



Les SPASAD,

Nouvelle organisation de la prise en charge à domicile, un outil de développement de la transprofessionalité ?

DIU infirmier(e) référent(e) coordinateur (ice) en EHPAD et en SSIAD

Année 2018

FONTAN Martin

Directeur de mémoire : Mr Christophe HUMBERT

Remerciements :

Je tiens à remercier tout particulièrement Mr Christophe humbert, doctorant en sociologie qui a accepté de superviser mon mémoire, pour sa grande aide ainsi que sa disponibilité.

Je remercie également pour le temps qu'elles m'ont accordé afin de répondre à mes questions et d'effectuer mes entretiens :

Mme Yolande SHWARTZ,

Mme Sylvy FONTAN,

Mme Carola SALA,

Mme Christine CHAUTRAND

Je remercie également les professionnels des différentes structures qui ont accepté de donner de leur temps pour remplir mes questionnaires.

Mes derniers remerciements concernent le travail de relecture qui a été effectué par Mr Christophe HUMERT, Mme Sylvy FONTAN, et Mr Clément FONTAN.

Liste des sigles employés :

ASV :	Adaptation de la société au vieillissement
SPASAD :	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD :	Service de Soins Infirmier à Domicile
SAD :	Service d'Aide à Domicile
ARS :	Agence Régionale de Santé
AVS :	Auxiliaire de Vie Sociale
ESA :	Équipe Spécialisée Alzheimer
CLIC :	Centre Local Information et de Coordination
MAIA :	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
HAD :	Hospitalisation A Domicile
ADVF :	Assistant De Vie aux Familles
AFPA :	Agence Nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes
CAP :	Certificat d'Aptitude Professionnelle
IDEC :	Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur
AS :	Aide-Soignant
AMP :	Aide Médico-Psychologique
ASG :	Assistant de Soins en Gérontologie
MA :	Maladie d'Alzheimer
PASA :	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
UHR :	Unité d'Hébergement renforcé
UCC :	Unité Cognitivo Comportementale
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APP :	Analyse de Pratique Professionnelles
DU :	Diplôme Universitaire
PIAS :	Projet Individualisé d'Aide et de Soins
ASH :	Agent de Service Hospitalier
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
MK :	Masseur Kinesithérapeute

Table des matières

Introduction	2
État des lieux	2
Détermination de l'objet d'étude.....	3
I Cadre institutionnel	4
L'offre de soin existante pour le Maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie :	4
• 1) Le médecin traitant :.....	4
• 2) L'Hospitalisation à domicile :	4
• 3) Le Service d'aide et d'accompagnement à domicile.....	4
• 4) Les Services de soins infirmiers à domicile	6
• 5) Les SPASAD intégrés	8
II a) Problématisation	9
1) historique des SPASAD	9
2) L'allocation Personnalisée d'Autonomie, et l'historique des SAD	11
3) La formation et le transfert de compétences	12
4) La transmission des informations au sein du SPASAD, vers l'objectif de l'interprofessionalité.	14
II b) Hypothèses et travail de recherche	16
1) Hypothèses	16
2) Méthodologie	16
III) Constats et discussions.....	17
a) Résultats :	17
b) Discussion :	24
Conclusion :	27
Bibliographie :	29
Annexes :	30
ABSTRACT	36

Introduction

État des lieux

Les avancées techniques, scientifiques et médicales ont fait progresser l'espérance de vie. En France, l'espérance de vie à 80 ans a augmenté de 17.02% entre 2004 et 2014. Les générations du baby-boom commencent à entrer dans le grand âge et tandis que nous comptons 17.2 millions de personnes de plus de 60 ans en 2017, elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060, et le nombre de personnes de plus de 85 ans passera de 1,4 million à ce jour à 4.8 millions en 2050. **1**

La dernière donnée qui nous permet de mieux constater l'ampleur des besoins à venir est l'espérance de vie en bonne santé. Elle se définit par : « le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne. » Cette espérance de vie est en moyenne de 62.6 ans pour les hommes et 64.4 années pour les femmes, il y aura donc en 2060 environ 24 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, qui ne seront pas en bonne santé et qui nécessiteront des aides.² Alors que l'espérance de vie à la naissance est de 79,5 ans pour les hommes, 85,4 pour les femmes en 2017, nous pouvons constater qu'en moyenne un cinquième de la vie des français se passe dans un contexte de perte d'autonomie. **15**

Cette augmentation de l'espérance de vie signifie des prises en charge plus complexes, en temps et en technique car les personnes de plus de 65 ans sont généralement dépendantes. En effet l'avancée en âge s'accompagne d'une augmentation des maladies chroniques et de l'émergence des polyopathologies. Le maintien à domicile le plus longtemps possible est le souhait d'une grande majorité des personnes âgées et cette solution est fréquemment privilégiée tant par les personnes soignées, que par les financeurs. Cependant les prises en charges se complexifient et les changements sociétaux ont souvent éloigné les familles.

Face à ce constat démographique et médico-social, il est important d'adapter notre système de prise en charge des personnes âgées de la façon la plus optimale possible. Il faut garantir à nos aînés une qualité de vie décente. Et pour cela, il nous faut être prêt à assumer la charge financière, de travail et d'organisation nécessaire, à une prise en soins cohérente humaine et adaptée. En effet, selon Yuval Noah HARARI : « La révolution industrielle a produit des douzaines de bouleversements majeurs dans la société humaine [...] Mais tous ces chambardements ne sont rien en comparaison de la révolution sociale la plus capitale qu'ait jamais connue l'humanité : l'effondrement de la famille et de la communauté locale, remplacée par l'État et le marché ». **3** Du fait de l'explosion du modèle de la famille nucléaire, l'appel à la mobilité professionnelle des jeunes générations, combinés aux évolutions démographiques sus-mentionnées, il devient de plus en plus complexe de mobiliser les aidants familiaux. Les aides familiales en viennent à s'articuler avec l'État et le marché, quelquefois principaux pourvoyeurs de l'aide à domicile dans certaines situations.

Les domaines sanitaires et médico-sociaux tendent à s'adapter à de nouvelles modalités de prise en charge, passant d'une gestion essentiellement axée sur les phases de maladie aiguës (hospitalières), à de nouvelles formes de gestion des malades en termes de parcours. Cela implique également de décloisonner les domaines du sanitaire / social / médico-social :

« La loi HPST définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale qui vise à mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous, et satisfaisant à l'ensemble

des besoins de santé. Elle a été promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au Journal Officiel du 22 juillet. » Cette loi introduit « l'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ; la prévention et la santé publique» 4

Sept ans plus tard, le 26 janvier 2016, sera créé la loi de modernisation des systèmes de santé. C'est dans la mouvance de ces innovations législatives et sociétales que naît la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV), qui donne naissance aux SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile) intégrés.

Détermination de l'objet d'étude

Je suis infirmier libéral remplaçant et en stage dans un SPASAD intégré constitué d'un SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) et de deux SAD (Service d'Aide à Domicile) associatifs qui ont mis leurs ressources en commun au début de l'année 2017 grâce au projet de SPASAD intégré porté par l'Agence régionale de Santé (ARS) du Grand Est.

Je m'interroge dans ma pratique d'infirmier libéral sur les rapports et les communications qui existent entre les différents intervenants à domicile. En effet dans certains de mes remplacements nous avons un cahier de transmission qui nous est propre et que nous utilisons avec les médecins. Les SAD qui travaillent chez les mêmes personnes ont le leur, et la communication d'information est sporadique, verbale ou sur papier libre, plutôt que sur un support défini et partagé.

Lorsque je croise des auxiliaires de vie, j'ai souvent une relation de conseil ou de soutien, car elles ont des fiches de mission, mais il existe des inadéquations entre le soutien fourni et les besoins des patients. Par ailleurs, les AVS sont souvent demandeuses d'informations médicales afin de mieux comprendre les situations des personnes accompagnées.

Le SPASAD où j'effectue mon stage n'a pas de locaux communs, mais il contient un ESA (Equipe Spécialisée Alzheimer). Plusieurs métiers s'y côtoient : psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, diététicien, infirmier référent coordinateur, directeur, aide-soignant, auxiliaire de vie sociale, responsable secteur et assistant de soins en gérontologie. Ces métiers disposent tous à domicile d'un outil de transmission commun, sous forme de classeur optimisé en vue d'une coordination de proximité plus efficiente. Ce dispositif me semble plus efficace que le cahier de transmissions.

Étant particulièrement isolé en tant qu'infirmier libéral, je suis conscient des lacunes provoquées par cette situation. J'exerce une fonction de conseil auprès des AVS que je côtoie, alors que je ne suis ni ergothérapeute, ni psychomotricien, ni diététicien. Sachant que les SAD sont les acteurs du domicile qui passent le plus de temps auprès de la personne accompagnée, je me pose la question suivante : **Quels sont les avantages apportés, pour les auxiliaires de vie des Services d'aide à domicile, ainsi que les services d'aide à domicile, à la collaboration d'un SSIAD et d'un SAD pour former un SPASAD ?**

Afin de répondre à cette question de départ, j'ai développé une démarche de recherche: Dans un premier temps, j'ai décrit le cadre institutionnel. Il permet de faire l'état des lieux sur l'offre de soin existant à domicile, et de préciser la direction de mon travail à travers un regard focalisé sur les SPASAD.

Dans un deuxième temps j'ai développé les notions de formations, de transfert de compétences et d'interprofessionnalité afin de déterminer mes hypothèses.

Enfin, dans un troisième temps, j'ai effectué des entretiens et des questionnaires afin de confronter mes hypothèses à la réalité de terrain. Les résultats de ces enquêtes sont ensuite présentés puis discutés.

I Cadre institutionnel

L'offre de soin existante pour le Maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie :

De nombreuses structures et professionnels différents exercent au quotidien auprès d'une personne âgée en perte d'autonomie afin qu'elle puisse rester à son domicile. Sachant qu'il me faut circonscrire mon travail pour des raisons de taille du présent document, je ne vais pas développer le rôle de tous des partenaires des SPASAD, mais il me semble important de les lister à minima : ils sont :

Les différents acteurs de la coordination territoriale d'appui, le **CLIC** (centre local d'information et d'orientation), la **MAIA** (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, cette structure a pour but d'assurer la continuité des parcours de vie et de soins pour les personnes en situation complexe). Les équipes de soins des établissements de santé (**hôpital de jour, consultations gériatriques, équipe mobile de gérontologie**), les établissements sociaux et médico-sociaux (**Centre Medico Psychologique, café des aidants, accueil de jour**) , et les professionnels libéraux (**art-thérapeutes, pédicures, coiffeur à domicile...**).

Je vais maintenant développer le rôle des acteurs de première ligne du maintien à domicile :

- **1) Le médecin traitant** : Il a un rôle central dans le suivi médical, il est le médecin du quotidien, prescripteur, et de première ligne diagnostique. Mais il est aussi le professionnel de santé qui a la charge de coordonner les soins et s'assure d'un suivi médical optimal en orientant le patient dans le parcours de soins coordonné. Il centralise toutes les informations concernant les soins et l'état de santé du patient. **4 (voir annexe 1)**
- **2) L'Hospitalisation à domicile** : cette structure exerce à domicile afin de dispenser certains soins complexes sous l'autorité et la supervision d'un médecin coordinateur tels que des soins de fin de vie, des chimiothérapies ou certains soins spécifiques. Depuis peu, les ARS permettent aux SPASAD de se coordonner de manière décloisonnée avec les HAD.
- **3) Le Service d'aide et d'accompagnement à domicile** : L'article 11 du Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et

d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile donne cette définition : « *Les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent, au domicile des personnes ou à partir de leur domicile, des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les services mentionnés à l'article 1er. Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne.* »

De nombreux professionnels peuvent travailler en service d'aide à domicile. Parmi ceux-ci se trouvent des professionnels non diplômés recrutés pour leurs compétences domestiques, ainsi que des professionnels diplômés capable d'un accompagnement plus complet de la personne aidée. L'ADVF fait partie de ces professionnels diplômés :

« **L'Assistant(e) de vie aux familles (ADVF)** est un(e) professionnel(le) de l'aide à domicile. Il(elle) accompagne les personnes fragilisées ou sensibles comme les jeunes enfants, les personnes malades, handicapées ou les personnes âgées pour faciliter leur vie quotidienne. » **5** C'est une formation qualifiante de 6 mois environ dont les évolutions de carrière sont, entre autres, aide-soignant.

J'ai cherché cette formation sur le site de l'AFPA (Agence nationale pour la formation professionnelle des adultes) et j'y ai trouvé ce texte :

« *Le métier :*

Écoute, patience et bienveillance : les trois qualités principales de l'assistant de vie aux familles. Il intervient à domicile, souvent chez des personnes âgées. Il assiste la personne dans toutes ses tâches domestiques : entretien du logement, du linge, préparation des repas.

*Appelé aussi : aide à domicile, aide aux personnes âgées, assistant de vie, auxiliaire de vie, gouvernant (chez un particulier), intervenant à domicile » **5***

Cet exemple illustre très bien « le « flou » caractéristique des métiers de l'aide à domicile, ce qui explique la difficulté pour les professionnels soignants à identifier leurs missions. D'autant que selon les textes de lois, l'ADVF dispose de compétences supplémentaires à celle citées ci-dessus :

Selon l'arrêté du 22 juillet 2003 modifié relatif au titre professionnel d'assistant(e) de vie aux familles, il est attendu de l'ADVF d'avoir ces 3 compétences :

« *1. Entretien le logement et le linge d'un particulier* ».

« *2. Accompagner la personne dans les actes essentiels du quotidien* »

Établir une relation professionnelle avec la personne aidée et son entourage. Prévenir les risques, mettre en place un relais et faire face aux situations d'urgence dans le cadre d'une prestation d'accompagnement.

Contribuer à l'autonomie physique, intellectuelle et sociale de la personne.

Aider la personne à faire sa toilette, à s'habiller et à se déplacer.

Assister la personne lors des courses, de la préparation et de la prise des repas »

« *3. Relayer les parents dans la prise en charge des enfants à leur domicile* »

Nous retrouvons ici les véritables missions de l'ADVF, telles que définies par le responsable de secteur, et appliquées à domicile.

L'Auxiliaire de Vie Sociale : Ce métier correspond à un diplôme dont les compétences enseignées sont les suivantes :

- connaissance de la personne
- accompagnement et aide individualisée dans les actes essentiels de la vie quotidienne
- accompagnement dans la vie sociale et relationnelle
- accompagnement et aide dans les actes ordinaires de la vie quotidienne
- participation à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet individualisé
- communication professionnelle et vie institutionnelle **6**

Par ailleurs, il existe d'autres types de formations qui amènent à aider une personne âgée à domicile et pouvant intervenir au sein d'un SAD : le CAP Assistante de vie ; les formations sanitaires et sociales ; le titre professionnel d'assistant de vie, le baccalauréat professionnel en services à la personne.

- **4) Les Services de soins infirmiers à domicile** sont des structures dont les missions sont définies comme telles par l'article 1 du Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile : « Conformément aux dispositions des 6° et 7° de l'article 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

a) De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;

b) De personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ;

c) De personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques mentionnées au 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale. »

Leur mission est d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées, faciliter le retour au domicile, à la suite d'une hospitalisation, prévenir ou retarder un placement en institution.

Un SSIAD est géré par un **infirmier coordinateur (IDEC)** qui a des missions de coordination des soins, d'évaluation des besoins de la personne âgée et de gestion d'une équipe d'AS (Aide-Soignant). Les AS remontent les informations permettant d'adapter la prise en charge du patient à l'IDEC. L'IDEC crée les Projets individualisés de soins en collaboration avec les différents acteurs de la prise en charge.

Les SSIAD emploient aussi des **Aides-Soignants** ou des **Aides médico psychologiques (AMP)** dont le travail consiste à assurer les soins de base et relationnels conformément, au plan de soin réalisé pour l'utilisateur. Les AS participent activement au maintien de

l'autonomie de la personne âgée et ont un important rôle de repérage et de transmissions. Voici leurs différents champs de compétence :

- Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie
- Apprécier l'état clinique d'une personne

- Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne

- Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes

- Établir une communication adaptée à la personne et à son entourage

- Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifique aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

- Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins

- Organiser son travail au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. 7

Les SSIAD emploient également de manière contractuelle ou bien salariée des **infirmiers** qui ont le rôle d'effectuer les soins techniques relevant de la compétence infirmière sur prescription médicale.

Enfin, en fonction des spécificités des SSIAD existants il est possible d'y retrouver des ESA composés d'un ergothérapeute qui définit les actions effectuées par les assistants de soin en gérontologie (ASG).

Les ASG sont des professionnels dont le métier a été créé par le plan Alzheimer 2007-2012.

Selon l'arrêté du 23 juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie, la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie est accessible aux aides-soignants (AS) et aux aides médico-psychologiques (AMP) en situation d'exercice effectif auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.

Leurs missions sont définies comme telles par Benoit LAVALLART dans la revue gérontologie et société :

« Il s'agit d'aider et soutenir les personnes fragilisées par la MA, ainsi que leur entourage, dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie.

Les activités réalisées visent également à la stimulation sociale et cognitive des capacités restantes de la personne. »

« L'ASG travaille sous la responsabilité de l'infirmier pour les actes de nursing et sous la responsabilité des ergothérapeutes ou psychomotriciens pour les activités de réhabilitation. »

Et de conclure : « La spécialité d'assistant de soins en gérontologie doit poursuivre son évolution : En s'ouvrant aux AVS : la formation de base et le métier exercé au quotidien par les AVS leur donnent toute légitimité pour entrer dans cette filière. Actuellement, ils peuvent suivre la formation d'ASG dans le cadre de la formation continue, mais ne peuvent pas accéder à la fonction d'ASG et exercer dans les dispositifs prévus par le plan Alzheimer 2008-2012 (équipes spécialisées Alzheimer des SSIAD, PASA, UHR, UCC). Il conviendrait de poursuivre le travail engagé avec les ministères concernés pour donner à terme aux AVS l'accès à cette spécialité. » 8

Par ailleurs, les services de soins infirmiers à domicile, créés en 1981, ont été, grâce à la loi de 2002.2 une référence dans une prise en soins optimisée et sécurisée de la personne âgée à domicile, contribuant à l'amélioration des services rendus. 9

- **5) Les SPASAD intégrés** sont des structures qui regroupent au moins un SSIAD et un SAD, dans le but de fournir une prestation mieux coordonnée. L'article 1 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'autonomie définit ses critères d'organisation ainsi :

«1° Ils exercent leurs missions dans le cadre d'une organisation intégrée du service qui coordonne les soins, les aides et l'accompagnement dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie dans un objectif de prévention de la perte d'autonomie ;

2° La coordination est assurée par un infirmier coordonnateur salarié du service. Elle consiste à :

a) Coordonner les interventions auprès de la personne âgée prise en charge et de son entourage dans un objectif de repérage des situations à risques de perte d'autonomie, d'alerte et d'intervention, le cas échéant, ainsi que de simplification d'organisation pour la personne âgée et son entourage ;

b) Coordonner les professionnels du service qui s'engagent collectivement sur la qualité du service rendu et organiser à ce titre les réunions de travail et de coordination entre les personnels chargés des soins et les personnels chargés des aides et de l'accompagnement ;

c) 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 ;

3° *L'élaboration, sur prescription médicale, du projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, intégrant le cas échéant le plan personnalisé de santé, est assurée par un infirmier coordonnateur salarié du service sur la base d'une évaluation globale des besoins de soins et d'aide. Il précise, parmi les personnels mentionnés aux articles D. 312-2 et D. 312-6 du même code qui composent l'équipe pluridisciplinaire du service, les professionnels qui réalisent les actes de soins, d'aide et d'accompagnement, dans le respect des compétences de chacun. Il définit les modalités de suivi, d'actualisation et de réévaluation du projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins.* »

II a) Problématisation

1) historique des SPASAD

Les SPASAD sont les services présentant, dans le cadre des prises en charge à domicile, la plus grande offre d'aide et de soin pour un large public souffrant de dépendances plus ou moins handicapantes. Partenaires privilégiés et en réseau avec l'ensemble des structures territoriales, ils sont un acteur clé de la politique d'adaptation au vieillissement, mais son implantation n'en est qu'à la phase débutante.

Les Services Polyvalents d'aide et de Soins à domicile ont été créés en 2004 et ils couvrent à la fois les missions d'un service de soins infirmier à domicile et celles d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile. Ils sont présentés comme un service tout-en-un capable de s'organiser en interne afin d'assurer la prise en charge la plus optimale grâce à la coordination des professionnels exerçant à domicile, le partage des compétences et la mutualisation des fonctions supports ⁴

« Pourtant, on constate, plus de dix ans après la création du cadre juridique des SPASAD, un faible développement de ces services dont la répartition territoriale est inégale. En effet, 94 services avaient été créés au 31 décembre 2015. De surcroît, ce constat tend à montrer que le cadre juridique précédent n'a pas conduit nécessairement à une meilleure coordination entre les activités de soins, d'aide et d'accompagnement à domicile et que les pouvoirs publics (département et Agences régionales de santé – ARS) n'ont pas engagé de dynamique dans ce sens-là.

Dans un contexte où l'organisation des parcours des personnes revêt un enjeu stratégique afin d'améliorer l'efficacité et la qualité de leur prise en charge sanitaire et médico-sociale, une nouvelle dynamique de développement des SPASAD est nécessaire dans une logique d'intégration du service rendu.

Le développement des SPASAD implique une étroite coordination de l'action des ARS et des conseils départementaux. L'article 49 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement précitée propose une évolution de ce dispositif par l'expérimentation sur deux ans d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, avec la possibilité de mettre en place des actions de prévention. Aussi, l'arrêté du 30 décembre 2015 relatif au cahier des charges des expérimentations de SPASAD, préparé en application de l'article 49 de la loi précitée, assouplit les modalités de constitution des SPASAD. La mise en œuvre de ces expérimentations est possible au travers de la conclusion d'un Cpom (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens)

au plus tard le 30 juin 2017, entre le ou les services concernés (SAD, SSIAD et SPASAD), l'ARS et le conseil départemental. » 10

Les SPASAD ont en effet été transformés en SPASAD intégré avec la création de la loi d'adaptation de la société au vieillissement afin de favoriser leur mise en place tout en y associant les missions de préventions permettant la présence d'un personnel paramédical varié.

L'article 73, 79 et 81 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement précise le rôle que peuvent jouer les SPASAD dans l'amélioration des services rendus par la mise en commun des compétences des divers professionnels exerçant au sein des SPASAD intégrés :

73 : « Intégrer plus largement des compétences paramédicales : diététicien, ergothérapeute, psychologue, psychomotricien au sein des services à domicile comme référent/expert auprès des intervenants à domicile et dans les situations complexes »

79 : « Intégrer au sein des SPASAD du temps de professionnels habituellement financés sur la dotation SSIAD et pouvant intervenir auprès de l'ensemble des personnes prises en charge par le SPASAD, tels que l'infirmier référent, ergothérapeute, psychomotricien, diététicien... dans un objectif de prise en charge globale de la personne à domicile et de développement de la prévention de la perte d'autonomie des personnes fragilisées »

81 : « Financer les temps de synthèse, de coordination, de concertation, d'analyse des pratiques, de soutiens psychologiques des aides à domicile intervenant dans le SPASAD (temps difficilement financés à ce jour) pour notamment remonter et analyser les informations liées au repérage des fragilités auprès des personnes accompagnées et alerter les acteurs adéquats du territoire.

Ces temps sont impératifs et participent à :

- permettre la coordination des salariés intervenant auprès des mêmes bénéficiaires,*
- uniformiser les pratiques professionnelles et permettre la prise de recul gage d'une meilleure qualité et lisibilité des prestations,*
- réduire la pénibilité et notamment les risques psychosociaux en permettant le partage des difficultés et une emprise moindre du stress sur le travail » 1*

Nous voyons donc que l'État mise sur les SPASAD pour créer un acteur local de l'aide et du soin. Ce service se distingue des autres car il est composé de professionnels qui seraient capables de se servir de la richesse de la pluriprofessionnalité afin d'entourer au mieux le patient de regards croisés. Le but du SPASAD est de mettre à profit l'ensemble des compétences professionnelles disponible pour favoriser le maintien de l'autonomie et assurer des actions de prévention vis-à-vis des usagers.

Par ailleurs, une particularité du SPASAD se trouve dans la présence de deux entités aux financements différents. En effet, l'intervention d'un SSIAD est entièrement prise en charge par la sécurité sociale, tandis que l'intervention d'un SAD est partiellement financée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), avec un reste à charge pour les personnes âgées ou leur proche, selon leurs revenus.

2) L'allocation Personnalisée d'Autonomie, et l'historique des SAD

La loi ASV donne plus de place aux droits de l'aidant, et a également permis une revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie, dans le but de mieux correspondre aux besoins des personnes âgées de plus de 60 ans.

Il convient de rappeler que les interventions des SAD sont facturées en partie au conseil général au moyen de l'APA, et en partie par le bénéficiaire qui paye le reste à charge.

« La quasi-totalité des bénéficiaires de l'APA à domicile va profiter à compter du 1er mars 2016 d'une baisse substantielle de leur reste à charge.

Le décret d'application de la loi "relatif à la revalorisation et à l'amélioration de l'APA simplifiant l'attribution des cartes d'invalidité et de stationnement pour leurs bénéficiaires" est paru au Journal officiel du 28 février 2016. Il prévoit notamment une augmentation des plafonds de l'APA de 100, 150, 250 et 400 euros pour les personnes en fonction de leur degré de dépendance, et permet de dépasser ces plafonds pour financer, d'une part, des solutions de répit pour les proches aidants, d'autre part, des solutions de relais de l'aidant hospitalisé. Afin de réduire le reste à charge des bénéficiaires de l'APA, il réforme le barème de participation financière des bénéficiaires. La revalorisation de l'APA est donc d'ores et déjà une réalité. » I

Bien que selon Christophe CAPUANO, historien qui a fait un article sur l'analyse de l'aide à domicile de 1960 à nos jours, les usagers des aides à domicile y avaient un meilleur accès dans les années 1975-1997 : *« L'incitation à rester chez soi, plutôt qu'intégrer un établissement a longtemps paru aux yeux des pouvoirs publics comme une solution économique à encourager. »* Par la suite Christophe CAPUANO explique que lorsque l'État a commencé à établir l'infrastructure nécessaire au maintien à domicile, il n'a pas su financer les objectifs fixés par la politique vieillesse. Afin de diminuer les coûts, il a encouragé le développement des services d'aide à domicile, dont il a libéralisé le marché par la suite, amenant à une situation confuse et concurrentielle. Christophe CAPUANO explique par la suite que la mise en place de l'APA par la loi du 20 juillet 2001 a retiré le droit à la prestation de compensation du handicap, pour les personnes de plus de 60 ans.

Christophe CAPUANO de conclure : *« De ce point de vue, ne peut-on pas considérer la période 1975-1997 comme davantage propice au maintien à domicile des personnes (âgées) avec incapacités ? Disposant d'une importante marge de manœuvre, relevant des politiques du handicap et de la vieillesse, dans le cadre d'un essor de l'aide-ménagère des caisses de sécurité sociale, les personnes âgées se sont retrouvées dans une configuration bénéfique leur permettant de s'approprier et constituer leur propre plan d'aide pour un maintien à domicile réussi. » II*

L'État cherche à augmenter les possibilités d'aides pour les familles au moyen de la revalorisation de l'APA. Les ayants droits de certaines aides spécifiques tel l'allocation adulte handicapé n'y ont plus droit passé 60 ans.

A cet âge, toute personne nécessitant un accompagnement doit faire une demande d'APA. Certains bénéficiaires handicapés sont moins bien pris en charge financièrement, mais nous pourrions y voir une volonté de l'état de rendre les parcours administratifs moins complexes. Il faut également noter que depuis la loi BORLOO de 2005, il est plus difficile de s'orienter entre les différents services d'aides aux personnes qui se sont développés en fonction de l'offre et de la demande sans régulation territoriale.

Christophe CAPUANO a conclu son article par l'idée suivante : Dans les années 1975-1997, les personnes âgées avec incapacités ont pu s'approprier et constituer leur propre plan d'aide pour un maintien à domicile réussi.

Nous pourrions proposer une version plus moderne : Les SPASAD pourraient permettre aux professionnels de la coordination de travailler avec le patient et son entourage afin de proposer un accompagnement, et des outils issus de différents métiers permettant un maintien de l'autonomie à domicile réussi.

3) La formation et le transfert de compétences

L'article 73 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement que j'ai citée précédemment rappelle les compétences que peut mutualiser une équipe pluridisciplinaire. Le coût d'une formation classique et agréée est celui du salaire de l'employé qu'il faut envoyer en formation, additionné au coût de la prestation de la formation. Le coût d'interventions adaptées à des cas particuliers ou complexes rencontrés par les AVS ne coûterait que le salaire de celles-ci. Et comme nous l'avons vu, la formation et l'information font partie des missions des professions paramédicales exerçant dans le SPASAD.

Selon mes discussions informelles avec des responsables de secteurs travaillant dans les SAD, ces derniers ne disposent à leur regret que difficilement de moyens de payer des heures de formation à leurs employés.

Ces idées sont confirmées par l'article suivant : « *Or la formation est essentielle pour l'accompagnement à domicile, qui est un métier à part entière. De plus, même si les intervenants du domicile ont de plus en plus des formations en cours d'emploi, alors que nous souhaitons des formations initiales, elles sont souvent trop techniques au mauvais sens du terme. Les futurs professionnel(le)s n'ont pas de formation suffisante aux relations humaines. Il est pourtant fondamental de savoir comment déranger le moins possible quand on intervient au domicile des gens. [...] Une piste d'amélioration prioritaire est donc la formation initiale des professionnels d'une façon générale et ensuite la formation continue, notamment sous l'angle des réunions d'élaboration des pratiques professionnelles : analyser les situations vécues, développer l'échange et la réflexion entre les aides à domicile. [...] Malheureusement, ces réunions de synthèse sont trop peu financées dans ce secteur, car jugées non indispensables, encore une fois, par les tutelles financières du secteur de l'aide à domicile... » **12***

Cette interview de Bernard ENNUYER, apporte également l'éclairage suivant : la formation verticale n'incite pas à la cohésion d'équipe, à l'inverse de la formation horizontale. En effet celle-ci va permettre l'acquisition de nouvelles compétences au moyen d'échanges de points de vue et de réflexion en équipe afin de mettre en commun regards soignants et compétences.

Par contre, l'association ABRAPPA qui dispose également d'un SPASAD et de plusieurs SSIAD et SAD en Alsace propose à ses employés des formations internes communes aux AS et aux AVS, dispensés par leurs propres professionnels paramédicaux. Nous pourrions penser que cette grosse structure était préparée de par sa grande taille et son réseau interne, à l'arrivée du SPASAD. Et elle a su très vite en identifier et en mutualiser les atouts.

Bien que les possibilités de financement d'heures ou de formation disponibles pour les AVS n'aient que peu été améliorées, les auxiliaires de vie peuvent gagner en qualité de service grâce aux compétences partagées de leurs collègues.

Et ces collègues peuvent également tirer parti de ce partenariat : je vais citer l'exemple de l'ergothérapeute du SPASAD de Molsheim qui distribue des plaquettes d'information pour ses actions de prévention contre les chutes ou bien l'isolement social dans les factures des services d'aide à domicile. En effet le SAD fait office de relais d'information vers une population fragilisée qui gagne à être sensibilisée sur le risque lié à l'avancée en âge. Ou bien, grâce à des grilles d'évaluation à faire remplir par les AVS, elle peut repérer des usagers en difficulté et pourra leur proposer un accompagnement adapté avec l'ESA ou bien les actions de préventions.

Par ailleurs au cours de mes discussions informelles avec les professionnels concernés, j'ai pu comprendre qu'ils souhaiteraient que les AVS servent de relais à l'intervention de l'ESA. Celle-ci n'est prévue que pour une durée de trois mois tous les 12 mois. Ce relais apporterait aux usagers un accompagnement fluide suivi et décloisonné. Ce relais améliorerait également les compétences des AVS de par leur lien avec l'ESA, tout en diversifiant leur travail. Mais il est encore compliqué de demander aux familles de payer pour de la prévention des risques, et il n'y a pas de financements définis en ce sens.

En effet ce sont des ASG qui travaillent en ESA; or comme je l'ai dit précédemment, il est possible pour les AVS de suivre la formation d'ASG même si elle ne permet pas de travailler en ESA. Cela est possible, car les deux professions ont beaucoup de compétences en commun et sur un plan d'activité initié par l'ergothérapeute, entériné par l'ASG, il pourrait être facilement poursuivi par l'AVS.

D'autant que selon le modèle de fonctionnement de l'ESA : « *Dans la Maladie d'Alzheimer, la réhabilitation n'a pas pour but la restauration des capacités perdues, mais bien l'adaptation du patient à son environnement, malgré les pertes. En mobilisant ses capacités restantes, en planifiant ses actions et en adaptant son environnement, le patient peut maintenir une vie sociale et relationnelle. La réhabilitation consiste successivement à :*

Évaluer les capacités à accomplir les activités de la vie quotidienne ;

Écouter la ou les demandes de la personne malade et de son aidant, en s'appuyant sur son histoire de vie ;

Fixer, à partir des compétences et des désirs du patient et de son aidant, mis à jour par une approche motivationnelle, un objectif thérapeutique fonctionnel, réaliste et réalisable (comme s'habiller seul ou aider à la préparation des repas) ;

Mettre en place un programme utilisant les capacités restantes pour y parvenir, tout en intégrant la notion de plaisir, et non de performance ;

Ce programme comprend également une prise en charge spécifique de l'aidant (écoute, soutien, éducation, orientation vers des groupes de paroles ou la maison des aidants » 8

Le travail de mise en œuvre des plans d'action et la réévaluation annuelle sont du rôle de l'ESA. Elle œuvre entre autres à adapter les actions proposées à chaque bénéficiaire durant 3

mois pour fournir un programme qui pourrait être poursuivi pendant 9 mois avant d'être réévalué. Or ce programme n'est pas utilisé, laissant à l'adaptation et la prévention un quart de l'année, et à la maladie les 3 autres quarts.

4) La transmission des informations au sein du SPASAD, vers l'objectif de l'interprofessionalité

L'efficacité du système d'information et de partage des données est un élément incontournable pour une prise en charge cohérente du patient. Afin d'optimiser la personnalisation des soins et être au plus proche des besoins de l'utilisateur, une bonne transmission d'informations est nécessaire. Celle-ci dépend de la compétence du professionnel à repérer les informations utiles et savoir les partager efficacement dans la chaîne d'informations. Les AVS ne bénéficient pas de temps de retour au bureau et de transmissions, contrairement aux aides-soignantes. Elles sont plus isolées face aux situations dépassant leur compétence. Les AVS gagneraient à pouvoir et savoir ponctuellement demander conseil aux autres professionnels afin de bénéficier de leurs connaissances et de leur remonter les informations permettant à l'infirmier coordinateur d'adapter les plans de soins.

Par ailleurs, je constate qu'en tant qu'infirmier libéral il m'a fallu rechercher la documentation afin de connaître les différents métiers exerçant en SAD. Certes les responsables de secteur font l'intermédiaire entre SSIAD et SAD, mais le personnel soignant qui les côtoie, connaît-il les différents métiers de l'intervention sociale ainsi que leur champ de compétences ? Comment savoir quelles compétences mobiliser si on ne sait identifier les compétences spécifiques de chaque catégorie de personnel ?

Tandis que je me rends compte que ma réflexion se concentre autour de la pluridisciplinarité du travail et les liens entre les différents professionnels, je vais citer le travail de : Martine AUBERT qui développe les concepts de pluriprofessionnalité, transprofessionnalité et interprofessionalité. *13*

Selon les propos de Martine AUBERT, l'idéal des interventions coordonnées en gérontologie serait de tendre vers l'interprofessionalité.

Il existe plusieurs niveaux de coopération entre différents métiers :

- **La pratique professionnelle centrée sur elle-même** exclut toutes considérations autres que les gestes, le savoir-faire et fonctionne avec des références professionnelles nécessairement justes et universelles.
- Le premier stade de coopération est **l'élargissement de son champ professionnel** dans une optique de prise en soins globale du patient, où l'on retrouve un élargissement de la démarche de soins des professionnels, mais pas encore de rencontre entre les différentes démarches. Chacun des professionnels a des arguments pour être le référent du parcours de santé et de soins, mais apparaissent très vite d'autres enjeux, liés aux zones d'influence de telle ou telle catégorie professionnelle et à l'exercice du pouvoir. Ici tout est centré sur la pratique de la profession
- Le niveau suivant s'appelle la **cohabitation ou pluriprofessionnalité**. Dans ce cadre il est accepté que soient mises en place dans le même temps et en parallèle plusieurs

démarches. Il y a cependant des risques d'incohérence dans cette forme de cohabitation en l'absence de communication.

Ici commence à naître une démarche centrée autour du patient.

- Il y a ensuite la **transprofessionalité**, ou le centrage sur les points communs : L'attention est recentrée sur les points communs des actions ou démarches, mais les divergences sont éludées. Il y a encore de fortes différences de visions de la part des différents soignants. Cette forme de coopération et d'organisation du travail présente en outre l'intérêt de commencer à introduire un partenaire : la personne concernée par toutes les attentions.

- **L'interprofessionalité ou bien la pratique des interactions :**

Cette étape ultime de la coordination entre les professionnels oriente l'attention de tous vers tous les aspects, communs et différents, et sur les interactions.

« Elle combine de nombreux éléments, dans une acceptation de la complexité de la situation humaine. sa mise en œuvre implique la présence de conditions de réalisation :

- *La reconnaissance de plusieurs visions, plusieurs pratiques et la nécessité qu'il y en ait plusieurs*
 - *Un réel fonctionnement d'équipe impliquant : une remise en cause et donc un approfondissement de ses propres références, ce qui les rend plus sûres, plus sereines et moins absolues.*
 - *Une pratique où chacun considère que ce que fait l'autre est aussi important que ce que l'on fait soi, ce qui ne signifie en rien que ce que l'on fait n'est pas important.*
 - *Un fonctionnement démocratique de l'équipe, en particulier dans le respect des minorités.*
- *Une démarche propre à chacun, la limite se situant dans :*
 - *Le respect de la liberté de l'autre professionnel (la liberté individuelle s'arrête là où commence celle de l'autre)*
 - *La nécessité reconnue d'échanges interprofessionnels qui, dans certains cas, doivent se faire avant l'acte professionnel qui peut avoir des conséquences sur des actes d'autres professions.*
 - *Le choix de la personne concernée*
- *Des échanges non pas uniquement sur les points communs comme dans l'étape précédente, mais encore sur les points différents.*
- *Le centrage et la dynamique sur les interactions entre les différentes pratiques, les manières dont elles se complètent et s'enrichissent. Il s'agit non pas de prendre les éléments qui confortent sa vision, d'instrumentaliser l'autre, mais de respecter l'ensemble des objectifs et des méthodes, de voir et de mesurer les interactions et les conséquences indirectes.*

Les obstacles rencontrés sont bien sur des difficultés de moyens, car ces pratiques exigent des professionnels différents et très compétents et du temps pour ces échanges,

mais aussi des problèmes liés au fait même de la monoculture qui se satisfait elle-même » 13

II b) Hypothèses et travail de recherche

1) Hypothèses

Fort de ces différentes lectures et éclairages législatifs, je vais maintenant développer mes hypothèses :

- La formation est trop verticale et non adaptée aux situations courantes. Cela ne favorise pas l'échange entre les différents professionnels.**
- Il y a une méconnaissance des dispositifs du travail social par les travailleurs de la santé.**
- Il y a un manque de communication de la part des AVS, lié probablement à un manque de formation à la communication et à la transmission de consignes et d'informations, ainsi qu'à leur isolement sur le terrain.**
- Les interventions des AVS, AS, ASG sont relativement cloisonnées, et ne permettent pas la prise en charge du parcours de vie et de santé la plus fluide possible.**
- Divergence en termes de degrés d'implication des différents professionnels.**
- Le fonctionnement en SPASAD devrait favoriser le transfert de compétences.**

2) Méthodologie

Afin de répondre à ces hypothèses, je cherche à faire ressortir les différents liens unissant les professionnels du SPASAD. J'ai créé pour ce faire, des grilles d'entretiens semi-directifs à destination des IRCO et des responsables de secteurs, ainsi qu'un questionnaire à destination des AS ou ASG et un dernier questionnaire à destination des AVS.

J'ai décidé de faire les entretiens avec les IDEC et chefs de secteurs sous forme d'entretiens semi-directifs, car je cherche à leur laisser l'ouverture de me donner de nouvelles idées et d'argumenter leurs avis. J'ai cherché à rencontrer des infirmiers coordinateurs exerçant dans des structures différentes, afin de faire ressortir les différences liées à l'organisation interne des différents SPASAD. J'ai également pu rencontrer un responsable de secteur.

Les entretiens ont duré environ 1 heure 30

Les questionnaires à destination des AS et ASG sont principalement sous forme de questions fermées afin de faciliter l'utilisation des données recueillies, ces questionnaires ont été laissés dans la salle où les AS et ASG font leur transmission en fin de tournée. J'ai laissé mon questionnaire dans deux SPASAD différents, afin de mettre en lumière les différences éventuelles liées aux différentes organisations de structures.

Les questionnaires pour les AS/ASG comportent 9 questions à choix multiples, 4 questions ouvertes et 2 listes à cocher.

J'ai aussi créé une question balayant l'ensemble du champ de compétences des AVS, et j'ai demandé aux AS de me classer leurs missions par ordre d'importance, car je voulais faire ressortir leur vision des missions principales de leurs collègues, tout en évitant des biais d'influences qu'un autre modèle de question aurait pu poser.

Les données de cette question ont été difficiles à traiter par la suite, j'ai donc regroupé les 6 compétences des AVS en 3 pôles de compétences afin de pouvoir faire ressortir des tendances.

Enfin, les questionnaires à destination des AVS travaillant avec le SPASAD ont été remplis par mes soins au moyen d'entretiens téléphoniques, car il est très difficile de croiser les AVS qui ne disposent pas de temps de transmissions au bureau. Ces questionnaires sont sous forme de questions fermées pour la même raison que le questionnaire précédent, avec quelques questions ouvertes, car discutant directement avec l'AVS, j'ai pu recueillir au mieux leurs ressentis personnels.

Afin de pouvoir mettre en place ce système d'entretiens téléphoniques, j'ai créé une lettre à destination du responsable secteur expliquant ma démarche afin qu'il puisse me communiquer les numéros des AVS qui voudraient bien se prêter à mon étude.

Ce questionnaire comporte 10 questions à choix multiple, 5 questions ouvertes, et une liste à cocher.

J'ai également créé pour les AVS la question balayant l'ensemble des compétences des aides-soignantes afin d'en ressortir de la façon la plus neutre possible, les compétences les plus identifiées chez leurs collègues. J'ai regroupé les 8 compétences aides-soignantes en 4 pôles de compétence afin de pouvoir faire ressortir des tendances.

J'ai traité sous forme statistique les données correspondant aux AS et ASG et sous forme qualitative les questionnaires que j'ai remplis avec les AVS.

Afin de faciliter la lecture, j'ai fait le choix d'organiser les informations décrites dans le chapitre ci-dessous par thèmes. Ils sont les suivants : Description des répondants, Les APP (Analyse de Pratiques Professionnelles), l'organisation structurelle, les fonctions de communication de la responsable de secteur dans l'équipe, les AVS, la formation et l'évolution des compétences, la cohésion AS-AVS, et l'ESA.

III) Constats et discussions

a) Résultats :

Les Infirmières coordinatrices et la responsable secteur que j'ai interrogées sont à leurs postes depuis de nombreuses années et ont une expérience certaine.

Je n'ai pu rencontrer qu'un seul responsable de secteur, car il est difficile de leur demander des entretiens à cause de leur grande charge de travail.

J'ai reçu 17 réponses pour les questionnaires à destination des AS/ASG. Le questionnaire m'a été retourné partiellement complété, pour les questions concernant l'ESA, car seulement deux répondants sont ASG, et le SPASAD n°1 ne dispose pas d'ESA. Seulement 1/7 des professionnels exerçant dans ce SSIAD a répondu à ces questions. L'âge moyen des AS est de 30 ans, la médiane est de 42 ans et leur âge varie de 20 à 58 ans.

L'expérience moyenne des interrogés est de 4 ans, et la médiane est de 4, l'expérience des AS varie de 1 mois à 13 ans.

Les questionnaires à destination des 8 AVS dont j'ai reçu le numéro de téléphone ont tous été entièrement remplis.

L'âge moyen des répondants est de 48 ans, la médiane est de 48 ans, et cet âge varie de 26 à 61 ans

L'expérience moyenne des AVS est de 8 ans et cette expérience varie de 3 à 19 ans pour une médiane de 8.

Les entretiens avec les infirmiers coordinateurs, responsable de secteur et questionnaires à destination des AVS et AS ou ASG, m'ont permis de rassembler les affirmations suivantes :

- Dans les deux SPASAD interrogés, des APP sont effectués à une fréquence régulière d'une APP tous les un à trois mois. Les AVS sont très souvent présentes, mais leur place à ces réunions n'est pas systématique comme l'est celle des aides-soignantes. Le financement des temps d'APP pour les AVS reste problématique. Et parce qu'une partie du financement vient directement des familles, l'adhésion des familles à la création de temps de communication dédiés plutôt qu'en aide de terrain supplémentaire reste un élément crucial.

68.8% des AS/ASG interrogés ont déjà fait des APP avec les AVS, et 6/8 AVS déclarent en avoir déjà fait

L'expérience moyenne des AS/ASG interrogés ayant répondu oui à la question « Pensez-vous mieux connaître leur travail (le travail des AVS) depuis les APP ?" est de 8 ans.

- Le premier SSIAD dispose de locaux communs depuis la création du SAD en 2009, et le deuxième a démarré les travaux d'une structure commune accueillant les SSIAD et les deux SAD. Il y a des astreintes téléphoniques dans les deux SSIAD. L'un finance les astreintes et l'autre non, le responsable de secteur effectue également une veille pour les situations d'urgence.

La responsable de secteur du SPASAD numéro 1 a une formation d'aide-soignante et d'ASG et a également un DU de gérontologie.

La responsable de secteur avec qui j'ai fait l'entretien a quant à elle défini ses missions de la façon suivante : « Les missions de la responsable de secteur : Il y en a deux

- Management : 70 personnes, formations, congés, planning, embauche, recrutement, saisie
- Développements : des relations avec les partenaires, du plan d'aide, évaluation des besoins

La responsable de secteur distingue trois différents types de missions pour ses employés : A, B, et C.

La classe A est une aide simple concernant le quotidien de la personne accompagnée, mais sans aucun accompagnement en lien direct avec cette personne. (-diplôme d'aide à domicile)

La classe B est la classe A additionnée à des aides simples comme des toilettes, laver les cheveux, mobiliser. (-diplôme d'ADVF, personnel en cours de formation vers AVS)

La classe C est une catégorie correspondant aux mêmes missions que la classe B, mais dans des situations socialement plus complexes, tel un patient dément refusant les soins. (-AVS)

Plus d'un quart des AVS interrogées ont un diplôme de classe B et travaillaient en classe C, en reconnaissance de leurs compétences et expérience professionnelle.

La responsable de secteur tient également à noter qu'il y a un écueil lié aux systèmes juridiques qui sont souvent différents entre les structures ce qui peut mener à des erreurs liées à la responsabilité professionnelle.

Un autre problème soulevé par la responsable de secteur est le choix des usagers quant au professionnel appelé à intervenir sur leur situation et à la possibilité de refuser l'intervention de certains. La continuité des prises en charge peut être perturbée par un patient qui décidera d'arrêter la prise en charge par le SSIAD, mais pas par le SAD par exemple.

Le SSIAD n°2 souhaiterait plus de retour de la part des AVS, mais tout passe par le responsable de secteur, et les contacts par mails ne sont pas optimisés selon les propos de l'IDEC.

Dans le SPASAD n°2, les locaux sont actuellement séparés. La communication entre l'IDEC et la responsable de secteur se fait par mail, les retours d'information de la part des SAD pour les prises en charge se font au moyen des documents bruts des services d'aide, transférés au SSIAD.

Les locaux communs permettraient de favoriser ces échanges entre les AVS et le SSIAD selon la responsable de secteur, en effet elle dit souvent réorienter les AVS vers le SSIAD.

Les responsables de secteurs et les infirmiers coordinateurs ou directeurs de SSIAD ont une réunion une fois par mois dans les deux SPASAD étudiés, ces réunions ont à l'ordre du jour tant le développement des partenariats et des projets que la discussion autour de prises en charge plus compliquées.

Les systèmes informatiques de communication et de traçabilités ne sont pas encore harmonisés entre les structures, ce qui ne favorise pas le transfert efficace de l'information.

- Le locuteur privilégié des auxiliaires de vie sociale est le responsable de secteur qui fait office de relais d'information entre une AVS et les professionnels du SSIAD ou bien entre les professionnels du SSIAD et les différentes AVS intervenant chez un même patient.
- Lors d'une semaine de travail, toutes les AVS sont en contact avec le responsable de secteur sauf une, qui se dit totalement isolée, 5/8 ont été en contact avec leurs collègues AVS, et l'ASG et le médecin traitant ont été cités une fois pour l'ensemble des interrogés.

Il n'y a pas de contact direct entre les AVS et les professions paramédicales du SPASAD, ou bien les professionnels se croisent au domicile de manière fortuite. Il arrive que les professionnels du SSIAD organisent leurs visites à domicile afin de les faire correspondre au passage de l'AVS, mais cette démarche n'est jamais effectuée de l'AVS vers les équipes du SSIAD.

Les AVS sont en contact :

- direct avec les AS généralement plus d'une fois par semaine,
- avec le responsable de secteur au moyen : d'entretiens, accueil spontané du salarié au bureau, appel téléphonique ou sms, mail, notification de modification
- avec leurs collègues et autres intervenants du domicile au moyen du classeur de liaison à destination de l'ensemble des intervenants laissé à domicile

Les AVS disent contacter essentiellement leur responsable de secteur ou leurs collègues AVS.

Les aides-soignantes quant à elles contactent en première intention l'IDEC, et le médecin traitant, mais sont en lien fréquent avec l'ensemble des professionnels œuvrant à la prise en soins de la personne aidée, par téléphone ou en personne.

Toutes les AVS interrogées souhaitent avoir des temps de réflexions avec leurs collègues sur les situations rencontrées dans le cadre de leur travail.

7/8 AVS pensent avoir des informations utiles à l'optimisation de la prise en soin de l'utilisateur qu'elles sont seules à avoir.

Ces informations, selon leurs dires, concernent principalement les habitudes et la connaissance de la personne. Plus de la moitié des AVS questionnées disent qu'elles connaissent les éléments clés permettant de faciliter les prises en charge.

3/8 AVS déclarent avoir été déjà contactés pour faire du repérage des fragilités à travers une grille d'évaluation, dans le cadre d'un projet porté par l'ergothérapeute du SSIAD n°2, une majorité des répondants a spontanément tenu à préciser que leur travail consiste

à faire du repérage des fragilités, en faisant remonter à leur responsable de secteur voir au médecin traitant, leurs observations sur l'état et les besoins de la personne dès que cela s'avère nécessaire, et de leur propre initiative.

En ce qui concerne les transmissions d'informations, elles ont un manque de connaissances des professions travaillant avec le même patient, et une meilleure communication transprofessionnelle est souhaitée – IDEC

Les AVS ont des informations pertinentes, mais elles ne les remontent pas toutes, et le fait de ne pas avoir de transmissions journalières comme au SSIAD amène à ce que des informations importantes ne soient pas traitées. – Responsable secteur

Le positionnement de la responsable secteur face aux liens AVS-IDEC : Oui, la responsable secteur pense que ce lien est positif pour les questionnements, mais elle doit toujours être en copie de toutes les informations afin de pouvoir redistribuer les informations et s'assurer de la continuité des soins.

- Le premier SSIAD a mis en place, lors de la formalisation du SPASAD intégré il y a deux ans, une formation interne sur la communication au sein du SPASAD à destination des AVS et des AS, et le deuxième SSIAD suit la même direction.

Des formations spécifiques à la communication en SPASAD sont mises en place en interne par les SPASAD. Cela dit certaines particularités structurelles peuvent freiner cette tentative d'harmonisation, car un des SAD du SPASAD numéro deux appartient à une grosse structure qui elle-même possède un autre SPASAD et propose ses formations internes.

8/8 AVS interrogées pensent que les aides-soignantes peuvent leur apporter des informations et les exemples cités ont été : informations médicales, conseils, aide dans les situations difficiles.

Les trois entretiens effectués m'ont montré à voir 3 systèmes de banque documentaire différente :

Dans le 1^{er} SPASAD, la banque documentaire est composée de documents MOBIQUAL et de ressources jugées utiles par les IDEC, qui sélectionnent les documents nécessaires au besoin du salarié lorsque celui-ci en fait la demande.

Le deuxième SSIAD quant à lui dispose d'une banque documentaire ainsi que d'un référent AS de cette banque documentaire, et les salariés sont formés et sensibilisés à la recherche d'informations par leur propre moyen.

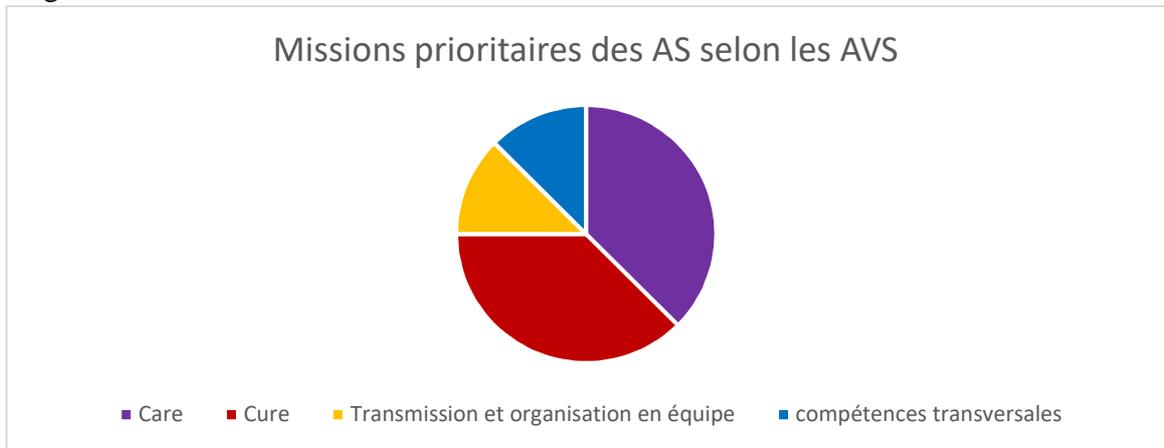
Le SAD interrogé, qui fait partie du deuxième SPASAD quant à lui appartient à une grosse structure et dispose d'une très grande banque documentaire très travaillée, qui est mis à disposition des équipes à chaque nouvelle embauche.

La diététicienne du SPASAD n°1 crée des fiches d'alimentation spécifiques pour les patients.

- Les AVS ont classé les missions des AS selon l'ordre de priorité suivant : sur 8 propositions, ont été cités entre 1 et 4 : le « Care » à 37,5%, le « Cure » à 37.5%, la transmission et l'organisation en équipe à 12.5% et les compétences transversales à 12.5%.

Ont été cités entre 5 et 8 : la transmission et l'organisation en équipe à 37.5% et les compétences transversales à 37.5%, le « Care » à 12.5%, et le « Cure » à 12.5

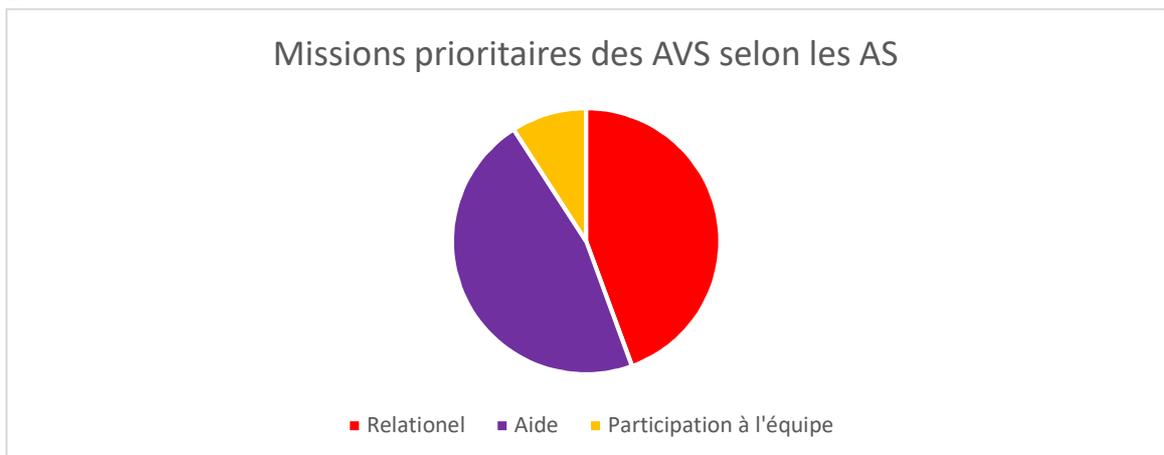
Toutes les AVS pensent connaître bien, voire très bien les missions des aides-soignantes.



Les AS/ASG ont classé les missions des AVS selon l'ordre de priorité suivant : sur 6 propositions, ont été cités entre 1 et 3 : le relationnel : 44%, l'aide 46%, et la participation à l'équipe : 9%,

Ont été cités entre 4 et 6 : la participation à l'équipe : 59%, l'aide 21%, et le relationnel à 19%,

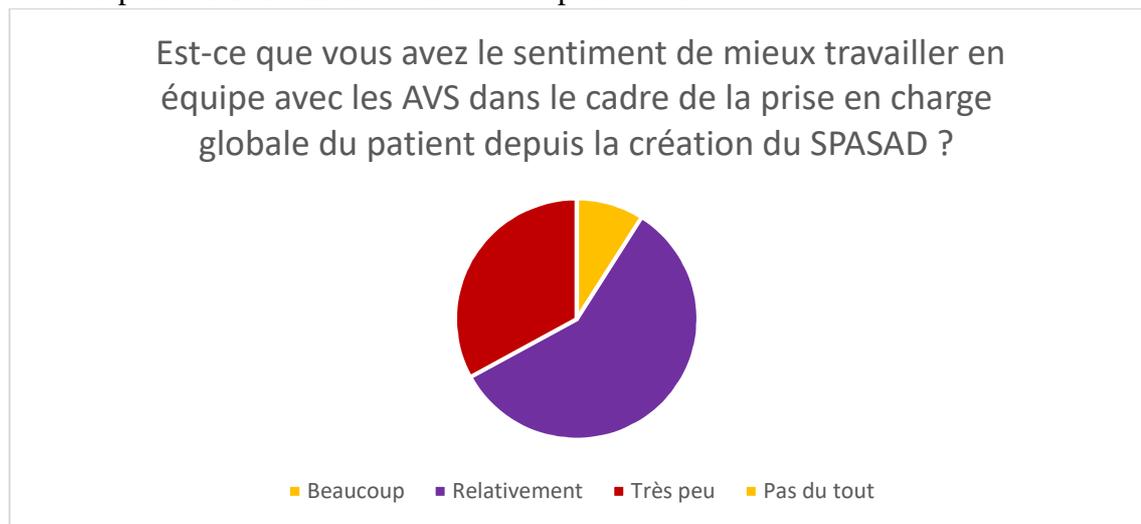
Les AS/ASG estiment bien connaître le travail des AVS.



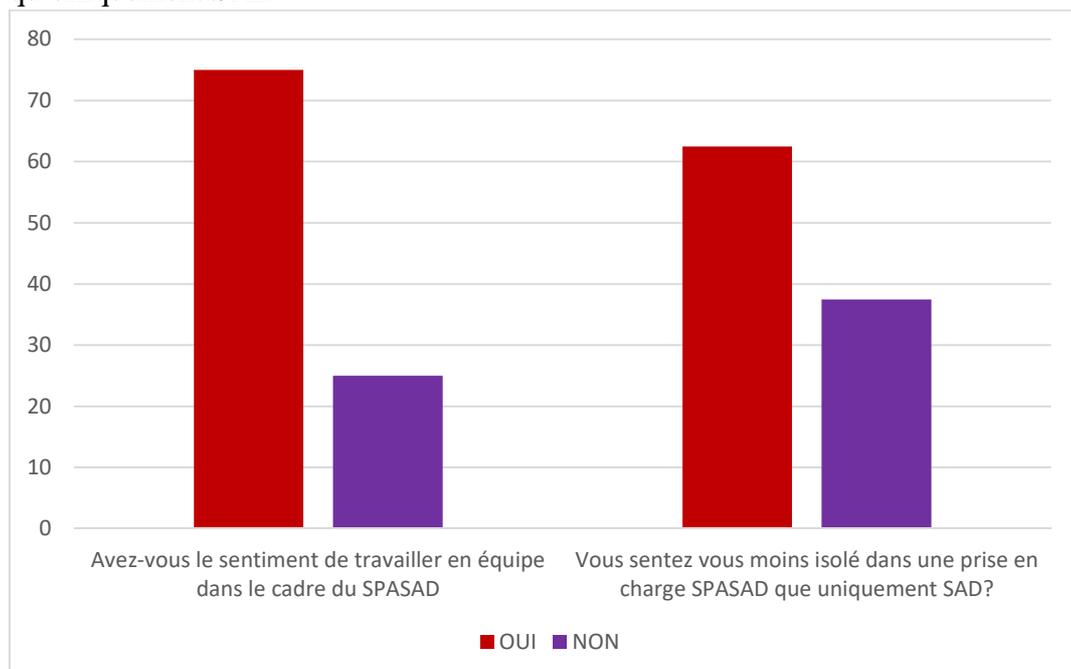
- Pour le relais de l'ESA, 2 des 17 AS interrogées sont ASG. Et dans le cadre d'un relais ESA, ces deux professionnelles déclarent avoir passé le relais à l'hôpital de jour ou bien aux AVS.

Pour le responsable de secteur, les auxiliaires de vies pourraient faire ce relais, mais le financement est compliqué, et les familles ne comprennent souvent pas l'intérêt de payer pour continuer les actions initiées par l'ESA. Les familles veulent rentabiliser les prestations sur des choses « utiles ». Les interventions majoritairement définies comme utile par les familles, correspondent à des prestations de ménage ou bien de préparations de repas.

- À la question : « Est-ce que vous avez le sentiment de mieux travailler en équipe avec les AVS dans le cadre de la prise en charge globale du patient depuis la création du SPASAD ? » qui a été posé aux AS, 12 AS ont répondu : 33% ont répondu très peu, 58% ont répondu relativement et une AS a répondu oui.



Les AVS quant à elles ont le sentiment de travailler en équipe dans le cadre du SPASAD à 75% et 62.5% se sentent moins isolée dans une prise en charge SPASAD qu'uniquement SAD



b) Discussion :

Nous pouvons voir quelques tendances ressortir à travers ces entretiens et ces questionnaires,

Tout d'abord nous constatons que j'ai eu plus de difficulté à contacter les responsables de secteur, ainsi que les AVS. Les responsables de secteur ont une charge de travail très lourde, et les AVS sont en constante mobilité sur le terrain sans beaucoup passer au bureau.

Je n'ai pu interroger que 8 AVS, ce qui rends les données exploitées non significatives.

Les AVS ont une moyenne d'Âge de 18 ans plus élevée que celle des AS et les AVS ont en moyenne le double du temps d'expérience des AS.

Il y a beaucoup d'AS qui ont commencé à travailler à domicile il y a moins de deux ans.

Concernant les APP : elles sont effectuées de manière plutôt fréquente, et concernent une grande partie des personnels, de l'ensemble des structures.

Un problème de financement est cependant rapporté concernant les AVS, et ces APP ne sont possibles que grâce aux financements spécifiques des SPASAD pilotes. Par ailleurs les AVS, contrairement aux AS n'ont pas de temps d'échange quotidiens au bureau.

Les financements sont d'autant plus problématiques qu'il existe des restes à charge pour la famille et que leur consentement est un biais de faisabilité supplémentaire.

Par ailleurs il a été constaté que les AS les plus enthousiastes quant à l'utilité des APP avec les AVS, sont principalement les AS les plus expérimentées.

Nous pourrions penser que cela est lié à un positionnement professionnel plus mature, capable de cerner les avantages apportés par une équipe pluridisciplinaire.

La responsable de secteur avec qui j'ai effectué l'entretien ne m'a pas cité de rôle de coordination de l'information dans ses missions, si ce n'est le plan d'aide et l'évaluation des besoins.

Le choix d'une AS, ASG avec un DU de gérontologie en tant que responsable de secteur doit permettre de faciliter les échanges, entre IDEC et responsable de secteur, et de mieux remonter les informations des AVS. Je ne peux pas en tirer de conclusion, car ce facteur n'est pas isolé et que la structure où travaille ce responsable de secteur a des locaux communs, et le personnel bénéficie également d'une formation à la communication qui a été spécifiquement commandée par ce SPASAD.

Par ailleurs, les fiches de missions des responsables secteurs et infirmiers coordinateurs datent dans le SPASAD N°2, d'avant le regroupement en SPASAD du SAD et du SSIAD.

Je me questionne sur l'absence de contact direct entre les AVS et la partie SSIAD, et sur la place du responsable de secteur dans le relais d'information. Nous constatons que toutes les

informations liées aux AVS sont centralisées par le responsable de secteur, qui a déjà beaucoup de travail et dont les principales missions ne sont pas la coordination. Cependant la responsable de secteur qui a participé à l'entretien n'a pas cité la coordination et la transmission d'informations dans ses missions, mais elle dit avoir notion de ce travail qu'il faudrait faire. Ce SAD va embaucher prochainement une deuxième responsable de secteur afin de libérer plus de temps à la responsable de secteur pour cette mission délaissée. Et le financement de ce poste supplémentaire est assumé par le SAD.

Par ailleurs, les AVS ont montré, à travers la question concernant le repérage des fragilités, qu'une majorité d'entre elles s'estiment autonomes quant à la remontée d'information.

L'infirmière coordinatrice du SSIAD n°1 remonte des manques de connaissances de la part des AVS en termes de professions partenaires.

La directrice du SPASAD n°1 quant à elle, après avoir été informée que les AVS s'estiment autonomes dans leurs transmissions, a rappelé que le SSIAD n'avait eu que deux réponses pour les grilles de repérages des fragilités envoyées par l'ergothérapeute. Ces grilles sont intégrées dans le Projet individualisé d'Aide et de Soins (PIAS). Les médecins traitants font d'excellents retours quant à l'utilisation du PIAS comme support de soin, selon les questionnaires de satisfaction envoyés annuellement par le SSIAD à leurs partenaires. Cet outil permet de créer des projets centrés sur le patient, et d'intégrer des notions de prévention dans sa prise en soins.

La création du deuxième poste de responsable secteur permettra de dégager du temps pour le suivi de ces projets et de former le personnel à ces notions. Le financement des AVS pour participer aux réunions qui pourront alors être proposées reste cependant à formaliser.

Les AVS sont assez isolées à domicile et sont principalement en contact avec le responsable de secteur qui aura lui-même, pour des raisons structurelles, des difficultés à stimuler son équipe dans une démarche de discussion centrée autour du patient avec d'autres acteurs du domicile.

Les AS ainsi que les AVS ont une représentation assez claire de ce qu'elles peuvent s'apporter mutuellement. Les AS attendent des AVS des informations sur le patient et les AVS attendent des AS des conseils afin d'adapter leurs actions aux besoins de santé du patient. Nous constatons également que les AVS sont plus satisfaites que les AS de manière générale quant aux améliorations de travail en équipe apportées par le SPASAD.

Nous pouvons également constater que les deux professions voient un intérêt à leur interaction, et que les AVS souhaiteraient plus de temps de discussion en équipe. Ceci pose la question des financements.

Les AS interrogés ont cependant été à 40% non satisfaits ou moyennement de ce que les APP peuvent leur apporter en connaissance du travail des AVS, mais les plus expérimentées des AS ont toutes souligné l'intérêt de cette démarche. Par ailleurs nous pouvons voir, selon les éléments attendus de la part des AS ou AVS de la part de leur collègue, qu'elles cherchent à compléter leurs connaissances afin de mieux exercer leur propre pratique. Elles ne cherchent pas à s'intégrer dans la démarche de l'autre.

Selon Martine Aubert, nous pouvons affirmer que le SPASAD apporte la modification d'un système de pluriprofessionnalité entre les SSIAD et SAD, en un système plus cohérent autour du patient : la transprofessionnalité. **13**

Cette modification consiste à passer : d'un système où plusieurs démarches de prises en charge cohabitent (avec des risques d'incohérence dans cette forme de cohabitation en l'absence de communication), à un système où l'attention est recentrée sur les points communs des actions ou démarches, mais les divergences sont encore éludées.

Il conviendrait d'initier un projet et un esprit d'équipe en ce sens et de permettre par quelque financement que ce soit, aux AVS de contribuer à cette équipe en les faisant revenir au bureau tout comme les AS, ne serait-ce qu'à une fréquence moindre.

Nous pourrions par ailleurs émettre l'hypothèse que, fort de leur expérience ou de leurs visions, certains AS à travers leur regard porté sur les APP, sont ouverts à une démarche d'interprofessionnalité. En effet dans l'interprofessionnalité, les divergences de visions entre les différents professionnels sont prises en compte afin de tendre vers une démarche unique plus cohérente autour du patient et à laquelle l'entièreté de l'équipe peut adhérer. Or les APP permettent ce type d'échanges.

La nécessité va au-delà de former les équipes au travail de l'autre et de leur permettre d'identifier les informations utiles pour le travail de leur collègue. Il faut éduquer de manière générale la population française ainsi que les professionnels de santé à l'instauration de prise en compte de la prévention.

Le plan national d'action contre la perte d'autonomie rappelle l'importance d'une organisation faisant de la prévention en équipe :

« Prévenir les pertes d'autonomie évitables au cours de l'avancée en âge. En effet, dans certains cas, la perte d'autonomie est évitable. Ce constat renvoie à des facteurs de risque médicaux, sociaux et médico-sociaux, mais aussi à des organisations insuffisamment adaptées à la population vieillissante. Prévenir ces situations représente un véritable défi qu'il s'agisse d'interventions au domicile, avec le repérage des facteurs de risque de la fragilité et de la fragilité installée. [...] »

Et ce plan cite également des actions à mettre en place, parmi celles-ci se trouve l'extrait suivant :

« Sensibiliser et former les personnels de « premier rang » intervenant à domicile et en établissement (IDE, MK, diététiciens, AS, ASH, AVS, AMP et aides à domicile) :

-à la prévention de la dénutrition

-au repérage des personnes âgées fragiles

-à une meilleure appréhension des questions liées à la dépression et à la fin de vie

-à la prévention de l'accompagnement des troubles sensoriels

-aux bienfaits de l'activité physique sur la santé et la prévention des chutes. »

« Expérimenter des techniques innovantes pour la transmission des savoirs au sein des structures »

« La conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées chargée d'établir « un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention en complément des prestations légales ou réglementaires » » 14

Je pose alors la question suivante, ne serait-il pas une bonne idée de financer des heures de retour au bureau pour les AVS ? Ce, afin d'enrichir les agents les plus représentés au domicile du patient, du savoir de leur pair. Cela mettrait à profit toute leur connaissance individualisée et unique du patient. Enfin, cela permettrait de mieux adapter les prestations aux besoins d'accompagnement du maintien de l'autonomie de l'utilisateur, grâce à des visions multidisciplinaires et des idées nouvelles.

Par ailleurs, un des critères de l'interprofessionnalité est « Une pratique où chacun considère que ce que fait l'autre est aussi important que ce que l'on fait soi, ce qui ne signifie en rien que ce que l'on fait n'est pas important. », ainsi qu' « Un fonctionnement démocratique de l'équipe » 13 En effet afin que les AVS soient reconnues à égale dignité et comme part intégrante de l'équipe, il faut qu'elles accèdent aux échanges en équipe, et de façon formalisée.

Conclusion :

Nous avons pu voir au cours de ce mémoire, l'importance d'une nouvelle organisation de la prise en charge à domicile afin de pouvoir faire face aux constats démographiques actuels et futurs. Cette nouvelle organisation vise à développer une démarche organisée et optimisée autour du patient afin d'identifier et de répondre au mieux à ses besoins, tout en intégrant la prévention de pertes d'autonomie dans la prise en charge.

Beaucoup de choses ont déjà été faites en ce sens et la création des SPASAD est une grande opportunité quant à la création de structures capable de fournir l'accompagnement d'une équipe diversifiée, aux compétences variées, et fonctionnant de façon interprofessionnelle.

Ma question de départ portait sur ce que peuvent gagner les SAD et les AVS à s'associer avec un SSIAD pour créer un SPASAD. Nous avons pu voir au cours de ce mémoire, tous les avantages qui pourraient être tirés des SPASAD en direction des SAD : une meilleure reconnaissance professionnelle, des partages d'informations fluides et pertinents, l'optimisation des prestations et un meilleur développement des compétences des professionnels.

Les SPASAD ont cependant la particularité d'être l'association de structures ayant préalablement évolué de façon séparée, et chaque structure possède ses particularités propres.

Fort de notre étude, nous pouvons cependant déterminer les points clés nécessaires au développement d'une structure propice à l'interprofessionnalité :

- Une bonne entente entre les dirigeants des différentes structures, et le partage d'un objectif commun, formalisé autour du projet de service.
- Des locaux communs permettant de faciliter les échanges entre les différents responsables, et de mettre à disposition des espaces de rencontres entre professionnels.
- Un logiciel de gestion commun, offrant une vue d'ensemble sur la prise en charge décloisonnée des patients et permettant de transmettre les informations utiles à tous et en temps réel. En effet l'équipe est trop grande et trop peu en contact pour qu'un autre système d'information soit aussi efficace.
- Des formations pour les professionnels du SPASAD au travail de leurs pairs, à leurs visions soignantes et/ou sociales, afin de savoir dégager et apprécier les compétences complémentaires de chacun à des fins utiles.
- Des temps d'échanges formalisés entre les différents intervenants du domicile.
- Des responsables de secteurs intégrant à leur travail des missions de coordination.
- Un retour régulier au bureau pour les AVS, afin de pouvoir mettre en places des échanges interdisciplinaires autour des patients, et des formations permettant d'optimiser les fonctionnements de la structure.

Ce travail m'a permis de découvrir les différents types de communications en équipe, et il m'a apporté beaucoup de connaissances sur les intervenants de la branche sociale à domicile.

J'ai également réalisé lors de la rédaction de ce mémoire que la mise en place d'une prise en charge décloisonnée à domicile est très complexe. En effet, malgré des professionnels passionnés et de bonne volonté, il existe des problèmes de financements ne permettant pas la mise en place de tous les projets que voudraient mettre les SPASAD en place. L'ensemble des professionnels des SPASAD, s'accordent à dire que le financement de temps de formation aux échanges, et des temps d'échange supplémentaires entre les AVS et leur collègue, bénéficieraient à la qualité de la prise en charge des patients, et permettraient de mieux atteindre les objectifs attendus.

Bibliographie :

- I) <https://www.gouvernement.fr/action/l-adaptation-de-la-societe-au-vieillesement-et-INSEE> site consulté le 19/7/18
- II) [.https://www.gouvernement.fr/indicateur-esperance-de-vie](https://www.gouvernement.fr/indicateur-esperance-de-vie)) site consulté le 19/7/18
- III) Sapiens, une brève histoire de l'humanité, p 147 : - Yuval Noah Harari
- IV) <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires> site consulté le 16/7/18
- V) <https://www.afpa.fr/formation-qualifiante/assistant-de-vie-aux-famill-2> site consulté le 2/08/18
- VI) https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000278075
- VII) <http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr72>
- VIII) Gérontologie et société (2012/3 (vol. 35 / n° 142), Pages 31 – 39, Assistant de soins en gérontologie : une spécialité au service des personnes âgées dépendantes et/ou souffrant de la maladie d'Alzheimer par Benoit Lavallart, Jean-Philippe Flouzat et Pascale Rocher)
- IX) <http://urhaj-idf.fr/La-Loi-2002-2-en-bref>
- X) * LES SPASAD EXPÉRIMENTAUX, UNE OFFRE ENCOURAGÉE POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE Clara Schmid - ERES | « Vie sociale » - 2017/1 n° 17 | pages 151 à 157
- XI) Christophe Capuano, « De l'aide à domicile aux services à la personne. Les incohérences des politiques de la tierce personne des années 1960 à nos jours », Vie sociale 2017/1 (n° 17), p. 13-29. DOI 10.3917/vsoc.171.0013
- XII) Interview de Bernard Ennuyer, Par Ève Gardien « L'accompagnement à domicile : mission impossible ? », Vie sociale 2017/1 (n° 17), p. 71-80.
- XIII) Interprofessionalité en gérontologie – Martine aubert, dominique Manière, France Mourey, Sabrina Ouata, ERES – 2005
- XIV) https://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf P15 et16 19/09/2018
- XV) <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>

Annexes :

Annexe 1 : le référentiel métier du médecin traitant :

1° Article L4130-1 du code de la santé publique définit les missions du médecin généraliste de premier recours comme suit :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

5° bis Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ;

6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

Annexe 2 : Questionnaires : **Questions : grilles d'entretien**

1) Quelles est la fréquence des APP, les AVS sont-elles toujours présentes ? où se déroulent elles, Est-ce facile à mettre en place ? Est-ce que les échanges sont fluides ?

2) Que pensez-vous de leur vision/culture soignante/ sociale ? → évoquer le concept de transprofessionalité

3) L'idec/responsable de secteur a-il des astreintes téléphoniques ?

4) Les professions paramédicales type cadre ou cadre intermédiaire du SPASAD interviennent elles auprès de AVS

5) Pensez-vous que les AVS remontent les informations pertinentes ? Et si non pourquoi ? En souhaiteriez-vous d'autres ?

6) Pensez-vous que le temps d'intervention de l'ESA est suffisant ?

- 7) Pensez-vous que le renouvellement annuel de l'ESA soit adapté ?
- 8) Vos équipes (d'ESA) ont-elles l'impression que leur travail est utile ? (cf changement de comportement du patient)
- 9) Quel mode de communication utilisez-vous avec les AVS ? À quelle fréquence ?
- 10) Avez-vous eu un temps formel de présentation aux AVS ?
citez brièvement quels sont les problèmes rencontrés en termes d'harmonisation des structures
- 11) Les AVS bénéficient-elles de la banque documentaire du SSIAD
- 12) À quelles occasions les AVS sont-elles sollicitées ?
- 13) Qu'attendez-vous des AVS en termes de communication ?
- 14) Des formations internes ont-elles été mises en place ? Et pour les AVS ?
- 15) Les AVS participent-elles au repérage des fragilités ?
- 16) Pensez-vous (vous responsable de secteur), que les AVS devraient plus communiquer avec l'irco ?
- 17) Quelles sont vos missions ?
- 18) Quels diplômes employez-vous ? et quelles sont les grandes différences entre ceux-ci ?
- 19) Avez-vous beaucoup de patients en maladie Alzheimer ou apparentés dont s'occupent des AVS ?
- 20) Les AVS sont-elles consultées lors de la création du PIAS ?
- 21) Des fiches prêtes à emploi sont-elles été mises en place par les ergos diétc etc à destination des AVS ?

Sexe : M F

Âge :

Années travaillées à domicile :

À quelle fréquence croisez-vous les AVS ? Tous les jours, plusieurs fois par semaine,
une fois par semaine, plus d'une fois par semaine

Connaissez-vous leurs missions ? Très bien bien un peu pas du tout

Quelles sont les principales missions de AVS selon vous ? classez-les par ordre
d'importance de 0 à 6

- connaissance de la personne
- accompagnement et aide individualisée dans les actes essentiels de la vie quotidienne
- accompagnement dans la vie sociale et relationnelle
- accompagnement et aide dans les actes ordinaires de la vie quotidienne
- participation à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet individualisé
- communication professionnelle et vie institutionnelle

Pensez-vous qu'elles puissent vous apporter des informations ? Oui Non

Lesquelles ?.....

Avez-vous déjà fait des APP avec les AVS ? Oui Non

Pensez-vous mieux connaître leur travail depuis les APP ? oui non très peu

À quelles personnes faites-vous appel dans une semaine de travail ? cochez en 3

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| -ergothérapeute | -assistant en soins gériatriques |
| -diététicienne | -infirmier référent coordinateur |
| -auxiliaire de vie sociale | -Médecin traitant |
| -responsable de secteur | |

Avez-vous déjà passé le relais d'ESA à d'autres professionnels ? Oui Non

Lesquels ?

Dans l'idéal, quelles personnes pourraient être le plus adapté pour relayer le travail initié
par l'ESA ? cochez en 2

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| -ergothérapeute | -infirmier référent coordinateur |
| -diététicienne | -Médecin traitant |
| -auxiliaire de vie sociale | -responsable de secteur |
| -assistant de soins en gériatrie | |

Est-ce que vous avez le sentiment de mieux travailler en équipe avec les AVS dans le cadre
de la prise en charge globale du patient depuis la création du SPASAD

Pas du tout très peu relativement beaucoup

Sexe :

Age :

Expérience :

À quelle fréquence croisez-vous les AS ? Tous les jours, plusieurs fois par semaine, une fois par semaine, plus d'une fois par semaine

Connaissez-vous leurs missions ? très bien bien un peu pas du tout

Quelles sont les principales missions des AS selon vous ? classez-les par ordre d'importance de 0 à 7

-Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie → accompagner dans les actes essentiels de la vie quotidienne les patients dont l'état de santé nécessite un regard soignant

-Savoir décrire l'état clinique d'une personne

-Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne

-Utiliser les techniques de manutention pour l'installation et la mobilisation des personnes de façon sécurisée

-Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage

-Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifique aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

-Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins

-Organiser son travail au sein d'une équipe pluriprofessionnelle

Pensez-vous qu'elles puissent vous apporter des informations ? Oui Non

Lesquelles ?.....

Avez-vous déjà fait des APP avec les AS ? Oui Non

À quelles personnes faites-vous appel dans une semaine de travail ? cochez en 2

-diététicienne

-auxiliaire de vie sociale

-assistant en soins gériatriques

-ergothérapeute

-infirmier référent coordinateur

-Médecin traitant

-responsable de secteur

Avez-vous déjà été contacté pour faire du repérage des fragilités ? oui non

Pensez-vous avoir des informations utiles à l'optimisation de la prise en soins de l'utilisateur, que vous êtes seule à avoir ? oui non

Avez-vous un exemple ?.....

Avez-vous le sentiment de travailler en équipe dans le cadre du SPASAD ? Oui Non

Vous sentez vous moins isolées dans une prise en charge SPASAD qu'uniquement SAD ?
Oui Non

Souhaitez-vous avoir des temps de réflexions avec vos collègues sur les situations rencontrées ?

Oui Non

Avez-vous des envies d'évolution de carrière ? quel métier ? et pourquoi ?

D)
.....
.....
.....

Annexe 3:

Définitions :

-Les parcours de santé, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile

-Les parcours de soins, qui permettent l'accès aux consultations de 1er recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

-Les parcours de vie, qui envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

Le concept du Cure : « Les soins de réparation (le « CURE ») ont pour but de limiter la maladie, de lutter contre elle et de s'attaquer aux causes. L'objet de réparation est devenu la fonction organique, la fonction mentale, l'organe, le tissu, voire la cellule isolée de son tout. Cela met en œuvre un processus d'analyse qui, s'il distingue les causes organiques, des causes psychiques, en a écarté les causes socio-économiques ; les soins de réparation étant le plus souvent réalisés en isolant chaque personne de son environnement, de sa niche écologique, de son groupe, et même de lui-même en tant

que personne et donc de tout de qui peut donner signification au processus santé-maladie... »

Le concept du Care : « Le « CARE » recouvre les soins d'entretien et de maintien de la vie : ce sont tous les soins permanents et quotidiens, ayant pour fonction d'entretenir la vie en la nourrissant en énergie.

Ces apports sont de nature alimentaire (prévention et prise en charge de l'insuffisance, de la dénutrition ou malnutrition), de besoin en eau (hydratation, toilette), de chaleur, de lumière, de nature affective, de nature psychosociale... Inévitablement, chacun de ces aspects interfèrent entre eux.

Ces soins sont fondés sur les habitudes de vie, les coutumes, les croyances. Au fur et à mesure que se construit la vie d'un groupe, naît un rituel, une culture qui programme et détermine ce qui est pensé bon ou mauvais pour entretenir la vie. Ils représentent ainsi tout cet ensemble d'activités qui assure la continuité de la vie.

Ce sont également les soins que la mère donne à son enfant, et que nous sommes amenés à nous donner chaque jour au fur et à mesure que nous avons acquis notre autonomie. Mais aussi, ce sont ces soins qui viennent en compensation lorsque l'autonomie vient à diminuer ou encore à disparaître.

Au-delà de cette définition, le « CARE » est aujourd'hui considéré comme intégrant plus globalement « le souci des autres » qui permet de le dégager de l'emprise des soins pour aller dans le champ du « prendre soin ».

Le « CARE » repose particulièrement sur la prise en compte de la dépendance, dont chacun fait à un moment le constat et avec laquelle il doit vivre, mais sans que celle-ci soit considérée comme une faiblesse. Il s'agit au contraire de mettre en valeur l'interdépendance. Il s'agit de reconsidérer la « sollicitude » et l'accompagnement des personnes vulnérables dans les pratiques. » <https://www.grieps.fr/actualites-le-concept-de-care-les-soins-lies-aux-fonctions-de-la-vie-49> site consulté le 12/10/2018

ABSTRACT

Faced with an aging population, public health authorities are changing the way they take care of elderly at home. In particular, the focus is shifting from curing people to prevent illness.

With this new way of taking care of people and with the prioritization of the option of keeping patients at home rather than welcoming them at hospitals, the French State has created a new kind of structure : the SPASAD.

The SPASAD is the fusion between the SSIAD, which is providing help for ill people at home with a medical perspective, and the SAD, which is providing help for people with less autonomy, without that medical vision.

It is common practice that when a SSIAD is providing medical assistance to a person, the SAD is often helping that same person.

My dissertation « Les SPASAD, Nouvelle organisation de la prise en charge à domicile, un outil de développement de la transprofessionalité ? » is exploring how the SPASAD can contribute to the improvements of the SAD in terms of better communication or improving skills of their employees.

My research introduces first the existing structures that take care of people at home and it develops the concept of interprofessionalism.

Then, I present the results of my empirical fieldwork, based on a questionnaire sent to practitioners.

Finally, I present my attempts to solve the central challenge of interprofessionalism, which is to make the employees of the SAD as well listened as the employees of the SSIAD, with the goal of having a strong team working in the same direction and developing interesting exchanges about the different visions and specificity of their work.