



**Université
de Rennes**

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **Novembre 2024**

Le positionnement des SSIAD dans le cadre de la réforme des SAD

Gabrielle FORESTIER

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier Madame Céline CLAVÉ, directrice des ressources humaines et de la formation, du pôle gériatrie et maître de stage.

Je la remercie de m'avoir accordée sa confiance dans les missions confiées. Je tiens également à la remercier pour sa bienveillance, son expertise et ses conseils tout au long de ce stage.

J'exprime aussi mes remerciements à Madame Patricia LE MOIGN, directrice générale du centre hospitalier de Muret pour la confiance qu'elle m'a également accordée.

Je remercie l'ensemble des professionnels du centre hospitalier de Muret, particulièrement ceux avec lesquels j'ai pu collaborer et échanger dans le cadre de mes missions.

J'exprime mes remerciements à l'ensemble des acteurs et des professionnels de l'établissement notamment ceux du pôle gériatrie qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire. Un grand merci à eux pour leur disponibilité lors des entretiens. Ils m'ont ainsi permis d'enrichir ma réflexion et de mieux analyser ce sujet.

Enfin, je remercie les personnes ressources et mes proches qui m'ont accompagnée et soutenue dans l'élaboration et la rédaction de ce mémoire et plus largement durant ces deux années de formation.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	3
1 La réforme des SAD s'inscrit dans un contexte de nécessaire restructuration de l'offre domiciliaire impliquant un rapprochement des services existants	5
1.1 La réforme des SAD : une réponse plus lisible et mieux coordonnée aux besoins accrus des usagers vivant à domicile.....	5
1.1.1 Un contexte soulignant la nécessaire intervention des services à domicile.....	5
1.1.2 Une réforme issue des politiques publiques de transformation de l'offre médico-sociale à domicile	6
1.1.3 Une réforme aux enjeux multiples	8
1.2 La mise en place de la réforme des SAD nécessite un rapprochement des services pouvant être organisé de différentes manières.....	9
1.2.1 La convention de coopération : un outil permettant d'initier le rapprochement entre les services mais non durable	9
1.2.2 La création d'un GCSMS : un outil pouvant être évolutif.....	11
1.2.3 La reprise ou le transfert d'activité : deux options permettant un rapprochement plus intégratif	11
1.3 La mise en place de la réforme des SAD révèle des difficultés opérationnelles notamment du côté des SSIAD	13
1.3.1 Des difficultés opérationnelles liées à une différence de collaboration et de périmètre d'intervention sur le territoire entre les SSIAD et les SAAD	13
1.3.2 Des difficultés opérationnelles liées au calendrier de la réforme.....	15
1.3.3 Des difficultés opérationnelles liées à variété des statuts juridiques des services.....	16
2 Les limites et les leviers de l'engagement des SSIAD dans la réforme des SAD.....	18
2.1 Les limites organisationnelles de l'engagement des SSIAD dans la réforme des SAD	18
2.1.1 La question de la gouvernance.....	18
2.1.2 Des logiques et des intérêts différents suivant les statuts juridiques des services.....	20

2.1.3	La place du politique : source de complexités	21
2.2	Les limites humaines, matérielles et financières de l'engagement des SSIAD dans la réforme des SAD	22
2.2.1	La problématique du recrutement dans le secteur du domicile	23
2.2.2	Les impacts humains et matériels.....	24
2.2.3	La vigilance financière et fiscale	26
2.3	Les leviers de l'engagement des SSIAD dans la réforme des SAD	28
2.3.1	Une amélioration de l'attractivité des métiers	28
2.3.2	Un accompagnement des acteurs du domicile dans la mise en place de la réforme.....	29
2.3.3	Un soutien financier porté par l'Etat.....	30
3	La mise en place de la réforme des SAD à partir de l'exemple du SSIAD du centre hospitalier de Muret : un projet impulsé et conduit par le directeur.....	32
3.1	Un projet impliquant une analyse précise du territoire et des perspectives	32
3.1.1	Un état des lieux préalable à la mise en œuvre du projet.....	32
3.1.3	Les perspectives de pérennisation compte tenu des retours des différents acteurs	35
3.2	Les démarches incontournables de communication et d'information dans la conduite du projet associant les acteurs du terrain	36
3.2.1	L'importance de la communication et de l'information auprès du personnel du SSIAD	36
3.2.2	Une communication et une information appuyée par le personnel d'encadrement du SSIAD	37
3.2.3	L'approche partenariale au cœur de la synergie entre les différents acteurs de santé de proximité.....	38
3.3	La dimension stratégique de la conduite du projet.....	39
3.3.1	La concertation entre établissements concernés par la réforme : une démarche essentielle à la mise en place du projet.....	39
3.3.2	Le nécessaire rapprochement de l'établissement vers le ou les potentiels partenaires	40
3.3.3	L'accompagnement essentiel de l'ARS et du Conseil départemental dans la mise en place du projet.....	42
	Conclusion	44

Bibliographie 45
Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

APA : Allocation personnalisée autonomie

APA : Apport partiel d'actifs

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Adaptation de la société au vieillissement

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DUI : Dossier usager informatisé

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Équivalent temps plein

CH : Centre hospitalier

CHM : Centre hospitalier de Muret

CPTS : Communauté professionnelle territorial de santé

CRT : Centre de ressources territorial

DAC : Dispositifs d'appui à la coordination

GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale

GIR : Groupe iso-ressources

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

SAD : Service autonomie à domicile

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

TVA : Taxe sur la valeur ajoutée

Introduction

En 2021, 7 % des personnes de 60 ans ou plus vivant à leur domicile sont en perte d'autonomie en France. Dans 16 départements, ce taux est supérieur à 9 % (INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES, 2023). Cette proportion est amenée à augmenter dans les prochaines années puisqu'en 2050, la France (hors Mayotte) pourrait compter 4 millions de personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie vivant à domicile ou en institution (INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES, 2019). Par ailleurs, 6,8 millions (13 %) de personnes en situation de handicap de 15 ans ou plus vivant à domicile déclarent une limitation fonctionnelle sévère et 3,4 millions (6 %) sont fortement restreints dans leurs activités quotidiennes (DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, 2023).

Face à cet accroissement, l'offre à domicile peine à répondre aux besoins de ces personnes et à leur volonté de maintien à domicile. En effet, la fragmentation des différents services intervenant à domicile souligne un manque de coordination, pourtant essentielle à la fluidité des parcours de santé des personnes en perte d'autonomie.

C'est dans ce contexte que le gouvernement souhaite restructurer le secteur du domicile en portant la réforme des services autonomie à domicile (SAD) actée par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 et finalisée par la publication de son décret d'application relatif aux services autonomie à domicile du 13 juillet 2023. Celle-ci consiste en un rapprochement des services existants, à savoir des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) afin de former une catégorie unique de services, les SAD. Ainsi, les SAAD et les SPASAD disposent d'un délai de deux ans à compter du 30 juin 2023 pour se mettre en conformité avec le cahier des charges et sont autorisés respectivement comme SAD aide et SAD mixte pour la durée de leur autorisation restant à courir. Quant aux SSIAD, ils ont jusqu'au 31 décembre 2025 pour se rapprocher d'un ou de plusieurs SAAD ou intégrer en leur sein une activité d'aide et d'accompagnement, et demander une autorisation comme SAD auprès de l'ARS et du Conseil départemental. Ce rapprochement doit conduire à la constitution de SAD mixtes en tant qu'entités juridiques uniques intervenant sur un même territoire.

Le centre hospitalier de Muret (CHM), conscient de l'obligation de rapprochement incombant aux SSIAD, a débuté son engagement dans cette réforme. Disposant d'un SSIAD depuis 2005, celui-ci compte aujourd'hui 50 places, dont 46 places pour les personnes âgées dépendantes et 4 places pour les personnes en situation de handicap. Le

service intervient sur 8 communes voisines dont la commune de l'établissement située dans une zone urbaine. Regroupant 532 professionnels et constitué d'un pôle handicap (maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé, institut-médico éducatif et service d'éducation spécialisée et de soins à domicile) et d'un pôle gériatrie sanitaire et médico-social (court séjour gériatrique, soins médicaux et de réadaptation, consultations mémoire et oncogériatriques, télémédecine, hôpital de jour gériatrique, unité de soins de longue durée, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), accueil de jour Alzheimer, équipe mobile de gériatrie et SSIAD) le CHM se positionne comme l'un des acteurs majeurs de la filière gériatrique à l'échelle territoriale. Il fait également partie de nombreux partenariats sur le bassin de santé muretain avec les établissements de santé et médico-sociaux voisins mais aussi avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et le dispositif d'appui à la coordination (DAC)

31. L'établissement joue un rôle important dans la consolidation des parcours de soins de la personne âgée au travers de ces partenariats et de sa forte implication dans la filière Personnes Âgées Vieillessement du groupement hospitalier de territoire Haute-Garonne Tarn Ouest dont il est fait partie.

Comme le CHM, de nombreuses structures sont concernées par cette réforme.

A ce stade de la réforme, une question essentielle se pose : **dans quelle mesure les SSIAD répondent-ils à la réforme des SAD et dans quelle mesure la réforme des SAD impacte-t-elle l'organisation des SSIAD ?**

La réflexion sur cette nouvelle organisation des SSIAD consiste à étudier la réforme des SAD dans sa globalité en identifiant les intérêts et les logiques des différents acteurs concernés. Il s'agit également d'identifier les limites et les leviers de l'engagement de SSIAD dans la mise en œuvre de la réforme en effectuant des comparaisons démographiques et territoriales. Il convient aussi d'appréhender cette réforme sous l'angle du management afin de permettre une réelle projection applicable à un SSIAD aujourd'hui rattaché à un établissement public de santé.

Cette réflexion se structure en trois axes : d'abord l'analyse du contexte et des enjeux de la réforme des SAD ainsi que les premières difficultés repérées du côté des SSIAD (1), ensuite le diagnostic de l'engagement des SSIAD (2), enfin l'élaboration d'un plan d'actions permettant au directeur d'accompagner la réalisation du projet (3).

Méthodologie

Le choix de ce sujet de mémoire a été orienté par l'une des missions confiées lors du stage de professionnalisation. Il s'agissait d'initier le projet relatif à la réforme des SAD sur le SSIAD du CHM. En effet, ce sujet d'actualité met en évidence les enjeux que représente cette réforme notamment pour les SSIAD. Il permet de souligner l'importance de la dimension collaborative et partenariale sur un territoire mais également la capacité d'une structure, telle qu'un hôpital de proximité, de mettre en perspective son SSIAD dans le cadre de la réforme.

La réalisation d'un benchmark a d'abord été nécessaire afin d'identifier les SAAD intervenant également chez les bénéficiaires du SSIAD du CHM et de prendre contact avec les responsables de chaque structure. L'intérêt était de repérer les SAAD potentiellement intéressés par un rapprochement avec le SSIAD du CHM. Parallèlement, un second benchmark a été effectué afin de connaître les avancées des SSIAD de la Haute-Garonne mais aussi d'autres départements. L'intérêt de cette démarche a été également d'échanger certaines réflexions et pratiques autour de la réforme des SAD.

Par la suite, une observation participante a été réalisée à l'occasion des différentes rencontres organisées entre le CHM et un SAAD public voisin. Ces rencontres ont permis d'échanger sur les contextes des deux structures et leurs interventions respectives sur le territoire. Parmi ces rencontres, une d'entre elles a été organisée avec l'agence régionale de santé (ARS) Occitanie afin d'obtenir des conseils en vue d'un potentiel rapprochement entre les deux structures.

Une observation du terrain dans le cadre d'une immersion en tournée avec une aide-soignante a fait également partie de la phase de diagnostic et a permis de prendre conscience de certaines difficultés auxquelles les professionnels sont aujourd'hui confrontés.

Un travail de recherche et d'analyse a aussi été mené notamment dans l'objectif d'approfondir les constats de départ grâce aux recherches bibliographiques. Celles-ci se sont concrétisées par la lecture de guides méthodologiques mais également d'études universitaires. L'appui a aussi été pris sur d'autres supports tels que les outils en ligne de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et ses webinaires sur les différents types de rapprochements dans le cadre de la réforme des SAD. Le référencement aux textes juridiques et l'analyse de rapports ont aussi fait partie de ce travail de recherche et d'analyse. Enfin, des documents régionaux ont pu être consultés tels que les cartographies réalisées par l'ARS (Cartographies de l'ARS présentées en annexe 4 et 5).

Par ailleurs, la réalisation d'entretiens semi-directifs a représenté une étape essentielle dans l'analyse du sujet (tableau des enquêtés présenté en annexe 1). Les entretiens avec les professionnels de l'établissement ont tous été effectués en présentiel tandis que les entretiens avec des acteurs externes ont majoritairement été menés par téléphone pour des raisons de simplicité. Leur durée a été d'environ 40 minutes à 1 heure. Une prise de note a accompagné chaque échange afin de pouvoir retenir les idées clés et les expressions utilisées par les personnes interrogées. Le choix de l'enregistrement des entretiens s'est également fait en fonction de l'interlocuteur. Chaque entretien a été structuré par un guide d'entretien (guides d'entretien présentés en annexe 2) préparé en amont et adapté à l'interlocuteur. De manière globale, deux types d'entretiens ont été menés, à savoir des entretiens avec des directeurs de structures, des personnels d'encadrement et une aide-soignante et des entretiens avec des représentants d'autorités locales (ARS et Conseil départemental). Le premier type d'entretiens a permis de connaître davantage le contexte territorial et d'identifier les principaux freins et leviers de cette réforme tout en tenant compte des attentes des différents professionnels. Quant au second guide d'entretien, il a été utile notamment pour la compréhension du contexte et des modalités de la réforme des SAD. Ces échanges ont permis d'analyser la réforme sous un angle plus global. Au niveau de l'ARS Occitanie, un entretien collectif a été mené avec un cadre référent personnes âgées à domicile, anciennement chargé de mission de l'offre médico-sociale de soins à domicile à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et avec une cadre référente parcours inclusif personnes âgées. Concernant le Conseil départemental, un entretien a été organisé avec une directrice de l'accompagnement par les établissements et services des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ayant participé au groupe de travail national de la réforme des SAD.

Le guide d'entretien a dû être ajusté pour deux entretiens spécifiques qui concernaient des SAAD avec une particularité pour l'un puisque la directrice est également élue locale. Ces derniers ont donc permis d'approfondir l'analyse du sujet en incluant le point de vue des SAAD mais aussi une perspective de la réforme sous le prisme politique.

Une grille d'analyse des entretiens (grille d'analyse des entretiens présentée en annexe 3) a ensuite été élaborée en fonction des principales thématiques abordées. L'anonymisation des établissements et leur modification a été choisie, à l'exception de l'établissement d'accueil du stage de professionnalisation et des autorités locales. Les différents acteurs cités ont aussi été anonymisés.

Les échanges informels dans le cadre de réunions ou de rendez-vous ont également été pris en compte dans la méthodologie.

1 La réforme des SAD s'inscrit dans un contexte de nécessaire restructuration de l'offre domiciliaire impliquant un rapprochement des services existants

L'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap vivant à domicile occupe depuis plusieurs années une place importante dans les politiques publiques de santé. C'est dans ce contexte que la réforme des SAD a été conçue. Celle-ci constitue une réponse plus lisible et mieux coordonnée aux besoins accrus des usagers vivant à domicile (1.1) nécessitant un rapprochement des services pouvant être organisé de plusieurs manières (1.2). Cependant, la mise en place de cette réforme révèle des difficultés opérationnelles notamment du côté des SSIAD (1.3).

1.1 La réforme des SAD : une réponse plus lisible et mieux coordonnée aux besoins accrus des usagers vivant à domicile

Les services à domicile se sont trouvés dans la nécessité d'organiser une réponse aux demandes de soins face à un contexte soulignant leur indispensable intervention (1.1.1). Issue des politiques publiques de transformation de l'offre médico-sociale à domicile (1.1.2), la réforme des SAD revêt de multiples enjeux (1.2.3).

1.1.1 Un contexte soulignant la nécessaire intervention des services à domicile

Parallèlement à l'augmentation continue du nombre de personnes âgées dépendantes et de personnes en situation de handicap vivant à domicile, la crise du Covid-19 a permis de réaffirmer le rôle central des intervenants à domicile. Ces derniers ont permis « aux personnes en perte d'autonomie de continuer à bénéficier des aides et soins qui leur sont essentiels et en évitant ainsi d'engorger encore davantage le système de soins hospitaliers » (Union nationale ADMR, 2021). Les déprogrammations de soins non urgents ont également nécessité des interventions des services à domicile. Néanmoins, les interventions à domicile ont été perturbées puisqu'elles ont dû être priorisées en fonction des besoins des usagers mais aussi de plusieurs critères tels que la dépendance, l'isolement ou l'âge, en raison de la propagation de la pandémie et du confinement. Certaines prestations, comme l'entretien du domicile ou l'aide administrative, ont donc été diminuées selon les consignes gouvernementales. Ce sont surtout les personnes en groupes iso-ressources (GIR) 3 et 4 qui ont constaté une dégradation importante de leur qualité de vie du fait de la suppression de certaines prestations d'entretien. Elles ont fait face à davantage de solitude que les personnes plus dépendantes. Ces dernières « ont traversé cette période sans grands changements de leurs habitudes : les principaux services dont ils bénéficiaient ont été jugés essentiels et donc maintenus, et leur quotidien n'a pas été bouleversé par le confinement : « La période de confinement ça n'a pas changé

grand-chose. Nous étions déjà en confinement depuis bien avant » (Union nationale ADMR, 2021).

Par ailleurs, de nombreux infirmiers libéraux ont refusé certains soins durant cette période en raison des restrictions sanitaires et de la multiplication des demandes de soins. Ces dernières se sont répercutées sur les services à domicile et notamment sur les SSIAD. Cette répercussion s'est traduite non seulement par un glissement de tâches des infirmiers libéraux aux soignants des SSIAD mais aussi par des listes d'attente trop longues ce qui a contraint les SSIAD à refuser de nombreuses demandes. En plus d'avoir souligné l'évolution de l'offre de soins, la crise du Covid a ainsi mis en évidence le nécessaire déclouonnement des acteurs du domicile.

Le scandale Orpea a également influé sur la volonté des Français de vieillir à domicile. Après la dénonciation de cas de maltraitance dans de nombreux EHPAD du groupe et d'un système visant à améliorer la rentabilité au détriment du bien-être des résidents et des salariés en 2022, la méfiance envers les EHPAD ne cesse de croître notamment au travers de nombreuses plaintes de proches de résidents. Les révélations de ces graves dysfonctionnements ont provoqué une nette augmentation des demandes de maintien à domicile.

Toutefois, les places en services de soins à domicile représentent seulement 16 % de l'offre médico-sociale contre 76 % de places en EHPAD en 2019. La part des services est également minoritaire pour les personnes en situation de handicap malgré une hausse de 1 200 places de SSIAD pour adultes handicapés en 10 ans (Cour des comptes, 2021).

Ainsi, cette nécessaire adaptation de l'offre aux besoins des personnes et à leur volonté de maintien à domicile se retrouve dans les récentes politiques publiques de transformation de l'offre médico-sociale à domicile.

1.1.2 Une réforme issue des politiques publiques de transformation de l'offre médico-sociale à domicile

Face à la volonté des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie de rester à leur domicile le plus longtemps possible, les politiques publiques accordent une priorité à l'accompagnement et au maintien à domicile s'inscrivant dans la tendance du « virage domiciliaire ». Le plan solidarité grand âge 2007-2012 était déjà « destiné à permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à l'évolution démographique dans le respect du libre choix des personnes ». Afin de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées, ce plan prévoyait une hausse de 40 % du nombre de places de SSIAD pour atteindre 80 000 places en 2012. Le rapport de Luc Broussy de 2013

s'inscrit également dans cette logique en soulignant la nécessité de prioriser le maintien à domicile (Broussy, 2013).

Par ailleurs, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015 visait à améliorer le quotidien des personnes âgées et en situation de handicap ainsi que leurs aidants notamment en soutenant le développement des SPASAD. Cette loi a autorisé l'expérimentation des SPASAD intégrés prévue initialement pour une durée de 2 ans puis prolongée en raison de l'attente d'une loi consacrée au Grand âge et à l'autonomie. Cette expérimentation, suivie par les ARS, a concerné 338 SPASAD qui se sont pour la plupart constitués sous forme de convention de collaboration. Elle a également permis de créer des SPASAD supplémentaires. Son objectif était de « promouvoir le développement de ce modèle d'organisation de l'aide et du soin à domicile, en particulier d'en améliorer la coordination et favoriser la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie » (DGCS, 2019). Des travaux sur un projet de système d'information partagé ainsi que sur la possibilité de prétendre au financement de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie en matière de prévention ont été menés. Néanmoins, cette expérimentation a été insuffisamment développée et son déploiement s'est effectué de manière inégale selon les régions. A titre d'exemple, l'Occitanie en compte 36 alors que le Centre-Val-de-Loire ou la Corse en dénombrent 2. Une très forte majorité des SPASAD expérimentateurs s'est concentrée sur l'aide.

Mais c'est véritablement le rapport de la concertation Grand âge et autonomie, remis à la Ministre des solidarités et de la santé par Dominique Libault le 28 mars 2019, qui formule des propositions de changement de modèle d'accompagnement et de soins. En effet, les objectifs de « décloisonner les structures pour améliorer la qualité de service » et de « simplifier le pilotage de l'offre médico-sociale » à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, y sont notamment mentionnés. Ainsi, ce rapport constitue un accélérateur des créations des SPASAD intégrés.

Issue du rapport de la concertation Grand âge et autonomie, la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie vient en appui des précédentes politiques publiques en apportant des solutions au maintien des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie. Il s'agit par exemple d'aides financières délivrées par la CNSA au profit des départements afin de soutenir les déplacements des aides à domicile et de favoriser des temps d'échange entre professionnels.

L'ensemble de ces politiques publiques visent à assurer une prise en charge globale continue des usagers vivant à domicile. Cet objectif est également celui de la réforme des SAD.

1.1.3 Une réforme aux enjeux multiples

La division en deux services distincts de l'offre à domicile complexifie la vision des usagers et par conséquent leurs démarches ainsi que celles des aidants. Afin de répondre à cette problématique, la réforme des SAD vise plusieurs objectifs.

Selon la DGCS, le projet de décret attribuait déjà aux SAD « un rôle de vigie » (Hospimedia, 2023) apportant une réponse plus complète aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes en situation de handicap et des aidants. En effet, selon le décret relatif aux services autonomie à domicile du 13 juillet 2023 « ils contribuent au repérage des fragilités de la personne accompagnée » et « à la prévention, au repérage des situations de maltraitance et des besoins des aidants ainsi qu'aux réponses à y apporter ». De ce fait, le projet d'accompagnement personnalisé occupe une place centrale dans le cadre de cette réforme.

La création des SAD permet également de mettre en place « une réponse coordonnée aux besoins et attentes de la personne », prévue dans le décret relatif aux services autonomie à domicile du 13 juillet 2023 entre les professionnels de l'aide et du soin. Cette action conjointe des professionnels de santé que représente la coordination a vocation à être renforcée et intégrée dans le cadre de la réforme afin d'apporter aux personnes des prestations d'aide et d'accompagnement, des prestations de soins, une aide à l'insertion sociale et des actions de prévention et de soutien à l'autonomie. En revanche, si le service propose uniquement des prestations d'aide et d'accompagnement en tant que SAD aide, « il assure l'accès des personnes aux soins dont elles ont besoin, en la mettant en relation avec un autre service, un centre de soins infirmiers ou un professionnel libéral » toujours selon le décret relatif aux services autonomie à domicile du 13 juillet 2023. Depuis 2022, une dotation de coordination est versée aux services réalisant à la fois des prestations d'aide et de soins (SPASAD) afin de faciliter la réponse coordonnée des deux activités.

Les SAD ont aussi pour objectif de simplifier et de faciliter les démarches des usagers et des aidants grâce à un « interlocuteur unique chargé d'organiser la réponse aux besoins d'aide et de soins des personnes » (Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2023).

Ainsi, ces objectifs concourent à une meilleure lisibilité des interventions d'aide et de soins pour les bénéficiaires de ces services et leurs aidants mais également à une amélioration de la qualité de l'accompagnement et des soins. Ils permettent aussi d'assurer une meilleure fluidité des parcours de soins et d'accompagnement des usagers en limitant les hospitalisations et en retardant les entrées en EHPAD. Les retours à domicile sont également facilités puisque le fonctionnement coordonné des interventions peut répondre davantage au besoin de soutien temporaire à domicile de l'utilisateur.

La réforme des SAD qui garantit une coordination renforcée entre l'aide et le soin améliorant ainsi la prise en charge globale et continue des personnes vivant à domicile, implique un rapprochement des services.

1.2 La mise en place de la réforme des SAD nécessite un rapprochement des services pouvant être organisé de différentes manières

Bien que la réforme des SAD concerne à la fois l'ensemble des services à domicile, il incombe surtout aux SSIAD, dans un délai de deux ans et demi à compter de la publication du décret du 13 juillet 2023 (Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2023), de se rapprocher d'un ou plusieurs SAAD ou de s'adjoindre une activité d'aide et d'accompagnement. Toutefois, les rapprochements entre services afin de constituer des services autonomie mixtes sont priorités dans le cadre de la réforme. En effet, selon les éléments de méthode de la DGCS datant du 29 mars 2023, la constitution d'un SAD mixte par création d'une nouvelle activité n'intervient qu'en dernier recours seulement si le rapprochement n'est pas possible ou n'est pas souhaité. Pour cela, plusieurs outils peuvent être utilisés : les outils de coopération tels que la convention de coopération permettant d'initier le rapprochement entre les services (1.2.1) et le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) pouvant être évolutif (1.2.2) ou la reprise ou le transfert d'activité permettant un rapprochement plus intégratif (1.2.3).

1.2.1 La convention de coopération : un outil permettant d'initier le rapprochement entre les services mais non durable

Le décret d'application de la réforme des SAD prévoit la possibilité pour les SSIAD de « solliciter l'autorisation de constituer un service autonomie à domicile selon les modalités prévues par une convention avec un ou plusieurs services déjà autorisés pour l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile » (Gouvernement, 2023).

Néanmoins, cette option doit respecter des conditions particulières. Au-delà du délai du dépôt de la convention qui est de deux ans et demi à compter de la publication du décret, la convention de coopération doit être conclue pour une durée maximale de 5 ans. Également, la convention doit être assortie d'une demande d'autorisation de constituer un

SAD mixte. Passé le délai « prévu par la convention, l'autorisation est réputée caduque en l'absence de constitution d'un SAD mixte doté d'une entité juridique unique » (Gouvernement, 2023).

Concernant le contenu de la convention, il doit comprendre la durée de celle-ci, la zone d'intervention ainsi que les modalités d'échanges de données entre les professionnels. A titre d'exemple, l'ANAP met à disposition sur son site un modèle de convention de coopération.

La convention de coopération permet la mutualisation de moyens matériels et humains pour constituer des équipes communes en vue d'assurer la coordination des interventions. Elle permet d'initier un rapprochement entre des services qui ne sont notamment pas encore en capacité de savoir avec exactitude comment travailler ensemble. La convention de coopération peut donc constituer un outil transitoire pour préparer un autre type de rapprochement tel que la création d'un GCSMS ou bien une fusion afin de créer une entité juridique unique.

S'agissant de l'opération de fusion, elle est notamment utilisée pour rapprocher des SAAD et SSIAD privés à but non lucratif. Elle entraîne la dissolution d'une ou plusieurs structures suite à la transmission de l'intégralité de leur patrimoine à une autre structure. Il existe deux types de fusion : la fusion-crédation qui consiste à créer une nouvelle structure à laquelle les entités transfèrent l'intégralité de leur patrimoine et la fusion-absorption c'est-à-dire l'absorption d'une entité par une autre et ainsi la transmission de son patrimoine à cette dernière. Le patrimoine transféré inclut l'ensemble des actifs à savoir les créances, le patrimoine mobilier, le patrimoine immobilier mais aussi les logiciels. Les dettes sont également reprises. Des contreparties morales ou matérielles peuvent être introduites dans le traité de fusion telles que l'engagement de poursuivre l'activité.

La fusion assure un travail en commun durable et permet à la structure d'atteindre une taille plus importante ce qui garantit une meilleure représentation à l'égard des financeurs. Elle permet aux membres de la personne morale apporteuse de devenir membre de la structure fusionnée. Bien que la fusion-crédation soit une opération plus lourde financièrement que la fusion-absorption, elle est « plus facilement acceptée par les parties prenantes qui se réunissent au sein d'une nouvelle entité, sans que cela n'entraîne la disparition de l'une « au profit » de l'autre » (ANAP, 2024). Cette opération juridique nécessite donc une préparation en amont.

Contrairement à la convention de coopération, la création d'un GCSMS peut être un outil de rapprochement durable.

1.2.2 La création d'un GCSMS : un outil pouvant être évolutif

La constitution d'un SAD mixte peut également passer par la création d'un GCSMS, outil dédié aux coopérations dans le secteur médico-social qui se concrétise par la création d'une personne morale. En effet, il « permet d'associer des structures et gestionnaires de tous statuts : public, privé non lucratif et privé lucratif » (ANAP, 2024). Ainsi, pendant la période transitoire de 5 ans, le GCSMS est exploitant de l'autorisation de SAD mixte avant de devenir GCSMS titulaire de l'autorisation au terme de cette période. Il s'agit donc d'un outil de rapprochement durable. Il permet, tout comme la convention de coopération, la mise en commun de moyens matériels et humains. Les membres du GCSMS conservent leurs activités propres même après la cession de l'autorisation. Le GCSMS offre ainsi tous les avantages liés à la personnalité juridique en conservant l'autonomie de ses membres. A titre d'exemple, il peut percevoir des financements ou être doté d'un patrimoine. Cependant, cet outil implique des coûts additionnels notamment en termes de gestion administrative comptable et de ressources humaines. Il présente un intérêt moindre pour les sociétés commerciales puisqu'il n'est initialement pas dédié à la réalisation de bénéfices, bien que ces dernières puissent l'inscrire dans la convention constitutive.

Par ailleurs, l'association peut constituer une alternative au GCSMS en étant susceptible de porter une autorisation de SAD mixte. Toutefois, le législateur ne prévoit pas cette possibilité en tant qu'outil de conventionnement à titre transitoire.

Également, la création d'une société d'économie mixte représente une possibilité entre personne publique et personne privée à but non lucratif. Dans le cas des collectivités territoriales et de leurs groupements, ils doivent figurer en tant qu'actionnaires majeurs avec d'autres personnes morales publiques et privées.

Enfin, la création d'une société coopérative d'intérêt collectif est possible. Elle peut réunir des collectivités territoriales, leurs groupements, des établissements mais aussi des personnes morales de droit privé.

Au-delà des outils de coopération, d'autres options permettent un rapprochement favorisant une plus grande insertion.

1.2.3 La reprise ou le transfert d'activité : deux options permettant un rapprochement plus intégratif

La reprise ou le transfert d'activité constituent également deux options permettant de constituer un SAD mixte en tant qu'entité juridique unique. Elles s'appliquent aussi bien aux personnes publiques qu'aux personnes privées. Il s'agit de la reprise ou du transfert d'un service sans que la personne renonce à la compétence à laquelle l'activité est rattachée. Les partenaires restent indépendants après avoir cédé leur activité et cessé de l'exploiter.

Ces deux options sont organisées par une convention *sui generis* dans le cas d'un rapprochement entre structures publiques. Celle-ci permet d'établir le sort des biens ainsi que celui des contrats. Concernant les biens, ils sont cessibles à partir du moment où ils sont affectés au service public. Ils peuvent être mis à disposition de la personne publique reprenneuse de l'activité. En revanche, les cessions à vil prix ne sont pas autorisées entre personnes publiques, sauf motif d'intérêt général. Quant aux contrats, leur transfert automatique n'est pas prévu par la loi dans le cas de la reprise ou du transfert d'activité à l'exception des contrats de travail. C'est la convention *sui generis* qui doit le définir.

De manière générale, les dettes ne sont pas reprises dans le cadre d'une reprise ou d'un transfert d'activité. Néanmoins, la trésorerie et les créances ne sont pas comptabilisées dans le périmètre de la cession ou du transfert de l'activité ce qui implique pour le repreneur de constituer et d'assurer le besoin en fonds de roulement.

En dehors du cas de rapprochement entre des structures du secteur public, deux alternatives aux opérations d'acquisition ou de reprise traditionnelles sont possibles : la convention de successeur ou la cession de fonds de commerce.

Concernant la convention de successeur, elle « emporte le transfert de l'ensemble des éléments d'actifs permettant d'exploiter l'activité au profit du successeur, en contrepartie d'un prix » (ANAP, 2024).

Dans les deux options, les passifs, en particulier les dettes, ne sont pas repris tout comme la reprise ou le transfert d'activité. Il en est de même pour la trésorerie et les créances qui ne sont également pas incluses. Les contrats de travail sont également les seuls à être transférés automatiquement. La différence entre ces deux opérations réside dans l'existence ou non d'un fonds de commerce, c'est-à-dire d'une clientèle commerciale. En principe, une association n'a pas vocation à acquérir ou céder un fonds de commerce sauf si l'activité est exercée dans des conditions commerciales. Ainsi, l'opération de transfert peut être qualifiée de cession de fonds de commerce.

Dans les deux options, l'organisme qui a transféré son activité ne disparaît pas tant que celui-ci décide de poursuivre d'autres activités. En théorie, les structures restent indépendantes après le transfert de l'activité.

En revanche, il existe des contraintes juridiques et fiscales dans ces deux opérations juridiques. Dans le cas de la cession de fonds de commerce, le prix de vente n'est par exemple pas immédiatement versé au vendeur.

Une autre opération est envisageable pour répondre à l'obligation de constituer une entité juridique unique dans le cadre de la réforme des SAD : l'apport partiel d'actifs (APA). Concernant particulièrement le secteur privé à but non lucratif et à but lucratif, il

s'agit d'une opération « par laquelle une société fait apport au profit d'une ou plusieurs autres (existantes ou nouvellement constituées dans le cadre de l'opération) d'une partie seulement de ses activités et des actifs et passifs qui y sont attachés, et reçoit en contrepartie des titres (parts sociales ou actions) de la société bénéficiaire » (ANAP, 2024). Ainsi, le service concerné ne peut pas être seulement un service d'aide ou de soins. Cette opération est organisée par un traité d'apport entre les entités participantes. Elle est plus poussée que les précédentes car elle entraîne le transfert de l'actif, du passif mais aussi des autorisations et des contrats notamment des contrats de travail en cas d'entité économique autonome. La procédure et la formalité de l'APA sont importantes, c'est pour cela qu'une étude en amont est recommandée.

L'ensemble de ces opérations nécessite un accord des autorités compétentes préalablement à la cession des autorisations. Cependant, la mise en place de la réforme des SAD n'exclut pas des difficultés opérationnelles notamment pour les SSIAD.

1.3 La mise en place de la réforme des SAD révèle des difficultés opérationnelles notamment du côté des SSIAD

Dans le cadre de la réforme des SAD, les SSIAD doivent se rapprocher d'un SAAD ou intégrer en leur sein une activité d'aide et d'accompagnement. Néanmoins, il existe des difficultés opérationnelles du côté des SSIAD en raison de la différence de collaboration et de périmètre d'intervention sur le territoire entre les SSIAD et les SAAD (1.3.1). Ce devoir incombant aux SSIAD pose également des difficultés opérationnelles liées au calendrier de la réforme (1.3.2) mais aussi à la variété des statuts des services (1.3.3).

1.3.1 Des difficultés opérationnelles liées à une différence de collaboration et de périmètre d'intervention sur le territoire entre les SSIAD et les SAAD

Les difficultés opérationnelles auxquelles sont confrontés les SSIAD dans la mise en place de la réforme sont en partie liées à une différence de collaboration sur le territoire entre les SSIAD et les SAAD. En effet, la mise en place de la réforme peut être facilitée pour les SSIAD travaillant déjà en collaboration avec des SAAD voisins. Au-delà d'intervenir chez les mêmes bénéficiaires, les professionnels ont pris l'habitude d'échanger des informations et de communiquer régulièrement notamment dans le cadre de réunions annuelles ou d'un dossier de liaison. Cependant, la collaboration entre professionnels de SSIAD et de SAAD est hétérogène selon le territoire. De fait, il est possible de constater une coordination informelle entre professionnels de soins et professionnels d'aide et d'accompagnement plus importante dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Lors d'un entretien réalisé auprès de deux cadres référents parcours inclusif personnes âgées de l'ARS Occitanie, le 7 juin 2024, il est ressorti que les glissements de tâches pour les toilettes (des SSIAD vers

les SAAD) sont plus fréquents dans les zones urbaines, ce qui ne favorise pas de collaboration entre les professionnels. Cette différence peut aussi s'expliquer par le nombre de SAAD en zone urbaine qui est souvent supérieur au nombre de SAAD en zone rurale. Ainsi, la collaboration est moins évidente dans un territoire plus attractif et concurrentiel. Par exemple, le département de la Haute-Garonne, qui est un territoire globalement urbain, compte 180 SAAD (chiffre issu d'un entretien réalisé auprès de deux cadres référents parcours inclusif personnes âgées de l'ARS Occitanie, le 7 juin 2024) alors que les départements de l'Ariège et du Gers, qui sont davantage ruraux, en comportent respectivement environ 18 et 31 (Annuaire action sociale, [<https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/service-prestataire-d-aide-a-domicile--s-a-d---460/rgn-midi-pyrenees.html>], consulté le 13/08/2024).

Également, les difficultés opérationnelles faisant obstacle à la mise en place de la réforme des SAD pour les gestionnaires de SSIAD sont liées à la différence de périmètre d'intervention entre les SSIAD et les SAAD. Or, le nouvel article D.312-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que « le service autonomie à domicile assure ses missions dans la zone d'intervention fixée dans l'autorisation mentionnée à l'article L.313-1, qui est identique pour les activités d'aide et de soins ». Ainsi, le SAD mixte intervient sur l'ensemble de son territoire. Ce point a d'ailleurs été relevé par le sénateur Daniel Chasseing lors de la séance du 31 janvier 2024 sur les amendements déposés sur le projet de réforme des SAD : « les SSIAD et les SAAD n'ont pas les mêmes territoires d'intervention, ce qui rend difficile leur regroupement en une seule entité ». Cette différence de périmètre d'intervention s'explique par la politique de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, ex-Direction régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, qui était en charge des agréments qualité et qui délivrait systématiquement aux SAAD de larges autorisations à l'échelle infra régionale et infra départementale. Depuis la loi ASV du 28 décembre 2015, ces autorisations ont été transférées aux Conseils départementaux. Ces derniers ont donc récupéré de nombreux SAAD avec de larges autorisations d'intervention sur le territoire mais qui ne correspondaient pas forcément aux réalités d'intervention. Les périmètres d'intervention des SSIAD peuvent varier selon les départements et régions mais se cantonnent très souvent à plusieurs communes notamment dans le cas des SSIAD du secteur public hospitalier.

Au-delà de la différence de périmètre d'intervention entre les SSIAD et les SAAD, la France compte davantage de SAAD que de SSIAD sur son territoire. En effet, « plus de 7000 SAAD » (France stratégie, 2020) ont été recensés contre « 2125 structures de soins infirmiers à domicile », SSIAD et SPASAD compris, (Le Monde, 2022). Cette disproportion

est également visible à l'échelle départementale. De fait, l'exemple de la Haute-Garonne est significatif car ce département dénombre 180 SAAD et seulement 36 SSIAD dont 2000 places pour les personnes âgées et 70 places pour les personnes en situation de handicap. Cette importante volumétrie de SAAD explique en partie la raison pour laquelle ces services n'ont pas l'obligation de développer une activité de soins dans le cadre de la réforme des SAD (informations issues de l'entretien réalisé auprès de deux cadres référents parcours inclusif personnes âgées de l'ARS Occitanie, le 7 juin 2024).

Les SSIAD font également face à des difficultés opérationnelles liées au calendrier de la réforme des SAD.

1.3.2 Des difficultés opérationnelles liées au calendrier de la réforme

La réforme des SAD s'inscrit dans un calendrier assez chargé notamment pour les SSIAD. En effet, en plus de devoir se transformer en SAD mixte et de se conformer au cahier des charges présenté en annexe du décret du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile dans un court délai, les SSIAD se voient également appliquer une nouvelle tarification dans le cadre de la réforme du financement entrée en vigueur en 2023. Cette réforme concerne aussi les SPASAD. Avant cette réforme, les frais rattachés aux soins à domicile « dispensés par les SSIAD et les SPASAD étaient pris en charge par la branche autonomie dans le cadre d'une dotation globale par place, non modulée en fonction des besoins en soins et des caractéristiques des personnes accompagnées ». S'ajoutaient à cette problématique des disparités nationales de coût moyen par place entre les services dispensant des soins infirmiers à domicile notamment en raison d'expérimentations locales de « SSIAD renforcés ». La réforme du financement porte uniquement sur le forfait global de soins de la dotation globale de soins. Il se compose d'un « socle » correspondant au financement des frais de structure et de déplacement, liés à la capacité de l'établissement, et d'une seconde partie « intervention » relative aux interventions effectuées au domicile des personnes accompagnées. La composante « intervention » tient compte des caractéristiques des usagers et des interventions telles que le niveau de perte d'autonomie avec la grille autonomie gérontologique groupes iso-ressources pour les personnes âgées et l'équivalent pour les personnes en situation de handicap, l'intervention d'un IDE et l'intervention pendant le week-end et les jours fériés (CNSA, [<https://www.cnsa.fr/budget-et-financement/modeles-tarifaires/reforme-du-financement-des-ssiad-et-des-sad-mixtes>], consulté le 13/08/2024). Dans le cadre de cette réforme, chaque service de soins infirmiers doit transmettre ses données d'activité à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) afin de calculer les forfaits globaux de soins par l'intermédiaire de l'outil « SIDOBA Recueil de données ». Ces données sont remplies par les soignants du service et sont validées par le directeur.

Par ailleurs, la réforme des SAD suscite de nombreuses inquiétudes de la part du secteur du soin. En plus de devoir mener deux réformes importantes au même moment, les responsables de SSIAD, craignent de devoir former une entité juridique unique. En effet, cet impératif nécessite un accompagnement et des outils juridiques à disposition des responsables des services de soins à domicile. De nombreux responsables expriment une forte attente de la part des autorités de tutelle et notamment de l'ARS dans l'accompagnement de cette réforme. Ces inquiétudes se font également ressentir du côté des fédérations des SSIAD mais aussi de certains sénateurs qui ont insisté sur l'importance de travailler sur un calendrier plus large. Ces mêmes sénateurs ont d'ailleurs plaidé la possibilité de donner un caractère partiellement obligatoire à la réforme en rendant la fusion facultative mais l'amendement a finalement été rejeté.

Face à ces difficultés, l'article 22 de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, appelée « loi bien vieillir », a permis d'assouplir le calendrier de mise en œuvre de la réforme pour les SSIAD. Désormais, ils ont davantage de temps pour déposer leur demande d'autorisation en SAD mixte puisqu'il s'agit d'un délai de 2 ans et demi à compter de la publication du décret, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 2025. Ils ont aussi la possibilité d'effectuer un conventionnement transitoire par le biais de la convention de coopération ou de la création d'un GCSMS exploitant pour une durée maximale de 5 ans, jusqu'en 2030. Ce conventionnement transitoire est toujours accompagné de la demande d'autorisation en SAD mixte. En cas de rejet de la demande d'autorisation, le SSIAD reste autorisé pour son activité pour une durée maximale de 2 ans à compter de la notification de la décision de rejet (Gouvernement, 2024).

Les SSIAD rencontrent également des difficultés opérationnelles du fait de la variété des statuts juridiques des services à domicile.

1.3.3 Des difficultés opérationnelles liées à variété des statuts juridiques des services

Les difficultés de mise en place de la réforme des SAD pour les SSIAD s'expliquent aussi par la pluralité des structures d'aide et d'accompagnement à domicile qui implique des statuts juridiques différents.

En effet, au même titre que les SSIAD, il existe des SAAD faisant partie du secteur public notamment de la fonction publique territoriale. Ce sont le plus souvent des centres communaux d'action sociale bien qu'il y ait aussi des syndicats intercommunaux d'action sociale et des centres intercommunaux d'action sociale. En revanche, il n'existe pas d'équivalent pour les SSIAD de la fonction publique hospitalière du côté des SAAD.

Les SAAD peuvent également être issus du secteur privé : soit le secteur privé à but non lucratif, dans ce cas il s'agit d'associations, soit le secteur privé à but lucratif. Néanmoins, ces statuts juridiques sont parfois inégalement répartis sur les territoires. A titre d'illustration, au niveau départemental, le cas de l'Ariège reflète bien cette inégale répartition puisque le département abrite un grand nombre de SAAD faisant partie du secteur privé. Sur l'ensemble des SAAD en activité et référencés, un seul relève du secteur public (cartographie de l'ARS Occitanie présentée en annexe 4). Au niveau communal, le cas de la ville d'Agde constitue aussi un exemple puisque les 9 SAAD autorisés par le Conseil départemental de l'Hérault appartiennent au secteur privé (Conseil départemental de l'Hérault, 2024). Cette diversité de SAAD, ainsi que cette disproportion de statuts juridiques suivant le territoire, peut complexifier le rapprochement obligatoire d'un SSIAD vers un ou plusieurs SAAD dans le cadre de la réforme.

De fait, le statut juridique de la structure peut avoir un impact considérable sur le salaire ou encore les conditions de travail.

Ainsi, des statuts juridiques différents peuvent se traduire par des écarts de salaires puisque ces derniers découlent des statuts et des conventions collectives. Cette hétérogénéité des salaires a d'ailleurs été relevée par le sénateur Daniel Chasseing lors de la séance du 31 janvier 2024 portant sur les amendements de la réforme : en général « les SAAD ont un statut associatif, donc privé, tandis que les SSIAD ont le plus souvent un statut d'organisme public » (Sénat, 2024).

Les conditions de travail peuvent également être différentes en fonction du statut juridique. Par exemple, dans certains services, les professionnels ont la possibilité d'utiliser des véhicules de service pour leurs déplacements chez les bénéficiaires alors que d'autres doivent utiliser leur véhicule personnel. Aussi, les indemnités kilométriques sont propres à chaque convention collective.

Après avoir analysé le contexte et les modalités de la réforme des SAD et avoir relevé les premières difficultés des SSIAD dans la mise en place de la réforme des SAD, des limites peuvent faire obstacle à leur engagement dans cette réforme. Néanmoins, leur engagement peut aussi être favorisé par certains leviers. Ces limites et ces leviers peuvent ainsi influencer considérablement sur leur fonctionnement global.

2 Les limites et les leviers de l'engagement des SSIAD dans la réforme des SAD

La réforme des SAD constitue un réel défi en termes d'organisation pour les responsables de SSIAD qui peut représenter de véritables limites à leur engagement (2.1). Également, l'engagement des SSIAD peut être freiné par de nombreux impacts engendrés par la réforme, notamment en matière de ressources humaines et de fiscalité (2.2). Toutefois, leur engagement dans cette réforme peut aussi révéler des leviers non négligeables (2.3). Cette étude s'appuie sur plusieurs entretiens effectués avec des professionnels et responsables de SSIAD et de SAAD ainsi que des représentants des autorités locales.

2.1 Les limites organisationnelles de l'engagement des SSIAD dans la réforme des SAD

Ces limites relatives à l'organisation de la structure portent principalement sur la gouvernance (2.1.1) mais également sur la question des logiques et des intérêts des responsables de service pouvant différer selon le statut juridique de la structure (2.1.2). Enfin, la place du politique, notamment lorsque le rapprochement implique un service de la fonction publique territoriale, peut être source de complexités (2.1.3).

2.1.1 La question de la gouvernance

La gouvernance tient une place essentielle dans l'organisation d'une structure puisqu'elle renvoie à la réglementation, aux décisions et aux pratiques prises par ses membres permettant d'assurer le fonctionnement du service. Elle traduit également le degré d'implication de ses membres. Ainsi, tout type de rapprochement entre plusieurs services à domicile induit par la réforme des SAD nécessite de définir une gouvernance.

Initialement, chaque service à domicile dispose d'une gouvernance qui lui est propre, en fonction de la réglementation qui lui est définie mais aussi de son règlement intérieur. Suivant le type de structure et le statut juridique, la gouvernance peut être différente. En effet, elle diffère entre structures relevant du secteur public et structures appartenant au secteur privé (à but lucratif ou non lucratif) mais également entre structures rattachées au même secteur. Par exemple, les instances d'un SSIAD rattaché à un centre hospitalier faisant donc partie de la fonction publique hospitalière ne sont pas identiques à celles d'un SAAD relevant de la fonction publique territoriale. Au niveau de la direction, si les principaux organes collégiaux d'un SSIAD hospitalier sont composés d'un conseil de surveillance, d'un directoire présidé par un directeur, ceux d'un SAAD territorial sont constitués d'un conseil d'administration composé notamment d'élus.

En cas de rapprochement entre deux structures ne disposant pas de la même gouvernance, la question de leur devenir se pose : Les services conservent-ils leur propre gouvernance ? Le cas échéant, il existera un doublon. Ou bien les services choisissent-ils un rapprochement plus intégratif et dans ce cas décident-ils de créer une nouvelle gouvernance suivant le mode de rapprochement ?

Au-delà de ces interrogations générales, la gouvernance incite les équipes des différents types de SSIAD à se questionner sur des points indispensables tels que la partie opérationnelle, la « direction et la représentation légale » (ANAP, 2024) ainsi que les droits des membres ou associés dans le cas d'une société commerciale. La partie opérationnelle porte sur les conditions et modalités de l'exploitation et de l'organisation des activités, c'est-à-dire « l'établissement de budgets de fonctionnement et plans de financement » (ANAP, 2024), l'élaboration d'un organigramme fonctionnel permettant de définir l'organisation des équipes et les supervisions hiérarchiques, la rédaction d'un règlement intérieur et l'institution d'organes collégiaux. La question du « devenir de la supervision hiérarchique » (extrait d'un entretien réalisé auprès de la cadre supérieure de santé du CHM, le 27 mai 2024) notamment le lien hiérarchique entre le cadre de santé et l'équipe du SSIAD se pose d'ailleurs pour les professionnels.

Concernant la direction et la représentation légale, la mise en place et le fonctionnement des organes de direction est primordiale. Il s'agit de déterminer le type d'organes de direction, leur composition, leurs pouvoirs et leurs règles. Au niveau des droits des membres ou associés, les droits politiques tels que les droits de vote sont pris en compte. En cas de société commerciale, des droits et règles financiers sont établis. De manière générale, la gestion des situations de conflit et les options envisageables, telles que le droit de retrait ou le recours à un médiateur, doivent être prévues dans les règles de gouvernance de l'entité.

A travers ses webinaires, l'ANAP apporte des réponses à ces interrogations en fonction du choix de l'option de rapprochement. A titre d'exemple, concernant les instances de gouvernance, elles sont multipliées dans le cadre d'un GCSMS puisqu'il y a un doublon du fait du regroupement des instances des structures. En revanche, il existe une certaine liberté contractuelle dans ce type de rapprochement puisque la gouvernance peut être partagée si elle est inscrite dans la convention constitutive. Les membres du GCSMS doivent également élire un représentant chargé du pilotage de la structure.

La fusion, quant à elle, ne garantit pas la participation des membres de la structure apporteuse aux instances de gouvernance. Cependant, les statuts peuvent être modifiés afin de permettre cette participation.

Dans le cas d'un transfert d'activité, les membres du service transféré ne peuvent siéger à la gouvernance de l'entité.

Enfin, dans le cas d'une convention de coopération, chaque partie demeure autonome. La convention ne crée pas de personne morale nouvelle et n'a donc pas d'impact sur le mode de gouvernance interne de chacune des parties (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2008).

Au-delà de la question de la gouvernance, les logiques et les intérêts des responsables de structures peuvent aussi influencer sur l'engagement des SSIAD dans la réforme.

2.1.2 Des logiques et des intérêts différents suivant les statuts juridiques des services

Selon le statut juridique de la structure, les logiques et les intérêts des responsables de services à domicile peuvent être différents. En effet, certains services souhaitent se rapprocher d'autres services faisant partie du même secteur voire avec le même statut juridique. C'est le cas pour de nombreux services associatifs ainsi que pour des services du secteur public. Certains responsables le justifient d'ailleurs par une « raison d'éthique » (extrait d'un entretien réalisé auprès de la directrice de l'EHPAD B à Montpellier, le 9 juillet 2024).

Or, l'implantation territoriale des services à domicile est parfois inégalement répartie. Certains services se trouvent à proximité de services provenant d'un secteur différent et sont « contraints de se rapprocher » (extrait d'un entretien réalisé auprès de la directrice des opérations du CH E en Ariège, le 14 juin 2024) de ces derniers.

L'exemple d'un SSIAD public hospitalier situé dans le département de l'Ariège reflète bien cette situation puisqu'il est à proximité de SAAD appartenant au secteur privé à but à lucratif et à but non lucratif. Deux propositions de rapprochement lui ont été présentées lors d'une réunion avec le Conseil départemental de l'Ariège et l'ARS Occitanie : créer un GCSMS avec un SAAD privé à but non lucratif ou opter pour la reprise de son activité par ce même SAAD. Au-delà des différences de statuts juridiques et de la complexité de la création d'une nouvelle structure en tant que GCSMS, ces propositions suscitent également des craintes de se voir « absorber par le secteur privé » (extrait de l'entretien cité ci-dessus). Ces craintes sont partagées par de nombreux responsables de SSIAD du secteur public. Ces derniers redoutent de ne pas partager les mêmes valeurs et la même culture que les responsables issus du secteur privé, notamment à but lucratif, souvent perçu comme un secteur recherchant principalement la rentabilité. Certains responsables soulignent d'ailleurs cet aspect lucratif qu'ils estiment « un peu contradictoire » (extrait d'entretien réalisé auprès d'une directrice de l'accompagnement par les établissements et services personnes âgées du Conseil départemental de Haute-Garonne, le 2 mai 2024) avec les valeurs du domaine de la santé. D'autant plus que du côté des SSIAD une très faible partie

d'entre eux proviennent du secteur privé à but lucratif (Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, 2009).

Les logiques et les intérêts diffèrent également entre les services ne partageant pas le même statut juridique du point de vue de la perception des modalités de rapprochement. En s'appuyant sur les entretiens réalisés, les responsables de SSIAD publics ont tendance à considérer le GCSMS comme « une machine » (extrait d'un entretien réalisé du cadre de santé pôle domicile des EHPAD C dans l'Hérault, le 1^{er} juillet 2024) ou encore une « usine à gaz » (extrait d'un entretien réalisé auprès de la directrice des opérations du CH E en Ariège, le 14 juin 2024).

D'autres responsables sont très réticents à la fusion car ils craignent la perte de leur identité. Ils souhaitent également « éviter de perdre leur autorisation » (extrait d'un entretien réalisé auprès d'un directeur du CH A du Vaucluse, le 6 mai 2024). Selon l'approche stratégique de l'analyse des organisations de Michel Crozier et d'Erhard Friedberg, l'organisation est le lieu des jeux de pouvoir dans lequel des stratégies individuelles sont mises en place telles que la négociation et l'utilisation des « zones d'incertitude » (M. CROZIER, E. FRIEDBERG, 1977) pour renforcer sa position. Ainsi, la mobilisation de connaissances, de compétences ou encore le contrôle permettent de gagner en pouvoir, en autonomie. Le pouvoir est donc recherché par les organisations par peur de la dépendance. Cette réflexion peut être transposée à la réforme des SAD. De fait, les gestionnaires des structures sont également en quête d'autonomie car ils ne souhaitent pas dépendre d'une organisation. La négociation, l'utilisation de son réseau ou encore la maîtrise de l'information et des règles, en l'occurrence des outils juridiques permettant le rapprochement entre services, peuvent être mobilisés par les responsables afin de rester indépendants. A l'inverse, certaines structures associatives peuvent s'appuyer sur l'importance de leurs réseaux dans le cadre de stratégies pour intégrer en leur sein d'autres structures associatives afin de renforcer leur position dans le secteur du domicile.

Si les logiques et les intérêts des responsables des services à domicile influencent grandement l'engagement des SSIAD dans la réforme des SAD en ayant un impact considérable sur le choix de leur organisation, la place du politique dans la réforme peut être source de difficultés supplémentaires.

2.1.3 La place du politique : source de complexités

La place du politique dans la réforme des SAD se pose notamment en cas de rapprochement d'un SSIAD avec un SAAD faisant partie de la fonction publique territoriale. Néanmoins, cet aspect du rapprochement n'a « pas complètement été anticipé » par les autorités locales (extrait d'un entretien réalisé auprès de deux cadres référents parcours inclusif personnes âgées de l'ARS Occitanie, le 7 juin 2024).

Les élus ont une place déterminante dans les instances de gouvernance de ces services notamment au conseil d'administration des SAAD publics territoriaux.

Dès lors, les intérêts politiques sont parfois susceptibles de « prendre le pas sur d'autres intérêts tels que l'intérêt général » (extrait d'un entretien réalisé auprès de la directrice du SAAD B en Haute-Garonne, également élue, le 4 juillet 2024) ce qui peut freiner le processus de rapprochement entre les services. Ces intérêts politiques, pouvant relever d'éléments personnels, sont parfois la cause de rapprochements interrompus. Bien souvent, ces aspects ne relèvent pas de la connaissance des responsables de SSIAD.

Le contexte politique peut également influencer sur les décisions des SAAD publics territoriaux dans le cadre de la réforme des SAD. En effet, les élections législatives de juin-juillet 2024 et les prochaines élections municipales de 2026 sont des éléments structurants dans le calendrier des élus.

Par ailleurs, le conseil de surveillance, principale instance de gouvernance d'un SSIAD public hospitalier, est présidé par un représentant des collectivités territoriales ou une personnalité qualifiée. La présidence peut être occupée par le maire de la commune dans laquelle se situe le SSIAD. Il ressort d'un entretien réalisé auprès du cadre de santé pôle domicile des EHPAD C dans l'Hérault, le 1^{er} juillet 2024, que le maire peut orienter les choix ainsi que les partenaires de rapprochement du SSIAD hospitalier.

Néanmoins, la question politique peut aussi être un levier de l'engagement des SSIAD dans la réforme des SAD puisque les élus ont une « vision technique de la situation territoriale de l'offre d'aide et de soins » (extrait d'entretien réalisé auprès de la directrice du SAAD B en Haute-Garonne, également élue, le 4 juillet 2024). Leur proximité avec le terrain leur permet de prendre davantage en compte les particularités locales dans la mise en place des politiques publiques.

Certaines limites humaines, matérielles et financières freinent aussi l'engagement des SSIAD.

2.2 Les limites humaines, matérielles et financières de l'engagement des SSIAD dans la réforme des SAD

Le besoin croissant en personnel dans le secteur du domicile, que ce soit du côté de l'aide et de l'accompagnement ou du côté du soin, pèse sur leur organisation et décourage grandement les SSIAD de s'engager pleinement dans la réforme des SAD (2.2.1). En outre, les impacts liés aux ressources humaines et au matériel engendrés par la réforme (2.2.2)

constituent une limite importante pour les SSIAD. Enfin, la réforme impose aux SSIAD d'accorder une attention particulière aux plans financier et fiscal (2.2.3).

2.2.1 La problématique du recrutement dans le secteur du domicile

L'ensemble du secteur du domicile souffre depuis plusieurs années d'un problème de recrutement conséquent. Les besoins accrus des personnes âgées et des personnes en situation de handicap vivant à domicile nécessitent un accroissement du personnel des services à domicile. En 2019, « l'ensemble des effectifs atteint de 211 000 à 216 000 personnes ». « Selon les estimations de la Cour des comptes, il faudrait recruter environ 82 000 ETP d'ici 2030 pour répondre au choc démographique » (Cour des comptes, 2021). En effet, le nombre de professionnels est souvent insuffisant notamment par rapport au nombre de places autorisées par l'ARS dans le cas des SSIAD. Un SSIAD associatif situé en Haute-Garonne emploie par exemple entre 10 et 12 aides-soignants pour 56 places autorisées (chiffres issus d'un entretien informel avec l'IDEC d'un SSIAD associatif en Haute-Garonne). Cette problématique de recrutement s'explique par un manque d'attractivité du secteur qui est lui-même lié à des conditions de travail contraignantes.

En plus d'être exposés à des risques professionnels autant physiques que psychosociaux, l'organisation du travail en journées coupées, « l'obligation d'avoir le permis de conduire ou encore les nombreux déplacements routiers effectués dans la journée accentuent davantage la pénibilité du travail » (extrait d'un entretien réalisé auprès d'une responsable de secteur du SAAD A en Haute-Garonne, le 1^{er} juillet 2024).

D'ailleurs, celle-ci contribue à l'accroissement des turnovers mais également des temps partiels, augmentation mise en évidence lors d'un entretien réalisé auprès d'une aide-soignante du SSIAD du CHM, le 31 mai 2024. Ainsi, « pour pallier la faiblesse des rémunérations afférentes, des comportements de doubles-emplois sont parfois relevés, induisant des risques d'accroissement de la pénibilité du travail et d'atteinte à la qualité des prises en charge » (Cour des comptes, 2021) créant un cercle vicieux. Il résulte d'un entretien réalisé le 6 juin 2024 auprès de la directrice des services économiques et logistiques du CH E en Ariège que ces comportements peuvent se traduire par la réalisation de missions d'intérim. La pénibilité du travail peut même conduire certains professionnels à quitter la structure pour laquelle ils étaient employés afin de travailler en tant qu'auto-entrepreneurs. Par exemple, il ressort d'un entretien réalisé auprès de la directrice de l'EHPAD A en Haute-Garonne, le 3 juin 2024, que certains aides-soignants se reconvertisent en auxiliaires de vie en ayant le statut d'auto-entrepreneur tout en réalisant des soins propres au métier d'aide-soignant. Cela constitue une concurrence directe pour les SSIAD.

En outre, le manque d'attractivité des métiers entraîne des difficultés pour le secteur telles que le « manque de formation et de valorisation » (LIBAULT, 2022) impactant le niveau de compétences des professionnels et le taux d'absentéisme qui serait de « plus de 12% selon les données collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation » (Cour des comptes, 2021).

Face à ces constats, certains responsables de structures parlent d'« injonction de gestion » (extrait d'un entretien réalisé auprès de la directrice du SAAD B en Haute-Garonne, également élue, le 4 juillet 2024) en comparant l'urgence de la gestion de la pénurie de personnel à celle de la restructuration des services à domicile portée par la réforme des SAD.

Par ailleurs, ce nécessaire besoin en personnel peut également se transposer au personnel d'encadrement. En effet, les services à domicile pâtissent d'une « insuffisance du taux d'encadrement » (LIBAULT, 2022) notamment liée à son surcoût. Concernant les SSIAD, tout comme le nombre de professionnels sur le terrain, le nombre d'ETP de professionnels d'encadrement est insuffisant au vu du nombre de places autorisées par l'ARS. A titre d'exemple, il est de 0,8 ETP pour 40 places ou encore de 0,5 ETP pour 50 places dans deux SSIAD publics en Haute-Garonne.

Cette problématique en matière de ressources humaines touche aussi bien les SSIAD que les SAAD ce qui n'incite pas les services, en particulier les SSIAD, auxquels incombe une obligation de rapprochement, à se joindre à un ou plusieurs SAAD dans le cadre de la réforme. D'autant plus qu'elle impacte considérablement les professionnels suivant le type de rapprochement choisi mais également le matériel lié à la coordination tel que les locaux ou encore le système d'information.

2.2.2 Les impacts humains et matériels

Les conséquences en matière de ressources humaines occasionnées par la réforme des SAD constituent un point de blocage pour de nombreux responsables de structures. De fait, le rapprochement entre entités nécessite une nouvelle organisation du travail à laquelle il s'agira d'adapter la gestion du personnel.

L'ANAP a récemment publié une fiche pratique concernant « Les aspects RH des rapprochements » visant à apporter des réponses sur le devenir des professionnels en fonction de leur statut. Cette fiche ne consiste pas à présenter une réponse exhaustive suivant le type de rapprochement choisi.

Ainsi, dans le cas d'une reprise ou d'un transfert d'activité, les contrats de travail sont transférés automatiquement et collectivement au nouvel employeur, sauf si l'une des

parties manifeste son opposition. Ce transfert est conditionné par l'existence d'une entité économique autonome exploitant une activité. Le code général de la fonction publique prévoit les modalités de transfert des contrats de travail suivant le statut juridique des structures concernées par ce transfert. A titre d'exemple, dans le cas d'un transfert entre personnes morales de droit public, l'article L. 445-1 de ce code prévoit que « lorsque l'activité d'une personne morale de droit public employant des agents contractuels de droit public est reprise par une autre personne publique dans le cadre d'un service public administratif, cette personne publique propose à ces agents un contrat de droit public, à durée déterminée ou indéterminée, selon la nature du contrat dont ils sont titulaires ». Dans tous les cas, le professionnel conserve « son ancienneté, sa qualification, sa rémunération, mais également les clauses, telles que la clause de non-concurrence ou la clause de mobilité ». En cas d'absence d'entité économique autonome, « les transferts de personnel devront être négociés de gré à gré et seront alors aléatoires » (ANAP, 2024). Les personnels ont également la possibilité de démissionner de la structure d'origine et de conclure par la suite un contrat avec la structure bénéficiant du transfert en cas d'impossibilité de transfert automatique d'agents contractuels de droit public.

Les fonctionnaires représentent un cas particulier dans ce type de rapprochement puisqu'ils peuvent être mis à disposition ou détachés dans la structure repreneuse. Les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers peuvent être mis à disposition dans des GCSMS de droit public ou privé, dans une collectivité territoriale ou un établissement public ainsi qu'un établissement public de santé pour les fonctionnaires territoriaux. Quant au détachement, il peut avoir lieu pour les fonctionnaires territoriaux dans une association, un GCSMS de droit privé, un autre organisme dont les activités favorisent ou complètent l'action d'une collectivité publique, une autre collectivité territoriale ou un autre établissement public ou un établissement public de santé. Concernant les fonctionnaires hospitaliers, ils peuvent être détachés dans une association, un GCSMS de droit public ou privé, un organisme d'intérêt général, une collectivité territoriale ou un établissement public (ANAP, 2024).

En revanche, le détachement ne garantit pas au fonctionnaire de percevoir le même traitement que lorsqu'il était dans son corps d'origine. En outre, ces deux positions statutaires sont temporaires : 3 ans renouvelables par période de même durée pour la mise à disposition et 5 ans également renouvelables par période de même durée pour le détachement. Ce n'est seulement qu'en cas de détachement ou de mise à disposition dans la fonction publique que l'intégration doit être proposée à l'agent au-delà ou au terme de la durée requise.

Par ailleurs, « le recrutement d'un responsable de la coordination du SAD est nécessaire dans la cadre de la réforme » (extrait d'un entretien réalisé auprès de l'IDEC du CH C dans

le Gers, le 6 juin 2024). Cette fonction dispose désormais d'un titre professionnel qui a récemment été renouvelé afin de préciser notamment les équivalences (Hospimedia, 2024).

Concernant le devenir du matériel, la question des outils de coordination tels que les locaux et le logiciel de gestion du système d'information suscite de l'inquiétude de la part des professionnels de structures et notamment sur le financement du logiciel : « comment sera financée l'interface logiciel afin de permettre le partage des données ? » (extrait d'un réalisé auprès de la directrice des services économiques et logistiques du CH D en Ariège, le 6 juin 2024).

Le cahier des charges de la réforme inscrit dans le décret du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomes à domicile prévoit une condition relative aux locaux : « Le gestionnaire organise dans des locaux dédiés un accueil physique de deux demi-journées par semaine au minimum, à jours et heures fixes. Pour cet accueil, le gestionnaire dispose, sur la zone d'intervention du service, en propre ou de manière mutualisée, de locaux adaptés à l'accueil du public qui permettent de garantir la confidentialité des échanges ». Les responsables de services devront mettre en application cette condition en l'adaptant à leurs configurations. En pratique, ces dispositions peuvent engendrer des interrogations au niveau des aires de stationnement pour les équipes d'aide et d'accompagnement et de soins. (ANAP, 2024). Pour ce qui est du logiciel, le décret prévoit que le gestionnaire et les intervenants du service utilisent « un logiciel de gestion du dossier usager informatisé (DUI), conforme aux exigences de sécurité de la politique de gestion de la sécurité des systèmes d'information de santé et référencé Ségur ». La question du financement du logiciel est en attente de réponse de la part des personnels. « L'interopérabilité des logiciels » (ANAP, 2024) constitue un enjeu identifié dans le cas du DUI ainsi que pour l'outil de liaison unique pouvant être dématérialisé.

Enfin, un autre outil de coopération peut freiner l'engagement des SSIAD dans la réforme : il s'agit de la grille d'évaluation globale. En effet, l'enjeu de cet outil consiste notamment à « homogénéiser les pratiques d'évaluation » (ANAP, 2024), ce qui peut s'avérer complexe dans le cas d'un rapprochement entre des structures de statut juridique différent.

L'attention particulière accordée aux plans financier et fiscal peut également être une limite significative à l'engagement des SSIAD dans la réforme des SAD.

2.2.3 La vigilance financière et fiscale

Les aspects financiers et fiscaux impliqués dans le cas d'un nécessaire rapprochement entre un SSIAD et un SAAD constituent des contraintes pour les responsables notamment du côté des SSIAD.

En effet, du point de vue financier, au-delà de la nouvelle tarification des SSIAD en cours de mise en œuvre, les SAAD connaissent des difficultés en raison d'« une situation de sous-financement structurel d'insuffisante priorisation des pouvoirs publics » selon l'IGAS (Le Monde, 2024). D'autant plus que le financement des services de soins infirmiers est perçu de manière « complexe » par les professionnels (extrait d'un entretien réalisé auprès de la cadre de santé du CHM, le 17 mai 2024).

En outre, les contraintes financières des services d'aide à la personne diffèrent selon le type de secteur. Ainsi, dans le secteur public et privé à but non lucratif, les services ne peuvent dégager des bénéfices contrairement aux services du secteur privé à but non lucratif qui « sont libres de leurs tarifs ». Ces derniers « ne présentent pas de budget aux départements, qui leur allouent un montant fixe ». Bien que la LFSS pour 2022 ait introduit un tarif national « socle » ou tarif « plancher » aux départements qui ne peuvent rémunérer l'heure d'APA en-dessous de 23,50 €, cette mesure « est loin d'être généralisée dans tous les départements ! » selon Jean-Christophe Amarantinis, président confédéral du Syndicat national des établissements, résidences et services d'aide à domicile privés pour personnes âgées (Synerpa), principalement commerciales (Le Monde, 2024). De fait, cette mesure gérée par les Conseils départementaux fait preuve d'une mise en place inégale sur le territoire.

Quant au point de vue fiscal, les conséquences des rapprochements sont différentes « selon qu'elles impliquent des organismes soumis aux impôts commerciaux ou des organismes situés hors du champ d'application du secteur lucratif ». Ainsi, plusieurs opérations telles que la fusion ou l'APA engendrent l'imposition obligatoire pour les structures privées à but non lucratif notamment sur les plus-values.

Concernant l'impôt sur les sociétés, celui-ci connaît un régime de droit commun qui implique une imposition aux « personnes morales de droit privé ou de droit public se livrant à une exploitation ou à des opérations de caractère lucratif » (ANAP, 2024).

En matière de taxe sur la valeur ajoutée (TVA), les personnes morales de droit public n'y sont pas assujetties sauf si leurs activités sont similaires à celles des organismes privés et sont susceptibles de rentrer en concurrence avec eux. Les organismes de droit privé sont assujettis à la TVA dès lors que leurs activités d'aide à domicile ont un caractère lucratif. De fait, les activités de soins à domicile sont exonérées de cette imposition (article 261 du code général des impôts).

Toutefois, l'engagement des SSIAD dans la réforme des SAD peut être facilitée par plusieurs leviers.

2.3 Les leviers de l'engagement des SSIAD dans la réforme des SAD

L'amélioration de l'attractivité des métiers générée par la réforme des SAD constitue un levier majeur de l'engagement des SSIAD (2.3.1) au même titre que l'accompagnement des acteurs du domicile (2.3.2) ainsi que le soutien financier apporté par l'Etat (2.3.3).

2.3.1 Une amélioration de l'attractivité des métiers

La réforme des SAD représente un réel enjeu pour les intervenants du secteur. En effet, elle permet d'améliorer l'attractivité des métiers en diminuant « la solitude des intervenants à domicile » par le renforcement de la coordination entre l'aide et le soin avec davantage d'interventions conjointes et le développement des échanges entre les professionnels. Cela pourrait « favoriser la montée en compétences des professionnels et contribuer à la richesse des parcours professionnels » (Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2023). Ainsi, des actions de sensibilisation et de formation peuvent être mises en place.

En outre, les « encadrants » de l'aide et de l'accompagnement doivent désormais obtenir une qualification minimale de niveau 5 afin de réaliser des missions propres aux fonctions de coordination renforcées. Il s'agit également d'une volonté de mettre en cohérence ce niveau de qualification avec la certification des autres fonctions du niveau 5 comme celle de responsable coordinateur services au domicile. La fonction d'encadrant peut aussi être prise par un infirmier coordonnateur correspondant au niveau 6. « Il s'agit donc de rapprocher les niveaux d'exigence pour ces fonctions » (Gouvernement, 2023).

L'amélioration de l'attractivité des métiers du secteur du domicile passe également par une amélioration des conditions de travail des intervenants. En 2024, deux mesures se sont vues applicables à l'aide à domicile : la modification de l'utilisation des heures d'aide à domicile pour les personnes âgées bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et l'établissement des heures de lien social pour les plans d'aide APA. La première mesure permet aux bénéficiaires de l'APA de placer les heures d'aide à domicile sur une période de six mois et plus seulement d'un mois ce qui laisse aux professionnels la possibilité de mieux s'organiser notamment dans la gestion de leur planning. La deuxième mesure prévoit l'intégration systématique des heures dédiées au lien social dans les plans d'aide APA. Ces heures sont plafonnées à neuf heures par mois, soit deux heures hebdomadaires, selon le décret du 30 décembre 2023 relatif au temps consacré au lien social concourant à prévenir la perte d'autonomie. Cette mesure permet ainsi aux professionnels de réaliser des missions plus variées avec davantage de sens.

Le cahier des charges de la réforme des SAD inscrit dans le décret du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile souligne l'importance de la « démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail ». Cela peut se traduire par « la prévention des risques

professionnels, la fourniture d'équipements et d'outils facilitant la réalisation des interventions ou la lutte contre l'isolement professionnel » (Gouvernement, 2023). Ces actions peuvent être financées par la dotation complémentaire notamment pour les intervenants de l'aide mais également par les ARS, les Conseils départementaux ou encore par les services de prévention des caisses régionales de sécurité sociale par exemple.

L'amélioration de l'attractivité des métiers n'est pas le seul levier de l'engagement des SSIAD dans la réforme des SAD. En effet, l'accompagnement des acteurs du domicile peut aussi faciliter la mise en place de la réforme et permettre aux SSIAD de mieux appréhender leur réorganisation.

2.3.2 Un accompagnement des acteurs du domicile dans la mise en place de la réforme

Au niveau national, un plan d'accompagnement dédié aux gestionnaires de structures ainsi qu'aux ARS et Conseils départementaux a été conduit par la DGCS.

Celle-ci a d'ailleurs organisé des groupes de travail en partenariat avec la CNSA afin de travailler sur certaines thématiques avant la publication du décret du 13 juillet 2023. Ces groupes de travail étaient principalement composés de représentants des fédérations des SSIAD et des SAAD mais aussi de plusieurs ARS et de 5 Conseils départementaux dont celui de la Haute-Garonne. L'objectif était de travailler sur le contenu du cahier des charges en confrontant les différents points de vue des participants au regard des réalités de terrain.

Par ailleurs, la CNSA a pour mission d'accompagner les ARS et les Conseils départementaux dans le pilotage territorial de la réforme notamment par le biais de webinaires.

Afin de faciliter la compréhension des attentes de la réforme, l'ANAP a réalisé de nombreuses ressources destinées aux gestionnaires telles que des fiches pratiques, des webinaires ou encore des ressources complémentaires comme des trames de fiches de poste.

Au niveau régional, l'objectif a été de créer une stratégie régionale de l'ARS Occitanie avec les Conseils départementaux. Le pilotage du cahier des charges à domicile a été réalisé par une représentante du Conseil départemental de la Haute-Garonne. Le travail sur la mise en place d'une dynamique a été porté par l'ARS avec ses délégations départementales et les Conseils départementaux pour préparer la mise en place de la réforme dans la région. Un comité de suivi a été créé associant les fédérations de l'aide et du soin à domicile, les délégations départementales et régionales avec les 13 conseils

départementaux de la région. La première réunion de lancement a été organisée en 2023, puis se sont déroulés les comités de suivi.

Au niveau départemental, des groupes de travail ont été organisés afin de présenter la réforme des SAD et d'apporter des réponses aux questions des SAAD et des SSIAD. Un choix d'accompagnements personnalisés de l'ARS avec le Conseil départemental de la Haute-Garonne a été fait au regard de la répartition des services à domicile sur le département. Comme expliqué précédemment, les SAAD sont 5 fois plus nombreux que les SSIAD. Sur les 180 SAAD présents, seulement 45 sont tarifés. Le territoire est quasiment couvert par l'offre de soins des SSIAD, à l'exception de deux communes qui vont être rattachées à ces services dans le cadre de la réforme des SAD.

Ainsi, cet accompagnement organisé par les administrations publiques à l'échelle nationale et territoriale constitue un soutien fondamental pour les structures d'aide et de soins à domicile. Les professionnels attendent des autorités locales qu'elles se positionnent en « médiatrices » dans l'accompagnement des services (extrait d'un entretien réalisé auprès du cadre supérieur de santé du CH B du Tarn, le 30 mai 2024).

Cette attente se manifeste également à l'égard de l'accompagnement financier, nécessaire à la mise en œuvre de la réforme des SAD.

2.3.3 Un soutien financier porté par l'État

Depuis 2022, le Gouvernement apporte un soutien financier considérable aux services à domicile.

En effet, une dotation de coordination est versée à chaque service proposant à la fois des prestations d'aide et de soins. Elle permet de favoriser une meilleure coordination entre les deux activités impliquant un changement d'organisation du travail. Cela se traduit par le financement des temps d'échanges entre les professionnels afin de garantir un meilleur suivi des bénéficiaires vivant à domicile mais également des temps pour les coordonnateurs de parcours ou encore pour les intervenants de la rééducation comme les ergothérapeutes. Les temps d'intervention des psychologues peuvent aussi être facilités (Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2023).

De plus, le Gouvernement a prévu le financement par la branche autonomie de plusieurs mesures permettant d'améliorer le financement de l'aide à domicile. Ces mesures se concrétisent par l'instauration d'un tarif plancher national pour l'aide à domicile cité précédemment, indexé indirectement sur l'inflation depuis 2024. En outre, la mise en place d'une dotation complémentaire de 3 € servant à améliorer la qualité du service rendu aux

usagers ainsi que le soutien aux revalorisations salariales sont également des mesures issues du financement de la branche autonomie (Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2023).

Quant aux soins à domicile, au-delà du nouveau modèle de financement précédemment cité, le Gouvernement a prévu depuis 2023 la création de 25 000 places supplémentaires de SSIAD. Cette mesure s'inscrit dans la même lignée que la Cour des comptes qui prévoit dans son rapport de 2021 la création de 24 950 places.

De manière plus générale, cette réforme du financement des services à domicile, notamment par l'attribution des dotations, permet de faciliter la réalisation de la réforme des SAD en aidant les services d'aide et de soins à « avoir une culture commune » (extrait d'un entretien réalisé auprès de la directrice de l'EHPAD A en Haute-Garonne, le 3 juin 2024) centrée sur la coordination. Ainsi, les gestionnaires des services, en particulier des SSIAD, peuvent compter sur ce soutien financier afin de mieux répondre à la réforme des SAD.

Si l'ensemble de ces leviers contribue à la mise en œuvre de la réforme notamment pour les SSIAD, le directeur doit nécessairement être à l'origine de l'impulsion et de la conduite du projet de mise en place de cette réforme dans son établissement. Cette proposition de démarches sera illustrée par le cas du SSIAD du CHM.

3 La mise en place de la réforme des SAD à partir de l'exemple du SSIAD du centre hospitalier de Muret : un projet impulsé et conduit par le directeur

La réussite de la mise en œuvre d'un projet est conditionnée par l'élaboration d'un plan d'actions. Ainsi, il incombe au directeur d'accorder une importance à la définition de sa méthodologie afin de préparer au mieux la mise en place de la réforme des SAD dans son établissement. Celui-ci doit procéder à une analyse précise du territoire et des perspectives (3.1) et veiller à inclure tout au long de la conduite du projet des démarches de communication et d'information associant les acteurs du terrain (3.2). Le directeur prévoit également d'insérer une dimension stratégique dans la conduite du projet (3.3).

3.1 Un projet impliquant une analyse précise du territoire et des perspectives

Tout responsable doit procéder à une phase d'analyse lui permettant de dresser un état des lieux du territoire concerné par le projet et préalable à la réalisation de ce dernier (3.1.1). Cet état des lieux lui permet également d'identifier les principaux atouts et contraintes du territoire, étape nécessaire à la mise en place de la réforme (3.1.2). Enfin, le directeur doit être en capacité d'anticiper les perspectives de pérennisation au regard des retours des différents acteurs (3.1.3).

3.1.1 Un état des lieux préalable à la mise en œuvre du projet

L'état des lieux constitue une étape essentielle dans la préparation de la mise en place du projet. Il doit permettre au directeur de réaliser un état des lieux du territoire dans lequel est situé le SSIAD. Le périmètre de l'état des lieux doit être défini au préalable. Le SSIAD du CHM est localisé dans la commune de Muret. Celle-ci a une place prépondérante dans le bassin de santé muretain. Comme souligné précédemment, le SSIAD intervient sur 7 communes en plus de Muret et d'Ox qui y est rattachée : Frouzins, Portet-sur-Garonne, Roques-sur-Garonne, Roquettes, Saubens, Pinsaguel et Seysses. Ainsi, le périmètre retenu est celui des communes d'intervention du SSIAD présentes sur ce bassin de santé.

L'état des lieux permet de relever les principales caractéristiques des usagers de ce territoire et de connaître leurs besoins et attentes. Le territoire, comme dans l'ensemble de la Haute-Garonne, connaît une croissance très forte des personnes âgées dépendantes qui constitue néanmoins une part limitée dans la population (IGAS, 2024). De plus, les personnes âgées sont davantage dépendantes en milieu rural qu'en milieu urbain. Une augmentation des personnes en situation de handicap est également relevée. Cependant, ce constat est à relativiser puisque sur les 13 départements de l'Occitanie, la Haute-

Garonne est celui avec le ratio de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés le plus bas (3,2 %) en 2018. (Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelles des personnes handicapées, 2021).

Concernant les besoins des usagers, notamment pour les personnes âgées, la plupart des bénéficiaires ont besoin d'une aide pour la toilette et l'habillage de manière régulière (GIR 3 ou 4), tandis que d'autres ont des besoins beaucoup plus importants (GIR 1 ou 2). Le SSIAD du CHM intervient chez 22 bénéficiaires correspondant au GIR 4. Les besoins des usagers sont donc assez variés. Au niveau des attentes, certains souhaitent conserver le même service d'aide et d'accompagnement pour des raisons d'habitude et de confiance. De fait, les usagers conservent leur libre arbitre dans le choix du SAAD intervenant chez eux malgré le rapprochement des services induit par la réforme. Ils souhaitent également bénéficier d'interventions régulières et bien réparties dans la semaine.

Cet état des lieux permet aussi d'identifier les différents SAAD voisins pouvant constituer des potentiels partenaires dans le cadre de la réforme des SAD. Pour cela, le directeur peut utiliser la cartographie des SAAD de l'ARS Occitanie (Annexe 4) afin de « recenser » les services d'aide et d'accompagnement intervenant chez les bénéficiaires du SSIAD. Il peut de même se référer au personnel d'encadrement et notamment à l'IDEC pour avoir une connaissance plus précise de ces structures. En outre, il peut aussi s'appuyer sur des conventions en vigueur conclues dans le cadre d'autres projets.

Toutefois, il lui revient de tenir compte d'un point de vigilance : celui du périmètre d'intervention sur le territoire. En effet, la délimitation du périmètre est soumise à l'obligation pour les activités d'aide et de soins de couvrir un territoire identique pour la constitution du SAD mixte. « Aucune zone exclusivement dédiée à l'activité de soins ne pourra être autorisée ». D'autant plus que les gestionnaires de SSIAD sont également contraints par l'impossibilité d'être doté de places de SSIAD supplémentaires dans les zones sur-dotées en infirmiers libéraux. Aussi, l'étude des files actives des services est recommandée dans le cadre de la réforme des SAD afin que les SAD mixtes soient en capacité de répondre aux besoins des usagers sans nuire à leur équilibre financier (Gouvernement, 2024).

La connaissance du contexte socio-démographique et des services implantés sur un territoire est ainsi une démarche importante et préalable à la mise en place d'un projet visant à améliorer la qualité des services rendus aux usagers tel que la réforme des SAD. Ces observations ont permis d'identifier les principaux atouts et contraintes présents sur le territoire.

3.1.2 L'identification des atouts et des contraintes

Les principaux atouts et contraintes du territoire étudié sont identifiés grâce à l'état des lieux territorial.

Concernant les atouts, de nombreux SAAD sont implantés sur le territoire avec lesquels une collaboration entre les intervenants à domicile est existante. Également, ce territoire implanté dans la Haute-Garonne, dispose d'une offre médico-sociale assez complète et d'une offre sanitaire libérale dense (IGAS, 2024).

Au niveau des contraintes, certains SAAD n'ont pas le même périmètre d'intervention que le SSIAD du CHM. Par ailleurs, les professionnels du SSIAD sont très souvent dans l'obligation de refuser de nombreuses demandes de prise en charge faute de places suffisantes, sans compter l'absentéisme constaté dans l'ensemble des structures du territoire. Parallèlement à cette contrainte, certains cabinets d'infirmiers libéraux refusent d'intervenir pour des demandes de soins ou de toilettes. Le dialogue entre les médecins libéraux et le SSIAD peut être parfois complexe. Il s'agit donc d'une réelle problématique de prise en charge pour la population concernée sur ce territoire.

L'état des lieux a également permis de relever, compte tenu des atouts, une opportunité offerte par le territoire et constituant un levier dans le cadre de la réforme. Celle-ci est essentielle à l'amélioration de la fluidité des parcours de santé des usagers : la création d'un centre de ressources territorial (CRT) sur le territoire. De fait, L'EHPAD du CHM est porteur du CRT dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt lancée par l'ARS. Les deux volets composant la mission de CRT, en particulier le volet 2, s'articulent avec les objectifs de la réforme des SAD. En effet, le CRT a pour mission de proposer une solution aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) souhaitant rester à leur domicile en s'appuyant sur une coordination renforcée des différents professionnels notamment dans le cadre d'un « partenariat avec les services du domicile » (ANFH, 2023). Ce constat représente une opportunité considérable puisque la réforme des SAD s'inscrit dans la même logique que la création des CRT, à savoir une réelle plus-value dans le parcours de santé des usagers vivant à domicile. De plus, cela permet de rendre l'offre de soins et d'accompagnement à domicile davantage cohérente sur le territoire.

Dès lors, l'identification des forces et des faiblesses du territoire contribue à l'éclairage de la décision ainsi qu'à une orientation ou une réorientation de l'action menée par le directeur. A plus long terme, une fois la réforme mise en place, ce dernier doit penser aux perspectives de pérennisation compte tenu des retours d'expérience de la part des différents acteurs. Cela permet de poursuivre le dialogue entre les acteurs en les faisant participer au projet.

3.1.3 Les perspectives de pérennisation compte tenu des retours des différents acteurs

Un bilan peut être réalisé par le directeur à plus long terme afin d'évaluer le fonctionnement du futur SAD mixte. En effet, il est important pour le directeur d'assurer le suivi du projet.

Ce suivi peut se traduire par plusieurs démarches comme une meilleure utilisation des outils de coordination afin de pouvoir pérenniser la réforme. Selon le décret du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile, il s'agit par exemple de clarifier et d'expliquer davantage l'utilisation des outils mis en place dans le cadre de la réforme tels que « l'outil de liaison unique pour les interventions réalisées au domicile de la personne accompagnée ». Le rôle du directeur sera également de pouvoir être à l'écoute de nouvelles propositions d'amélioration de ces outils de la part des professionnels du terrain et de l'encadrement pour assurer une meilleure coordination de l'aide et du soin.

Le suivi du projet peut aussi se concrétiser par une démarche d'évaluation. Celle-ci peut se réaliser par la mise en place d'enquêtes de satisfaction auprès des usagers, en lien avec le service qualité de l'établissement et les représentants des usagers, afin d'évaluer la qualité des prises en charge depuis la mise en œuvre de la réforme. Des sondages auprès des intervenants du SAD peuvent également être élaborés. Ces derniers peuvent aussi faire part de leurs retours d'expérience concernant les fonctionnements et les dysfonctionnements du service. Le suivi s'effectue en lien étroit avec l'ARS et le Conseil départemental, partenaires d'accompagnement privilégiés dans le cadre de cette réforme.

De manière générale, la réalisation d'un calendrier pour fixer des échéances est fondamentale. Il permet au directeur de cadrer le suivi du projet et d'en assurer sa pérennisation sur le long terme.

Ainsi, les démarches impulsées par le directeur reposent en grande partie sur la participation des acteurs concernés par le projet, en particulier les usagers et les professionnels.

Néanmoins, les projets liés au changement suscitent souvent des craintes de la part du personnel liées à la perte des acquis ou au changement d'organisation. Il revient alors au directeur de porter une dynamique de communication et d'information dans la conduite du projet incluant les acteurs du terrain.

3.2 Les démarches incontournables de communication et d'information dans la conduite du projet associant les acteurs du terrain

Le directeur de l'établissement assure ces démarches de communication et d'information auprès du personnel du SSIAD (3.2.1) et peut trouver appui sur le personnel d'encadrement (3.2.2). Elles sont également mises en place auprès des acteurs de santé de proximité à travers l'approche partenariale (3.2.3).

3.2.1 L'importance de la communication et de l'information auprès du personnel du SSIAD

L'idée est de comprendre comment le directeur accompagne l'équipe du SSIAD dans la mise en place de la réforme des SAD.

Le directeur est un gestionnaire mais il est également un manager. Ainsi, il doit donner l'impulsion de ce changement en réussissant à mobiliser et à sensibiliser l'équipe du SSIAD. Pour ce faire, le directeur a un rôle de clarification du cadre réglementaire. En prenant le temps d'informer les professionnels sur les nouvelles missions du SAD inscrites dans le cahier des charges de la réforme, il veille à la compréhension par tous du sens des textes applicables. En effet, les résistances au changement peuvent être liées au manque d'explications, à l'incompréhension du sens ou encore à l'absence de visibilité sur les buts poursuivis (ERGAND P., 2007). La communication du directeur doit donc être appropriée et adaptée aux professionnels. « Le directeur est responsable des messages qu'il délivre aux personnels, notamment au sujet des projets qu'il compte mettre en œuvre, au regard de la législation et de ses initiatives propres. » (DARIOS M., 2007).

De cette façon, il appartient au directeur de rendre ce changement positif. En tant que porteur du projet, le rôle du directeur est de rassurer les équipes et de les faire adhérer à ce changement en ne laissant pas planer le doute. La transparence est essentielle notamment à l'égard des contraintes réglementaires et financières.

Ces démarches de communication et d'information s'adressent également aux organisations syndicales représentatives du personnel qui disposent « d'un rôle de médiation opportun pour faire converger les valeurs et les buts soutenus d'un côté par les agents et de l'autre par l'établissement » (ERGAND P., 2007). Le dialogue social constitue ainsi une composante importante dans la dynamique de communication et d'information.

Cette dynamique peut se concrétiser par la mise en place de réunions d'information pour présenter la réforme puis pour informer des avancées. Des groupes de travail sur les modalités de mise en place, et notamment la réorganisation du service dans le cadre du rapprochement avec un ou des SAAD voisins, peuvent aussi être planifiés.

Par ailleurs, la formation professionnelle nécessite au préalable une communication et une information auprès du personnel. L'objectif est de valoriser les agents et de développer leurs compétences dans le cadre de la réforme. Il s'agit aussi de favoriser l'adaptation aux évolutions et aux nouvelles pratiques et de développer une culture commune de la coordination. Le directeur peut également proposer et expliquer les dispositifs d'accompagnement à la mobilité tels que la mise à disposition et le détachement en cas de changement de statut juridique lors de la transformation des services en SAD mixte. De fait, tout projet de changement peut avoir des impacts importants sur la carrière des professionnels. « Il s'agit donc pour le manager de repérer ces impacts, de les anticiper et de les accompagner afin de limiter les résistances et les risques psychosociaux » (DROUET M., 2022).

Cette dynamique de communication et d'information impulsée par le directeur peut se mettre en place avec l'aide du personnel d'encadrement du SSIAD.

3.2.2 Une communication et une information appuyée par le personnel d'encadrement du SSIAD

La réussite du projet est également conditionnée par le rôle majeur du personnel d'encadrement qui est en étroite collaboration avec le directeur notamment dans les démarches de communication et d'information. Les professionnels de l'encadrement peuvent soutenir l'accompagnement au changement porté par le directeur et ainsi faciliter la mise en place de la réforme des SAD : « Le rôle de l'encadrement est là primordial pour éviter que des dysfonctionnements ne viennent donner raison à ceux qui pourraient être hostiles à tout changement » (DARIOS M., 2007). Le personnel d'encadrement peut faire le relai des problématiques de terrain rencontrées par les professionnels au directeur. Dans le cas du SSIAD, c'est l'IDEC qui est davantage concerné par cette situation, puis le cadre de santé. Le cadre supérieur de santé n'est pas en lien direct et systématique avec les intervenants du SSIAD mais détient également un rôle d'information auprès de ce personnel.

Le directeur et le personnel d'encadrement peuvent organiser ensemble des points réguliers sur le choix des informations à diffuser aux professionnels, sur la manière de l'effectuer ainsi que les moments opportuns, dans le cadre du pôle gériatrie.

Les réunions d'information auprès du personnel se font en présence du personnel d'encadrement. Quant aux groupes de travail entre les professionnels de l'aide et du soin, dans le cadre du rapprochement impliqué par la réforme, ils peuvent être animés par l'IDEC qui sera chargé de la coordination du soin.

L'IDEC est d'ailleurs en collaboration avec les acteurs de santé de proximité sur le territoire notamment les infirmiers libéraux ou les gestionnaires de SAAD. Il a une connaissance précise du terrain du fait de sa mission d'organisation de l'activité des soignants.

Cette démarche de communication et d'information impulsée par le directeur et appuyée par l'ensemble du personnel d'encadrement est également diffusée auprès des usagers et des familles. C'est le cas pour les réunions d'informations aux familles des bénéficiaires réalisées avec le directeur, l'IDEC, le cadre de santé et le cadre supérieur de santé. Elles ont pour but d'informer les familles en leur présentant la réforme des SAD, ses objectifs ainsi que ses modalités. Une fois le rapprochement entre les services effectif, une réunion d'information aux familles peut être fixée par le directeur. La diffusion de l'information aux usagers peut se matérialiser par la transmission de plaquettes de présentation du SAD mixte.

Au-delà de la communication et de l'information internes sur le projet, cette dynamique est également externe puisqu'elle occupe une place centrale dans la collaboration des différents acteurs de santé de proximité.

3.2.3 L'approche partenariale au cœur de la synergie entre les différents acteurs de santé de proximité

Le rapprochement obligatoire entre les SSIAD et les SAAD entraîne une plus grande collaboration entre les acteurs de santé de proximité du territoire.

Cette dynamique de collaboration représente déjà un objectif pour le CHM qui s'est engagé, dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, à développer les coopérations, par la signature de conventions notamment avec les établissements et services médico-sociaux.

C'est au directeur qu'il incombe de renforcer ces collaborations une fois la réforme mise en place. De nombreux acteurs de santé peuvent collaborer avec le futur SAD : les CPTS, le DAC 31, les équipes spécialisées Alzheimer, le CRT ou encore les établissements de santé et/ou médico-sociaux publics et privés. Les professionnels libéraux présents sur le territoire sont aussi concernés comme les infirmiers libéraux ou encore les médecins libéraux. Ces différents acteurs peuvent aider le SAD dans la prise en charge de ses bénéficiaires en assurant une meilleure continuité des parcours de santé et en évitant les ruptures de ces derniers. Cela peut contribuer par la même occasion à décroiser l'hébergement collectif et le domicile (Cour des comptes, 2021).

La réforme des SAD permet ainsi de renforcer la visibilité et le positionnement de l'établissement en tant qu'acteur majeur du bassin de santé muretain. D'autant plus que l'offre de prise en charge de l'établissement est parfois méconnue sur le territoire notamment par les usagers. Dès lors, le projet s'inscrit dans la politique institutionnelle de l'établissement.

Le projet s'inscrit aussi dans la gouvernance de l'établissement. De fait, la démarche de communication et d'information est également présente dans les différentes instances de l'établissement et notamment le conseil de surveillance. En effet, il est important que le directeur tienne informés les représentants des collectivités territoriales. Les représentants des usagers en sont informés par la même occasion. Cette démarche doit toutefois être mesurée en fonction du degré d'avancement dans la mise en place de la réforme.

Au-delà des démarches de communication et d'information dans la conduite du projet, ce dernier revêt également une dimension stratégique nécessaire à la mise en place de la réforme. La détermination de cette dimension incombe au directeur.

3.3 La dimension stratégique de la conduite du projet

La dimension stratégique de la conduite du projet se retrouve dans la concertation entre les établissements également concernés par la réforme représentant une démarche essentielle à la mise en œuvre du projet (3.3.1). La réalisation du projet est aussi conditionnée par le rapprochement de l'établissement du SSIAD vers le ou les potentiels partenaires (3.3.2). Enfin, l'efficacité de la mise en place du projet dépend notamment de la relation entre le directeur et l'ARS (3.3.3).

3.3.1 La concertation entre établissements concernés par la réforme : une démarche essentielle à la mise en place du projet

Si le développement de la collaboration avec les différents acteurs de santé de proximité est capital à la mise en place de la réforme, la concertation avec des établissements directement concernés par la réforme est indispensable à sa réalisation.

En effet, le directeur peut également être à l'origine d'une dynamique de concertation entre directeurs d'établissements disposant de SSIAD. Celui-ci peut notamment s'appuyer sur son réseau partenarial. Les SSIAD concernés peuvent aussi bien être publics hospitaliers ou privés associatifs. Le partage d'informations et l'échange des pratiques entre des structures publiques et privées associatives sont susceptibles de constituer des pistes d'amélioration intéressantes pour ces deux types de structures. Ces dernières peuvent s'inspirer des pratiques d'un secteur différent dans l'objectif constant de répondre aux besoins des usagers vivant à domicile en leur délivrant des soins de qualité.

De manière générale, les pratiques et les informations partagées lors de ces concertations peuvent porter sur des choix de mise en place de la réforme comme un accompagnement juridique ou encore sur des informations concernant les formations professionnelles. De plus, chaque directeur peut faire part de son état d'avancement dans la réforme ainsi que de ses perspectives de rapprochement avec un ou plusieurs SAAD. Ce temps de concertation est également l'occasion de partager les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la réforme notamment liées à l'accompagnement au changement des professionnels. Ces concertations se traduisent par l'organisation de réunions, la planification d'appels téléphoniques ou de visioconférences.

En outre, le directeur peut également être accompagné du personnel d'encadrement lors de ces temps d'échanges. Cela permet à ces professionnels, notamment aux IDEC, de se rencontrer et de pouvoir partager leurs problématiques quotidiennes. Ces derniers sont aussi en mesure d'échanger sur l'utilisation de logiciels facilitant l'organisation des activités de soins. Le cahier des charges de la réforme des SAD prévoit la mise en place d'outils de coordination, précédemment cités. Cette préparation peut également faire l'objet de discussions entre IDEC.

Ces concertations peuvent constituer des pistes de solution dans la mise en place de la réforme pour les directeurs mais aussi pour le personnel d'encadrement. La dimension stratégique de la conduite du projet implique aussi un nécessaire rapprochement du directeur vers le ou les potentiels partenaires dans le cadre de la réforme.

3.3.2 Le nécessaire rapprochement de l'établissement vers le ou les potentiels partenaires

Une fois l'identification des potentiels partenaires d'aide et d'accompagnement réalisée par le directeur, celui-ci peut choisir de rentrer en contact avec ces derniers. Cela peut se matérialiser par l'envoi de courriers ou de courriels aux différents gestionnaires. Cette démarche peut conduire au rapprochement des structures. Dans le cas du CHM, un rapprochement a été engagé avec un SAAD de la fonction publique territoriale. Les deux structures ont eu l'occasion d'échanger à plusieurs reprises. Ainsi, la planification de plusieurs temps d'échanges est nécessaire au rapprochement progressif des services. Le directeur en charge du projet est accompagné du directeur général de l'établissement, ce qui est le cas pour le CHM. Ce binôme, représentant la direction de l'établissement, est essentiel à ce rapprochement. En effet, la présence du directeur général vise à appuyer les décisions du directeur.

De plus, il est important que ces échanges portent sur des questions primordiales concernant le rapprochement dans le cadre de la réforme. Préalablement à ces questions, chaque établissement peut aborder son contexte.

Ensuite, les échanges entre direction se portent sur l'engagement de l'établissement dans la réforme, la perception de celle-ci par les responsables, leur compréhension respective. La question du périmètre d'intervention sur le territoire est nécessairement traitée. Les projections dans la réforme et notamment le choix du type de rapprochement seront également abordées mais dans un second temps. De fait, il est important de laisser du temps à chaque structure afin de pouvoir informer leur personnel ainsi que les membres de leur organe de gouvernance. La question de la place du politique, abordée précédemment, est également primordiale en cas de rapprochement avec un SAAD public faisant partie de la fonction publique territoriale. Il est notamment intéressant de connaître les points de vue des élus avant de décider des modalités de rapprochement.

Ces premiers échanges permettent au directeur d'éclairer sa réflexion concernant le choix de l'outil de rapprochement. Il est amené à se questionner sur la manière de gérer l'activité de soins, c'est-à-dire s'il souhaite maintenir l'indépendance de l'activité ou s'il opte plutôt pour un rapprochement intégratif avec un ou d'autres organismes gestionnaires. Le souhait d'exercer de manière indépendante exclut les structures de coopération telles que le GCSMS, la fusion ou encore le transfert d'activité. Suivant ses objectifs et les contraintes de l'établissement, il peut déterminer l'opération la plus adaptée et notamment le choix de la gouvernance. La décision de l'opération juridique inclut également le choix des plans fiscal et financier qui nécessite une vigilance particulière suivant le type de rapprochement. Le choix se fait également en fonction des risques et des effets éventuels notamment sur les professionnels tout en gardant comme objectif l'amélioration de l'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Mais la décision de l'opération appartient aux responsables des structures souhaitant se rapprocher dans le cadre de la réforme des SAD.

La relation entre les autorités locales et le directeur est ainsi nécessairement impliquée dans la dimension stratégique de la conduite du projet afin de garantir une mise en place du projet efficiente.

3.3.3 L'accompagnement essentiel de l'ARS et du Conseil départemental dans la mise en place du projet

Le directeur doit également pouvoir trouver un appui dans la conduite du projet grâce au rôle de l'ARS, autorité de tutelle des établissements de santé. Il doit être en capacité de rendre ce projet efficient tout en répondant à la stratégie régionale de l'ARS inscrite dans le projet régional de santé (PRS) en cohérence avec la stratégie nationale de santé.

L'ARS détient un rôle important dans l'accompagnement de la mise en place de la réforme des SAD en tant que pilote de l'offre de santé à l'échelle régionale et infrarégionale avec les délégations départementales. Dans ce contexte, le travail de l'ARS consiste aussi à renforcer le maillage territorial en SSIAD en partant uniquement des autorisations présentes afin de répondre aux besoins en soin de certains usagers qui ne peuvent pas en bénéficier.

Ainsi, l'ARS est chargée de l'orientation des organismes gestionnaires, notamment les SSIAD, et de répondre à leurs interrogations car elle dispose d'une vue d'ensemble sur l'offre territoriale d'aide et de soins. Elle constitue une « source de renseignements et d'informations » essentielle. Le directeur peut être amené à contacter l'ARS régulièrement pour s'y référer et éclairer ses décisions ce qui permet dans le même temps de « montrer que le SSIAD est bien présent sur le secteur en lui offrant une meilleure visibilité » (BOUDVIN V. et al., 2022). De cette façon, la communication régulière entre ces deux partenaires est également un moyen de renforcer le positionnement de l'établissement sur le territoire.

Au-delà des échanges exclusifs avec le directeur, l'ARS peut également être sollicitée par les potentiels partenaires de rapprochement dans le cadre de la réforme. Elle peut être présente lors des échanges entre les acteurs de l'aide et du soin et peut apporter des pistes de solution face aux multiples contraintes de chacune des structures. Les partenaires, s'ils rencontrent des difficultés de rapprochement, peuvent aussi demander des marges de manœuvre afin de répondre au cahier des charges de la réforme tout en adaptant les modalités de rapprochement à leurs problématiques. Par exemple, celles-ci peuvent se traduire par la difficulté de faire adhérer une commune au projet dans le cas où cette dernière n'est pas comprise dans le périmètre d'intervention du SAAD mais uniquement dans celui du SSIAD. Les réticences des membres des organes de gouvernance à perdre leur indépendance sur les décisions constituent également une problématique pouvant faire l'objet de négociations au cours de la mise en œuvre de la réforme. Ainsi, l'ARS peut être facilitatrice de l'adhésion de certains acteurs du territoire concernés par la réforme.

En outre, elle peut être sollicitée dans le cadre d'allocation de crédits non reconductibles permettant par exemple aux directeurs de demander un accompagnement juridique dans la mise en place de la réforme, aspect pouvant grandement complexifier le rapprochement entre les services d'aide et de soins.

Par ailleurs, la réforme des SAD n'implique plus un pilotage unique des activités de soin par l'ARS. De fait, le Conseil départemental, initialement régulateur de l'offre des SAAD, autorise conjointement avec l'ARS la constitution des services en SAD mixte. Les Conseils départementaux ont également un rôle de suivi majeur dans la réalisation de la réforme des SAD. Avec l'ARS, ils ont aussi pour rôle d'accompagner les SSIAD n'ayant aucun projet de rapprochement et veillent à éviter des ruptures de prise en charge. Ainsi, leur objectif est aussi d'éviter les « zones blanches », c'est-à-dire les zones non concernées par une autorisation de SAD mixte.

La conduite du projet par le directeur est donc conditionnée par sa collaboration avec les autorités locales compétentes que sont l'ARS et le Conseil départemental.

Conclusion

S'inscrivant dans un contexte de nécessaire restructuration de l'offre médico-sociale à domicile faisant l'objet des politiques publiques, la réforme des SAD constitue une réponse simplifiée et davantage coordonnée aux besoins des usagers vivant à domicile qui ne cessent de s'accroître. Si la complémentarité de ces services peut être assurée par leur rapprochement, modalité privilégiée par les pouvoirs publics, celui-ci peut révéler des difficultés opérationnelles notamment du côté des SSIAD. En effet, il incombe à ces services de soins de se rapprocher d'une ou plusieurs activités d'aide et d'accompagnement afin de constituer un SAD mixte. Ces démarches peuvent être confrontées à de multiples contraintes internes et externes impactant l'engagement des SSIAD dans cette réforme : des limites à la fois inhérentes aux problématiques de terrain des services à domicile mais également des contraintes liées aux conséquences d'un tel rapprochement.

Toutefois, l'engagement de ces services de soins peut être favorisé par des leviers notables permettant ainsi aux SSIAD de répondre à leur obligation induite par la réforme.

Cette étude a permis de mettre en évidence le rôle décisif et stratégique du directeur dans la mise en place d'un tel projet. S'il est important que le directeur procède à une analyse du projet, il lui revient également de préparer son évaluation une fois celui-ci mis en œuvre. Ce dernier impulse une dynamique de communication et d'information à l'aide du personnel d'encadrement. Cela constitue également une démarche fondamentale dans l'accompagnement au changement de l'équipe du SSIAD. Au-delà de cette dynamique interne au service, le directeur doit être aussi à l'origine d'une synergie entre les acteurs de santé de proximité. « Il doit s'inscrire dans une démarche collective, et coopérer, c'est-à-dire participer à une œuvre commune avec les différents partenaires précédemment identifiés » (BOUDVIN V. et al., 2022).

Enfin, il ressort de cette expérience professionnelle que le directeur doit parvenir à se placer en accompagnateur de l'amont à l'aval d'un projet afin d'impulser les dynamiques de changement et ainsi de répondre au mieux aux objectifs des réformes à venir.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Journal officiel, n°0301 du 29 décembre 2015

LOI n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. Journal officiel, n°0299 du 24 décembre 2021

DÉCRET n°2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile. Journal officiel, n°0163 du 16 juillet 2023

LOI n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie. Journal officiel, n°0083 du 9 avril 2024

Article L.445-1 du code général de la fonction publique, *[L. n°83-634 du 13 juill. 1983, art. 14 ter, al. 1^{er}.]*

DÉCRET n°2023-1431 du 30 décembre 2023 relatif au temps consacré au lien social concourant à prévenir la perte d'autonomie mentionné à l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles. Journal officiel, n°0304 du 31 décembre 2023

Article D.312-4 du code de l'action sociale et des familles, modifié par décret n°2023-608 du 13 juillet 2023 – art. 1

Article 261 du code général des impôts, modifié par décret n°2024-496 du 30 mai 2024 – art. 1

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, Plan solidarité grand âge 2007-2012, Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Texte non paru au Journal officiel

Rapports administratifs

ADMR, Quels enseignements tirer de la crise COVID-19 afin d'adapter les services d'accompagnement à domicile et améliorer la qualité de vie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap [en ligne]. [Consulté le 7 août 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-03/RESULT_ACT_INN_admr_rapport_enseignements_a_tirer_de_la_crise_covid-19_pour_adapter_les_saad_et_ameliorer_la_qualite.pdf

AGEFIPH, Tableau de bord PRITH Occitanie [en ligne]. [Consulté le 13 août 2024] Disponible à l'adresse : <https://www.agefiph.fr/sites/default/files/medias/fichiers/2021-02/Tableau%20de%20bord%20PRITH%20Occitanie%202020%20-%20version%20définitive%20%281%29%20%281%29.pdf>

ANFH, Le Centre de Ressources Territorial [en ligne]. [Consulté le 19 août 2024] Disponible à l'adresse : https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/presentation_crt.pdf

BROUSSY L., L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : ANNEE ZERO ! [en ligne]. [Consulté le 15 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Broussy.pdf

COUR DES COMPTES, Les services de soins à domicile : Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins [en ligne]. [Consulté le 29 juillet 2024] Disponible à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-services-de-soins-domicile>

DGCS, Rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations menées sur les SPASAD intégrés [en ligne]. [Consulté le 15 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2020-01/RAP_ETAPE_SPASAD%20INTEGRES%20%282019%29.pdf

IGAS, Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire. Se sentir chez soi où que l'on soit [en ligne]. [Consulté le 22 août 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.fhf.fr/sites/default/files/2024-04/2023-014r_-_rapport-2.pdf

LIBAULT D., Rapport de Concertation Grand âge et autonomie [en ligne]. [Consulté le 10 juillet 2024] Disponible à l'adresse : <https://solidarites.gouv.fr/remise-du-rapport-libault-sur-la-concertation-grand-age-et-autonomie>

LIBAULT D., Vers un service public territorial de l'autonomie [en ligne]. [Consulté le 30 juillet 2024] Disponible à l'adresse : <https://handicap.gouv.fr/vers-un-service-public-territorial-de-lautonomie-dominique-libault-remet-son-rapport-au>

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE sous la direction de CHEVREUL K., Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants [en ligne]. [Consulté le 19 août 2024] Disponible à l'adresse : <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>

Articles de presses

RABEUX C., 2023, « Le projet de décret sur les services autonomie leur attribue un rôle de vigie », Hospimedia, disponible à l'adresse :

https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20230615-aide-a-domicile-le-projet-de-decret-sur?utm_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20230615-aide-a-domicile-le-projet-de-decret-sur&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged

RABEUX C., 2024, « Le titre professionnel de responsable coordonnateur de service au domicile est renouvelé », Hospimedia, disponible à l'adresse :

https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20240829-ressources-humaines-le-titre-professionnel-de-responsable-coordonnateur?utm_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20240829-ressources-humaines-le-titre-professionnel-de-responsable-coordonnateur&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged

JEROME B., 2022, « Soins à domicile : la France n'a pas encore pris le « virage », pour la Cour des comptes », Le Monde, disponible à l'adresse :

https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/01/24/soins-a-domicile-la-france-n-a-pas-encore-pris-le-virage-pour-la-cour-des-comptes_6110714_3224.html

LECLERC A., 2024, « L'aide à domicile, un secteur à bout, miné par le sous-financement, la précarité des emplois et les pénuries de personnel », Le Monde, disponible à l'adresse :

https://www.lemonde.fr/economie/article/2024/05/21/sous-financement-structurel-precarite-des-emplois-et-penuries-de-personnel-le-secteur-de-l-aide-a-domicile-est-a-bout_6234534_3234.html#:~:text=Conditions%20de%20travail-

[,L'aide%20à%20domicile%2C%20un%20secteur%20à%20bout%2C%20miné,d'ici%20à%20trente%20ans.](#)

Travaux d'étudiants

BOUDVIN V. et al., 2022, La méconnaissance des SSIAD : la réforme des services à domicile est-elle un début de réponse ?, Paris, Mémoire Infirmier Référent et Coordinateur en EHPAD et en SSIAD (IRCO), Université Paris Cité, 30 p.

DARIOS M., 2007, Pour un management au service d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Mobiliser et encadrer les acteurs, Rennes, Mémoire Directeur d'établissement sanitaire et social public, ENSP, 62 p.

DROUET M., 2022, L'EHPAD à domicile : vers un nouveau paradigme dans le secteur médico-social, Rouen, Mémoire de Master 2 Management des organisations sanitaires et médico-sociales (MOSMS)-option médico-sociale, Université de Rouen, 63 p.

ERGAND P., 2007, Le management par projet : un atout pour accompagner le changement. L'élaboration du projet social de l'Institut National des Jeunes Sourds de Paris, Rennes, Mémoire Directeur d'établissement social et médico-social public, ENSP, 56 p.

Guides méthodologiques

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2024, La fusion entre sociétés commerciales. [en ligne].[Consulté le 30 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.anap.fr/s/?t=1725026923477>

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2024, L'essentiel sur le GCSMS. Quelle utilisation dans la réforme des services autonomie à domicile ? [en ligne]. [Consulté le 30 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.anap.fr/s/?t=1725026923477>

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2024, La convention de successeur. [en ligne]. [Consulté le 30 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.anap.fr/s/?t=1725026923477>

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2024, L'apport partiel d'actifs entre sociétés commerciales. [en ligne]. [Consulté le 30 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.anap.fr/s/?t=1725026923477>

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2024, La gouvernance des opérations de rapprochement. [en ligne]. [Consulté le 30 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.anap.fr/s/?t=1725026923477>

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2024, Les aspects RH des rapprochements. [en ligne]. [Consulté le 30 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.anap.fr/s/?t=1725026923477>

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2024, Les outils de coordination. [en ligne]. [Consulté le 7 août 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.anap.fr/s/?t=1725026923477>

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2024, La fiscalité des opérations de rapprochement. [en ligne]. [Consulté le 7 août 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.anap.fr/s/?t=1725026923477>

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2024, La fiscalité des SAD. [en ligne]. [Consulté le 7 août 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.anap.fr/s/?t=1725026923477>

DGCS, mars 2023, Construction d'une offre territoriale de services autonomie à domicile. Éléments de méthode, 31 p.

GOUVERNEMENT, avril 2024, Notice explicative du décret n°2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile. [en ligne]. [Consulté le 29 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2024-04/Complement-notice-information-services-autonomie-a-domicile-avril-2024.pdf>

GOUVERNEMENT, septembre 2023, Notice explicative du décret n°2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile. [en ligne]. [Consulté le 29 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-09/FAQ%20notice%20informations%20Service%20autonomie%20domicile.pdf>

GOUVERNEMENT, décembre 2023, Complément / Foire aux questions du décret n°2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile. [en ligne]. [Consulté le 29 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2024-01/Complement-FAQ-Services-autonomie-a-domicile-Decembre-2023.pdf>

Sites internet

ANNUAIRE ACTION SOCIALE, [en ligne]. [Consulté le 13 août 2024]. Disponible à l'adresse : <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/service-prestataire-d-aide-a-domicile--s-a-d---460/rgn-midi-pyrenees.html>

ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS, [en ligne]. [Consulté le 18 août 2024]. Disponible à l'adresse : <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/les-conventions-de-cooperation/>

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'HÉRAULT, [en ligne]. [Consulté le 14 août 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://mda.herault.fr/cms_viewFile.php%3Fidtf%3D9839%26path%3DListe-de-Services-d-Aide-a-Domicile-Herault.pdf&ved=2ahUKEwjpx-X0-pyIAxXmUaQEHBkWPVkJQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw2JHGpbNMHbjqMVI4bJDVF

CNSA, [en ligne]. [Consulté le 13 août 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.cnsa.fr/budget-et-financement/modeles-tarifaires/reforme-du-financement-des-ssiad-et-des-sad-mixtes>

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, [en ligne]. [Consulté le 30 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/le-handicap-en-chiffres-edition-2023#:~:text=En%202021%2C%206%2C8%20millions,d'un%20probl%C3%A9me%20de%20sant%C3%A9.>

FRANCE STRATÉGIE, [en ligne]. [Consulté le 13 août 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.strategie.gouv.fr/publications/rapport-conseil-de-lage-recours-agees-vulnerables-aux-emplois-services-daide-domicile>

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES, [en ligne]. [Consulté le 3 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES, [en ligne]. [Consulté le 3 juillet 2024] Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7716002#onglet-1>

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. [en ligne]. [Consulté le 15 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites.gouv.fr/reforme-de-loffre-des-services-domicile>

SÉNAT, [en ligne]. [Consulté le 13 août 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/seances/s202401/s20240131/s20240131016.html>

Ouvrage

M. CROZIER et E. FRIEDBERG, L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective, Editions du Seuil, 1977

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau des enquêtés

Annexe 2 : Guides d'entretien

Annexe 3 : Grille d'analyse des entretiens

Annexe 4 : Cartographie de l'ARS Occitanie – Répartition des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) en Occitanie

Annexe 5 : Cartographie de l'ARS Occitanie – Répartition des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en Haute-Garonne

Annexe 1 : Tableau des enquêtés

	Type d'établissement	Fonction occupée	Durée de l'entretien
Entretiens individuels <i>Réalisé le 2 mai 2024</i>	Conseil départemental de la Haute-Garonne	Directrice Accompagnement par les établissements et services personnes âgées / personnes en situation de handicap	40 minutes
<i>Réalisé le 17 mai 2024</i>	CHM	Cadre de santé de l'unité de soins de longue durée, de l'accueil de jour Alzheimer et du SSIAD	50 minutes
<i>Réalisé le 27 mai 2024</i>	CHM	Cadre supérieure de santé	45 minutes
<i>Réalisé le 31 mai 2024</i>	CHM	Aide-soignante du SSIAD	45 minutes
<i>Réalisé le 6 mai 2024</i>	CH A	Directeur général	55 minutes
<i>Réalisé le 30 mai 2024</i>	CH B	Cadre supérieur de santé	40 minutes
<i>Réalisé le 6 juin 2024</i>	CH C	IDEC du SSIAD	40 minutes

<i>Réalisé le 6 juin 2024</i>	CH D	Directrice des services économiques et logistiques	45 minutes
<i>Réalisé le 14 juin 2024</i>	CH E	Directrice des opérations	45 minutes
<i>Réalisé le 3 juin 2024</i>	EHPAD A (public)	Directrice	50 minutes
<i>Réalisé le 9 juillet 2024</i>	EHPAD B (privé associatif)	Directrice	45 minutes
<i>Réalisé le 1^{er} juillet 2024</i>	EHPAD C (public)	Cadre de santé pôle domicile	1 heure
<i>Réalisé le 1^{er} juillet 2024</i>	SAAD A (privé associatif)	Responsable de secteur	45 minutes
<i>Réalisé le 4 juillet 2024</i>	SAAD B (public territorial)	Directrice et élue	1 heure
Entretien collectif	ARS Occitanie	Cadre référent parcours inclusif personnes âgées et cadre référente parcours inclusif personnes âgées à domicile	1 heure et 5 minutes

Annexe 2 : Guides d'entretien

Guide d'entretien pour les professionnels d'établissements (directeurs, cadres, IDEC, soignants) :

- Ces dernières années, quelles ont été les principales difficultés rencontrées dans le SSIAD ?
- Comment percevez-vous la réforme des SAD ?
- Selon vous, quels vont être les impacts de cette réforme ?
- Selon vous, quels sont les principaux freins de cette réforme ?
- Selon vous, quels sont les principaux leviers de cette réforme ?
- Comment envisagez-vous la future gouvernance du SAD ?
- Avez-vous eu des retours d'autres SSIAD sur leur engagement dans la réforme ?

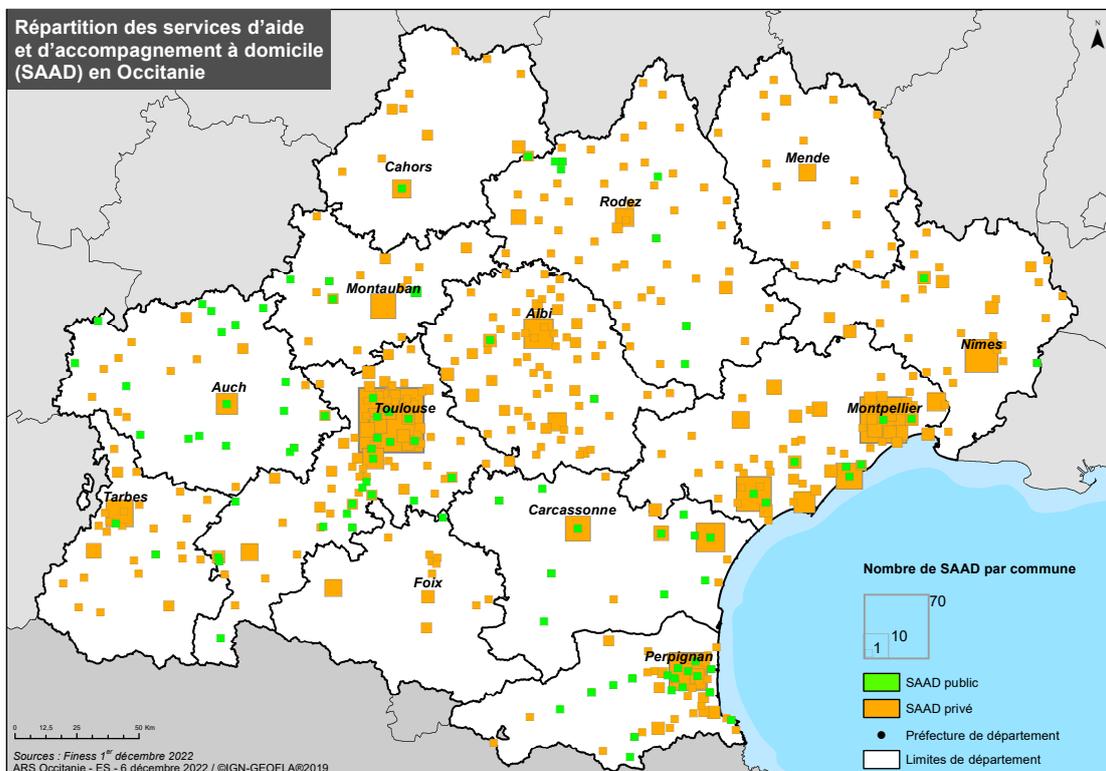
Guide d'entretien pour les représentants des autorités locales (ARS et Conseil départemental) :

- Quel est le contexte de la réforme des SAD ?
- Quel est l'objectif de la réforme ?
- Quelles difficultés de mise en place de la réforme avez-vous relevées ?
- Quels sont les principaux freins de cette réforme ?
- Quels sont les principaux leviers de cette réforme ?
- Quelles réponses apporter concernant la question du statut juridique dans le cas où les structures souhaitant se rapprocher ont des statuts juridiques différents ?
- Concernant la question du territoire, y a-t-il des solutions envisageables si les structures n'interviennent pas exactement sur le même territoire ?
- Avez-vous anticipé la question de la place du politique dans la réforme ?

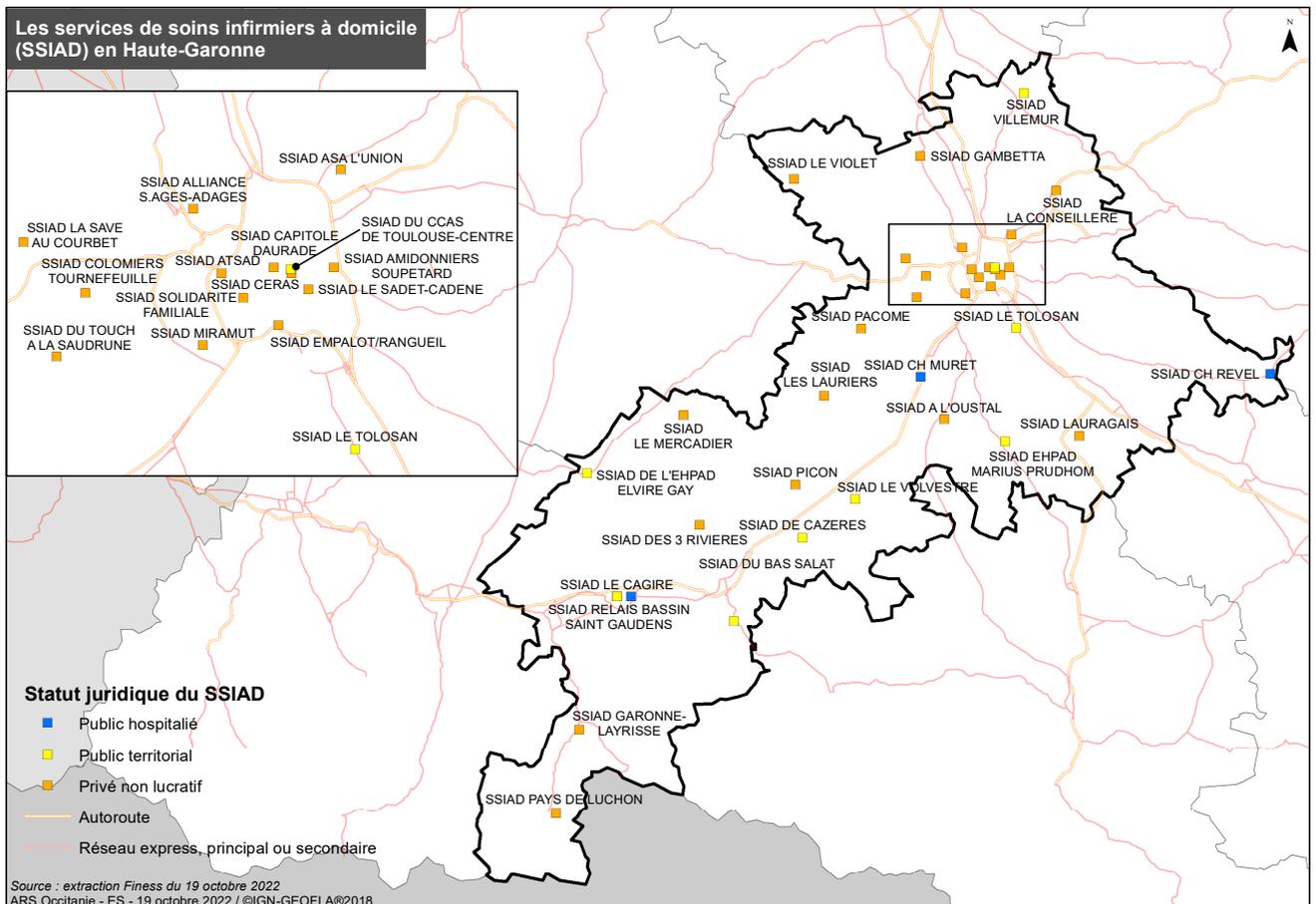
Annexe 3 : Grille d'analyse des entretiens

Entretiens Thèmes	Directrice Accompagnement Conseil départemental	Cadre de santé CHM	Cadre supérieure de santé CHM	Aide-soignante SSIAD CHM	Directeur général CH A	Cadre supérieur de santé CH B	DEC SSIAD CH C	Directrice des services économiques et logistiques CH D	Directrice des opérations CH E	Directrice EHPAD A	Directrice EHPAD B	Cadre de santé pôle domicile EHPAD C	Responsable secteur SAAD A	Directrice et élue SAAD B	Cadres référents ARS
Thème 1 : Objectifs															
Thème 2 : Réalités du terrain															
Thème 3 : Possibles Impacts															
Thème 4 : Freins															
Thème 5 : Leviers															
Thème 6 : Projection dans la gouvernance															

Annexe 4 : Cartographie de l'ARS Occitanie – Répartition des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) en Occitanie



Annexe 5 : Cartographie de l'ARS Occitanie – Répartition des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en Haute-Garonne



FORESTIER

Gabrielle

Novembre 2024

DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

LE POSITIONNEMENT DES SSIAD DANS LE CADRE DE LA RÉFORME DES SAD

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP - Université de Rennes

Résumé :

Le secteur du domicile doit évoluer afin de répondre aux besoins accrus des personnes âgées et des personnes en situation de handicap vivant à domicile. Ce changement passe par une nécessaire restructuration de l'offre domiciliaire, objectif inscrit dans les politiques publiques de transformation de l'offre médico-sociale.

Dans ce contexte, la réforme des SAD constitue une réponse simplifiée et davantage lisible. Elle vise à permettre une meilleure coordination de l'aide et du soin afin de garantir une plus grande fluidité des parcours de santé des usagers.

Mais cette réforme implique un rapprochement entre les SSIAD et les SAAD constituant une obligation pour les SSIAD. Les SAAD et les SPASAD, quant à eux, doivent uniquement se conformer au cahier des charges.

Cette étude a permis de souligner qu'au-delà des difficultés opérationnelles de mise en place de la réforme auxquelles les SSIAD sont confrontés, l'engagement de ces derniers peut être grandement limité mais également facilité par des leviers non négligeables. Cette réforme représente un enjeu considérable pour le D3S qui a un rôle décisif dans sa mise en œuvre.

Mots clés :

SAD – SSIAD – SAAD – DOMICILE – PERSONNES ÂGÉES – PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP – COORDINATION – PARCOURS DE SANTÉ – ENGAGEMENT - RAPPROCHEMENT – GOUVERNANCE

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