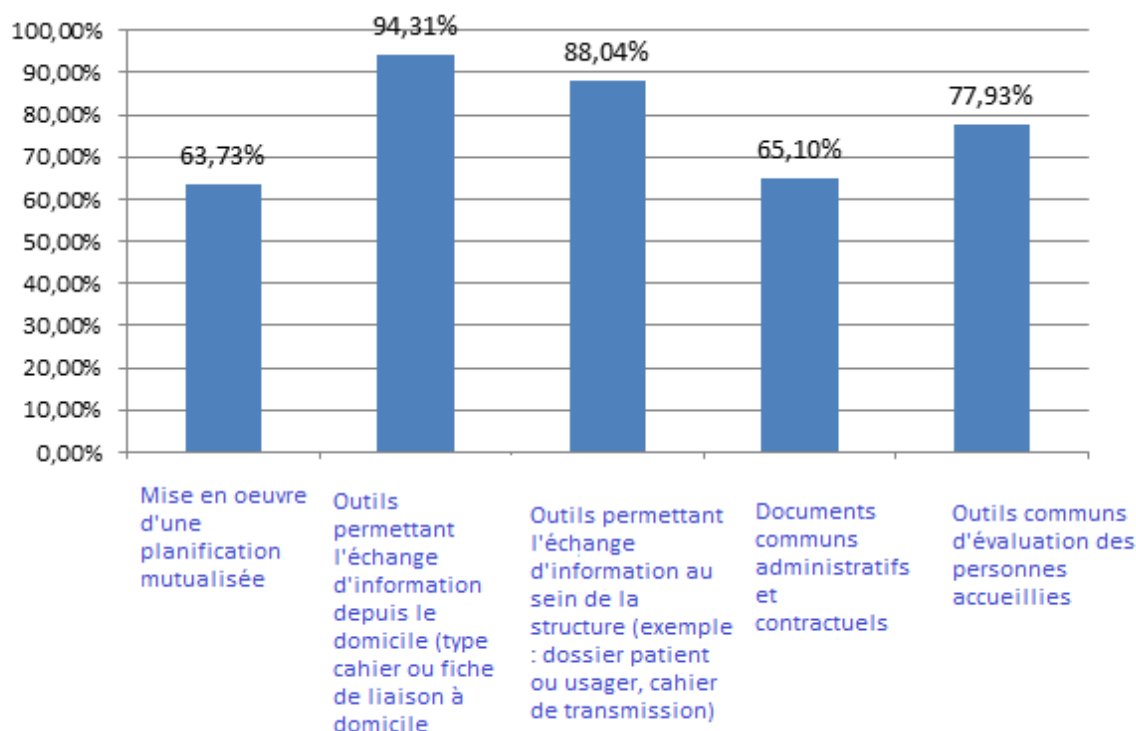
Les différents outils communs mis en place au sein des SPASAD participant à l'expérimentation et ayant répondu à l'enquête ont permis de mettre à jour un niveau d'intégration élevé. Ainsi, des formations ont notamment été organisées pour accompagner les différents personnels en charge de l'aide et des soins des structures expérimentatrices à exercer ensemble leur activité selon un modèle intégré. Depuis l'entrée dans l'expérimentation en juin 2017 cet accompagnement a été suivi par en moyenne 35 personnes par structure répondante à l'enquête.

Comme l'indique les graphiques ci-dessous, des outils communs ont également été développés en support à ce changement de cadre d'intervention. Les structures expérimentatrices ont en effet développé pour près des deux tiers d'entre elles un outil de planification mutualisé. Près de la moitié des structures expérimentatrices se sont dotés d'une messagerie sécurisée pour échanger des données est devenu majoritaire. Près de la totalité des SPASAD intégrés ont bâti un outil commun facilitant l'échange de données entre les différentes équipes intervenantes au domicile de la personne.

Pourcentage de structures ayant créés les outils communs (par outil)



Finalité des outils communs



Le développement des outils facilitant cette nouvelle organisation intégrée par les SPASAD expérimentateurs témoigne de l'appropriation par les équipes d'une nouvelle manière de travailler. Aussi, la part des SPASAD ayant mis en place des outils de planification mutualisée (messagerie sécurisée commune, logiciel de télégestion commun, mise à jour d'un logiciel d'origine pour mise en commun) progresse de 6% parmi les répondants.

3. Une méthode de coordination spécifique est à observer au sein du SPASAD intégré

Sur le 1^{er} semestre 2018 : 27 333 personnes ont en effet été évaluées dans le cadre de leur entrée/ou suivie au sein du territoire des SPASAD intégrés : soit 18 % des personnes suivies.

- 41 % ont été évaluées par l'IDEC (infirmier coordonnateur) ;
- 42 % ont été évaluées par le responsable de secteur ;
- Et 16 % ont fait l'objet d'une évaluation commune de l'IDEC et du responsable de secteur.

La part d'activité de l'IDEC consacrée à la coordination « aide et soins » au sein du SPASAD intégré est estimée par les répondants à 32%.

Par ailleurs, les SPASAD intégrés ont mis en place sur le semestre, 3 381 réunions de coordination, soit une moyenne de 12 réunions par SPASAD par semestre ou une moyenne de deux réunions par mois et par SPASAD. Enfin, au cours de ces réunions de coordination 2 à 3 dossiers de personnes accompagnées (aide et soins) ont été examinés (moyenne de 2,47 dossiers)

En définitive, ces réunions de coordination ont permis d'examiner 8 368 dossiers de personnes accompagnées à leur domicile pour de l'aide et des soins, soit 59% du total des personnes suivies pour une prestation double (aide et soins) par les SPASAD sur un semestre.

Le nombre de réunions de coordination augmente : de 9 au deuxième semestre 2017 à 12 en moyenne par semestre en 2018 et par SPASAD, La part des personnes suivies pour une prestation « aide et soins », qui ont vu leur situation examinée lors de ces réunions s'est accrue de près de 10%. (54% à 59%)

4. Les SPASAD intégrés facilitent la mise en place d'actions collectives de prévention de la perte d'autonomie, en particulier avec les proches aidants

La mise en place des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées par la loi ASV et le rôle qu'elle leur a dévolue dans le développement d'actions de prévention dans les SPASAD intégrés a joué pleinement un rôle de levier.

Ainsi, 10 021 actions de prévention ont pu être mise en place soit 37 actions par SPASAD sur le 1^{er} semestre 2018. Cela correspond à une moyenne de six actions de prévention par mois au sein de chaque structure.

Ces actions de prévention pour une très grande majorité d'entre elles sont individuelles (83%) et font l'objet d'un financement à hauteur de 49% de leur montant par les conférences des financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées et représentent une moyenne de 2 à 3 actions individuelles par mois.

Seulement 17% des actions de prévention sont collectives, elles bénéficient toutefois d'une part de financement plus importante de la conférence des financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées (83 %), qui a rendu possible la mise en œuvre d'une action collective tous les deux mois

A contrario, si les actions de prévention sont très largement individuelles, les usagers des SPASAD intégrés bénéficient pour une majorité d'entre eux des actions collectives. Ainsi sur les 14 201 personnes bénéficiaires, 8 105 d'entre-elles ont participé à une action collective de prévention (57 %). Les SPASAD expérimentateurs jouent également un rôle croissant dans l'appui des proches aidants en développant à leur égard des actions de prévention spécifiques, qui ont concernés plus de 6% 'entre eux.

Les actions de prévention le plus fréquemment menées portent sur les domaines suivants :

- les risques de chutes ;
- l'isolement social avec la mise en place d'actions spécifiques ;, comme l'accompagnement durant une semaine d'usagers de SPASAD dans le cadre du dispositif « seniors en vacances » par des membres de l'équipe. (Aide-soignante et auxiliaire de vie) ou encore la participation active d'usagers du service à une séance de théâtre forum ;
- l'information des usagers et des aidants sur la perte d'autonomie et les aides existantes
- la dépression et le suicide ;
- les risques iatrogéniques ;
- la dénutrition ;
- les risques de déshydratation ;
- le soutien aux aidants.

Des actions se sont aussi développées autour de trois axes, l'information des professionnels sur la santé et les facultés physiques et cognitives des personnes âgées, la sensibilisation à la promotion de la bientraitance et à la prévention des risques liées à l'activité professionnelle.

Il est à noter que certains types d'actions de prévention n'ont pas pu bénéficier des aides financières des conférences des financeurs, comme par exemple :

- formation des professionnels intervenants à la prévention ;
- actions auprès des proches aidants (dont répit à domicile) ;
- séjours de vacances accompagnées ;
- structuration d'un dispositif de prévention (établissement/évaluation d'un plan de prévention personnalisé pour chaque usager).

Les procédures de demandes de financement apparaissent complexes dans certains départements (délais, pièces demandées, critères d'attributions). A ce titre les SPASAD en charge des personnes en situation de handicap, n'ont pas accès aux financements d'actions de prévention de la conférence des financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Des actions de repérage des fragilités sont menées en priorité afin de former les professionnels à l'utilisation de grilles ou d'outils de repérage de l'ANESM ou d'autres outils ou dispositifs : Smaf, Sega, échelle Zarit, Monalisa. D'autres actions ont consisté à mettre en place des visites régulières de l'IDEC, d'une psychologue et d'un ergothérapeute ainsi que des visites en binôme aide et soins. D'autres actions ont pris la forme de réunions entre partenaires du territoire pour échanger sur les situations « fragiles », de partenariats avec les MAIA du département et de participation aux rencontres organisées par la Maison départementale de l'autonomie (MDA)

Les autres actions sont autofinancées par les services ou leurs entités gestionnaires, ou bénéficient d'aides ponctuelles de l'ARS (crédits non reconductibles), de la CNSA (via l'ARS ou les Conseils départementaux), des caisses de retraite (CARSAT, AG2r), des CICAT et PRH pour les « SPASAD PH », d'un OPCA, d'associations de patients, de fondations ou de mutuelles, ENIM et CPAM.

Sur le sujet du financement des actions de prévention des SPASAD intégrés, il paraît souhaitable de pérenniser ces financements prévus par le 4) de l'article 3 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, en stipulant que les SPASAD intégrés issus de l'expérimentation) peuvent continuer à prétendre à ces financements à l'issue de l'expérimentation, lorsqu'ils ont bénéficié à l'issue de celle-ci à une reconnaissance de « SPASAD intégré ».

Enfin, dans leur rôle pivot sur la prévention de la perte d'autonomie, les SPASAD intégrés ont procédé sur le premier semestre 2018, au repérage de 4 925 personnes (aidant ou aidé) dont la situation montrait les signes d'une aggravation de la perte d'autonomie, ce qui correspond à une moyenne de 3 à 4 repérages par mois, au sein des SPASAD intégrés. Le nombre d'actions de prévention individuelles et collectives a doublé en moyenne entre le deuxième semestre 2017 et le 1^{er} semestre 2018 au sein de chaque SPASAD : 6 au lieu de 3 par mois. Celles en faveur du développement du repérage de la perte de l'autonomie se sont développées de 2 à 3 par SPASAD et par mois au 2^{ème} semestre 2017 à 3 à 4 au 1^{er} semestre 2018.

5. Le mode intégré des SPASAD bénéficie aussi bien aux personnes prises en charge et à leurs aidants qu'aux professionnels:

a. Les SPASAD font remonter une amélioration de la prise en charge des usagers.

Ces nouvelles structures offrent aux usagers un accès facilité aux prestations d'aide et de soins, et une meilleure visibilité des structures grâce à la mise en place du guichet unique « SPASAD », permettant également d'alléger les démarches (un seul appel et un seul rendez-vous).

Elles permettent **une évaluation globale des besoins de la personne**, qu'ils relèvent de l'aide ou du soin. La présence d'un regard infirmier dans l'évaluation des besoins d'aide et d'accompagnement est soulignée comme une plus-value.

Le fonctionnement en mode intégré favorise **une meilleure coordination entre les intervenants**, source d'harmonisation et de cohérence dans les pratiques, de réactivité et d'optimisation des interventions. De même la coordination au sein des services apporte une plus grande sécurisation des échanges avec les patients et leurs aidants.

Ce type d'organisation est bien perçue par **les aidants, qui sont davantage rassurés**, car l'information sur la prise en charge circule mieux entre les intervenants, permet une prise en charge adaptée, sans oublier le confort pour l'aidant de ne pas avoir à répéter des informations importantes auprès de chaque intervenant différent.

Il découle de ce mode intégré de prise en charge **une amélioration de la fluidité des parcours de soins** et meilleure prévention des ruptures dans les parcours, grâce notamment à une meilleure réactivité dans l'adaptation des plans d'aide et de soins en cas d'évolution de l'état de santé et des besoins de la personne accompagnée.

Les bénéficiaires interrogés ont exprimé leur satisfaction quant à la rapidité des réponses apportées par les SPASAD sur les demandes et questions qu'ils pouvaient avoir, de même qu'une meilleure prise en compte de leurs habitudes de vie, grâce au projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins. Les personnes ont le sentiment d'une prise en charge globale de leurs besoins par une équipe mieux coordonnée.

La prise en charge des situations complexes est, en particulier, facilitée, et les questions d'ordre social sont mieux prises en compte. Des structures se sentent, par ce mode d'organisation, plus en capacité d'assurer, par ailleurs, un meilleur respect des habitudes de vie des patients, ainsi que de différer l'entrée en EHPAD.

b. Les avantages de la nouvelle organisation sont également nombreux pour les professionnels.

Les structures notent d'abord une amélioration de l'organisation du travail grâce à une meilleure concertation entre intervenants, une planification des interventions communes et une mutualisation des moyens. En résulte un sentiment de plus grande sécurité au travail et de moindre isolement, en particulier du fait de la possibilité d'intervenir en binôme sur les situations « *lourdes* ». Grâce à cette nouvelle organisation en SPASAD, le champ d'intervention et de compétence des professionnels est plus précis et les équipes développent un sentiment d'appartenance à une même entité « le SPASAD », rendant le décloisonnement de l'aide et du soin bien réel.

Les SPASAD soulignent ensuite une amélioration des prises en charge liée au partage de compétences et d'information entre les intervenants de l'aide et du soin. L'histoire, le parcours, les problématiques sociales du patient sont mieux connus, ce qui permet une meilleure analyse des situations et une régulation plus rapide des cas complexes. Les professionnels ont le sentiment de faire un travail de meilleure qualité et se sentent gratifiés.

Cet aspect est à relier à l'autre plus-value de l'exercice en SPASAD, à savoir une meilleure connaissance et reconnaissance du travail de chacun. Les structures observent un enrichissement mutuel des acteurs de l'aide et du soin. Les professionnels de l'aide, en particulier, sont davantage sollicités pour leur expertise et leur connaissance des usagers, et s'en trouvent valorisés. Reconnus et responsabilisés, ils trouvent plus de sens à leur travail et l'appartenance institutionnelle en sort renforcée. Le rôle de chacun est mieux compris et les missions sont plus délimitées, moins floues. Des perspectives d'évolution professionnelles apparaissent.

c. L'organisation en SPASAD pour les partenaires constitue le gage d'une meilleure lisibilité de l'offre, notamment grâce à la mise en place d'un interlocuteur unique.

Ce système de « *guichet unique* » facilite la prise de contact, la communication de manière globale, et réduit les démarches à effectuer et la durée de leur traitement. C'est un vrai gage d'efficacité. Les partenaires constatent également une amélioration de la coordination, notamment pour la gestion des situations complexes, et entraîne parfois la mise en place de projets communs, comme des actions de prévention.

Ainsi, sur le premier semestre 2018, la situation de 4 % des personnes suivies en moyenne par SPASAD intégré a donné lieu à des échanges de coordination avec d'autres intervenants (MAIA, CLIC, CTA de PAERPA, PTA...), comme par exemple des réunions, transfert d'informations, appels téléphoniques de coordination...).

Plus de la moitié des SPASAD expérimentateurs ont développé des partenariats afin de préparer les sorties d'hospitalisation : en direction des établissements de santé (56%), ainsi qu'avec d'autres ESSMS (53 %) et des établissements d'HAD (58%). Les caisses de retraite ont fait l'objet de partenariat pour 42% des SPASAD intégrés.

De manière plus générale, **les partenaires apprécient le décloisonnement des pratiques**, et les réponses complètes et globales apportées aux problématiques de leurs patients, cela est rapproché d'une solution « clé en main ». On note aussi que les projets de SPASAD ont été bien accueillis par les MAIA. (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie).

Cependant de nombreux SPASAD indiquent n'avoir pas de retour de leurs partenaires pour l'instant, et ne pas observer de changements significatifs dans le travail en commun. Ils notent une méconnaissance du dispositif SPASAD par les acteurs de leur territoire.

d. Des enquêtes de satisfaction ont mesuré la satisfaction des usagers et des professionnels

Certains SPASAD intégrés ont pu lancer au cours de la phase d'expérimentation une enquête de satisfaction auprès des personnes accompagnées et de leurs proches-aidants, mais aussi auprès des professionnels du SPASAD et des partenaires extérieurs, comme les y invitaient l'enquête réalisée par la DGCS en direction des ARS.

Les résultats ne peuvent être considérés comme représentatifs de l'avis des personnes bénéficiaires de l'offre proposée par les SPASAD intégrés. Cependant, il ressort de ces enquêtes des premiers enseignements très encourageants : les usagers et les proches aidants se déclarent satisfaits de la proximité offerte par les prestations en SPASAD intégré. Ils se déclarent également très satisfaits par les réponses apportées par le service et la qualité de la communication et de la coordination aide et soins. La plus-value du guichet unique ne fait alors plus débat pour les usagers et leurs proches, qui ont besoin d'un accès plus simple à l'offre de soins et d'aide leur étant destinée. Enfin, dans ces enquêtes, revient souvent en point très positif la simplification du parcours des usagers et de leurs proches qui permet de répondre à des besoins par nature évolutifs.

Il apparaît que les aidants sont davantage rassurés, car l'information sur la prise en charge circule mieux entre les intervenants, permet une prise en charge adaptée, sans oublier le confort pour l'aidant de ne pas avoir à répéter des informations importantes à chaque intervenant différent.

Certains usagers ont indiqué qu'ils appréciaient plus certains intervenants que d'autres, jugeaient les temps d'intervention proposés trop courts et que le SPASAD était une structure complexe.

Pour les professionnels interrogés, il ressort une satisfaction sur la qualité du suivi des personnes et parfois regrettent d'avoir manqué de temps pour assister aux réunions de mise en place du SPASAD et certains ne se sentent ainsi pas assez impliqués ou associés à la nouvelle organisation. Pour les partenaires extérieurs, cette enquête fait état d'une réelle satisfaction. Ils trouvent que le SPASAD intégré est une solution globale d'accompagnement, notamment adaptée aux sorties d'hospitalisation.

La majorité des CPOM d'entrée dans l'expérimentation ayant été signés à l'été 2017, et les premières enquêtes de satisfaction ayant été réalisées à l'issue du 1er semestre d'activité des SPASAD intégrés issus de l'expérimentation, il s'agit d'une première photographie « d'installation » qui montre les bénéfices déjà ressentis et les écueils dus à un dispositif non encore mature que les acteurs commencent seulement à s'approprier.

Les prochaines enquêtes de satisfaction et les remontées de données au niveau régional puis national (quantitatives et qualitatives) devraient donner une vision plus complète et aboutie des impacts de cette nouvelle organisation des services.

6. Les structures expérimentent des outils nouveaux et des méthodes de travail pour favoriser la coordination de l'offre

a. En interne :

i. Les structures ont mise en place des outils communs :

Lors de l'installation de la nouvelle organisation, les instances internes aux structures (CA, CE, représentants du personnel) et les équipes SAAD et SSIAD ont été informées et réunies pour présenter le projet.

Les structures ont réfléchi à la mise en place d'espaces de travail autour de la coordination (instances de gouvernance du SPASAD intégré, réunions de coordination entre responsable et entre équipes, mise en place de groupes de travail) et à l'accompagnement des équipes à la mutualisation des pratiques par le recours à des formations communes et des analyses de pratiques communes, car il est à noter qu'un travail d'acculturation au travail conjoint est une démarche essentielle à la mise en place du travail en SPASAD.

ii. Des réunions de coordination aides et soins se sont développées pour apprendre à travailler ensemble :

Une grande partie des structures ont mis en place des **réunions de coordination conjointes SSIAD/SAAD**. Celles-ci impliquent le plus souvent l'infirmière de coordination du ou des SSIAD et la responsable de secteur du ou des SAAD, plus rarement les intervenants de terrain. Les structures soulignent en effet la difficulté à organiser des temps d'échanges avec les auxiliaires de vie et les aides-soignantes du fait de leurs plannings chargés. Le fait que le tarif horaire de l'aide à domicile n'inclue pas le financement de ces temps d'échanges est un autre obstacle fréquemment relevé.

Ces réunions de partage d'informations et d'échanges sont l'occasion de faire un point global sur les prises en charge des personnes relevant à la fois du SSIAD et du SAAD, d'évoquer les difficultés rencontrées et d'examiner les nouvelles demandes d'inclusion. Certaines organisations ayant intégré sur un même site, l'ensemble des services d'aide à la personne (SPASAD, téléassistance, portage de repas, minibus de proximité, facturation...) des personnels plus diversifiés du SPASAD intégré participent aux réunions d'échanges portant sur les admissions, les sorties et le signalement de la perte d'autonomie.

La fréquence de ces échanges visant à améliorer la coordination des intervenants est très variable, puisqu'elle oscille entre une, voire deux réunions par semaine pour certaines structures et que l'on compte sur le semestre une moyenne globale d'une à deux réunions par mois. Lors des réunions de coordination des intervenants de l'aide et du soin, les services examinent en moyenne deux à trois dossiers de personnes accompagnées.

Les temps de coordination clinique sont complétés par des réunions plus axées sur le management et l'organisation interne du SPASAD, associant souvent des responsables administratifs. Des structures indiquent par exemple également avoir mis en place un bulletin d'information périodique afin que chaque salarié de l'association puisse suivre l'avancée de l'expérimentation et se sente concerné et impliqué dans la démarche.

Trois grands types de réunions de coordination en interne ont été identifiés :

- Réunions sur le suivi des personnes accompagnées (admissions, sorties et le suivi global des personnes)
- Réunions pluridisciplinaire portant sur les situations complexes
- Réunions de coordination du service (management, organisation interne)

iii. Des réflexions se sont construites autour d'un projet de système d'information sécurisé :

En matière de coordination, l'une des actions phare est le **développement d'un système d'information partagé** entre les structures parties prenantes du SPASAD. Mais cette intégration semble, pour le moment, peu aboutie, au regard des contraintes techniques. De ce fait, certaines structures sont dans l'attente de développement de la part de leur éditeur, d'autres envisagent de changer de solution informatique.

Un SPASAD indique par exemple que le SSIAD participant a acquis le module « Soins » du logiciel utilisé jusque-là par le SAAD. En Nouvelle-Aquitaine, des SSIAD et des SAAD communiquent entre eux grâce au logiciel Parcours. Ils sont cependant contraints à des doubles saisies du fait de l'absence d'interface avec leurs logiciels métiers. Sur la Normandie, un SPASAD a développé un suivi d'activité en temps réel à l'aide d'un système d'exploitation et la mise en place d'un écran géant pour l'ensemble des coordinatrices. La planification murale macroscopique des activités est en cours de mutation vers une version informatique sur écran géant tactile (disparition progressive de la planification papier et de la retranscription).

Puis, pour optimiser l'organisation du service, certaines structures ont travaillé sur la répartition des tâches et des activités sur ce secteur, et décidé de créer un poste de logisticien. Cet agent aura pour mission de planifier et suivre l'activité du SPASAD sous la responsabilité et la coordination de l'encadrement. L'objectif principal est d'optimiser et sécuriser le suivi et l'accompagnement des usagers. L'objectif secondaire est de libérer du temps agent auprès de la coordination au bénéfice de l'évaluation médico-sociale et de l'accompagnement des usagers et de l'encadrement des intervenants.

La question de l'interopérabilité des systèmes d'information SPASAD est en effet un levier central pour faire avancer l'intégration des services, mais c'est aussi, une question complexe et que l'expérimentation a permis de mieux appréhender, tant au niveau local qu'au niveau national. En effet, ainsi qu'il a été souligné plus haut des réflexions locales et notamment régionales ont vu le jour.

Cependant, compte tenu du déploiement national de l'expérimentation sur les SPASAD intégrés (17 ARS), lors du comité de pilotage « *refondation des services à domicile* » en 2017, les fédérations du secteur du soin et de l'aide à domicile ont soulevées les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain sur le sujet. Ce comité de pilotage fut l'occasion de s'accorder sur la constitution d'un groupe de travail sur le sujet au niveau national.

Ce travail fait partie de la feuille de route de la convention passée par la CNSA et l'association EDESS et IDEAL connaissances, dont le 1^{er} volet des travaux a abouti à l'édition du « guide ESPPADOM ».

ESPPADOM est un standard d'échanges qui permet l'interopérabilité des systèmes d'information des SAAD avec ceux des conseils départementaux (périmètre: commande/délivrance/facture)

Ce standard est promu dans la cadre des conventions section IV par la CNSA dans son lien avec les départements pour la télégestion.

EDESS est une association loi du 1er juillet 1901, dont l'objet est de développer et promouvoir les Echanges de Données dans l'espace Sanitaire et Social, qui a associé aux travaux sur ESPPADOM les éditeurs de logiciel.

Le groupe de travail s'est réuni de juillet 2017 à mars 2018, et a permis de réunir des représentants des fédérations de SSIAD et de SAAD, des éditeurs de logiciels, de l'ASIP Santé, des conseils départementaux, des ARS, de l'association EDESS, de la CNSA et de la DGCS. Ce groupe était animé et organisé dans les locaux d'IDEAL Connaissances permettant de réunir des personnes en présentiel, mais aussi à distance par le système de web-conférence.

L'objectif assigné à ce groupe de travail était d'identifier au niveau national et rendre accessible auprès des éditeurs de logiciels, les besoins des structures (SSIAD et SAAD / SPASAD) en termes d'interopérabilité entre leurs logiciels.

Le groupe de travail a eu pour objectif d'identifier le périmètre d'interopérabilité recherché, celui-ci devant dans l'immédiat ne concerner que l'échange de données entre les logiciels SAAD et SSIAD constitués en SPASAD. Il a de même permis de préciser les contraintes calendaires de ce travail sur l'interopérabilité, celui-ci s'inscrivant dans l'urgence.

Ce premier travail s'est donc attelé à développer un outil d'interopérabilité pour l'urgence, qui ne fait pas obstacle dans un second temps, à une réflexion sur l'évolution des outils d'interopérabilité entre logiciels sur le moyen et long terme.

Enfin, l'accompagnement de la DGCS, de la CNSA et de l'association EDESS s'inscrit dans la neutralité, dans le sens où ce travail ne visait pas à proposer de solution de logiciel, mais bien une aide à l'interopérabilité entre les logiciels métiers existants. De ce fait, pour que la démarche puisse aboutir, il a été souligné qu'une vraie volonté des éditeurs de logiciels de travailler à cette ouverture était nécessaire, qui consisterait autoriser l'ouverture des droits de propriétaire ou d'échanger via un format « type ESPPADOM »).

Les résultats de ce groupe de travail ont été livrés au mois de mai 2018. Depuis lors, les SPASAD expérimentateurs, et de manière générale, l'ensemble des acteurs du secteur, disposent d'un « *Kit d'interopérabilité pour les SPASAD intégrés* » gratuit et librement téléchargeable sur le site de l'association EDESS, composé de :

- Un guide métier, pour les échanges de données dans le cadre des SPASAD intégrés
- D'un guide d'implémentation
- D'un fichier XSD.

b. En externe :

a. En matière de coordination externe, plusieurs types d'actions sont menés :

- la mise en place d'un **numéro de téléphone unique pour le SPASAD**, associé à une procédure d'accueil et d'admission unifiée ;
- la mise en place d'un **classeur de liaison unique au domicile des patients et/ou l'utilisation du système d'information partagé** pour faciliter les échanges avec les professionnels extérieurs au SPASAD (médecin traitants, infirmiers...).
- **l'élaboration et la diffusion d'outils de communication uniques** (plaquettes de présentation du SPASAD, site internet) et l'organisation de réunions de présentation du dispositif auprès des partenaires locaux ;
- la participation du responsable du SPASAD ou de l'IDEC à diverses réunions de coordination de territoire (Maia, PTA, CTA de PAERPA, maisons de santé, équipe APA...);
- la **signature de conventions de partenariat avec d'autres acteurs** du territoire (l'HAD par exemple) ;

Le SPASAD par les partenaires extérieurs peut être bien perçu lorsque l'information a été faite suffisamment en amont et que les acteurs extérieurs ont pu y être associés ; toutefois il peut arriver que des partenaires fassent preuve d'une certaine méfiance, notamment lorsque le périmètre d'action du SPASAD n'est pas assez bien défini et qu'il existe un risque de chevauchement des domaines de compétences.

b. L'organisation du travail a été modifiée par le fonctionnement en mode intégré.

Pour les structures qui fonctionnaient déjà en mode « SPASAD », l'entrée dans l'expérimentation a surtout eu pour effet de renforcer, de formaliser et d'officialiser la coordination préexistante, sans grand impact sur l'organisation du travail.

Pour les autres structures, les impacts organisationnels découlent des actions de coordination menées. Une articulation des plannings des intervenants de l'aide et du soin, voire une programmation unique des interventions, a été recherchée. Cette intégration a pour corollaire une modification des horaires d'intervention, dans l'objectif soit de permettre des interventions en binômes aide-soignante/aide à domicile pour les situations complexes, soit au contraire, suivant les besoins, d'éviter que les professionnels de l'aide et de soins n'interviennent en même temps au domicile (pour éviter par exemple une toilette pendant l'aide au repas). L'organisation journalière des interventions est ainsi plus fluide et répond davantage aux besoins des usagers. Plusieurs structures soulignent cependant que la gestion commune des plannings demeure compliquée, voire impossible, du fait de l'absence de logiciel unique.

Les échanges réguliers entre la responsable de secteur du SAAD et l'IDEC du SSIAD, les visites à domicile communes, l'organisation de réunions d'équipes transversales, la systématisation du partage d'information, l'intervention en binôme pour les situations complexes : ces différentes actions ont également un impact important sur l'organisation des structures, dans la mesure où elles entraînent une refonte progressive de l'ensemble des procédures et une harmonisation des pratiques professionnelles. C'est un changement important des pratiques et de la culture professionnelle de ce secteur qu'il faut continuer à soutenir et à promouvoir pour ne pas avoir d'effet d'essoufflement.

On note en définitive qu'une majorité des structures a choisi une « intégration » sous la forme globale, c'est-à-dire qui implique l'intégralité des équipes SSIAD et SAAD, permettant ainsi aux professionnels de s'approprier la nouvelle organisation et façon d'appréhender les prises en charge, et de développer un sentiment d'appartenance à une seule entité : le SPASAD intégré. Cette formule apporte par ailleurs une plus grande souplesse dans la gestion des plannings et permet aux salariés d'intervenir dans des situations variées, avec à la clé des perspectives professionnelles plus riches.

c. A l'inverse, quelques SPASAD ont mis en place « une équipe dédiée » du SAAD à l'activité en SPASAD intégré :

- **Soit pour la gestion des situations dites complexes** : il s'agit des agents diplômés et/ou ayant les compétences requises pour l'accompagnement des personnes en situations complexes (dépendance, isolement, contexte social fragile). Ces équipes peuvent parfois privilégier, pour les prises en charge SPASAD, les interventions de salariées formées et expérimentées.
- **Soit pour les personnes ayant besoin exclusivement d'aide et de soins**, celles-ci représentant une faible activité du SAAD, et permettant ainsi de ne former à ce type d'intervention commune qu'une partie ciblée du personnel. Ce type de choix peut être notamment justifié par le coût de formation de personnels nombreux par rapport à l'activité ciblée et à une mobilisation mitigée des membres des personnels sur le projet de SPASAD.

Enfin, d'autres structures essaient de développer les compétences des équipes pluridisciplinaires sur la prise en charge des troubles psycho-pathologiques. Pour ce faire, elles favorisent les échanges entre les expertises des assistants de soins en gérontologie et l'ensemble des intervenants à domicile sur ce domaine, et essaient de mobiliser les aides médico-psychologiques du service sur les situations les plus complexes.

7. Les difficultés identifiées doivent être surmontées pour promouvoir un fonctionnement pleinement intégré

a. Les principales difficultés rencontrées par les SPASAD intégrés sur l'ensemble des territoires sont liées aux difficultés pour définir le bénéficiaire d'un SPASAD intégré

Le fait de vouloir définir les bénéficiaires principaux du SPASAD intégré, comme les personnes bénéficiant d'une prestation double « aide et soins » sur le territoire couvert par la structure est apparu en cours d'expérimentation comme trop complexe et restrictif.

Cette notion a été élargie et l'utilisateur du SPASAD est une personne âgée, une personne handicapée ou atteinte d'une maladie chronique résident sur le territoire d'intervention du SPASAD intégré (zone d'intervention commune entre le SSIAD et le SAAD qui ont signé un CPOM pour exercer leur activité sous la forme d'un SPASAD intégré qui a besoin prioritairement d'une prestation double, d'aide et de soins, ou seulement de l'une des 2 types de prestations : aide seule, ou soin seul)

Les structures déplorent souvent un manque de financement supplémentaire dédié à la mise en œuvre des SPASAD intégrés, en particulier pour prendre en compte les temps d'échanges et de coordination des interventions. Le problème est particulièrement prégnant pour les SAAD, puisque leur tarification à l'heure ne prévoit pas la rémunération de ces temps d'échanges et de coordination. Globalement, le sous-financement des SAAD est appréhendé comme un obstacle à la bonne marche du SPASAD.

Par ailleurs, les délais de versement, par l'ARS, des financements spécifiques de la CNSA pour les SPASAD sont considérés comme pouvant être à l'origine du retard dans le démarrage de plusieurs projets de SPASAD intégrés. Les structures soulignent le caractère très chronophage de la mise en œuvre du SPASAD, en particulier pour les infirmières de coordination du SSIAD qui peuvent être amenées à exercer également le rôle de responsable du SPASAD. Cette problématique renvoie à la question des financements, puisque le temps consacré par les IDEC au SPASAD ne peut pas être compensé par le recrutement de personnel supplémentaire. De nombreux SPASAD soulignent également le « casse-tête » auquel ils sont confrontés pour planifier les réunions de coordination interservices, lorsque les organisations et les rythmes de travail des structures sont différents. La construction du SPASAD demande un vrai travail de transformation des organisations et des cultures professionnelles, et par là-même un accompagnement soutenu lors de sa mise en place (exemple : difficultés rencontrées pour l'élaboration et l'appropriation des nouveaux outils communs, nouvelles façons de communiquer, ...)

Les structures regrettent l'**absence de solutions informatiques intégrées** et déplorent « l'inertie » des éditeurs de logiciels, qui ne semblent pas avoir pris la mesure des évolutions nécessaires en matière de partage d'information interservices. Dans de nombreux cas, les SPASAD ne sont pas encore en mesure de gérer les plannings et les plans d'aide via un système d'information unique. Chaque entité participant au SPASAD conserve son propre logiciel et les interfaces sont inexistantes. Des structures déclarent être revenues à Excel pour la gestion du SPASAD. Les structures rencontrent également des difficultés techniques pour la mise en place du numéro unique. Les structures bénéficiant d'ores et déjà de l'outil parcours PAACO/Globule développé par le GIP Esea (financement ARS) souligne son intérêt pour le partage d'information sécurisé entre structures. Cependant, cet outil n'étant pas encore interfacé avec les logiciels métiers des SSIAD et des SAAD, une double saisie est nécessaire.

b. Certains SPASAD intégrés déplorent le maintien de financements et de réglementations distincts.

L'absence de fongibilité des budgets des SAAD et des SSIAD et l'absence de cadre administratif et réglementaire unique entravent le développement d'un fonctionnement pleinement intégré de la nouvelle structure. La non-fongibilité ne permet pas le transfert de tâches pour optimiser l'efficacité des services et des arbitrages sont nécessaires sur la clé de répartition des charges de structure et de fonctionnement.

Celles-ci ne se sentent pas en sécurité sur les questions liées au secret professionnel et au partage d'informations entre professionnels de l'aide et du soin. Le fait que la prise en charge en SSIAD fasse l'objet d'une prescription médicale, alors que l'accompagnement par un SAAD s'inscrit dans le cadre d'un plan d'aide décidé par le CD est également vu comme un frein à la gestion globale de la structure et à la fluidité de l'adaptation de l'accompagnement aux besoins des personnes.

Les structures soulignent des difficultés d'acculturation des professionnels. Les réticences liées aux cultures professionnelles et aux organisations différentes, et l'appréhension de l'avenir sont des obstacles pour de nombreux SPASAD intégrés. Certaines structures soulignent la difficulté à définir des frontières claires entre les missions des aides-soignants et des aides à domicile pour ce qui concerne les toilettes : ce « flou » entretient la méfiance entre professionnels.

c. Les professionnels regrettent un manque de formation sur certains aspects du travail en SPASAD et la difficulté à financer des formations et le remplacement des agents

Ils estiment par ailleurs que les SPASAD sont méconnus des partenaires extérieurs. L'absence de locaux communs le plus souvent est un frein à cette reconnaissance.

La mise en lumière de ces difficultés, qui si elles étaient identifiées avant la mise en place de l'expérimentation (non fongibilité des budgets, besoin de financement pour la coordination, différence de culture entre les professionnels de l'aide et du soin), ou qu'elles sont apparues ou se sont précisées lors de la mise en œuvre de l'expérimentation (difficultés importantes pour rendre les systèmes d'information des SPASAD interopérables, définition du périmètre d'action et des missions du SPASAD intégré...), permettent de faire le constat que les structures ont une réelle volonté d'apporter un service global (aide et soins) et de qualité auprès des usagers, et se sont grandement mobilisées pour expérimenter ce mode de rapprochement entre l'aide et le soin à domicile. Car si l'on compte 338 SPASAD intégrés, du fait de leur organisation et des sélections faites lors des appels à candidatures, leur nombre est bien plus important.

Les premières aides financières déployées (dotation de 11,5 M € de la CNSA, conférences des financeurs) ont aidé au lancement des expérimentations, mais celles-ci ont nécessité d'autres sources de financements (ARS, caisses de retraites ...) et l'expérimentation permet d'identifier clairement les leviers juridiques et financiers à construire pour permettre à ces structures de poursuivre leur transformation et la mise en place d'une nouvelle offre de service à domicile, au bénéfice des plus fragiles.

8. Des leviers identifiés devraient être actionnés pour favoriser le développement des SPASAD intégrés

a. L'intérêt d'un fonctionnement en SPASAD intégré est confirmé par les structures :

Dans certaines régions, la mise en place du SPASAD a été facilitée par l'existence d'une coopération préalable entre le SSIAD et le SAAD. En effet, lorsque les structures fonctionnaient déjà comme des SPASAD avant l'expérimentation, même de façon non formalisée et non officielle, leur entrée dans l'expérimentation n'a fait que confirmer et structurer les fonctionnements antérieurs.

Ces SPASAD intégrés entrés dans l'expérimentation en qualité de SPASAD déjà existant ou gérés par un seul porteur d'autorisation sont souvent des structures associatives ou gérées par un CCAS. Elles partagent souvent les mêmes locaux et disposaient déjà de procédures et d'outils de travail communs. Certaines avaient même un référent commun.

b. Les autres leviers favorisant un fonctionnement pleinement intégré des dispositifs d'aide et de soins portent essentiellement sur des facteurs humains

Ces facteurs sont par exemple : la motivation, la prise en compte de l'intérêt de l'utilisateur, remis au centre des préoccupations des professionnels, des facteurs plus techniques comme l'existence d'un logiciel médico-social commun au SSIAD et au SAAD l'accompagnement par un consultant pour élaborer les documents et outils communs, ainsi que l'effectivité du financement des actions de prévention par la Conférence des financeurs et d'autres plus organisationnels (le portage du modèle d'organisation en SPASAD par les instances locales et nationales : ARS, conseils départementaux, conférences des financeurs, fédérations, CNSA, DGCS..., notamment au travers des comités de pilotages régionaux et nationaux, et des remontées de données pour suivre le dispositif et donner la parole aux structures expérimentales afin de faire évoluer le modèle juridique des SPASAD, le parangonnage avec d'autres SPASAD existants, le cadre structurant du CPOM, avec des fiches actions détaillées et un calendrier précis) et l'implication des agents

Environ un quart des répondants à l'enquête indiquent ne pas pouvoir se prononcer sur l'avenir du SPASAD à l'issue de l'expérimentation, celle-ci venant à peine de démarrer à l'époque. Chez les autres, la poursuite de la démarche intégrée apparaît comme une évidence, la plus-value du guichet unique pour les usagers ne faisant pas débat. « Un retour en arrière serait inenvisageable » ont indiqué certains.

c. Néanmoins, certains SPASAD posent des conditions à la poursuite de la démarche

- l'attribution de financements supplémentaires. Sans ces financements complémentaires, certaines structures estiment qu'elles ne pourront pas être garantes du respect du cahier des charges et qu'elles n'iront pas plus loin dans l'intégration des pratiques et des organisations.

- la reconnaissance administrative du SPASAD (sous forme d'une autorisation ou d'une labellisation/convention quand les structures juridiques sont différentes) pour valoriser les professionnels et faciliter la communication entre le SPASAD et ses partenaires

- la simplification administrative et comptable (logique budgétaire unique)

Des structures ont pour projet d'élargir le SPASAD à d'autres SAAD et SSIAD pour couvrir un territoire plus vaste, ou d'augmenter le nombre de places de SSIAD consacrées au SPASAD ou de développer un « bouquet de services innovants » dans le cadre du SPASAD, et offrir des perspectives d'évolution professionnelle aux agents les moins diplômés.

III. Les recommandations pour pérenniser les SPASAD intégrés

A. Le maintien du suivi et de l'évaluation des expérimentations au niveau national semble nécessaire

La loi ASV du 28 décembre 2015 a permis la mise en œuvre de ces expérimentations. Elles avaient une durée fixée par la loi à deux ans, avec la perspective de contribuer à l'évolution législative ou réglementaire dans ce domaine afin de permettre une meilleure lisibilité de l'offre pour l'utilisateur et les aidants et de contribuer à une amélioration des prises en charge.

Or, la concertation nationale « grand âge et autonomie », lancée le 1er octobre 2018, par la Ministre aborde plus globalement la question de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées, à domicile et en établissement, l'articulation des différentes offres et leur simplification, les modalités d'organisation à privilégier. La question du devenir des services polyvalents d'aide et de soins à

domicile, et des suites à donner à l'expérimentation de leurs formes intégrées a fait l'objet de réflexions dans les ateliers. Il convient donc d'articuler et de mettre en cohérence la suite donnée aux expérimentations en cours avec les orientations plus globales issues de la concertation.

Dans ce contexte, il est souhaitable à la fois de ne pas stopper les organisations en mode SPASAD intégrés mises en place via l'expérimentation et de ne pas préempter les suites de la concertation « grand âge et autonomie » sur les SPASAD, cela passe par le prolongement des expérimentations.

En outre, un prolongement de la durée de l'expérimentation permettrait de poursuivre l'éligibilité des actions de prévention aux financements prévues de la conférence des financeurs. Un prolongement soutiendrait le déploiement des Comités de pilotages développés au niveau régional, garantirait la cohérence du dispositif de suivi et d'évaluation prévu à l'origine, tant au niveau national, que régional et permettrait d'assurer aux structures expérimentales le soutien du dispositif dans la durée de l'expérimentation et au-delà

Les remontées de données quantitatives, ainsi que la qualité des réponses fournies aux enquêtes qualitatives, témoignent de la bonne dynamique de l'expérimentation SPASAD, tant auprès des structures qu'auprès des instances de gouvernance.

A l'évidence, les structures se sont emparées du dispositif et des changements concrets sont à l'œuvre sur les territoires, qu'ils concernent l'organisation interne des structures ou les modalités de prise en charge des usagers, ou l'organisation plus globale de l'offre sur les départements et régions participantes. Il est donc impératif de poursuivre le suivi et l'évaluation jusqu'au terme de l'expérimentation.

A ce stade de l'expérimentation, on note deux formes d'organisation de SPASAD intégrés, qui rencontrent des problématiques très différentes :

- Ceux appartenant à une même structure juridique et ayant un fonctionnement intégré préalable : un seul porteur d'autorisation ou SPASAD déjà autorisé ou GCSMS
- Ceux appartenant à des entités juridiques différentes, sans habitude de travail en commun préalable : le plus souvent des structures qui se sont constituées en SPASAD par la voie d'une convention

C'est évidemment dans ce second groupe que les marges de manœuvre sont les plus réduites, avec des contraintes institutionnelles à surmonter et un travail d'acculturation à mener avant de pouvoir profiter de réelles modalités de travail en commun.

1. Les acteurs se sont pleinement investis dans la mise en œuvre des expérimentations :

L'investissement des acteurs dans la mise en œuvre et le suivi de cette nouvelle offre de service sur les territoires est notable, tant au niveau des instances locales, que des services, des fédérations qui les portent. Sans cet investissement l'expérimentation sur les SPASAD intégrés n'aurait pas pu voir le jour. Mais cet investissement montre aussi combien les territoires sont en attente de changement et d'adapter les modalités d'organisation et de fonctionnement des services à domicile aux besoins des personnes prises en charges et au respect de leurs parcours.

C'est véritablement une offre de service de qualité qui a été amorcée par les acteurs de terrain et les instances de gouvernances locales et nationale. Une impulsion, ou plutôt un large investissement qu'il sur lequel il nous faut capitaliser afin de créer un modèle juridique de SPASAD correspondant aux attentes des services et de leurs bénéficiaires.

Des bénéfices apportés par les SPASAD intégrés lors d'enquêtes qualitatives, peuvent être retenus le fait que ces structures facilitent la vie des patients et de leur famille. En apportant un service de proximité et de qualité. Elles renforcent la coordination entre les services et favorise la prise de conscience quant à l'intérêt d'une prise en charge de la personne. Le fonctionnement intégré est souvent l'occasion d'une

montée en compétences des intervenants dans le sens d'un accompagnement plus complet de la personne (effet d'entraînement positif en termes de qualité d'intervention). On constate que les systèmes et pratiques de coopération professionnelle profitent aussi aux patients « non-SPASAD ».

Un des enseignements les plus positifs tient à ce que les partenaires du SPASAD souhaitent poursuivre la coopération à l'issue de l'expérimentation.

2. Des freins financiers et organisationnels sont à lever pour développer les SPASAD intégrés

Ces constats très positifs formulés en cours d'expérimentation sont nuancés par des difficultés liées au cadre d'expérimentation comme le fait que celle-ci s'inscrive dans un calendrier contraint, peu compatible avec une conduite du changement aussi importante pour les structures. Signe encourageant, la grande majorité des SPASAD expérimentateurs s'est néanmoins prononcée pour une pérennisation de ce nouveau modèle d'organisation et de fonctionnement. Les souhaits des structures expérimentatrices étant partagés par les ARS. Néanmoins, les difficultés et les leviers nécessaires au développement des SPASAD ont été également identifiés par les structures et ARS.

- Cette nouvelle forme d'organisation et de fonctionnement des services est un bouleversement structurel et culturel qui **nécessite un accompagnement spécifique au changement.**

- **Cet objectif suppose un cadre juridique et financier adapté qui reste à construire** : en effet, l'expérimentation fait clairement apparaître que le cadre du CPOM a permis aux structures de poser les bases d'un fonctionnement en SPASAD clair et structurant, permettant aux équipes internes de s'inscrire dans le cheminement du service et de rassurer les partenaires extérieurs (notamment sur le champ de compétence du SPASAD). Celui-ci doit être maintenu, mais le statut du SPASAD en tant qu'ESSMS piloté par une seule entité juridique est à interroger. Si les SPASAD expérimentateurs ont majoritairement choisi de participer à l'expérimentation par la voie de la convention c'était pour pouvoir tester sans changement de statut, une nouvelle modalité de fonctionnement et d'organisation. Ce choix s'est par ailleurs imposé par la contrainte du calendrier de réponse aux appels à candidature, délais ne permettant guère la concrétisation d'un GCSMS.

- **La concrétisation d'un décloisonnement aide et soins implique nécessairement un rapprochement des gouvernances (ARS et CD) et la constitution d'un seul budget SPASAD**, induisant la fongibilité des budgets ou de rassembler les financements des structures grâce au portage par une seule institution (Conseil départemental ou ARS). Un rapprochement des politiques des ARS et conseil départemental est préconisée.

- L'expérimentation demandant aux services une évolution de leurs pratiques, et mettant l'accent sur une forte coordination des services et des professionnels de terrain, celle-ci ne peut se mettre en place que si ces nouveaux temps professionnels sont reconnus et financés comme tel. **L'évaluation a ainsi mis en lumière un fort besoin de financement de la coordination des équipes (coordination des services, coordination auprès des personnes, et auprès des partenaires extérieurs)**

- Une aide technique et financière **permettrait de faire évoluer les systèmes d'information des structures et répondre à l'exigence de coordination des interventions.** Cet aspect technique est souligné comme crucial à la bonne évolution des structures et constitue un véritable enjeu d'avenir pour les SPASAD mais aussi pour le développement des échanges sur le secteur médico-social, à l'instar des développements sur l'e-santé.

- **Le maintien du financement des actions de prévention, et leur extension aux autres personnes dépendantes paraît souhaitable.** En effet, les conférences des financeurs ne bénéficiant qu'au public « personnes âgées » les structures prenant en charge d'autres personnes dépendantes (PH, maladies chroniques) ont été éloignées de ces aides financières.

- **Les structures relèvent la nécessité d'un vrai travail de transformation des organisations et des cultures professionnelles**, et par là-même d'un accompagnement soutenu lors de sa mise en place (outils, accompagnement au changement).

B. La pérennisation de ce modèle suppose des évolutions juridiques et financières

1. Le fonctionnement en SPASAD doit faire l'objet d'une reconnaissance juridique :

a. A minima, il s'agirait de promouvoir un fonctionnement en « SPASAD intégré » par le biais de conventions

La reconnaissance du fonctionnement en SPASAD intégré pourrait se faire par le biais d'un conventionnement entre les gestionnaires de SAAD et de SSIAD constituant le SPASAD, le conseil départemental et l'ARS dans le respect d'un cahier des charges national fixé par décret précisant les modalités de fonctionnement en dispositif intégré.

Cette hypothèse présente l'avantage d'une très grande souplesse dans les modalités de constitution du SPASAD et a pour principal inconvénient le fait que les calendriers d'évaluation de chacun des services constituant le SPASAD peuvent différer.

b. Le choix du passage à une autorisation unique nécessiterait d'avoir une personnalité morale porteuse de l'autorisation.

D'une part, pour les SPASAD expérimentaux constitués par voie de GCSMS : cela nécessiterait que les gestionnaires SAAD et SSIAD constituant le SPASAD transfèrent leur autorisation au GCSMS puis que celui-ci fasse une demande de transformation d'autorisation auprès du CD et de l'ARS ; d'autre part pour les SPASAD expérimentaux constitués par voie de convention, cela nécessiterait que les gestionnaires SAAD et SSIAD constituant le SPASAD créent un GCSMS ou une association ou cèdent leur autorisation à l'une des entités juridiques membres (par voie de cession ou de fusion-absorption) puis demandent la transformation des autorisations SAAD et SSIAD en autorisation SPASAD.

Cette hypothèse permettrait une reconnaissance pleine et entière de l'entité SPASAD en tant qu'ESSMS et suppose la rédaction d'un cahier des charges unique pour décrire le fonctionnement et l'organisation de cette structure. Elle suppose une transformation des autorisations existantes (SSIAD et SAAD) et pose la question de son périmètre (capacités définies de manière différente, publics différents, territoires d'intervention) et de l'autorité compétente.

2. Les SPASAD intégrés devraient pouvoir bénéficier d'un cadre financier commun :

Actuellement, il n'existe pas de cadre financier ni pour les SPASAD classiques ni pour les SPASAD intégrés. Les cadres budgétaires applicables sont ceux prévus respectivement pour les SAAD et les SSIAD.

Trois hypothèses sont possibles :

1. A minima et sans fongibilité, une identification des charges communes :

Cette hypothèse suppose le co-portage des charges communes identifiées par CD et ARS et la définition d'une clé de répartition des dépenses entre les parties sur la base d'une contractualisation. Il s'agirait de

définir dans le CASF ce que recoupe le terme « charges communes » soit dans le cadre de l'existence juridique d'une structure SPASAD déjà autorisée soit dans le cadre du conventionnement entre les SAAD et SSIAD composant le SPASAD (mutualisation de moyens) à définir par voie législative renvoyant à un décret précisant le cahier des charges commun national.

2. Avec une « **fongibilité** » **uniquement sur résultats avec le passage à un cadre EPRD** (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses). Les SPASAD intégrés ont signés un CPOM pour participer à l'expérimentation. Un passage au cadre EPRD et la signature d'un CPOM autoriserait une « fongibilité » du résultat avec réaffectation en fin d'exercice sous réserve de l'accord des financeurs.

3. Avec **une fongibilité totale des crédits** nécessite des modifications importantes :
Aujourd'hui, de manière générale, il n'existe pas de fongibilité entre différentes sources de financement public, y compris au niveau de l'Objectif global de dépense (OGD) pour personnes âgées et personnes handicapées. La seule exception concerne la possibilité pour les gestionnaires de présenter par décision modificative soumise à approbation des autorités de tarification, une nouvelle répartition de la dotation globalisée pour l'exercice en cours dans le cadre d'un CPOM. Cette dérogation ne concerne que les ESSMS relevant d'un même financeur et d'un même OGD. Cette fongibilité totale représenterait une évolution forte, d'autant plus que les financeurs ne sont aujourd'hui pas les mêmes (conseils départementaux pour les SAAD, ARS pour les SSIAD).

Conclusion

Les remontées successives engendrées par les campagnes de recueil des données de l'expérimentation ont vu se confirmer tout au long de son déroulé **le souhait très partagé aussi bien des ARS que des structures participantes de voir ce modèle intégré de SPASAD se perpétuer**. De l'avis des acteurs de terrain, il serait difficile de revenir à une situation antérieure, après les démarches déjà entreprises en vue du fonctionnement en modèle intégré telles que la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens défini à l'article L. 313-11 du même code et une mise en conformité par rapport au respect du cahier des charges figurant à l'arrêté du 30 décembre 2015

1. Le modèle intégré répond à des besoins de développement des actions de prévention et de coopération avec les partenaires

En dépit pour l'instant de la part restreinte de personnes suivies simultanément pour des prestations aide et soins (9.5% au 1^{er} semestre 2018), ce modèle de fonctionnement répond à un **besoin de simplification de l'offre pour l'utilisateur** et ne se limite pas à une superposition des missions exercées par les SAAD et les SSIAD dans la mesure où elle a permis **la mise en place d'actions de prévention des usagers** ou de leurs proches dans des domaines larges tels que la lutte contre l'isolement, le maintien des compétences cognitives et physiques, qui répondent à de véritables besoins qui ne vont probablement que s'accroître dans un futur proche.

L'expérimentation a favorisé un rapprochement en une même entité de professionnels intervenants dans des champs différents l'aide et le soin et faisant l'objet de sources de financement distincts. Pour ce faire, une articulation des missions du responsable du SPASAD, de l'infirmier coordonnateur et du responsable de secteur a été définie, des partenariats ont été tissés avec les autres acteurs du champ comme par exemple les MAIA et les CLIC et des outils communs en terme de système d'information ont été élaborés. (logiciels de télégestion communs, logiciel de planification conjointe, messagerie sécurisée commune...)

2. Le devenir des SPASAD intégrés passe par une reconnaissance officielle de leur fonctionnement

Les demandes des structures expérimentatrices s'orientent plutôt **vers une consolidation des fondations de cette nouvelle orientation** alliant aide et soin en donnant des outils juridiques et financiers qui permettent de la finaliser et de l'inscrire dans la durée.

A minima, il pourrait s'agir d'une **identification des charges communes**, sans fongibilité. Cela supposerait le co-portage des charges communes identifiées par le conseil départemental et l'ARS, ainsi que la définition d'une clé de répartition des dépenses entre les parties sur la base d'une contractualisation. Il s'agirait de définir par voie législative ce que recoupe le terme « charges communes » soit dans le cadre de l'existence juridique d'une structure SPASAD déjà autorisée soit dans le cadre du conventionnement entre les SAAD et SSIAD composant le SPASAD.

Une intégration intermédiaire consisterait à autoriser une fongibilité partielle uniquement sur le résultat avec la possibilité de le réaffecter en fin d'exercice sous réserve de l'accord des financeurs. Cela supposerait de **faire passer ces structures dotées d'un CPOM à un cadre EPRD** (l'état des prévisions de recettes et de dépenses). La promotion d'un modèle totalement intégré implique la fongibilité totale des crédits, ce qui nécessite des modifications importantes, étant donné qu'il n'existe pas à ce jour de fongibilité entre différentes sources de financement public.

Plus généralement, la promotion du modèle intégré de SPASAD implique de lui donner une existence juridique. Seuls les SPASAD « classiques » sont codifiés (article D 312-7 du CASF). Il semble

primordial pour pérenniser cette forme de **lui donner une existence juridique avec une autorisation unique « SPASAD »** qui nécessite d'avoir une personnalité morale porteuse de l'autorisation.

L'avènement d'un modèle intégré de SPASAD a rendu possible un développement considérable de cette forme regroupant dans une entité unique soins et aide. Elle engendre s'il est décidé un prolongement de leur existence une redéfinition de l'offre médico-sociale en direction des personnes âgées et pose la question du rôle que cette nouveau modèle de SPASAD pourrait jouer aux côtés des SSIAD, des SAAD et forme classique de SPASAD.

3. Le développement des SPASAD intégrés est en phase avec la demande exprimée par les Français dans le cadre de la concertation grand âge et autonomie de renforcer le maintien à domicile

De l'expérimentation se dégage des enseignements positifs, qui semble valider le bien fondé d'un rapprochement des acteurs de l'aide et du soin en une même entité commune. Cette expérimentation initiée par la loi ASV du 28 décembre 2015 vient nourrir la concertation nationale « grand âge et autonomie », lancée, par la Ministre des solidarités et de la santé le 1er octobre 2018 qui aborde plus globalement la question de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées, à domicile et en établissement, ainsi que l'articulation des différentes offres et leur simplification, les modalités d'organisation à privilégier.

Une mise en cohérence du calendrier de l'expérimentation, qui devait prendre fin sur les territoires à l'été 2019 avec les échéances prévues par la concertation « Grand âge et autonomie » a trouvé toute sa pertinence dans la mesure où le maintien à domicile des personnes en a constitué un des enjeux majeurs. Aussi, un prolongement de l'expérimentation pour une durée supplémentaire de deux ans serait appropriée. Il s'agit de permettre aux structures de continuer à fonctionner sous la forme de SPASAD intégrés et pour l'ensemble des parties prenantes de disposer d'éléments plus aboutis, issus des premiers enseignements et recommandations en vue d'éventuelles évolutions législatives et réglementaires.

La consultation citoyenne s'inscrit dans le cadre de la concertation grand âge et l'autonomie a mobilisé 414 000 participants et a engendré 1,7 million de votes. Parmi les contributions des Français qui permettent de nourrir la réflexion conduite au niveau national, a été défini comme priorité l'accroissement de la qualité et de la variété de l'offre de lieux de vie. A ce titre, **95 % des votants ont approuvé l'idée d'un renforcement d'un maintien à domicile.**

La prise en considération de ce souhait fortement exprimé par les votants vient en résonance avec la volonté des structures expérimentatrices et des agences de voir un modèle d'intervention à domicile combinant aide et soins se construire dans la durée.

ANNEXES

Annexe 1 : textes de référence :

- L'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement :

Article 49

Des expérimentations d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile peuvent être mises en œuvre avec l'accord conjoint du président du conseil départemental et du directeur général de l'agence régionale de santé, à compter de la promulgation de la présente loi et pour une durée n'excédant pas deux ans, par :

a) Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

b) Les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant de l'article L. 313-1-2 du même code, dans le cadre d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale ou d'une convention de coopération prévus à l'article L. 312-7 dudit code.

Les actions de prévention qu'ils dispensent sont éligibles aux financements prévus dans le cadre de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 du même code.

La mise en œuvre de ce modèle, dont les modalités sont définies par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales, est subordonnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens défini à l'article L. 313-11 du même code.

Ce contrat prévoit notamment :

1° La coordination des soins, des aides et de l'accompagnement dans un objectif d'intégration et de prévention de la perte d'autonomie des personnes accompagnées, sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur ;

2° Pour les activités d'aide à domicile, les tarifs horaires ou le forfait global déterminés par le président du conseil départemental ;

3° Pour les activités de soins à domicile, la dotation globale de soins infirmiers déterminée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

4° Pour les activités de prévention, la définition des actions qui s'inscrivent notamment dans le cadre du schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles et du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, leurs modalités de mise en œuvre et de suivi en fonction des objectifs poursuivis et la répartition de leur financement entre le département et l'agence régionale de santé.

Les centres de santé relevant de l'article L. 6323-1 du même code peuvent développer avec les services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés au premier alinéa du présent article ainsi qu'avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles des actions de coordination et de prévention prévues aux 1° et 4° du présent article. Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard, le 31 décembre 2017, un rapport d'évaluation des expérimentations menées en application du présent article. Cette évaluation porte notamment sur l'amélioration de la qualité d'accompagnement des bénéficiaires et les éventuelles économies d'échelle réalisables au regard de la mutualisation des moyens.

Les textes d'application :

- **Instruction du 4 décembre 2015** CNSA –Ministère en charge de la santé relative à la répartition de la contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé pour le financement du développement des SPASAD

<https://www.cnsa.fr/instruction-du-4-decembre-2015-spasad>

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

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/02/cir_40574.pdf

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

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/12/30/AFSA1526764A/jo/texte/fr>

Annexe 2 : questionnaire qualitatif

1. Quelles évolutions positives avez-vous constaté avec la mise en place du SPASAD ? pour les professionnels intervenants ?

- pour l'utilisateur : personne accompagnée et proche aidant ?
- pour les partenaires : partenaires intégrés à l'organisation (convention IDEL/ CSI/ pédicure-podologues) et partenaires extérieurs (parcours de l'utilisateur) ?

2. Afin de développer la coordination interne et externe du SPASAD qu'avez-vous mis en place (informations, réunions, communications, formations et des outils communs...) ?

A l'installation de la coordination (interne au SPASAD et externe) :

Lesquels et pourquoi ?

Quelles difficultés avez-vous rencontré ?

En phase de développement de la coordination (interne au SPASAD et externe)

Lesquels et pourquoi ?

Quelles difficultés avez-vous rencontré ?

3. Quelles actions avez-vous mis en place pour favoriser la mission de prévention dévolue aux SPASAD ?

Auprès de quels publics (personne accompagnée, proche aidant / professionnels intervenants) ?

Quelles actions ont été financées par la conférence des financeurs (thématiques cahier des charges : dénutrition, déshydratation, chutes à domicile, isolement, activités physiques, activités cognitives et autres à préciser/ actions individuelles et/ou collectives) ?

Avez-vous rencontré des difficultés pour faire financer des actions par la CF ?

Si oui, avez-vous trouvé d'autres sources de financement ?

3. bis Quelles actions avez-vous mis en place pour favoriser le repérage de la fragilité des personnes accompagnées ?

4. Avez-vous rencontré des difficultés lors de la mise en place du SPASAD ?

Si oui, lesquelles ?

Ces difficultés sont-elles surmontées ou perdurent-elles ?

5. La mise en place de l'organisation SPASAD a-t-elle un impact sur le cadre d'intervention des professionnels de l'aide et du soin ?

Si oui, lequel ?

5 bis. Avez-vous mis en place des réunions de coordination aide à domicile / aide soignants ?

Si oui à quel rythme et quel impact ?

Si non, pourquoi ?

5ter. Au niveau du service d'aide à domicile avez-vous dévolu une équipe d'aide à domicile au SPASAD ou avez-vous « formé » et impliqué toute l'équipe ? Pourquoi ?

6 Avez-vous réalisé une enquête de satisfaction ?

Si oui, vers quel public : professionnels intervenants, personnes accompagnée et aidant, partenaires ?

Comment les données ont été recueillies ?

Quels enseignements en avez-vous dégagé ?

7. Quels sont les leviers que vous identifiez pour déployer le modèle d'organisation en SPASAD ?

8. Comment envisagez-vous l'avenir à l'issue de l'expérimentation sur le (ou les) SSIAD et SAAD engagés dans la démarche ?

IV - Evaluation des prises en charge du SPASAD « intégré » au regard des publics accompagnés

IV.a Profils des publics accompagnés au cours du semestre par le SPASAD intégré (du 01/07/2017 au 31/12/2017):

		Total	Moyenne	Médiane	Mini	Maxi	Valeurs dans 2.2 ET dans 4.1.1.1 ou 4.1.3.1		Nombre de rép
							en %		
4.1 - Total des personnes suivies au cours du semestre :		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	du total (4.1)		0
Dont	4.1.1. Nombre de personnes suivies pour une seule prestation d'aide	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	d'une seule prestation		0
	4.1.1.1. - Nombre d'heures SAAD publics fragile réalisées - 1 seule prestation	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
	4.1.2. Nombre de personnes suivies pour une seule prestation de soins	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
	4.1.3 - Nombre de personnes suivies pour les deux types de prestation	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
	4.1.3.1. - Nombre d'heures SAAD publics fragile réalisées - 2 prestations	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
4.2 - Nombre de personnes âgées		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	du Nb de PA (4.2)		0
dont	4.2.1 - Nombre de personnes âgées disposant d'un proche aidant	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	du Nb de PH (4.3)		0
4.3 - Nombre de personnes handicapées		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	total PA / PH		0
dont	4.3.1 - Nombre de personnes handicapées disposant d'un proche aidant	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	#DIV/0!		0
4.4 - Nombre de personnes admises en sortie d'hospitalisation		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	en % du total (4.1)		0
4.5 - Nombre de personnes ayant quitté le SPASAD au		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	en % de 4.5		0
dont :	4.5.1 - Réorientation vers un autre ESMS	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
	4.5.2 - Fin d'intervention SPASAD	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
	4.5.3 - Décès	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
	4.5.4 - Hospitalisation	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
	4.5.5 - HAD	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
	4.5.6 - Institutionnalisation	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
	4.5.7 - Autres	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0

V - Evaluation des prises en charge du SPASAD « intégré » au regard de la structure

V.a Organisation de la coordination

Evaluation de la coordination au sein du SPASAD

		Total	Moyenne	Médiane	Mini	Maxi	en % du total (4.1)		en % du nombre total de dossier /4.1	Nombre de rép
5.1 - Nombre de personnes PAPH évaluées par l'IDEC pendant le semestre		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			#DIV/0!	0
5.2 - Nombre de personnes PAPH évaluées par le responsable du secteur		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			#DIV/0!	0
5.3 - Nombre de personnes PAPH évaluées par l'IDEC en liaison avec le responsable du secteur		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			#DIV/0!	0
5.4 - Nombre de "dossiers patients" examinés en réunion de coordination SPASAD		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			#DIV/0!	0
	5.1 à 5.3	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			#DIV/0!	0

5.5 - Nombre de réunions de coordination (SAAD+SSIAD) mises en oeuvre sur le semestre :

Total	Moyenne	Médiane	Mini	Maxi
0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0

5.6 - Part de l'activité de l'IDEC consacrée à la coordination aide et soins au sein du SPASAD intégré - en % :

Moyenne	Médiane	Mini	Maxi
#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0

Evaluation de la coordination externe du SPASAD

5.7 - Nombre de dossiers de patients ayant donné lieu à des échanges de coordination (réunions, transfert d'infos, appels téléphoniques de coordination...) avec d'autres intervenants (MAIA, CLIC...) au cours du semestre :

Total	Moyenne	Médiane	Mini	Maxi	en % du total (4.1)
0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	

5.8 - Nombre de partenariats passés en vue de préparer les sorties d'hospitalisation :

		Total	Moyenne	Médiane	Mini	Maxi	en %		
								Nb Oui	Nb Non
Avec :	5.8.1 - Etablissements de santé	#DIV/0!	#DIV/0!					0	0
	5.8.2 - Etablissements médico-sociaux	#DIV/0!	#DIV/0!					0	0
	5.8.3 - Services HAD	#DIV/0!	#DIV/0!					0	0
	5.8.4 - Les caisses de retraite	#DIV/0!	#DIV/0!					0	0

5.9 - Nombre de conventions passées avec les centres de santé en vue de développer ensemble des actions de coordination et de prévention

Total	Moyenne	Médiane	Mini	Maxi
0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0

V.b Actions de prévention de la perte d'autonomie

		Total	Moyenne	Médiane	Mini	Maxi			Nombre de rép
5.10 - Nombre total d'actions de prévention réalisées par le SPASAD au cours du semestre		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	en % de 5.10		0
5.10.1 - Nombre d'actions individuelles		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	en % de 5.10.1.1 en % de 5.10.2.1		0
	5.10.1.1 - dont nombre d'actions financées par la conférence des financeurs	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
5.10.2 - Nombre d'actions collectives		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
	5.10.2.1 - dont nombre d'actions financées par la conférence des financeurs	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
5.11 - Nombre de bénéficiaires des actions de prévention au cours du semestre		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	en % de 5.11		0
	5.11.1 - Nombre de bénéficiaires d'actions de prévention individuelles	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
	5.11.2 - Nombre de bénéficiaires d'actions de prévention collectives	0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0			0
5.12 - Nombre d'actions réalisées auprès des proches-aidants au cours du semestre		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	en % de 4.2.1 + 4.3.1		0
5.13 - Nombre de personnes (aidant et aidée) ayant fait l'objet d'un repérage de la perte d'autonomie au cours du semestre		0	#DIV/0!	#NOMBRE!	0	0	en % de 4.2 + 4.2.1 + 4.3 + 4.3.1		0