

Le SPPASAD Un acteur central de la politique de prévention vers les personnes fragilisées

Cette note présente les propositions conjointes de l'Assemblée des Départements de France, de la Croix-Rouge Française et de la FEHAP dans le cadre de la concertation relative au projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, volet **prévention/anticipation**.

En conformité avec l'amendement porté conjointement par la FEHAP et l'Assemblée des départements de France (ADF) depuis 2 ans dans le cadre des projets de lois de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et visant à la création d'un statut juridique pour les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), l'ADF, la CRF et la FEHAP préconisent de consacrer et de consolider les SPPASAD dans leur rôle de prévention afin d'en faire des Services polyvalents de prévention d'aide et de soins à domicile (SPPASAD) et de faire produire tout son sens à cette nouvelle dénomination.

I. Les SPPASAD, un potentiel de développement dans le volet anticipation/prévention du projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement

☛ Le SPASAD, près de 10 ans après sa création : un dispositif dont les pouvoirs publics ne sont pas emparés

Avec 1 185 000 bénéficiaires de l'APA en 2010¹, dont 61,4% vivent à domicile, les intervenants sociaux et médico-sociaux du domicile représentent un niveau d'intervention et d'action pertinent en matière de prévention de la perte d'autonomie et des risques liés à la dépendance.

Parmi ces intervenants, les **services polyvalents d'aide et de soins à domicile**² (SPASAD), formule combinant un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD/SAD), sont des acteurs clefs de la prévention, pourtant encore trop souvent méconnus, et dont le potentiel reste à déployer dans ce domaine : près de 10 ans après la création de cette catégorie de structure médico-sociale, seulement 91 SPASAD bénéficient d'une reconnaissance officielle de leur fonctionnement, conforme aux textes.

¹ Données disponibles à l'adresse <http://www.sante-sports.gouv.fr/resultats-nationaux-trimestriels.html>

² Article D.312-7 du CASF : décret du 7 septembre 2005, article 3

☛ Les SPASAD : un potentiel de développement sans égal dans un contexte de contraction des dépenses publiques, au service du déploiement d'une politique de prévention ambitieuse

Le potentiel de développement de ce dispositif existe bien, dans un paysage où les services à la personne se sont largement déployés sur le territoire sous l'impulsion des plans Borloo de 2005 et 2009, comptant aujourd'hui près de 26 260 organismes de services à la personne (OSP)³.

On dénombre par ailleurs 2074 SSIAD sur le territoire français, représentant 122 534 places dont 93% identifiées pour les personnes âgées (2% pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et 5% pour les personnes en situation de handicap)⁴.

Les autorisations de fonctionnement SPASAD représentent, en 2012, 6% dans le total des places de SSIAD.

Les rapprochements entre ces deux catégories de services, et la création pleine et entière de SPASAD au gré du déploiement de politiques publiques locales orientées vers une offre permettant le libre de choix de la personne de vieillir, voire mourir à son domicile (souhait exprimé par 9 français sur 10), sont à envisager par le biais de ce dispositif qui constitue un levier majeur de l'engagement immédiat d'actions concrètes au plus près des besoins sur les territoires.

II. Les SPPASAD, « sentinelles » de la prévention

☛ Les professionnels de terrain sont aujourd'hui convaincus du rôle majeur du SPPASAD dans la prévention de la perte d'autonomie, mais également des problèmes de santé de l'ensemble des personnes qu'il accompagne. Les proches-aidants (aidants familiaux, voisinage...) se mobilisent en faveur du développement de ce type de dispositif « aide et soins ».

En tant que « **sentinelle** » de la prévention, les SPPASAD, grâce aux professionnels qu'ils regroupent et coordonnent, ont trois rôles majeurs :

- un **rôle dans le repérage** des situations à risque et de fragilité au domicile, dont l'épuisement des proches-aidants, par la mise en place de procédures, réunions de coordination de l'ensemble des équipes, de règles et outils de transmission entre les différents professionnels...
- un **rôle d'alerte** par le signalement émanant du professionnel qui intervient ponctuellement ou au quotidien, des fragilités des personnes repérées au domicile lors d'une intervention,
- une **capacité à mobiliser, dans des délais courts, voire en urgence, les différents professionnels** du SPPASAD pour organiser des interventions ciblées et coordonnées à partir de réévaluations en cours de prise en charge dès qu'un besoin de réajustement survient.

La réactivité et la souplesse de ce dispositif en font un acteur majeur de la politique de prévention de la perte d'autonomie au domicile.

³ 19 000 entreprises privées, soit 70% des 26 260 OSP – 6200 associations et 1500 organismes publics, soit 30% des 26 260 OSP.

⁴ « Les services à domicile sanitaires, sociaux et médico-sociaux » 2^e Edition- FEHAP-Nouvelle Fabrique des Territoires-2013

Les SPPASAD sont également un dispositif adapté à l'accompagnement des personnes en situation de handicap qui vivent à leur domicile, plus particulièrement s'agissant de la prévention des problèmes de santé et de l'accès aux soins.

Les SPPASAD sont enfin appelés à jouer un rôle pivot dans l'aide aux proches-aidants.

☛ **Un vivier de compétences au service d'une politique de prévention graduée, coordonnée, organisée et ambitieuse**

Alliant prévention, aide et soins, les SPPASAD incarnent la réponse graduée recherchée par le projet de loi :

- **1^{er} niveau du schéma d'un dispositif de prévention gradué** par le biais des aides à domicile et des auxiliaires de vie sociale, intervenants de première ligne,
- **2nd niveau, avec les professionnels de « premiers recours »** que sont les auxiliaires médicaux du SSIAD : aides-soignants, aides médico-psychologiques, infirmiers, assistant de soins en gériatrie, ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, psychologues, pédicures-podologues...

La mise en place des **équipes spécialisées Alzheimer (ESA)**, au sein des SSIAD, par la présence des ergothérapeutes et des psychomotriciens, a notamment apporté une expertise nouvelle sur la prévention des chutes et des risques liés à l'environnement des personnes accompagnées. Ils peuvent devenir des acteurs réalisant les diagnostics d'adaptation du logement ou menant des actions de soutien / conseils auprès des aidants naturels et professionnels pour l'ensemble des activités des SPPASAD et plus seulement de l'ESA.

☛ Avec une présence **sept jours sur sept** auprès des personnes et des interventions plusieurs fois par jour, les SPPASAD sont non seulement **des sentinelles, assurant une veille de tous les instants au domicile de la personne**, mais ils disposent également de la capacité à agir sur tous les aspects de la prévention, que ce soit sur les signes d'appel et les déterminants de la fragilité que sont l'isolement, les conflits familiaux, les problèmes financiers, la iatrogénie médicamenteuse et environnementale, ou bien que ce soit sur leurs conséquences : la dépression, la dénutrition, les chutes ou encore le suicide...

☛ Coutumiers de ces problématiques, qui constituent le quotidien de leurs interventions, nombreux sont les SPPASAD qui ont développé des solutions originales pour répondre aux différents défis posés par ces situations.

- ⇒ Les exemples sont nombreux : équipes modulables spécialisées avec des référents formés au sein du personnel (sclérose et SLA, Alzheimer, fin de vie, nutrition), cafés des aidants, ateliers cuisine et nutrition, dispositifs de prévention des abus de faiblesse et gestion de « l'argent de vie », réunions interdisciplinaires de résolution de cas complexes, enveloppes d'urgence en prévision des besoins d'intervention inopiné du SSIAD pour les situations de grande détresse, intervention d'un psychologue sur les situations de risques de suicide etc.

Les SPPASAD modélisent donc les 3 niveaux d'une politique de prévention graduée :

✓ **La prévention primaire** avec la sensibilisation et l'information des personnes, à l'aide de messages de santé personnalisés,

✓ **Le repérage des signes de fragilité** et des évolutions de l'état de santé, complétés d'un relais pour ces informations, voire les éventuelles alertes, avec la présence d'un référent santé dans le cadre du SSIAD,

✓ **Une réponse de 1^{er} recours** dispensée par le SSIAD, mais qui consiste également en la faculté de modulation de la prise en charge du SPPASAD en fonction des évolutions des besoins de la personne.

III. Les SPPASAD, une plus-value incontestable mais des obstacles à lever pour en favoriser la création

☛ Les atouts des SPASAD sont indiscutables :

- **guichet intégré** pour les personnes, les proches-aidants, mais aussi **les prescripteurs** (hôpitaux, médecins traitants, consultations mémoires et autres dispositifs de dépistages), dont la porte d'entrée principale reste celle du SAAD/SAD, premier intervenant sollicité par les proches-aidants ou les personnes elles-mêmes ;
- **offre de services complémentaires et coordonnés**, traduite dans des outils Loi 2002-2 communs
- **approche globale et pluridisciplinaires** permettant par exemple de porter les dispositifs de signalement des actes de maltraitance et de promotion de la bientraitance auprès de l'ensemble des intervenants du domicile
- **opérateur pivot sur chaque territoire...**
- **structure de valorisation des métiers du domicile et d'évolution / sécurisation des parcours professionnels**
- **démarche qualité mutualisée** pour l'aide et de le soin porteuse de sens auprès des équipes.

La liste est longue. Mais ce modèle peine à s'imposer dans le paysage de l'offre de service à domicile.

☛ Des obstacles sont à lever pour en favoriser rapidement le développement :

- la sujétion à deux régimes d'autorisation et de tarification distincts, la gestion de deux budgets, et même parfois la gestion de professionnels relevant de deux conventions collectives dont les niveaux de valorisation des métiers diffèrent. Une gestion qui demeure duale en tous points et complexe ;
- d'un tout autre ordre, **les délais relatifs à l'octroi du plan d'aide ou plan individuel d'intervention (PII)** qui permet de déclencher l'intervention du SAAD, font obstacle aux interventions couplées SSIAD-SAAD du SPPASAD, alors qu'il s'agit là même de la raison d'être de ce dispositif. Si l'intervention du SSIAD peut se faire sans délais à partir du constat de son besoin, celle du SAAD, onéreuse pour la personne, impose bien souvent que la personne obtienne l'accord de prise en charge voire le premier versement de son plan individuel d'intervention afin d'avoir la garantie de pouvoir rémunérer la prestation du SAAD ;
- Enfin, **l'absence de mise en commun de moyens dédiés à la coordination entre l'aide et le soin déjà existants et à la prévention** peut mettre les structures en péril financier et contraindre les gestionnaires à se livrer à des constructions juridiques parfois bancales ou tout du moins peu aisées.

IV. Les propositions communes ADF-CRF-FEHAP pour un déploiement rapide sur les territoires : les SPPASAD avec deux « P »

1. L'élargissement des missions des SPPASAD

La structuration d'un tel dispositif d'intervention au domicile doit en premier lieu intégrer les **temps de coordination et la valorisation des actions de prévention** pour permettre aux SPPASAD de réaliser leurs missions dans des conditions optimales.

- ⇒ Ceux-ci doivent devenir des **SP « P » ASAD : services polyvalents de prévention, d'aide et de soins à domicile**, services d'un nouveau genre dont les prestations rendues aux usagers et à leurs aidants seraient élargies dans un souci d'amélioration de la coordination des interventions et partant, de la qualité de l'accompagnement à domicile.

S'agissant de l'élargissement des missions des SPPASAD dans un objectif d'amélioration du service rendu et d'efficacité du dispositif, les actions de coordination et de prévention nécessiteront une **mutualisation des équipes par des professionnels dédiés** : cadre administratif, ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens, conseillères en économie sociale et familiale...

La pluridisciplinarité des équipes est le gage de la réussite d'un tel dispositif : chaque professionnel peut ainsi être mobilisé à tout moment pour intervenir à domicile dès lors que le repérage d'une situation à risque est effectué :

- ✓ Le psychologue est indispensable s'agissant des problématiques de dépression, d'isolement, de prévention des suicides, de soutien aux proches-aidants... ;
- ✓ La CESF intervient sur des actions de prévention de la dénutrition, de nutrition au sens large (travail sur la présentation des repas, la préparation des repas avec la personne, l'aide aux proches-aidants...);
- ✓ L'ergothérapeute apporte une expertise complémentaire à celle de l'infirmier coordonnateur relative à l'adaptation du logement, à la stimulation motrice et aux repères dans l'espace réduisant les risques de chute. Ce professionnel est aussi un soutien aux intervenants au domicile dans le cadre de la prévention des risques professionnels par exemple (gestes et postures...).

Les réunions de coordination pluridisciplinaires sont le lieu d'échanges des pratiques entre ces différents professionnels et d'élaboration des procédures et actions de formation en équipe qui permettront une harmonisation des interventions dans un objectif de réactivité et de fluidité, garant de l'évitement des ruptures.

- ✓ La coordination se matérialise notamment à travers un dossier unique/commun, où les besoins en aide et en soin de la personne sont regroupés. Ou encore par la visite d'évaluation qui peut être réalisée par l'infirmier coordonnateur et le suivi des prestations effectués en complémentarité par les intervenants à la fois de l'aide et du soin.

2. La conception d'un nouveau modèle économique et juridique dans un contexte de réformes de la tarification indispensable

Il permettra de sortir de la tarification horaire figée auquel est soumise le SAAD à **une tarification forfaitaire**, contractualisée **par voie de CPOM**, doublée **d'une refonte des logiques qui régissent actuellement les plans individuels d'intervention**, telle que cela est envisagée dans le cadre des travaux de refondation des SAAD, doterait les structures de la souplesse de gestion qui leur fait actuellement défaut et d'une réactivité accrue pour adapter la prise en charge aux évolutions de l'état des personnes.

Une réflexion sur **la tarification et l'aménagement du cadre juridique et budgétaire** du SPPASAD est indispensable dans un contexte de réformes des tarifications des SAAD et des SSIAD.

- ⇒ Sur ce sujet, il convient d'obtenir la garantie que la réforme du financement des SSIAD (score patient, forfaitisation des frais de structure, prise ou non en compte des missions d'intérêt général) est bien compatible avec celle envisagée sur le secteur de l'aide à domicile et l'articuler avec la logique de refondation des SAAD proposée par l'ADF et les fédérations de l'aide à domicile (forfait global calculé sur le GMP et l'EMP du service, frais de structure, prise en compte des missions d'intérêt général).

Le régime juridique des SPPASAD doit également être clarifié, notamment en ce qui concerne les conditions de création et d'autorisation, afin de permettre aux gestionnaires et aux autorités de tarification et de contrôle de s'engager sans hésitation dans le développement de projets dont la nature et les conditions de création demeurent actuellement floues.

Les enjeux sont majeurs pour les SPPASAD et leur développement futur. Le modèle SPPASAD doit être pensé indépendamment en raison de ses spécificités de fonctionnement et de sa vocation.

3. L'engagement d'une réflexion de fond sur les métiers en SPPASAD

Le SPPASAD, outils d'un genre nouveau au service d'une politique d'accompagnement des personnes au domicile ambitieuses, doivent permettre l'émergence de nouvelles fonctions telles que le coordonnateur des services et de repenser le rôle de chacun dans cette organisation, eu égard aux missions élargies qui seront confiées à ce dispositif (CESF...).

Cette réflexion devra s'accompagner de débats autour de la formation de ces professionnels et leur accompagnement dans la mise en œuvre et le déploiement de ces fonctions nouvelles.

La FEHAP, l'ADF et la Croix-Rouge française se mobilisent pour que cet outil prenne une place pleine et entière dans le projet de loi : sans être une révolution des pratiques professionnelles, il présente une capacité d'adaptation des accompagnements aux projets des personnes vivant à leur domicile, répond aux enjeux majeurs de la prévention des situations de fragilité des personnes et enfin, permet la mobilisation immédiates de moyens existants sur les territoires par une régulation locale adaptée et concertée.

Dans la continuité de ces réflexions et pour concrétiser ce travail, un projet de cahier de charges est en cours d'élaboration par ces trois organisations, dans un cadre pluri professionnel.

Ce cahier des charges permettrait notamment de proposer des nouveaux ratios d'encadrement et de temps présentiel au domicile permettant de faire émerger des modèles organisationnels et économiques des SPPASAD, notamment en terme de taille critique participant ainsi au nécessaire regroupement des opérateurs du domicile intervenant auprès des personnes fragilisées.