

Conditions du rapprochement des services à domicile et de leurs effets

Rapport final

Bernard LEDÉSERT

Médecin de Santé Publique



Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

COMMISSION :

Prises en charge et accompagnements médico-sociaux

Septembre 2025

● **Site MONTPELLIER**
135 allée Sacha Guitry
Bât A5
34070 Montpellier
04 67 69 25 03

● **Site TOULOUSE**
Faculté de Médecine
37 allées Jules Guesde
31000 Toulouse
05 61 53 11 46

SOMMAIRE

Contexte et enjeux	5
---------------------------------	----------

Objectifs.....	9
-----------------------	----------

Méthode	9
----------------------	----------

Données de cadrage.....	9
Territoires d'intervention des services à domicile.....	9
Caractérisation des territoires d'intervention des services à domicile	9
Description des collaborations actuelles entre services à domicile et des conditions de mises en œuvre de la réforme.....	10

Résultats	12
------------------------	-----------

Données de cadrage et choix des territoires d'étude	12
Données de cadrage socio démographiques	12
Sélection et caractérisation des territoires d'études	15
Le Narbonnais	16
Le Nord Aveyron	19
Tarbes-Lourdes-Vallée des Gaves.....	21
Description des collaborations actuelles entre services à domicile et des conditions de mises en œuvre de la réforme.....	24
Bilan des rencontres et des réponses obtenues.....	24
Services de soins infirmiers à domicile	24
Services d'aide et d'accompagnement à domicile	24
Autres interlocuteurs	25
État d'avancement de la réforme	25
Accueil et organisation de l'accompagnement	28
À l'admission.....	28
En cours d'accompagnement	29
En fin d'accompagnement	30
Les collaborations avec les professionnels intervenants à domicile	31
Les collaborations entre SSIAD et SAAD	31
Les collaborations avec les professionnels de santé	34
Avec les médecins.....	34
Avec les infirmières libérales.....	35
Avec les masseurs kinésithérapeutes.....	35
Avec l'hospitalisation à domicile (HAD)	36
Avec les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)	36
Les collaborations avec les autres acteurs du territoire	36
Les outils partagés	36
Les éléments qui facilitent les collaborations entre les services.....	38

Les éléments qui freinent les collaborations entre les services	39
Les perceptions des acteurs vis-à-vis de la réforme	40
Les effets potentiels sur la couverture du territoire	45
Synthèse.....	46
Annexes.....	48
Grilles d’entretien	48
Lettre de mission	50

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, un processus de réforme du financement et de l'organisation des services d'aide à domicile a été engagé.

Un premier volet a porté sur les modalités de financement de ces services avec l'instauration puis la revalorisation d'un tarif plancher pour la valorisation, par les départements, des plans d'aide auprès des bénéficiaires de ces services qu'ils soient ou non habilités à accompagner des bénéficiaires de l'aide sociale. Il a également permis, pour les services bénéficiaires d'un CPOM, de financer des actions d'amélioration de la qualité du service rendu et des conditions de vie au travail des professionnels. D'autres évolutions tarifaires sont envisagées afin de prendre en compte le niveau de perte d'autonomie des personnes accompagnées.

Le deuxième volet a été engagé par la publication du décret du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile. Il a lancé un processus de restructuration du secteur, prévu initialement sur une durée de deux ans (jusqu'au 30 juin 2025). Ce processus de restructuration est basé sur le rapprochement des services déjà existants (Services d'aide et d'accompagnement à domicile – SAAD, les services de soins infirmiers à domicile – SSIAD et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile – SPASAD) pour former une catégorie unique de services, les services autonomie à domicile (SAD). L'objectif poursuivi est de faciliter la coordination entre les différents acteurs intervenant auprès de la personne accompagnée et de créer des passerelles entre les structures d'aide et les structures de soins. Ce qui est ainsi recherché :

- *« une réponse plus complète aux besoins des personnes, avec la reconnaissance des missions des services en termes de prévention, de repérage des fragilités, de soutien aux aidants mais aussi de repérage et de lutte contre la maltraitance ;*
- *une simplification des démarches au quotidien avec un interlocuteur unique chargé d'organiser la réponse aux besoins d'aide et de soins des personnes. Les services autonomie deviennent la porte d'entrée unique pour l'utilisateur ;*
- *une coordination renforcée entre les professionnels de l'aide et du soin pour améliorer la qualité de l'accompagnement »¹.*

Les SAD ainsi mis en place assurent une activité d'aide et d'accompagnement à domicile et proposent une réponse aux éventuels besoins de soins des personnes accompagnées :

1. soit en assurant eux-mêmes une activité de soins à domicile (SAD mixtes) ;
2. soit en organisant une réponse aux besoins de soins avec d'autres services ou professionnels assurant une activité de soins à domicile, le cas échéant par le biais de conventions (SAD aide).

¹ Notice explicative du décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile – ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées – septembre 2023

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette réforme :

- les SAAD et SPASAD existants sont réputés autorisés comme SAD (SAD aide pour les premiers et SAD mixtes pour les seconds) pour la durée restant à courir de leur autorisation. Ils doivent cependant se conformer au nouveau cahier des charges prévu par le décret du 13 juillet 2023 d’ici, initialement, le 30 juin 2025 ;
- les SAAD qui veulent assurer eux-mêmes une activité de soins doivent présenter une demande d’autorisation à la fois auprès de l’ARS et du conseil départemental. Si cette demande porte sur la même catégorie de bénéficiaires, elle peut être déposée à tout moment en dehors d’une procédure d’appel à projet et le service être ainsi reconnu comme SAD mixte ;
- les SSIAD disposaient initialement d’un délai de 2 ans (jusqu’au 30 juin 2025) pour demander une autorisation comme services autonomie à domicile auprès de l’ARS et du conseil départemental. Ce délai a été porté à 2 ans et demi (jusqu’au 31 décembre 2025) à la suite de l’adoption de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l’autonomie. Cette demande peut se faire à tout moment en dehors des procédures d’appel à projet. Cette transformation des SSIAD en SAD mixtes peut se faire :
 1. soit en s’adjoignant une activité d’aide à domicile ;
 2. soit en fusionnant ou en se regroupant avec un ou plusieurs SAD.

Au-delà de cette date limite, les autorisations des SSIAD qui n’auront pas déposé de demande d’autorisation comme SAD seront réputées caduques.

Bien que le décret porte sur l’ensemble des services d’aide à domicile, nous proposons de nous concentrer sur les services proposant des prestations aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, à l’exclusion des services intervenant exclusivement auprès des enfants, adolescents et jeunes majeurs relevant de l’ASE ou auprès des familles en difficulté ou sans logement (13 services dans la région).

Sur ce périmètre, on dénombre actuellement en Occitanie, en nombre de structures autorisées :

- 1 022 SAAD dont 461 pour lesquels le tarif est fixé par le président du Conseil départemental et sont habilités à l’aide sociale ;
- 254 SSIAD ;
- 3 SPASAD.

La répartition de ces structures entre les différents départements d’Occitanie est présentée page suivante.

Tableau 1. Dénombrement des services à domiciles en Occitanie

Département	SAAD	dont tarifés par le président du conseil départemental	SSIAD	SPASAD
09 – Ariège	29	5	13	
11 – Aude	54	13	12	1
12 – Aveyron	82	65	33	
30 – Gard	70	30	26	
31 – Haute-Garonne	228	53	36	
32 – Gers	41	24	15	
34 – Hérault	204	110	38	1
46 – Lot	22	14	15	
48 – Lozère	23	1	11	
65 – Hautes-Pyrénées	52	25	14	
66 – Pyrénées- Orientales	78	36	15	1
81 - Tarn	110	67	15	
82 – Tarn-et-Garonne	29	18	11	
Occitanie	1 022	461	254	3

Sources : Drees Finess 2024 – Exploitation Creai-ORS Occitanie

Ces 1 279 structures d'aide à domicile relèvent de 829 entités juridiques différentes dont 34 implantées dans 15 départements situés hors Occitanie. Plus précisément, les 254 SSIAD relèvent de 182 entités juridiques différentes et parmi eux, 12 services relèvent de 6 entités juridiques différentes implantées dans 4 départements hors Occitanie.

Parmi ces 829 entités juridiques :

- 645 gèrent uniquement un ou plusieurs SAD ;
- 144 gèrent uniquement un ou plusieurs SSIAD ;
- 1 gère uniquement un SPASAD ;
- 2 gèrent un SPASAD et un ou plusieurs SAD ;
- 37 gèrent à la fois un ou plusieurs SAAD (73 au total) et un ou plusieurs SSIAD (63 au total).

Ainsi en Occitanie, un quart des SSIAD (24,8 %) relèvent d'entités juridiques gérant également un ou plusieurs SAAD et se retrouvent donc potentiellement en possibilité de mettre en œuvre en interne les évolutions prévues par la réforme des services autonomie à domicile. À noter qu'aucun SSIAD n'est dans la même entité juridique qu'un SPASAD.

En revanche, la plupart des SSIAD – 182 soit 75,2 % – ne se trouvent adossés, au sein de leur organisme gestionnaire, avec aucun service d'aide et d'accompagnement à domicile et doivent donc, soit développer en interne cette nouvelle offre, soit se rapprocher de structure(s) existante(s) sur leur territoire pour évoluer en SAD mixtes d'ici fin 2025.

Dans le cadre de ces évolutions et en référence au cahier des charges annexé au décret du 13 juillet 2023, le Président de la Commission « Prises en charge et accompagnements médico-sociaux » de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) souhaite :

- 1) Disposer de données départementales sur les services (couvertures, différenciation des territoires SAAD/SSIAD et zone de recouvrement, taux d'équipement et de recours) ;
- 2) Éclairer les conditions requises pour que ce rapprochement fonctionne et soit bénéfique du point de vue du parcours de la personne âgée ou en situation de handicap à domicile ;
- 3) Identifier les risques de ce rapprochement sur les organisations et les parcours.

1. Objectifs

Pour répondre à cette demande, le Creai-ORS Occitanie a proposé de réaliser une étude répondant aux objectifs suivants :

- Fournir des données de cadrage régional sur le taux de recours au SSIAD ;
- Documenter à partir de 3 ou 4 monographies les conditions de mise en œuvre de la réforme, l'organisation et les résultats en termes de bénéfice organisationnel, de coopération et de réponse à la personne ;
- Identifier les points de difficultés et les éléments facilitateurs.

2. Méthode

► Données de cadrage

► Territoires d'intervention des services à domicile

Les territoires d'intervention des SSIAD ont été déterminés en compilant les données disponibles au niveau de l'ARS et de ses délégations départementales. En effet, ce territoire d'intervention est précisé au niveau des autorisations d'activité des services délivrés par l'ARS. La compilation de ces informations a permis à l'ARS d'établir une cartographie de l'offre en services infirmiers à domicile au niveau de chacun des départements d'Occitanie.

Au niveau des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) les autorisations sont délivrées par le Président du Conseil départemental. Les modalités de définition des territoires d'intervention des SAAD étant variables d'un département à l'autre, il n'est pas possible de bâtir une cartographie homogène de l'offre de SAAD sur l'ensemble de l'Occitanie. En effet, selon les cas, l'autorisation peut être accordée pour un territoire spécifique et délimité ou bien être délivrée pour l'ensemble du territoire départemental. Ainsi, la cartographie des services à domicile porte principalement sur les lieux d'implantation des SAAD.

► Caractérisation des territoires d'intervention des services à domicile

Le recensement de population de l'Insee, les données sur les prestations sociales versées par la CAF et la MSA et le Système national des données de santé (SNDS)² ont été mobilisés pour cette partie de l'étude.

² Le Creai-ORS Occitanie dispose d'un accès permanent au SNDS pour la réalisation de travaux d'intérêt public en vertu du décret n° 2021-848 du 29 juin 2021 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé « Système national des données de santé ».

Au sein des bases de données du SNDS, il est possible d'identifier la population accompagnée par un SSIAD. En mobilisant les données portant sur l'année 2023, il a été possible de déterminer le volume de population concernée par des soins dispensés par les SSIAD et sa ventilation en Occitanie par grande tranche d'âge, par département et par territoire d'intervention de SSIAD ;

Pour chacun de ces territoires (région, département, EPCI, territoire d'intervention des SSIAD), il a été possible de calculer :

- La part de la population âgée de 75 ans et plus ;
- La part de la population bénéficiaire de l'AAH ;
- Le taux de recours global aux SSIAD ;
- Le taux de recours aux SSIAD pour les 75 ans et plus.

► Description des collaborations actuelles entre services à domicile et des conditions de mise en œuvre de la réforme

Il s'agissait de :

- Documenter à partir de 3 monographies les conditions de mise en œuvre de la réforme, l'organisation et les résultats en termes organisationnel, de coopération et de coordination des services et en conséquence, de qualité de réponse à la personne ;
- Identifier les conditions favorables et les points de difficultés.

Ces monographies ont été réalisées à travers une enquête de terrain fondée sur une observation directe. Elle consiste en un recueil croisé d'entretiens. Il s'agissait non seulement de comprendre le sens donné aux réponses fournies par les différents acteurs mais aussi de comprendre la logique de travail mené avec les uns et les autres, les uns avec les autres – y compris l'absence de coopération – la connaissance et la conception qu'ont les professionnels de l'aide à domicile, la manière dont sont pris en compte les besoins des personnes, ce qu'il change pour les personnes accompagnées... Il s'agissait de réaliser des entretiens approfondis, où les points de vue, les raisons d'agir associés au contexte sont appréhendés.

Le périmètre des monographies est circonscrit au processus de mise en œuvre du rapprochement des services pour constituer un service unique et ses effets en termes de réponses, soit l'avantage perçu du fonctionnement en SAD, service unique, *versus* services distincts (SAAD, SSIAD et SPASAD) à « moyen égaux ».

Autrement dit, en quoi cette nouvelle organisation améliore-t-elle la réponse aux besoins et est en adéquation avec les objectifs recherchés par la réforme, soit une réponse complète agissant sur tous les niveaux de prévention, une simplification des démarches, une coordination renforcée.

Concernant le choix des territoires pour la réalisation de ces monographies, il s'agissait de sélectionner des territoires présentant des situations diversifiées. Les critères suivants ont été établis avec le commanditaire :

- géographiques en termes de territoires urbains et de territoires ruraux en évitant les grandes métropoles, et en combinant des territoires de plaine et des territoires de montagne ;

- d'état d'avancement de la réflexion autour de la mise en œuvre de la réforme au niveau des délégations départementales de l'ARS et des services des conseils départementaux et des habitudes de travail ensemble ;
- d'existence d'une dynamique de travail en réseau au travers de la présence d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) active sur le territoire et le développement par le dispositif d'appui à la coordination (DAC) d'actions sur les parcours pouvant inclure l'intervention de services à domicile.

Dans les territoires sélectionnés, les interlocuteurs suivants ont été ciblés pour la réalisation des monographies :

- Les services de soins infirmiers à domicile intervenant sur le territoire ;
- Les services d'aide et d'accompagnement à domicile ;
- Les représentants de la délégation départementale de l'ARS (DD-ARS) ;
- Les représentants de la direction de l'autonomie du conseil départemental (CD) ;
- les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Des grilles d'entretiens ont été élaborées, de manière distincte selon les interlocuteurs ciblés ; elles ont été soumises pour validation au commanditaire. Ces grilles d'entretien sont présentées en annexe 1.

Les prises de contact avec les différents acteurs ciblés se sont faites par courrier électronique auquel était joint une lettre de mission élaborée par la commission « Prises en charge et accompagnements médico-sociaux » de la CRSA (cf. annexe 2).

Les rencontres ont eu lieu sur site pour les SSIAD, en visio pour les DDARS et les conseils départementaux. Ces entretiens ont été enregistrés pour conforter en cas de besoin la prise de notes effectuée pendant l'entretien. Pour les SAAD, du fait de leur nombre important, le recueil d'information a été réalisé par le biais d'une enquête qualitative en ligne reprenant chaque question de la grille d'entretien.

L'ensemble des éléments collectés a été analysé et présenté lors d'une session spécifique de la commission « Prises en charge et accompagnements médico-sociaux » de la CRSA le 9 juillet 2025 accompagnés d'éléments de synthèse.

1. Données de cadrage et choix des territoires d'étude

Ces données de cadrage visent à caractériser les territoires d'intervention des services à domicile et de base pour aider au choix des territoires devant faire l'objet de l'approche par monographies. Comme indiqué dans la méthode, les données permettant de délimiter les territoires d'intervention des différents services à domicile ciblés par l'étude ne sont disponibles que pour les SSIAD et les SPASSAD. Pour les SAAD, seuls les lieux d'implantation de ces services sont disponibles mais pas leur territoire d'intervention de manière homogène sur l'ensemble de l'Occitanie.

- **Données de cadrage sociodémographiques** Les territoires d'intervention des SSIAD sont de taille très variable, allant de quelques communes rurales pour les plus petits d'entre eux à des territoires couvrant l'ensemble du territoire des plus grandes villes de la région que sont Toulouse et Montpellier et parfois au-delà de ces seules villes. Ainsi nous avons analysé les données caractérisant ces territoires de deux manières :
- En premier lieu en faisant l'analyse sur l'ensemble des territoires de SSIAD (soit 254 territoires) ;
 - En second lieu en excluant les SSIAD couvrant les deux principales villes de la région ainsi que le seul territoire de SSIAD comptant moins de 1 000 habitants (soit 14 territoires « exclus » et une analyse portant sur 240 territoires).

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des territoires des SSIAD

		Population totale	Population des 75 ans et plus	Part des 75 ans et plus	Indice de vieillissement	Nombre d'allocataires de l'AAH	Taux d'allocataires de l'AAH
Tous territoires	Minimum	447	79	6,3	51,6	12	1,7
	Maximum	542 962	36 861	24,7	432,1	13 827	12,1
	Moyenne	51 018	4 860	nc	nc	nc	nc
	Écart-type	104 813	7 449	nc	nc	nc	nc
	1 ^{er} quartile	7 874	1 210	10,7	98,0	155	3,1
	Médiane	17 436	2 230	13,4	135,5	383	4,1
	3 ^e quartile	40 267	4 796	15,3	180,3	841	5,5
Hors extrêmes	Minimum	1 620	230	6,3	51,6	21	1,7
	Maximum	217 060	22 826	24,7	432,1	5 576	12,1
	Moyenne	27 383	3 309	nc	nc	nc	nc
	Écart-type	32 182	3 688	nc	nc	nc	nc
	1 ^{er} quartile	7 704	1 153	11,3	103,3	150	3,1
	Médiane	14 684	2 068	13,6	139,2	341	4,1
	3 ^e quartile	36 216	4 054	15,3	180,9	733	5,6

nc : non calculable. Le calcul de la moyenne (et de l'écart-type) de plusieurs parts, indices ou taux ne produit pas d'indicateurs valides.

Sources : Insee RP 2022, Cnaf-CCMSA décembre 2023 – Exploitation Creai-ORS Occitanie

Ainsi en 2022, la population des territoires des SSIAD varie entre 447 habitants et 542 962 habitants (entre 1 620 et 217 060 habitants hors extrêmes). En moyenne, ces territoires comptent un peu plus de 51 000 habitants. Cette moyenne n'est plus que de 27 383 habitants quand on ne tient pas compte des 14 territoires présentant les valeurs les plus extrêmes. La valeur de l'écart type permet de décrire la dispersion des valeurs autour de la moyenne : plus elle est élevée, plus il y a de variabilité dans les valeurs observées. Avec un écart-type de près de 105 000 habitants soit plus de deux fois la moyenne, la dispersion des valeurs autour de la moyenne est particulièrement importante. Quand on ne tient pas compte des valeurs extrêmes, cet écart-type n'est plus que de 32 182 soit encore 1,2 fois la moyenne, signant une dispersion qui reste importante. Un quart des SSIAD intervient dans des territoires présentant moins de 7 874 habitants (1^{er} quartile), la moitié dans des territoires comptant moins de 17 436 habitants (médiane) et un quart des territoires où le nombre d'habitants est supérieur à 40 267 (3^e quartile).

Concernant le nombre des personnes âgées de 75 ans et plus, on constate qu'il varie entre 79 et 36 861 (230 et 22 826 hors territoires extrêmes). En moyenne, le nombre de personnes âgées par territoire de SSIAD est de 4 860 avec toujours une variabilité importante illustrée par un écart-type de 7 449 ; hors territoires extrêmes, la moyenne est de 3 309 personnes âgées de 75 ans et plus ($\pm 3\,688$)³. Dans un quart des territoires, il y a moins de 1 210 personnes âgées de 75 ans et plus, dans la moitié, moins de 2 230 et dans un quart, plus de 4 796 (ces valeurs sont respectivement de 1 153, 2 068 et 4 054 hors territoires extrêmes).

La part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population est également variable entre les territoires, prenant des valeurs allant de 6,3 % à 24,7 % (mêmes valeurs hors territoires extrêmes). Dans un quart des territoires, la part de ces personnes dans la population est inférieure à 10,7 %, dans la moitié, inférieure à 13,4 % et dans un quart supérieure à 15,3 % (respectivement 11,3 %, 13,6 % et 15,3 % hors territoires extrêmes).

L'indice de vieillissement correspond au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans dans un territoire. Ainsi, plus la valeur de l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus elle est élevée plus il est favorable aux personnes âgées. Au niveau de l'Occitanie, l'indice de vieillissement est de 106,7 et il est de 87,5 sur l'ensemble de la France hexagonale. Parmi les territoires des SSIAD, cet indice varie entre 51,6 et 432,1 (mêmes valeurs hors territoires extrêmes). Dans un quart des territoires, cet indice est inférieur à 98,0, dans la moitié, inférieur à 135,5 et dans un quart supérieur à 180,3. Hors territoires extrêmes, ces valeurs restent presque les mêmes : 103,3, 139,2 et 180,9 respectivement.

On compte entre 12 et 18 827 allocataires de AAH dans les territoires des SSIAD (entre 21 et 5 576 hors territoires extrêmes). En moyenne, le nombre d'allocataires de l'AAH est de 1 301 avec une forte variabilité ($\pm 2\,832$) ; hors territoires extrêmes, le nombre moyen d'allocataires de l'AAH est de 661 (± 928). Dans un quart des territoires, on dénombre moins de 155 allocataires de l'AAH, dans la moitié, moins de 383 et dans un quart, plus de 841 (respectivement 150, 341 et 733 hors territoires extrêmes). Rapporté à la population des adultes de 20 à 64 ans, le taux d'allocataires de l'AAH varie de 1,7 allocataire pour 100 habitants de 20 à 64 ans à 12,1 % (mêmes valeurs hors territoires extrêmes). Dans un quart des territoires sont dénombrés moins de 3,1 allocataires

³ La valeur de l'écart-type est usuellement présentée sous la forme d'un nombre précédée du signe $\pm$

pour 100 habitants de 20 à 64 ans, dans la moitié, moins de 4,1 et dans un quart plus de 5,5. Hors territoires extrêmes, ces seuils sont quasi identiques.

Tableau 3. Nombre et de taux de personnes accompagnées en SSIAD

		Nombre de séjours		Nb de personnes accompagnées		Taux de séjours		Taux de prise en charge	
		Tous âges	75 ans et plus	Tous âges	75 ans et plus	Tous âges	75 ans et plus	Tous âges	75 ans et plus
Tout territoires	Minimum	12	11	9	8	1,5	9,1	1,3	7,9
	Maximum	1 205	960	876	694	44,7	189,9	40,3	164,6
	Moyenne	166	138	132	109	nc	nc	nc	nc
	Écart-type	235	186	177	137	nc	nc	nc	nc
	1 ^{er} quartile	57	48	48	40	3,0	24,8	2,5	20,0
	Médiane	87	74	74	62	5,3	34,2	4,3	28,6
	3 ^e quartile	142	122	118	99	7,8	51,4	6,4	41,8
Hors extrêmes	Minimum	12	11	9	8	1,5	9,1	1,3	7,9
	Maximum	865	690	586	466	24,8	139,1	19,5	119,1
	Moyenne	118	101	95	81	nc	nc	nc	nc
	Écart-type	118	98	86	71	nc	nc	nc	nc
	1 ^{er} quartile	56	47	47	40	3,5	24,9	3,1	21,0
	Médiane	84	70	71	59	5,4	35,6	4,4	29,0
	3 ^e quartile	132	114	109	93	8,0	52,0	6,5	43,0

nc : non calculable. Le calcul de la moyenne (et de l'écart-type) de plusieurs parts, indices ou taux ne produit pas d'indicateurs valides.

Sources : SNDS DCIR Interrégimes 2023, Insee RP 2021 – Exploitation Creai-ORS Occitanie

Au total, en 2023, 24 607 séjours en SSIAD ont été dénombrés en Occitanie dont la grande majorité – 20 936 soit 85,1 % – concernaient des personnes âgées de 75 ans et plus.

Selon les SSIAD, ce nombre varie entre 12 et 1 205 (12 et 865 hors territoires de taille de population extrême). Concernant les seules personnes de 75 ans et plus, ce nombre de séjours varie entre 11 et 960 (11 et 690 hors territoires extrêmes). En moyenne, quel que soit l'âge des personnes accompagnées, on dénombre 166 séjours (± 235) par SSIAD (118 ± 118 hors territoires extrêmes). Si on se limite aux personnes âgées de 75 ans et plus, le nombre de séjours moyen est de 138 (± 186) ; cette moyenne est un peu plus basse hors territoires extrêmes : 101 (± 98). Dans un quart des SSIAD, le nombre de séjours est inférieur à 57 tous âges confondus et à 48 pour les 75 ans et plus, dans la moitié inférieur à 87 et 74 et dans un quart supérieur à 142 tous âges et 122 pour les 75 ans et plus ; hors territoires extrêmes, le 1^{er} quartile est à 56 séjours dont 47 pour les 75 ans et plus, la médiane à 84 et 70 et le 3^e quartile à 132 tous âges et 114 pour les 75 ans plus. Le taux de séjour varie de 1,5 pour 1 000 habitants à 44,7 ‰ tous âges confondus et, pour les plus âgés, entre 9,1 ‰ et 189,9 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Dans un quart des territoires, le taux de séjour est inférieur à 3,0 pour 1 000 habitants de tous âges et, pour les plus âgés, à 24,8 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, dans la moitié des territoires inférieur à 5,3 ‰ et 34,2 ‰ suivant l'âge des personnes et dans le dernier quart des territoires, supérieur à respectivement 7,8 ‰ et 51,4 ‰. Quand on exclut les territoires extrêmes de l'analyse, ces seuils varient de manière limitée.

Une personne pouvant effectuer plusieurs séjours en SSIAD au cours de la même année, il est possible de présenter ces indicateurs en nombre de personnes concernées. Ainsi, en 2023, les un peu plus de 24 600 séjours en SSIAD comptabilisés en Occitanie ont concerné un total de 19 814 personnes ; pour les personnes de 75 ans et plus, elles sont 16 821 à avoir été accompagnées par un SSIAD au moins une fois en 2023, soit 82,2 % des personnes accompagnées en SSIAD. En moyenne par SSIAD, 132 personnes (± 177) ont été accompagnées dont 109 (± 137) âgées 75 ans et plus ; hors territoires extrêmes, ces valeurs sont respectivement de 95 (± 86) et 81 (± 71). Dans un quart des SSIAD, le nombre de personnes accompagnées tous âges est inférieur à 48 et à 40 pour les 75 ans et plus, dans la moitié, inférieur à 74 et 62, et dans un quart supérieur à 118 tous âges et 99 pour les 75 ans et plus. Ces seuils varient peu quand on exclut les territoires extrêmes. Rapportés à la population, ces nombres de personnes correspondent à des taux de personnes accompagnées variant entre 1,3 pour 1 000 habitants et 40,3 ‰ tous âges confondus et, pour les personnes âgées de 75 ans et plus, entre 7,9 ‰ et 164,6 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (hors territoires extrêmes entre 1,3 ‰ et 19,5 ‰ tous âges et 7,9 ‰ et 119,1 ‰ pour les 75 ans et plus). Dans un quart des territoires, le taux de personnes accompagnées est inférieur à 2,5 pour 1 000 habitants de tous âges et, pour les plus âgés, à 20,0 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, dans la moitié des territoires inférieur à 4,3 ‰ et 28,6 ‰ suivant l'âge des personnes et dans le dernier quart des territoires, supérieur à respectivement 6,4 ‰ et 41,8 ‰. Comme pour les taux de séjours, ces valeurs varient de manière limitée quand on exclut les territoires extrêmes.

► Sélection et caractérisation des territoires d'études

L'objectif de cette sélection était d'identifier trois territoires présentant des caractéristiques différentes pour étudier les conditions de mise en œuvre de la réforme dans des situations variables.

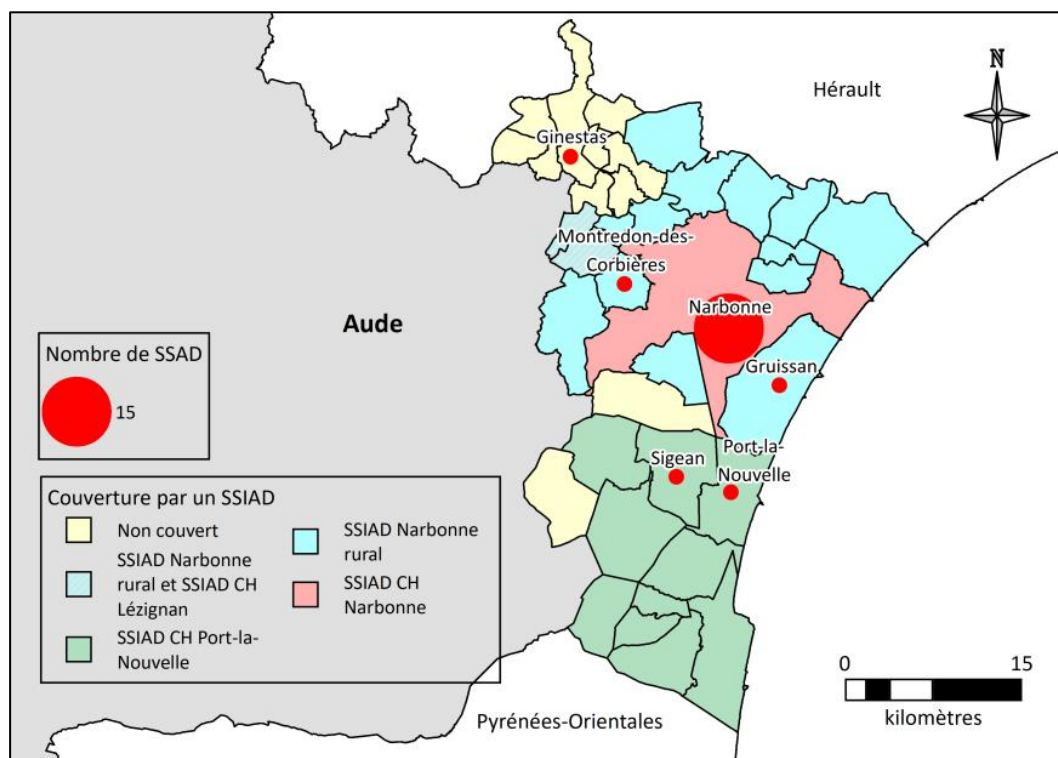
Différents critères ont été sélectionnés puis présentés au commanditaire (cf. Chapitre Méthode, paragraphe 2). Une fois ceux-ci validés, une première sélection de 4 territoires a été effectuée, puis le choix s'est porté sur trois territoires lors d'une réunion avec le commanditaire le 3 décembre 2024, puis lors de la réunion du 3 février 2024 avec des membres de la commission « Prises en charge et accompagnements médico-sociaux » de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Les trois territoires sélectionnés peuvent être décrits comme suit.

► Le Narbonnais

La délimitation de ce territoire est partie du territoire de la CPTS du Grand-Narbonne. Cinq SSIAD interviennent sur ce territoire. Pour trois d'entre eux, leur territoire d'intervention est complètement inclus dans celui de la CPTS du Grand Narbonne : le SSIAD personnes âgées du CH de Narbonne, le SSIAD personnes âgées Narbonne rural et le SSIAD personnes âgées du CH de Port-la-Nouvelle. Pour les deux autres, leur siège est situé en dehors du territoire de la CPTS et ils interviennent sur une partie limitée de ce dernier : neuf communes pour le SSIAD personnes âgées du CH de Lézignan-Corbières, dont trois couvertes également par le SSIAD personnes âgées Narbonne rural et six communes couvertes par le SSIAD personnes âgées de l'ASM géré par l'USSAP. En outre, 13 communes de ce territoire ne sont pas couvertes par un SSIAD. Le choix a été fait de retenir les territoires couverts par les 3 SSIAD dont le siège est dans le territoire de la CPTS ainsi que les communes du même territoire non couvertes par un SSIAD.

Carte 1. Territoire d'étude « Le Narbonnais »



Réalisation : Creai-ORS Occitanie

Ce territoire couvre 35 communes sur 850 km². Il regroupe 131 656 habitants au 1^{er} janvier 2022 soit 154,8 habitants/km². Près de la moitié de la population – 43,1 % soit 56 692 habitants – est regroupée à Narbonne. Seules cinq autres communes dépassent 5 000 habitants : Gruissan, Sigean, Coursan et Port-la-Nouvelle (entre 5 068 habitants pour la première et 5 882 pour la dernière). Huit des 35 communes comptent moins de 1 000 habitants. Si Narbonne, malgré sa superficie importante, est la commune la plus densément peuplée (328 habitants/km²), de nombreuses communes sont peu denses : six communes comptent moins de 50 habitants/km² (11,7 habitants/km² à Villesèque-des-Corbières, commune la moins densément peuplée). Dix autres communes comptent moins de 100 habitants/km². Ceci confirme le caractère mixte de ce

territoire avec une partie urbaine autour de Narbonne et un espace rural relativement important. La part de la population âgée de 75 ans et plus, qui est de 13,2 % sur l'ensemble du territoire, varie plus que du simple au double selon les communes : de 8,0 % à Moussan à 17,7 % à Leucate ; huit communes comptent moins de 10 % de personnes âgées de 75 ans et plus et sept communes en comptent 15 % ou plus. L'indice de vieillissement permet également de caractériser le niveau de vieillissement de ce territoire : il compte ainsi 136,9 habitants âgés de 65 ans et plus pour 100 habitants de moins de 20 ans. Cet indice varie entre 74,1 à Moussan et 378,4 à Leucate ; huit communes comptent moins de 100 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans et cinq communes en comptent plus de 150.

En 2023, dans ce territoire, 333 personnes ont été accompagnées par un SSIAD, dont 32 étaient âgées de moins de 75 ans. Cela correspond à un taux de personnes accompagnées par un SSIAD dans le territoire de 2,5 pour 1 000 habitants. La valeur de cet indicateur atteint, pour les personnes âgées de 75 ans et plus, 17,4 accompagnements pour 1 000 personnes du même âge. Dans deux communes, personne n'a été accompagné par un SSIAD, tous âges confondus, et dans 4 communes, aucune personne de 75 ans ou plus n'a été accompagnée. Dans les communes où des accompagnements sont comptabilisés, le taux d'accompagnement des personnes âgées varie entre 3,3 accompagnements pour 1 000 personnes de 75 ans et plus à Ginestas et 82,5 accompagnements pour 1 000 personnes de 75 ans et plus à Villesèque-des-Corbières. Dans 7 communes, le taux d'accompagnements est inférieur à 10 pour 1 000 et dans 9 communes, il est supérieur à 25 pour 1 000. Il est important de noter que, parmi les 333 personnes accompagnées par un SSIAD, tous âges confondus, dans ce territoire, 29 résident dans 10 des 12 communes qui ne sont pas couvertes par un SSIAD (entre une et six selon les communes).

Parmi les trois SSIAD intervenant sur ce territoire, un est géré par un CCIAS et deux par des centres hospitaliers :

- Le SSIAD Narbonne rural couvre 16 communes et 320 km² pour une population de 38 488 habitants dont 5 073 (13,2 %) sont âgés de 75 ans et plus. L'indice de vieillissement y est de 144 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Au total, 84 personnes âgées de 75 ans et plus différentes ont été accompagnées par un SSIAD en 2023, soit un taux d'accompagnement de 16,6 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.
- Le SSIAD du CH de Port-la-Nouvelle couvre 10 communes et 271 km² pour une population de 22 627 habitants dont 3 300 (14,6 %) sont âgés de 75 ans et plus. L'indice de vieillissement y est de 180 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Au total, 109 personnes âgées de 75 ans et plus différentes ont été accompagnées par un SSIAD en 2023, soit un taux d'accompagnement de 28,8 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.
- Le SSIAD du CH de Narbonne couvre une seule commune, la ville de Narbonne qui compte près de 56 700 habitants dont 7 467 (13,2 %) sont âgés de 75 ans et plus. L'indice de vieillissement y est de 127 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Au total, 111 personnes différentes ont été accompagnées par un SSIAD en 2023, soit un taux d'accompagnement de 14,1 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

Sur ce territoire, on dénombre 21 SAAD autorisés par le président du conseil départemental. Parmi ceux-ci :

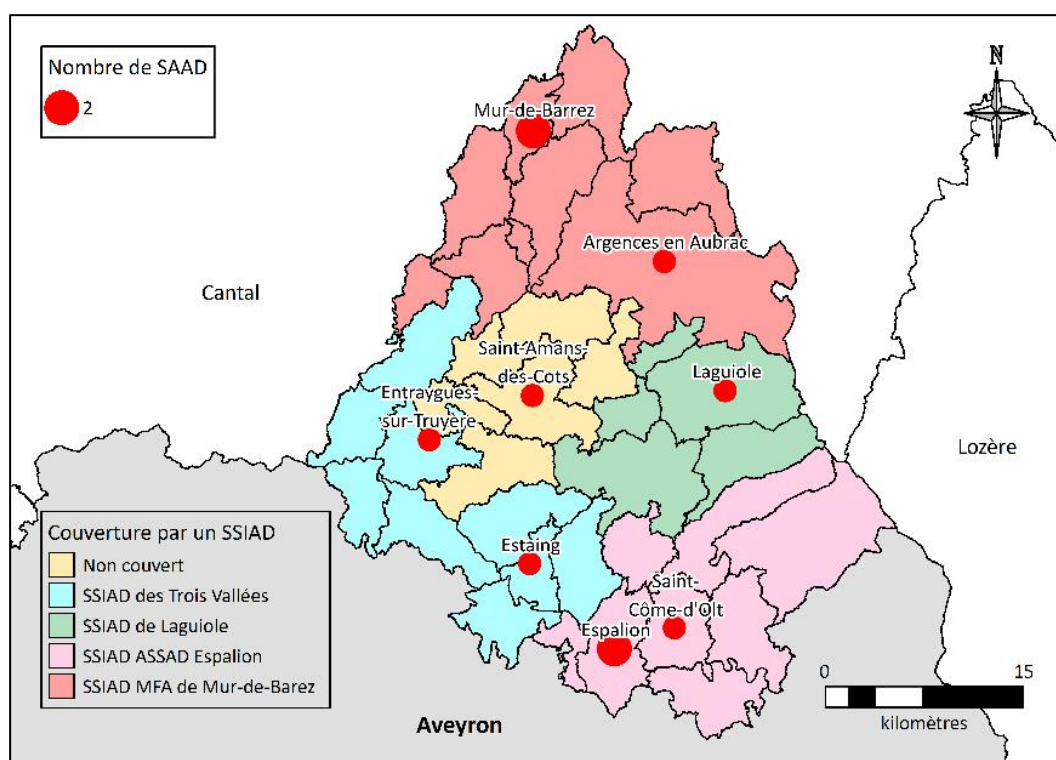
- Un est géré par un centre intercommunal d'action sociale ;
- Trois sont gérés par des centres communaux d'action sociale ;
- Trois sont gérés par des association loi 1901 ;
- Quatorze sont des entreprises privées : 6 SARL, 6 sociétés par actions simplifiées et 2 entreprises individuelles à responsabilité limitée.

Douze des quatorze entreprises privées, les trois SSIAD associatifs et un des SAAD gérés par un CCAS sont implantés à Narbonne soit 16 SSAD. Les 5 autres SAAD (trois gérés par des CCAS ou CIAS et 2 SARL) sont chacun implantés dans une commune différente.

► Le Nord Aveyron

Comme pour le Narbonnais, la délimitation de ce territoire est partie du territoire de la CPTS du Nord-Aveyron. Sept SSIAD interviennent sur ce territoire. Pour trois d'entre eux, leur territoire d'intervention est complètement inclus dans celui de la CPTS du Nord-Aveyron : le SSIAD de Laguiole, le SSIAD ASSAD d'Espalion et le SSIAD MFA de Mur-de-Barrez. Pour un autre, le SSIAD des trois Vallées, son siège est situé dans le territoire de la CPTS (à Estaing) et 9 des 14 communes qu'il couvre en font partie. Pour les trois autres, leur siège est situé en dehors du territoire de la CPTS et ils interviennent sur une partie très limitée de ce dernier : une commune pour le SSIAD de Saint-Geniez-d'Olt et une autre pour le SSIAD MFA de Villecomtal, trois communes pour le SSIAD ASSAD de Rodez. En outre, 6 communes, au centre de ce territoire, ne sont pas couvertes par un SSIAD. Le choix a été fait de retenir les territoires couverts, au sein de la CPTS Nord-Aveyron, par les 4 SSIAD dont le siège est dans le territoire de la CPTS ainsi que les communes du même territoire non couvertes par un SSIAD.

Carte 2. Territoire d'étude « Le Nord-Aveyron »



Réalisation : Creai-ORS Occitanie

Ce territoire couvre 36 communes sur 1 283 km². Sa population au 1^{er} janvier 2022 est de 21 609 habitants soit 16,8 habitants/km². Cette faible densité de population est la marque d'un territoire très rural, qui plus est situé pour partie en moyenne montagne, sur les causses du Massif central. Un cinquième de la population – 21,3 % soit 4 607 habitants – réside à Espalion. Trois autres communes dépassent le millier d'habitants : Argences-en-Aubrac (1 597 hab.), Saint-Côme-d'Olt (1 446 hab.) et Laguiole (1 215 hab.). Plus de la moitié des communes, vingt, comptent moins de 500 habitants et trois moins de 200 habitants. La commune la moins peuplée est Murols avec 102 habitants. Espalion est la commune la plus densément peuplée avec

125,9 habitants au km². Toutes les autres communes comptent moins de 50 habitants au km² et dix sont très peu denses avec moins de 10 habitants au km². Au sein de la population du territoire, près d'une personne sur cinq (18,6 %) est âgée de 75 ans ou plus. Cette part atteint 28,3 % à Mur-de-Barrez et 25,6 % au Nayrac. Onze communes comptent plus de 20 % de personnes âgées de 75 ans et plus dans leur population. C'est à Bessuéjols que cette part est la plus faible (8,5 %). Avec Soulagès-Bonneval (9,8 %), ce sont les deux seules communes comptant moins d'une personne sur dix ayant 75 ans ou plus. Ainsi, l'indice de vieillissement est particulièrement élevé dans ce territoire avec 224,8 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Dans aucune commune, il est inférieur à 100. La valeur la plus basse est relevée à Soulagès-Bonneval avec 119,7 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Dans cinq communes, cet indice est inférieur à 150 et dans 22 communes, il est supérieur à 200. Il dépasse 400 dans deux communes avec une valeur de 462,5 à Murols et de 503,4 à Entraygues-sur-Truyère.

En 2023, dans ce territoire, 137 personnes ont été accompagnées par un SSIAD, dont seulement 10 étaient âgées de moins de 75 ans. Cela correspond à un taux de personnes accompagnées par un SSIAD dans le territoire de 6,3 pour 1 000 habitants. La valeur de cet indicateur atteint, pour les personnes âgées de 75 ans et plus, 31,6 accompagnements pour 1 000 personnes du même âge. Dans cinq communes (Murols, Cantoin, Le Cayrol, Montézic et Le Fel) aucun accompagnement par un SSIAD n'a été enregistré en 2023. Dans les autres communes, le taux d'accompagnement des personnes âgées varie entre 6,3 accompagnements pour 1 000 personnes de 75 ans et plus à Saint-Amans-des-Cots et 112,2 accompagnements pour 1 000 personnes de 75 ans et plus à Cassuéjols. Dans 17 communes (y compris celles sans accompagnements), le taux d'accompagnement est inférieur à 20 pour 1 000 et dans 11 communes, il est supérieur à 50 pour 1 000. Il est important de noter que, parmi les 137 personnes accompagnées par un SSIAD, tous âges confondus, dans ce territoire, 5 résident dans cinq des six communes qui ne sont pas couvertes par un SSIAD (une personne dans chacune de ces communes).

Parmi les quatre SSIAD intervenant sur ce territoire, trois sont gérés par une association et un par la Mutualité française :

- Le SSIAD des Trois Vallées couvre 14 communes dont neuf sont situées dans le territoire étudié. Ces neuf communes couvrent 256 km² pour une population de 4 267 habitants dont 855 (20,0 %) sont âgés de 75 ans et plus. L'indice de vieillissement y est de 238 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Au total, 33 personnes âgées de 75 ans et plus différentes ont été accompagnées par un SSIAD en 2023, soit un taux d'accompagnement de 23,6 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.
- Le SSIAD ASSAD d'Espalion couvre 8 communes et 292 km² pour une population 8 220 habitants dont 1 467 (17,8 %) sont âgés de 75 ans et plus. L'indice de vieillissement y est de 199 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Au total, 40 personnes âgées de 75 ans et plus différentes ont été accompagnées par un SSIAD en 2023, soit un taux d'accompagnement de 27,3 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.
- Le SSIAD de Laguiole couvre 5 communes et 186 km² pour une population 2 356 habitants dont 355 (15,1 %) sont âgés de 75 ans et plus. L'indice de vieillissement y est de 170 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Au total,

26 personnes âgées de 75 ans et plus différentes ont été accompagnées par un SSIAD en 2023, soit un taux d'accompagnement de 73,2 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

- Le SSIAD MFA de Mur-de-Barrez couvre 8 communes et 377 km² pour une population de 4 726 habitants dont 954 (20,2 %) sont âgés de 75 ans et plus. L'indice de vieillissement y est de 260 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Au total, 23 personnes âgées de 75 ans et plus différentes ont été accompagnées par un SSIAD en 2023, soit un taux d'accompagnement de 24,1 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

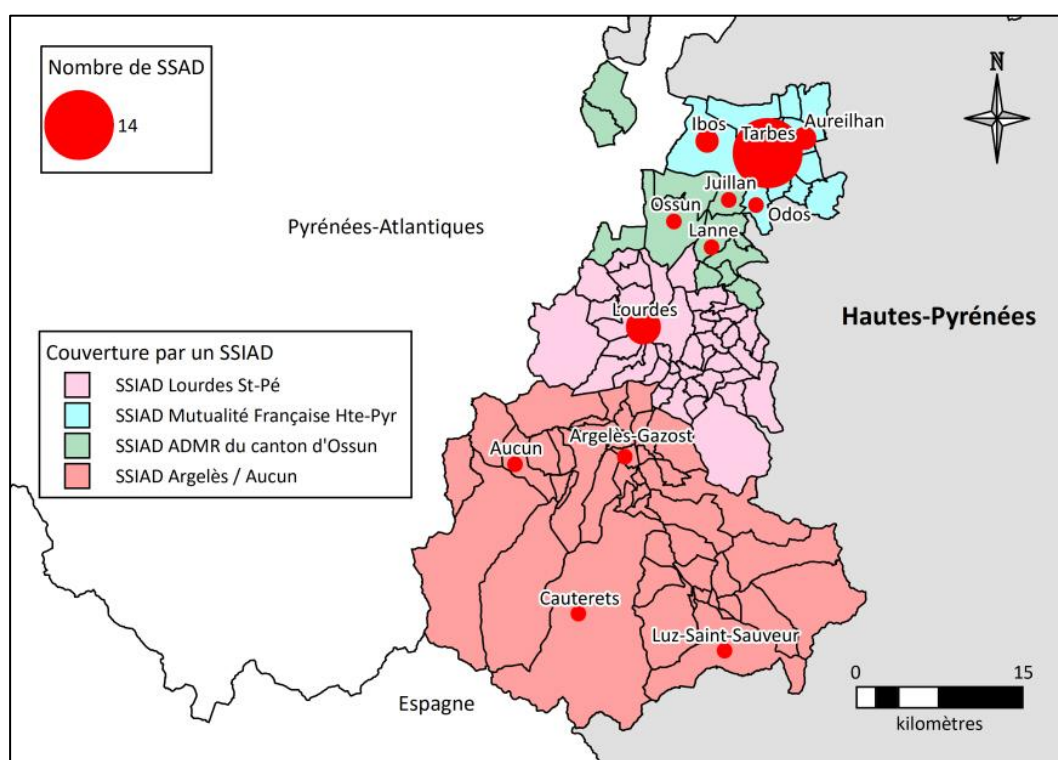
Sur ce territoire, on dénombre dix SAAD autorisés par le président du conseil départemental. Parmi ceux-ci :

- Un est géré par un centre communal d'action sociale ;
- Trois sont gérés par des sociétés mutualistes ;
- Six sont gérés par des associations loi 1901, toutes relevant de la fédération ADMR de l'Aveyron.

► Tarbes-Lourdes-Vallée des Gaves

Le point de départ pour la délimitation de ce territoire a été également le territoire des CPTS dans le département des Hautes-Pyrénées. Nous sommes partis du territoire de deux CPTS afin de prendre aussi bien en compte une zone urbaine avec l'agglomération tarbaise qu'une zone plus rurale et intégrant de la haute montagne en allant vers le sud jusqu'à la frontière espagnole. Ces deux CPTS sont la CPTS Tarbes Adour et la CPTS Lourdes, Argelès et Vallée des Gaves. On dénombre sept SSIAD intervenant sur le territoire de la CPTS. Un de ces sept SSIAD, celui de Lourdes Saint-Pé, a son siège dans le territoire de la CPTS Lourdes, Argelès et Vallée des Gaves et son territoire d'intervention fait partie intégralement du territoire de la CPTS. Un second, celui d'Argelès/Aucun a également son siège dans cette même CPTS et l'ensemble de communes qu'il couvre est également couvert par cette CPTS à l'exception de deux communes limitrophes des Hautes-Pyrénées (Arbéost et Ferrières). Un troisième, le SSIAD ADMR du canton d'Ossun, a également son siège dans le territoire de la CPTS Lourdes, Argelès et Vallée des Gaves. Les communes couvertes par ce SSIAD sont toutes incluses dans le territoire de la CPTS à l'exception des deux communes sud de l'enclave des Hautes-Pyrénées située dans les Pyrénées-Atlantiques (Gardères et Luquet). Un quatrième SSIAD, celui de la Mutualité française des Hautes-Pyrénées a son siège au sein de la CPTS Tarbes Adour. Les communes couvertes par ce SSIAD sont toutes couvertes par cette CPTS à l'exception de deux, Bours et Orleix, non couvertes par une CPTS. Trois autres SSIAD intervenant sur le territoire de l'une ou l'autre de ces CPTS ont leur siège en dehors de ces territoires : quatre communes sont couvertes par le SSIAD Arros-Esteous qui couvre 42 autres communes, une commune est couverte par le SSIAD du Val d'Adour qui couvre par ailleurs 24 autres communes et cinq communes sont couvertes par le SSIAD de Bagnères-Campan qui couvre également 36 autres communes. Il faut noter que le territoire de la CPTS couvre une commune des Pyrénées-Atlantiques, Gert. Le choix a été fait de retenir le territoire couvert par les 4 SSIAD dont le siège est situé dans le territoire de l'une des deux CPTS en prenant en compte également les 7 communes couvertes par ces SSIAD mais pas par une CPTS.

Carte 2. Territoire d'étude « Tarbes-Lourdes-Vallée des Gaves »



Réalisation : Creai-ORS Occitanie

Le territoire Tarbes-Lourdes-Vallée des Gaves regroupe 110 communes et s'étend sur 1 312 km². Sa population au 1^{er} janvier 2022 est de 129 770 habitants soit 98,9 habitants/km². Près de 44 600 habitants, soit un sur trois (34,3 %), réside à Tarbes. La population de Lourdes approche les 13 300 habitants. Trois autres communes dépassent les 5 000 habitants : Aureilhan (8 033 hab.), Bordères sur l'Échez (5 394 hab.) et Séméac (5 202 hab.). Douze communes comptent entre 1 000 et 5 000 habitants et 93 communes ont moins de 1 000 habitants dont 28 moins de 100 habitants. Trois communes regroupent moins de 20 habitants. Tarbes, qui couvre 15,3 km² présente la plus forte densité de population : 2 905 habitants par km². Cinq autres communes comptent plus de 500 habitants/km² (Pierrefitte-Nestalas, Soues, Séméac, Aureilhan et Argelès-Gazost) et dans 17 autres, la densité de population dépasse les 150 habitants/km². À l'opposé, 56 communes comptent moins de 50 habitants/km². Parmi elles, 22 présentent des densités de population inférieures à 10 habitants/km². Avec ses alentours, Tarbes forme une zone fortement urbanisée qui contraste avec la partie sud du territoire nettement plus rurale et située en partie en haute montagne. Parmi les habitants de ce territoire, 13,3 % soit près de 17 300 personnes, sont âgés de 75 ans et plus. C'est à Barry que la part des 75 ans et plus est la plus faible (3,1 %) et à Saligos qu'elle est la plus élevée avec 22 des 93 habitants (23,6 %) ayant 75 ans et plus. 38 des 110 communes comptent moins de 10 % de personnes âgées de 75 ans et plus et quatre communes en comptent plus de 20 % dont Argelès-Gazost. Ainsi, l'indice de vieillissement est relativement élevé dans ce territoire avec 128,1 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Cet indice est inférieur à 100 dans 23 communes et supérieur à 150 dans 38 communes.

En 2023, dans ce territoire, 329 personnes ont été accompagnées par un SSIAD, dont 66 étaient âgées de moins de 75 ans. Cela correspond à un taux de personnes accompagnées par un SSIAD dans le territoire de 2,5 pour 1 000 habitants. Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, ce taux d'accompagnement est de 15,2 pour 1 000 personnes de même âge. Dans 51 des 110 communes, regroupant au total 8 946 habitants, aucune prise en charge en SSIAD n'a été enregistrée, quel que soit l'âge des personnes. Et dans quatre autres communes, seules des personnes de moins de 75 ans ont été accompagnées par un SSIAD. À l'opposé, dans une commune, la moitié des habitants de 75 ans et plus a été accompagnée par un SSIAD. Dans 12 communes où des personnes âgées de 75 ans et plus ont été accompagnées, le taux d'accompagnement est inférieur à 15 pour 1 000 habitants de cet âge et dans 11 communes, il est supérieur à 75 pour 1 000.

Parmi les quatre SSIAD intervenant sur ce territoire, trois sont gérés par une association et un par la Mutualité française :

- Le SSIAD ADMR du canton d'Ossun couvre 13 communes dont deux sont situées dans l'enclave haut-pyrénéenne située dans les Pyrénées-Atlantiques. Ces communes couvrent 119 km² pour une population de 12 121 habitants dont 1 443 (11,9 %) sont âgés de 75 ans et plus. L'indice de vieillissement y est de 121 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Au total, 47 personnes âgées de 75 ans et plus différentes ont été accompagnées par un SSIAD en 2023, soit un taux d'accompagnement de 32,6 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.
- Le SSIAD d'Argelès/Aucun Pyrène Plus couvre 46 communes et 1 028 km² pour une population 15 309 habitants. C'est la plus rurale des zones d'intervention de SSIAD dans le territoire étudié avec seulement 14,9 habitants/km². Au sein de sa population, 2 267 personnes (14,9 %) sont âgées de 75 ans et plus. L'indice de vieillissement y est de 181 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Au total, 65 personnes âgées de 75 ans et plus différentes ont été accompagnées par un SSIAD en 2023, soit un taux d'accompagnement de 28,7 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.
- Le SSIAD ASSAD de Lourdes Saint-Pé Pyrène Plus couvre 39 communes et 272 km² pour une population 22 140 habitants dont 3 357 (15,2 %) sont âgés de 75 ans et plus. L'indice de vieillissement y est de 171 personnes âgées de 55 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Au total, 65 personnes âgées de 75 ans et plus différentes ont été accompagnées par un SSIAD en 2023, soit un taux d'accompagnement de 16,4 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.
- Le SSIAD de la Mutualité française des Hautes-Pyrénées couvre 11 communes et 119 km² pour une population de 80 541 habitants. C'est la zone la plus urbanisée du territoire d'étude avec 675 habitants/km². On dénombre 10 247 personnes âgées de 75 ans et plus soit 12,7 % de la population. L'indice de vieillissement y est de 112 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Au total, 96 personnes âgées de 75 ans et plus différentes ont été accompagnées par un SSIAD en 2023, soit un taux d'accompagnement de 9,4 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

Il faut noter que les deux SSIAD gérés par Pyrène Plus sur le territoire, celui d'Argelès/Aucun et celui de Lourdes Saint-Pé, sont engagés dans un processus de fusion qui sera effectif début 2026 dans le cadre du déploiement d'un SAD mixte.

Sur ce territoire, on dénombre trente SAAD autorisés par le président du conseil départemental. Parmi ceux-ci :

- Un est géré par un centre communal d'action sociale ;
- Treize sont gérés par des associations loi 1901, dont huit relevant de la fédération ADMR des Hautes-Pyrénées.
- Seize sont des entreprises privées : 7 SARL, 7 sociétés par actions simplifiées et 2 entreprises individuelles à responsabilité limitée.

Huit des seize entreprises privées et six des treize SSIAD associatifs sont implantés à Tarbes soit 14 SSAD. Quatre SAAD (2 associatifs et 2 privés) sont implantés à Lourdes. Deux SAAD privés sont installés à Aureilhan et deux autres, privés également, à Ibos. Les 8 autres SAAD (un géré par des CCAS, 5 associatifs et 2 privés) sont chacun implantés dans une commune différente.

2. Description des collaborations actuelles entre services à domicile et des conditions de mises en œuvre de la réforme

► Bilan des rencontres et des réponses obtenues

► Services de soins infirmiers à domicile

L'ensemble des SSIAD des territoires concernés tels que présentés dans le chapitre précédent ont été sollicités pour organiser une visite sur site. Chacune des onze structures sollicitées répond et a ainsi pu être interrogée :

- Dix visites sur site d'une durée allant de 1h30 à 2h15 ont permis de rencontrer 18 personnes au total, entre 1 et 4 selon les sites. Il s'agissait le plus souvent d'infirmières coordinatrices mais aussi de personnels de direction, d'administrateurs dans le cadre de structures associatives, de chargés de missions, de cadres de santé... Une visite a été commune à deux SSIAD d'un même territoire engagés dans un processus de fusion.
- Un entretien en visio d'une durée d'1h30 avec une personne, cadre de direction, rejointe par une infirmière coordinatrice pendant une partie de la réunion pour apporter des précisions sur les éléments apportés.

► Services d'aide et d'accompagnement à domicile

Comme indiqué dans la partie méthodologie, étant donné le nombre important de SAAD présents (61 – entre 10 et 30 selon les territoires –), l'organisation de rencontres individuelles n'a pas été possible. La grille d'entretien a été proposée sous forme de formulaire à compléter en ligne (sans limitation de la longueur des réponses à chacune des questions posées). Après constitution de la liste des adresses électroniques des structures ciblées, des courriers électroniques ont été adressés à ces structures en trois vagues successives, une par territoire. Deux relances ont été effectuées auprès des non-répondants. Au total, des réponses ont été obtenues concernant 21 structures soit 36 %. Les niveaux de réponse par territoire sont les suivants :

- Narbonnais : 6 structures sur 21 (29 %) soit les 3 CCAS, l'ADMR et 2 sociétés ;

- Nord-Aveyron : 6 structures sur 10 (60 %) soit toutes les ADMR (1 réponse isolée et 1 réponse groupée pour 5 structures). À noter qu'un entretien SSIAD s'est tenu avec la directrice d'une structure gérant aussi un SAAD n'ayant pas répondu ;
- Tarbes-Lourdes- Vallée des Gaves : 8 structures sur 30 (27 %) soit 1 CCAS, 1 ADMR, 4 associations, 2 sociétés.

► **Autres interlocuteurs**

Les trois délégations départementales de l'ARS des territoires concernés ont répondu à notre sollicitation. Trois entretiens ont été organisés en visioconférence. Six personnes au total y ont participé (une seule dans deux départements et 4 dans un troisième). La durée a été d'1h30 environ à chaque fois.

Les services autonomie des trois conseils départementaux concernés ont également répondu favorablement à notre sollicitation et trois entretiens en visioconférence ont été organisés avec une seule personne dans deux départements et deux personnes dans le troisième. La durée des entretiens a également été d'1h30 environ à chaque fois.

Les quatre CPTS intervenant sur les territoires d'étude ont été sollicitées. Après relances, une seule a répondu favorablement et un entretien d'1h30 a été organisé en visioconférence auquel deux personnes ont participé.

► **État d'avancement de la réforme**

Cette question n'a été abordée qu'avec des délégations départementales de l'ARS et les conseils départementaux.

Un des trois départements interrogés, les Hautes-Pyrénées, s'était porté volontaire dès la fin de l'année 2023 pour être précurseur dans la mise en œuvre de la réforme. Dans les deux autres départements, les travaux autour de la réforme ont démarré dans un second temps, principalement en 2024.

Dans ce premier département à se mobiliser, les Hautes Pyrénées, les interlocuteurs mettent en avant une forte dynamique entre la délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental. Un état des lieux de l'existant a été réalisé dès le départ, avec des projections sur les rapprochements qui seraient potentiellement possibles et une identification des éventuels points de blocage. Plusieurs réunions générales et groupes de travail (tables rondes, ateliers d'échanges...) mobilisant la majorité des acteurs ont été organisés pour expliquer la réforme. Des réunions spécifiques, en binôme CD-DDARS, se sont tenues sur des situations particulières. DDARS et CD ont également organisé des remontées sur les options et solutions envisagées par les acteurs concernés. CD et DDARS ont choisi d'adopter une attitude incitant les acteurs à trouver et construire les solutions par eux-mêmes. Il est à noter que, dans plusieurs territoires de ce département, des structures disposant des deux autorisations fonctionnent déjà en SPASSAD. Dans ce département, il faut également noter que le CD n'est pas opposé à l'ouverture de places d'aide si cela permet de faciliter la transformation d'un SSIAD en SAD mixte quand le rapprochement avec un SAAD n'est pas possible. Au moment des entretiens, le constat était le « *calendrier court...* », CD et DDARS sont en attente des retours des acteurs mais la dynamique

est bien lancée nonobstant des réticences (compatibilité des territoires et des statuts, notamment avec les SSIAD hospitaliers). Les SSIAD hospitaliers créeraient des services d'aide. En revanche, des rapprochements de structures envisagés initialement (notamment de 2 SSIAD) ne se font pas.

Dans l'Aveyron, le travail est mené conjointement entre le CD et la DDARS pour chercher des solutions techniques propres à chaque situation. Le démarrage des travaux a eu lieu en septembre 2024 avec l'organisation par la DDARS avec l'appui du CD d'une réunion commune, rassemblant l'ensemble des acteurs de l'aide et du soin, et permettant un partage sur la compréhension de la réforme. Un questionnaire a été mis en place (avec un tableau de suivi) pour identifier les solutions envisagées par les différents acteurs. Il en ressort que des réflexions sur des rapprochements sont en cours sur certains territoires mais rien sur d'autres. Une deuxième rencontre générale a été organisée en 2025. En parallèle, des rencontres territoriales avec les acteurs sur les zones les plus problématiques ont été organisées. Des projets de SAD mixtes commencent à remonter vers le CD et la DDARS mais portés par des opérateurs proposant déjà aide et soins sur un territoire. La particularité de l'Aveyron est également que les autorisations SAAD sont généralement valables sur tout le département. De ce fait, des acteurs portant un SSIAD sur un territoire et ayant une autorisation SAAD peuvent développer cette activité en vue d'un SAD mixte, ce qui peut provoquer des tensions avec les autres acteurs de l'aide déjà présents sur le même territoire (par exemple entre la Mutualité française et l'ADMR).

Dans l'Aude, l'avancée des travaux est qualifiée de lente. Les interlocuteurs estiment peu probable qu'un SAD mixte soit mis en place à l'échéance fixée. Le CD et la DDARS ont choisi de favoriser les rapprochements des SSIAD avec des SAAD portés par des acteurs publics car cela forme déjà un réseau couvrant l'ensemble du département. Cependant, ces rapprochements sont assez difficiles, opérateurs dépendants, avec un impact fort des choix sur la gouvernance future, les territoires couverts et les budgets (en particulier pour les CCAS du fait des territoires contraints et de la place des élus). Mais d'autres territoires sont identifiés avec des dynamiques fortes, portées par des personnes qui ont fait l'effort de connaître leur sujet (en particulier sur le Narbonnais).

Des entretiens, il ressort que :

- Les avancées sur le terrain sont à vitesse variable : des solutions à porteur unique ou en partenariat qui avancent bien mais dans d'autres cas, des blocages face à la réforme et des refus de coopération avec d'autres acteurs.
- Globalement, les structures concernées, en particulier des SAAD, ont du mal à voir l'intérêt de ces évolutions et les apports de la réforme.
- Le principe de l'entité juridique unique est un point qui remonte régulièrement comme posant problème. La solution du GCSMS est perçue comme lourde et entraînant la perte des autorisations et des financements. Pour essayer de surmonter cela, une présentation de l'expérience d'un GCSMS en Bretagne (Lannion dans les Côtes d'Armor) a été organisée en Aveyron.
- Les solutions doivent être adaptées à chaque territoire, chaque configuration : il n'y a pas de réponse unique et universelle, transposable sur chaque territoire.

- Dans certains cas, des problèmes de concordance de territoire sont identifiés, nécessitant la mise en place de solutions temporaires permettant d'assurer la continuité des accompagnements pour les personnes déjà prises en charge mais n'apportant pas de solution aux nouvelles personnes.
- Des difficultés particulières posant la question de la pérennité d'une partie des activités sont soulevées quand une même entité gère différents services en plus du SSIAD : Ehpad, Équipe spécialisée Alzheimer, Centre de ressources territorial pour les personnes âgées, Centre de soins infirmier... Cela peut aller jusqu'à de vraies situations de blocage nécessitant de prendre en compte les situations propres à chaque territoire.
- Ces deux structures de tutelle que sont le CD et la DDARS expriment parfois la crainte que ces regroupements limitent fortement le nombre d'interlocuteurs différents sur le département, voire qu'un porteur de SAD soit en situation quasi hégémonique sur un département. Ainsi, il peut y avoir une attention à conserver des opérateurs diversifiés.
- Il est constaté des difficultés pour que certains opérateurs travaillent ensemble (par exemple une fédération ADMR et la Mutualité française).
- En revanche, lorsque qu'il y a un porteur sur un territoire développant déjà les deux activités, les choses avancent sans problème majeur.
- Un manque d'anticipation, au niveau national, des questions soulevées sur les processus de coopération est souligné.
- Il est également rapporté des impossibilités de création de places de SSIAD du fait des indicateurs de densité en IDEL sur certains territoires. Cela peut rendre les choses complexes alors que les besoins existent ainsi que les moyens. Un certain nombre de difficultés pourraient être résolues s'il y avait la possibilité d'ajuster ce nombre de places.
- Des situations de blocage locales existent aussi quand cohabitent sur le même territoire plusieurs services qui ne veulent pas se mettre ensemble (par exemple, 2 SSIAD, 1 SPASSAD et 1 SAAD).
- La fusion (ou non) des dotations est également une interrogation pour de nombreux acteurs.
- *In fine*, la réforme rend certaines relations sensibles et conflictuelles alors que ce n'était pas le cas auparavant.

► Accueil et organisation de l'accompagnement

Cette question n'a été abordée qu'avec les SSIAD et les SAAD. Elle a été scindée selon trois temps successifs : l'admission, l'accompagnement, la fin d'accompagnement.

► À l'admission

On constate un mode de fonctionnement assez similaire au niveau des différentes structures rencontrées ou qui ont répondu au questionnaire.

La prise de contact se fait principalement par la famille, plus rarement par la personne concernée elle-même. Les professionnels peuvent également être à l'origine de la prise de contact : assistantes sociales, établissements de santé, SAAD, médecins traitants, infirmières. Il faut noter que les infirmières libérales tiennent une place particulière à ce niveau : elles peuvent être à l'origine de la prise de contact avec un SSIAD en fonction de la charge de soins induite par la situation de la personne ou par la nécessité de faire des soins qu'elles n'effectuent pas habituellement (en particulier les soins d'hygiène avec de grandes variations de pratique des infirmières libérales selon les territoires). Dans les communes rurales, les élus peuvent également être des interlocuteurs importants dans ce processus de prise de contact avec un SAAD ou un SSIAD.

Dans la quasi-totalité des cas, une fiche de recueil d'information est complétée permettant de recueillir les coordonnées de la personne et de son entourage, des professionnels de santé déjà mobilisés et les besoins et attentes vis-à-vis du service. Pour les SAAD, les éléments permettant la contractualisation avec la personne sont alors recueillis : bénéfice de l'APA, caisses de retraite ou mutuelle...

Une première étape de validation de la demande est alors généralement effectuée : est-ce que la demande correspond aux réponses proposées par le service et est-ce que les critères d'âge (quand il y en a) et de territoire d'intervention sont respectés ? À ce stade, la demande est le plus souvent validée. Si ce n'est pas le cas, les personnes sont alors réorientées vers un autre service ou vers des professionnels libéraux. Si le délai d'attente pour un accompagnement est important, les personnes sont orientées vers une solution temporaire, par exemple un accompagnement par une infirmière libérale dans le cas d'une attente de place en SSIAD.

Une évaluation de la situation est alors réalisée. Celle-ci se fait généralement au domicile de la personne. Si la personne est hospitalisée et dans le cas des SSIAD, l'évaluation peut se faire en deux temps, d'abord à l'hôpital puis à domicile. Si les délais d'attente sont longs, l'évaluation peut également se faire en deux temps : un premier temps lors de la prise de contact, le plus souvent par téléphone et parfois à domicile, le second temps quelques jours avant le début de l'accompagnement pour préciser et ajuster l'accompagnement. Cette évaluation peut comprendre les éléments suivants : l'évaluation des besoins de soins ou d'aide à domicile, le recueil des antécédents, du parcours de soins antérieur et du GIR, la configuration des lieux et le matériel nécessaire, les questions d'accessibilité du domicile (clefs), les différents intervenants (tuteur, médecin, IDE, SAAD, SSIAD, kiné...), l'entourage familial et le voisinage, le nom et les coordonnées d'une personne référente, le nom de la personne de confiance si elle a été désignée et l'existence d'éventuelles directives anticipées. C'est à ce moment-là, le plus souvent, que différents documents sont remis : livret d'accueil, règlement intérieur, passeport bien traitance...

Dans les SSIAD, cette évaluation est généralement faite par l'infirmière coordinatrice (IDEC) ou l'infirmière référente (IDER) selon l'organisation du service. Cette visite d'évaluation est faite par l'IDEC ou l'IDER seule ou accompagnée (IDEC et IDER ou IDEC/IDER et aide-soignant(e) quand il est déjà possible de savoir quelle professionnelle va principalement intervenir). Sur un site, selon les situations, la visite peut se faire avec un ergothérapeute, une assistante de coordination. Dans les SAAD, les évaluations sont faites par un cadre référent ou par un administrateur bénévole.

Il est ensuite procédé à l'élaboration du plan de soins en SSIAD, du plan d'aide en SAAD. Pour ce dernier, les modalités de prise en charge (APA ou caisses de retraite) et la capacité pour la personne ou son entourage d'assumer le reste à charge sont prises en compte. Une attention est portée lors de l'établissement de ce plan sur le planning des interventions au cours de la journée : soit un lissage des interventions avec celles des autres intervenants pour multiplier les temps de présence et lutter contre l'isolement des personnes, soit une programmation des passages en même temps qu'un autre professionnel (aide-soignante d'un SSIAD et auxiliaire de vie⁴ d'un SAAD) quand il existe un besoin de mobilisation ou manipulation de la personne accompagnée. Dans ce cas, ces interventions conjointes sont programmées en début ou en fin de tournée pour éviter les décalages d'horaires survenant en cours de journée. Pour palier à ces difficultés, dans un SSIAD, une des tournées se fait avec deux aides-soignantes.

En SSIAD, la première intervention se fait souvent en présence de l'IDEC ou de l'IDER. Deux ou trois passages sont généralement nécessaires pour stabiliser le plan de soin. En SAAD, la première intervention peut être faite en solo par l'auxiliaire de vie ou bien en présence du cadre référent ou d'un administrateur bénévole. Le document individuel de prise en charge (DIPEC) est souvent remis lors de la 1^{re} intervention du SSIAD puis révisé après ces deux ou trois premières interventions ou dans le mois. Une révision *a minima* annuelle du DIPEC est prévue.

► En cours d'accompagnement

Les organisations au quotidien sont différentes entre SSIAD et SAAD.

En SSIAD, le fonctionnement est basé sur le principe de la transmission quotidienne, celle-ci se faisant généralement après la tournée du matin, quand les aides-soignantes reviennent au siège du SSIAD, plus rarement le matin, avant le départ en tournée. Quand la transmission se fait en fin de matinée, l'IDEC ou une IDER est systématiquement présente le matin, au départ des tournées, pour la transmission d'éventuelles consignes spécifiques faisant suite à la tournée de la veille au soir. Ces temps de transmission en commun permettent de faire remonter les problèmes qui sont rencontrés et d'adapter, au besoin, les plans de soin de manière ponctuelle ou pérenne. En cas de besoin, une visite de l'IDEC (ou de l'IDER) à domicile est organisée, en présence généralement de l'aide-soignante. Selon les cas et les besoins, cette visite peut se faire en présence du médecin traitant, du SAAD ou d'autres intervenants. En dehors de ces visites à domicile ponctuelles, une visite à domicile systématique de l'IDEC (ou IDER) avec l'aide-soignante est organisée tous les mois, voire moins fréquemment. Dans les SSIAD, une réunion est organisée avec toutes les aides-soignantes pour revoir les différents dossiers avec un rythme variable selon les structures (de bimensuelle à trimestrielle). Quelques SSIAD n'organisent pas

⁴ Dans le document, le terme « auxiliaire de vie » est utilisé de manière générique pour qualifier les intervenants à domicile des SAAD, qu'il s'agisse d'auxiliaires de vie ou d'aides ménagères.

ce type de réunion. Sur certains sites, une réunion avec le SAAD pouvant être mensuelle est organisée. Des exemples de réunions de type RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) sont cités : trimestrielles ou semestrielles, voire mensuelles sur un site, elles permettent de travailler sur des situations spécifiques présélectionnées en amont en présence de tous les acteurs du territoire : infirmières libérales, médecin traitant, SAAD, kiné, etc... Ces mêmes SSIAD peuvent, en cas de besoin pour des situations complexes, organiser une RCP spécifique avec les intervenants mobilisés autour d'une personne, au SSIAD ou à domicile.

En SAAD, ce principe de transmission quotidienne n'est pas retrouvé. Des réunions régulières, bimensuelles ou mensuelles avec l'ensemble des professionnels du SAAD sont organisées. L'existence de points téléphoniques réguliers entre le cadre référent (ou un administrateur bénévole) et les auxiliaires de vie est citée par des SAAD. Dans certains SAAD, des RCP avec les différents intervenants pour un ajustement des accompagnements face à des situations complexes sont organisées. En dehors de ce type de réunion, les autres intervenants (infirmières libérales, SSIAD, médecins...) sont sollicités selon les besoins. Des visites à domicile régulières (par exemple à 2 mois, 6 mois, 1 an puis annuelle) sont organisées ; dans d'autres cas, ces visites sont annuelles. Mais dans tous les cas, des visites à domicile peuvent être organisées à tout moment, selon l'évolution des situations et des besoins. Un service a mis en place une fiche alerte qui est remplie si des évolutions de l'état d'autonomie de la personne sont observées par les intervenants.

► En fin d'accompagnement

Les fins d'accompagnement, que ce soit en SSIAD ou en SAAD, sont majoritairement en lien avec le décès de la personne accompagnée, son entrée en institution ou son hospitalisation sans retour à domicile à l'issue de celle-ci. Cela peut être également en lien avec le déménagement de la personne ou sa volonté, généralement portée par l'entourage, de s'orienter vers d'autres formes ou acteurs de l'accompagnement à domicile. Il s'agit alors le plus souvent d'une insatisfaction de la famille par rapport aux prestations prodiguées. La fin d'accompagnement en lien avec l'amélioration de la santé de la personne est une modalité rare.

Quelques SSIAD indiquent mettre fin à l'accompagnement quand la charge de soins est trop importante par rapport au forfait perçu par le SSIAD.

Dans ces cas de fin d'accompagnement avec maintien de la personne à domicile, aussi bien les SSIAD que les SAAD indiquent accompagner la personne et son entourage dans la prise de contact avec les nouveaux professionnels (souvent des infirmières ou des auxiliaires de vie libérales) qui vont intervenir.

Tant les SSIAD que les SAAD indiquent une attention particulière à l'accompagnement de la fin de vie à domicile. Celui-ci n'est envisageable que lorsque l'entourage immédiat de la personne se mobilise pour cela. Il peut être fait appel au renfort de l'hospitalisation à domicile (HAD) mais pendant un temps limité et au soutien d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) quand elle est présente sur le territoire. Ces accompagnements de fin de vie s'inscrivent alors dans un cadre de collaboration renforcée entre les différents intervenants, en particulier les SSIAD et les SAAD.

Enfin, il faut noter que les SAAD demandent à la personne ou à son entourage un document écrit notifiant la fin d'accompagnement pour clore la relation contractuelle qui les lie.

► Les collaborations avec les professionnels intervenant à domicile

Comme l'indiquait un interlocuteur dans un conseil départemental, exprimant ainsi ce qui est rapporté par la plupart des personnes interrogées : *« De manière générale, les collaborations existent déjà et cela se passe plutôt pas mal, dans certains territoires plus que dans d'autres. Il y a une bonne entente pour chercher la meilleure solution pour le bénéficiaire. »* Un interlocuteur au niveau d'une DDARS indiquait que *« ils travaillent ensemble et ils n'ont pas attendu la réforme pour cela. »*

Cependant ces collaborations sont très peu formalisées ou pas du tout (ce qui est le cas le plus fréquent). Les rares conventions partenariales qui existent restent très peu développées. Au niveau d'une DDARS, il était ainsi exprimé que cette absence de formalisation nuisait à la perception de ces collaborations par les organismes de tutelle.

Il est noté par les interlocuteurs départementaux que, en territoire rural, du fait d'un nombre limité de SAAD intervenant sur un même territoire (assez souvent aucun autre), les collaborations sont déjà nettement engagées même si elles ne sont pas formalisées. Ce sont des territoires où les professionnels se connaissent entre eux. En territoire urbain avec un nombre élevé de SAAD présents, les collaborations sont plus complexes à mettre en place et, dans les faits, les SSIAD collaborent souvent avec un nombre limité de SAAD.

Il est également rapporté qu'il peut y avoir une culture de la collaboration entre le sanitaire et le médicosocial sur certains territoires, héritage des dispositifs MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie). Ainsi, la mise en réseau des différents partenaires est quelque chose d'essentiel et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sont amenés à jouer un rôle important à ce niveau.

► Les collaborations entre SSIAD et SAAD

Les collaborations entre ces deux acteurs de l'accompagnement à domicile dépendent beaucoup de la configuration dans lesquelles elles se trouvent (organismes gestionnaires et locaux principalement).

- Dans le premier cas de figure, les deux services sont portés par le même organisme gestionnaire :

Il faut noter que, dans cette configuration, les modes d'organisation et de fonctionnement propres aux SSIAD et aux SAAD restent la plupart du temps inchangées : réunion de transmission quotidienne en SSIAD et réunions bimensuelles ou mensuelles en SAAD. Les équipes SAAD sont autonomes avec (ou non), selon les territoires, une coordination par secteur. Les temps de rencontre entre aides-soignantes et auxiliaires de vie se limitent souvent aux contacts au domicile de la personne accompagnée quand elles interviennent de manière simultanée.

Dans plusieurs sites, les SSIAD et SAAD ont adopté un fonctionnement de type SPASSAD avec des responsables différents mais des modalités de coopération et de circulation de l'information spécifiques.

Dans un cas, un chef de service commun au SSIAD et au SAAD a été mis en place. Cela permet une prise en compte en direct des informations remontant aussi bien des aides-soignantes que des auxiliaires de vie et une gestion concertée avec les responsables de secteur.

Dans cette configuration, certaines personnes peuvent avoir recours à un autre SAAD (ADMR, APF, privé lucratif...) que celui porté par l'organisme gestionnaire du SSIAD. L'IDEC connaît les coordonnateurs de ces différents SAAD et se met en relation avec eux pour organiser les prises en charge comme dans les cas où les gestionnaires sont différents et les services sur des lieux différents (cf. *infra*). Cela se fait principalement par contact téléphonique, parfois en réunion, pour coordonner les plans de soins et d'intervention. Il faut noter que la situation inverse est plus rare : personne accompagnée par un SAAD dont l'organisme gestionnaire dispose également d'un SSIAD mais ayant recours à un autre SSIAD.

Des exemples rencontrés montrent que la configuration « SSIAD-SAAD même gestionnaire » ne se traduit pas toujours par une coordination facilitée. Par exemple, quand il n'y a pas de coordination au niveau du SAAD autre que celle réalisée par l'assistante administrative (qui se limite alors souvent aux plannings) ou quand cette coordination est faite par un bénévole avec dans certains cas, un manque de compétences dans le champ du soin, les collaborations entre les deux services peuvent ne pas être plus faciles que quand ils dépendent de gestionnaires différents. Les SSIAD soulignent que ces situations peuvent entraîner des glissements de tâches ou des retards d'orientation vers le SSIAD.

- Dans un deuxième cas de figure, le **SSIAD et le SAAD relèvent d'organismes gestionnaires différents mais sont positionnés dans un même lieu**

Ce cas de figure est rencontré le plus souvent dans des territoires ruraux, où le nombre de structures d'aide à domicile est limité : un seul SSIAD et souvent un seul SAAD. Ces lieux communs sont souvent des maisons de santé pluriprofessionnelles avec un impact fort sur les collaborations avec les autres professionnels.

On relève alors que les contacts sont facilités par cette proximité, principalement au niveau des cadres, soit lors de temps de réunion réguliers, le plus souvent (et alors quotidiennement) lors de temps informels (café, repas...). Ces temps permettent un échange rapide d'information, un ajustement des plannings si nécessaire et une plus grande réactivité face à l'évolution de la situation des personnes accompagnées.

Cette configuration se caractérise par une très bonne connaissance des différents intervenants et une plus grande facilité de collaboration et de coordination

Dans quelques cas, au-delà des conventions spécifiques au partage des locaux, des conventions de collaboration entre SSIAD et SAAD, peuvent exister, parfois depuis plus de 10 ans mais avec un contenu qui reste limité, notamment au regard du cahier des charges issu de la réforme des services à domicile.

C'est également dans ce type de configuration que sont relevées les expériences de coordination entre les différents professionnels sous forme de réunions de concertation pluridisciplinaire (cf. *supra* : paragraphe Accueil et organisation de l'accompagnement : en cours d'accompagnement).

- Dans le dernier cas de figure, SSIAD et SAAD relèvent de gestionnaires différents et sont dans des locaux différents

Cette configuration est la plus fréquente et presque toujours retrouvée en présence d'un nombre élevé de SAAD intervenant sur le territoire. Cela correspond le plus souvent aux zones urbaines avec une forte densité de structures d'aide à domicile.

Les niveaux de collaboration sont très variables et vont de très peu de contacts entre les deux types de structures à des contacts systématiques et réguliers autour des situations en commun. *A minima*, un ajustement des plannings est réalisé en commun. Ainsi, il est rapporté par un interlocuteur départemental que, dans certains territoires, il y a clairement une collaboration entre les différents acteurs même s'ils relèvent d'organismes gestionnaires différents.

Dans ce type de configuration, notamment en milieu urbain, on constate que le travail du SSIAD se fait le plus souvent avec un nombre limité (un ou deux) de SAAD. Ces SAAD sont principalement des SAAD publics gérés par des CCAS (ou CIAS) et quelques fois des SAAD portés par des associations à but non lucratif. La majorité des situations où il y a un accompagnement conjoint entre SSIAD et SAAD sont mis en œuvre par ce nombre limité d'acteurs. Il n'y a alors que peu voire pas de collaboration avec les autres SAAD sauf exception (un important SAAD privé lucratif dans un territoire urbain). Cependant, les SSIAD indiquent que l'IDEC dispose des coordonnées de l'ensemble des SAAD du territoire et est en mesure de contacter facilement les cadres en cas de besoin (coordination pour un accompagnement conjoint). Des SAAD implantés sur des territoires où cette configuration est retrouvée indiquent quant à eux collaborer presque exclusivement avec des infirmières libérales pour la partie soins.

Quand elles sont développées, les collaborations entre SSIAD et SAAD s'organisent principalement lors de points communs (entre SSIAD et SAAD CCAS par exemple). Ils permettent des échanges sur les problématiques rencontrées auprès des personnes accompagnées et des ajustements de planning. Dans ces cas, on note une connaissance réciproque entre les cadres des deux services avec une organisation considérée comme facile et fluide des prises en charge conjointes.

Dans quelques cas, ces collaborations entre services s'inscrivent dans une dynamique plus large, fédérant les différents intervenants. Ces dynamiques locales sont souvent menées par les centres de ressources territoriaux (CRT) ou les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Il y a également des collaborations sur des organisations particulières, par exemple quand un SSIAD n'intervient pas tous les jours mais que le SAAD est présent quotidiennement, des consignes particulières et des précisions sur des conduites à tenir en cas de problème sont communiquées au SAAD par le SSIAD.

Plusieurs points de vigilance sont soulignés par les différents interlocuteurs, quelle que soit la configuration des services.

En premier lieu, toutes les personnes accompagnées n'ont pas besoin des deux prestations (soin et aide à domicile). Le plus souvent le besoin en aide précède le besoin en soin, impactant le type de service auquel les personnes concernées ou leur entourage s'adressent. Ainsi, quels que soient les effets de la réforme, il persistera un nombre important de personnes qui seront accompagnées par un SAD aide pour la partie aide et par un SAD mixte pour la partie soin.

Une problématique spécifique existe déjà et persistera, c'est celle de la coordination entre aide et soin quand la partie aide est assurée par des auxiliaires de vie libérales en emploi direct.

La qualité des collaborations peut aussi être impactée par les niveaux de compétences des différents intervenants avec un cas particulier, celui des administrateurs bénévoles de certaines associations d'aide à domicile qui peuvent avoir des compétences très limitées dans le champ de la santé et de l'accompagnement des personnes, selon certains interlocuteurs rencontrés.

Dans certains cas, on constate un faible niveau de collaboration entre les services mais une bonne entente sur le terrain en binôme entre auxiliaires de vies et aides-soignantes.

Enfin la fragilité financière de nombreuses structures de type SAAD est également un élément pouvant avoir un effet sur les collaborations éventuelles. Ces collaborations peuvent également être impactées par les difficultés de recrutement rencontrées dans le secteur (pouvant avoir parfois des répercussions sur le niveau de compétence des personnels).

► Les collaborations avec les professionnels de santé

Celles-ci sont très variables selon les catégories de professionnels de santé.

Il convient de noter que quelques SAAD ont fait remonter des difficultés de relations avec certains professionnels de santé « *qui parfois dénigrent notre travail* ». Ces professionnels de l'aide à domicile expriment l'impression « *de ne pas être pris au sérieux* ».

Les SAAD font également remonter que, quand ils sont présents au sein d'une maison de santé, cela a un impact positif fort sur la qualité des relations avec les professionnels de santé.

En zones rurales et de montagne, les collaborations se font entre un nombre limité d'acteurs, ce qui les facilite le plus souvent. En milieu urbain, cela peut sembler plus difficile. Cependant, le travail réalisé par le pôle gérontologique à Narbonne montre qu'il est possible de créer du réseau entre des acteurs différents et nombreux sur un territoire.

• Avec les médecins

Les relations avec les médecins sont majoritairement qualifiées de bonnes. Ils peuvent être sollicités sans problème, notamment par les SSIAD, en cas de besoin avec le plus souvent une réponse rapide de leur part. Il est également possible de les mobiliser lors d'une visite à domicile pour des cas complexes, plutôt en milieu rural. On note également, mentionnée aussi bien par des SSIAD que des SAAD, une disponibilité des médecins pour des réunions régulières (de type staff ou RCP) sur certains sites. Cette disponibilité des médecins pour des réunions ou des visites à domicile est facilitée quand SSIAD et SSAD sont implantés dans une maison de santé.

Quelques cas de relations plus difficiles avec tel ou tel médecin sont rapportés par des SSIAD, généralement par méconnaissance des services pouvant être apportés par les SSIAD, voire refus de s'y intéresser. Dans un territoire, il est mentionné la présence d'un médecin généraliste qui refuse de recourir à l'HAD et/ou à mobiliser une EMSP, pouvant mettre à mal les accompagnements à domicile mis en place.

- **Avec les infirmières libérales**

Le constat qui ressort des différentes réponses obtenues est la très grande variabilité des collaborations avec ces professionnelles. Cela va de relations qualifiées d'excellentes à une absence totale de collaboration. Cette grande variabilité peut être retrouvée sur un même territoire par un même service.

Les services d'aide à domicile, quels qu'ils soient, font remonter les difficultés auxquelles ils font face avec certaines professionnelles libérales. Cela peut-être une non-compréhension des contraintes en lien avec les horaires de travail de professionnels salariés : par exemple, en cas d'interventions en binôme, des infirmières libérales ont du mal à adapter le planning de leur tournée pour permettre que leur intervention puisse se faire dans les plages horaires des aides-soignantes et éviter de prévoir ces interventions en soirée.

Les difficultés peuvent également porter sur la compréhension par les professionnels libéraux des limites de ce qui peut ou ne peut pas être fait dans le cadre du forfait de soins des SSIAD. Les services d'aide à domicile font également face à des idées préconçues du côté des infirmières libérales sur la répartition des tâches entre les différents intervenants. Ainsi, un interlocuteur départemental relève que l'attitude de ces professionnels libéraux peut être un frein aux collaborations, en particulier quand ils ne prennent pas en charge les soins de nursing.

Un SSIAD indique des difficultés avec des infirmières libérales auxquelles il a recours sur le contrôle des prestations effectuées avec parfois une facturation directe des actes par l'infirmière libérale à l'Assurance maladie entraînant des difficultés administratives.

Des situations particulières sont évoquées : un territoire sans infirmières libérales ou un autre où une infirmière en pratique avancée (IPA) intervient, offrant plus de réactivité pour les adaptations de prise en charge.

Il est également mentionné que dans les territoires non couverts par un SSIAD (ou insuffisamment couverts), des infirmières libérales sont présentes avec une forme d'autorégulation de la demande de SSIAD (l'absence d'offre entraîne une absence de demande et une autre organisation des accompagnements).

- **Avec les masseurs kinésithérapeutes**

Il ressort des entretiens que les collaborations des services (SSIAD et SAAD) avec ces professionnels restent très limitées, principalement autour de l'organisation des plannings. À noter que ces professionnels peuvent participer aux réunions de concertations pluridisciplinaires quand il y en a. Ce constat peut être élargi à d'autres professionnels de santé libéraux intervenant à domicile, notamment les orthophonistes.

- **Avec l'hospitalisation à domicile (HAD)**

Pour les patients les plus lourds, dans tous les territoires, les SSIAD indiquent la possibilité de mobiliser l'HAD mais pour une durée limitée. Cependant, les SSIAD ou les SAAD peuvent se retrouver parfois confrontés à des sorties d'HAD non préparées. De même, un manque d'anticipation dans les recours à l'HAD est rapporté par un interlocuteur départemental.

Quelques services (SSIAD) ont établi des conventions avec les services d'HAD.

- **Avec les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)**

Quand une telle équipe (ou un réseau de soins palliatifs) est présente sur le territoire, on relève des collaborations des SSIAD et des SAAD avec ces services pour les accompagnements de fin de vie à domicile.

► **Les collaborations avec les autres acteurs du territoire**

Les collaborations avec les autres services intervenant à domicile, au premier rang desquels les services de portage à domicile, sont limitées. Elles se bornent généralement à la communication des plannings, parfois à l'ajustement de ceux-ci, et également à la remontée d'information en cas d'évolution de la santé de la personne accompagnée.

Dans l'Aveyron, les points info seniors (anciens CLIC) sont des outils d'accueil, d'information et d'orientation qui sont bien repérés et qui permettent d'organiser les parcours PA/PH sur les territoires. Les espaces seniors sont cités dans l'Aude avec des termes similaires.

Le rôle important des CPTS est souligné dans l'animation du réseau sur les territoires, principalement du côté du soin mais pas seulement.

► **Les outils partagés**

Le constat unanime est que les outils partagés sont rares, principalement du fait d'absence sur le marché d'outils interopérables adaptés à l'activité spécifique de chaque service.

Quand SAAD et SSIAD relèvent du même organisme gestionnaire, des outils communs informatisés peuvent exister mais portent le plus souvent que sur la partie « administrative » des dossiers des personnes accompagnées. Quand ces outils offrent plus de services, il s'agit généralement du résultat de développements informatiques spécifiques, possibles uniquement dans les plus gros organismes. Ces outils sont généralement associés à l'utilisation de tablettes ou smartphones pour un accès à distance, au domicile de la personne accompagnée. Dans ce cas, il y a généralement, une tablette ou un smartphone par tournée, plus rarement l'équipement de chaque professionnel du service avec ce type d'outil. Ces outils permettent des transmissions dématérialisées dans les services qui en sont équipés, permettant aux cadres d'avoir rapidement accès à l'information sur l'évolution de la situation de la personne accompagnée.

Quand les services relèvent de gestionnaires différents, le problème de l'interopérabilité des solutions logicielles entre services se pose, en l'absence d'outils adaptés disponibles sur le marché. Dans ces cas, on note une cohabitation de deux logiciels différents non interopérables entre SSIAD et SSAD.

On relève la particularité des SSIAD hospitaliers dans ce domaine qui utilisent les systèmes d'information propres à leur centre hospitalier.

Le plus souvent, les outils partagés se limitent au cahier de liaison laissé au domicile de la personne accompagnée. Ce cahier de liaison est le plus souvent différent pour les SSSIAD et pour les SAAD. Quand il est unique, c'est généralement que les deux services relèvent du même organisme gestionnaire. On observe une appropriation variable de ces outils tant par les professionnels que par l'entourage de la personne allant parfois jusqu'à ne pas se sentir légitime à y noter quelque chose quand les personnes ne relèvent pas de l'organisme ayant mis à disposition le cahier. À noter que, dans un territoire, un tableau Velleda® est installé au domicile de la personne accompagnée, tableau dont l'usage est partagé entre les services. Il faut noter que, parfois, il y a une absence totale d'outils partagés quelle que soit leur forme.

Dans certains territoires, on note l'utilisation de SPICO⁵, qui fonctionne comme une messagerie instantanée (un peu comme WhatsApp), pour correspondre de manière sécurisée avec le médecin traitant, les infirmières libérales, les autres professionnels de santé, le DAC... Cet outil est apprécié car considéré comme très réactif. Les difficultés rapportées sur la nécessité que chaque intervenant puisse être identifié dans SPICO (limité à la base aux professions médicales et paramédicales principalement mais pouvant être étendu à d'autres professionnels) ou aux difficultés d'identification si l'outil numérique est partagé au sein de la tournée, sont normalement résolues. Il est noté que ces outils communs permettent le partage des informations entre les intervenants, une meilleure coordination de ceux-ci et le traçage de ce qui est fait. Ils permettent également une meilleure réactivité pour adapter les prises en charge à l'évolution des situations. L'utilisation de SPICO est également citée par les SAAD sur certains territoires sous l'impulsion du CRT ou du DAC. Médimail⁶ (en particulier pour l'envoi de documents) est également utilisé sur certains territoires mais cet outil est limité au champ sanitaire et il est considéré comme moins réactif que SPICO. D'autres outils comme Omnidoc ou Mobisoins sont également cités mais plus rarement. Il est souligné que, pour que ces outils soient réellement efficaces, il est nécessaire que tous les professionnels concernés du territoire puissent y avoir accès et les utilisent.

Sont cités également par certains binômes SSIAD / SAAD dans un même organisme gestionnaire, l'existence de documents uniformisés (livret d'accueil, règlement intérieur...), de tableaux Excel de gestion communs, de cahiers de liaison uniques...

En l'absence d'outils partagés spécifiques, les communications entre services se font essentiellement par téléphone et courrier électronique.

⁵ Système de partage d'informations et de coordination en Occitanie développé et mis à disposition par e-santé Occitanie (<https://www.esante-occitanie.fr/spico-outil-de-coordination/>)

⁶ Médimail est une solution permettant de correspondre par courrier électronique de manière sécurisée entre professionnels de santé (<https://www.esante-occitanie.fr/app/uploads/2023/03/Comparaison-Medimail-SPICO-v1-PDF.pdf>)

► Les éléments qui facilitent les collaborations entre les services

Plusieurs éléments de nature diverse sont mentionnés par les différents interlocuteurs pour qualifier ce qui facilite les collaborations. Sont ainsi cités :

- La bonne connaissance de l'environnement dans lequel les services interviennent et des différentes catégories d'intervenants pouvant être mobilisés avec les apports spécifiques et les limites d'intervention de chacun d'eux. Est ainsi citée la présence d'une IDEC dans un SSIAD, exerçant sur le territoire depuis de nombreuses années avec une expérience antérieure dans l'accompagnement des personnes âgées, et qui a ainsi une bonne connaissance du territoire et est reconnue comme une réelle interlocutrice par les différents acteurs.
- Des responsables de secteurs clairement identifiés par tous et qui se mobilisent pour contacter et mettre en relation les différents acteurs.
- Plus largement, il s'agit de la bonne connaissance des acteurs entre eux à laquelle il faut ajouter la volonté de travailler ensemble et de s'améliorer, le professionnalisme des intervenants, le respect entre les différents acteurs ainsi que la stabilité des équipes.
- L'existence de temps permettant des rencontres est également un élément facilitant les collaborations : rencontres régulières au sein des services et entre services, temps de formation en commun...
- La proximité physique entre les acteurs : SAAD et SSIAD dans un même organisme gestionnaire et réunis dans un même lieu, SAAD et SSIAD avec porteurs différents mais présent dans les mêmes locaux, idéalement une maison de santé pour le lien avec les autres acteurs.
- Des territoires couverts identiques ou quasi identiques. Si plusieurs SAAD sont présents sur un territoire, il s'agit de la similitude de territoire entre le SSIAD et le principal SAAD avec lequel il accompagne des situations en commun.
- Disposer sur un même site d'une palette large de services : dans un cas, il s'agit du SSIAD, de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et du service de soins médicaux et réadaptation (SMR), dans un autre cas, du SSIAD, d'une unité de soins de longue durée, d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) et d'un centre de ressources territorial. Cela peut être également l'existence de conventions avec ce type de services (Ehpad pour l'accueil de jour, ESA...).
- L'existence d'une convention de collaboration.
- Les systèmes d'information et les outils partagés quand ils existent
- La mobilisation du DAC sur les territoires et les rencontres qu'il impulse
- L'implication des élus locaux et des administrateurs des structures porteuses des différents services/

► Les éléments qui freinent les collaborations entre les services

Un service n'en cite aucun. Cependant la liste des éléments qui freinent les collaborations tels qu'avancés par nos interlocuteurs est plus longue que celle qui les favorisent.

- Le manque de temps et de moyens pour mettre en place tous les temps de travail nécessaire pour faire vivre ces collaborations est très fréquemment cité, quelle que soit le type d'interlocuteur. Par exemple, les temps de réunion entre services ne sont généralement pas financés. En particulier, pour les services interrogés, les temps de travail induits par la réforme des services à domicile sont perçus comme non financés et venant s'ajouter à une charge de travail des cadres déjà importante. Ainsi, dans certains services qui ont commencé à fonctionner en SAD, les équipes disent aux cadres : « *on ne vous voit plus* ». Il faut noter également que, dans de nombreux services, la coordination de celui-ci repose sur une seule personne entraînant un manque de disponibilité pour répondre aux différentes demandes.
- La situation financière des SAAD qui limite les possibilités de travail de coordination en leur sein et avec l'extérieur.
- La concurrence entre les services, cela étant cité par des SAAD principalement.
- Les territoires d'intervention des services qui ne correspondent pas.
- Les problématiques administratives et de ressources humaines qui sont spécifiques à chaque type de structure porteuse : structure hospitalière, structure communale ou intercommunale, association loi 1901, organisme mutualiste, structure privée lucrative...
- Les systèmes d'information compartimentés et qui ne sont pas interopérables et plus largement, l'absence (ou quasi-absence) d'outils partagés.
- La méconnaissance des acteurs entre eux pouvant, parfois, entraîner des glissements de tâche quand les missions de chacun ne sont pas clairement connues et respectées.
- Un manque de référent clairement identifié dans certaines structures, en particulier les SAAD de taille limitée en milieu rural.
- Le niveau de compétences de certains interlocuteurs ou des compétences qui ne sont pas toujours au même niveau entre les différents acteurs.
- Des communications entre professionnels qui ne se font que de manière dématérialisée, par mail.
- Le refus de collaborer clairement affiché par certains professionnels. Au-delà de ces rares refus, il s'avère également que certains professionnels, en particulier des médecins, sont plus difficilement joignables que d'autres.
- Des réticences autour de l'échange d'informations dans le cadre du secret partagé
- Le manque de temps et de disponibilité des professionnels extérieurs pour des rencontres autour des personnes accompagnées et, *a fortiori*, pour des temps « non facturables » comme des réunions de travail autour de situation concrètes avec les différents acteurs.
- Le manque de personnel pour travailler en binôme quand cela s'avère nécessaire.
- Les difficultés à synchroniser les plannings d'intervention entre catégories d'intervenants pour mobiliser en même temps aide-soignante et auxiliaire de vie auprès de la même personne

- Une coordination des différents acteurs pas toujours organisé par le conseil départemental malgré sa position de chef de file de l'action sociale auprès des personnes âgées.
- La persistance de cloisonnements entre le sanitaire et le médico-social.
- Les relations et la collaboration avec les aidants familiaux qui peuvent parfois être problématiques et impacter les possibilités de collaboration entre acteurs, en particulier quand l'entourage porte des attentes qui s'avèrent différentes que celles exprimées par la personne accompagnée.

► Les perceptions des acteurs vis-à-vis de la réforme

Il est important de relever qu'aucun des différents acteurs rencontrés ou interrogés ne remet en cause le fond de la réforme, à savoir le renforcement de la coordination entre les différents acteurs autour de la personne accompagnée.

Ainsi, les personnes rencontrées attendent :

- Un parcours facilité par un travail en coordination pour mieux répondre aux besoins des personnes.
- Une évaluation commune des situations avec une structuration et une organisation des prises en charge dans une approche globale.
- Une vraie collaboration entre les services, des plannings adaptés et la possibilité d'augmenter le nombre d'interventions auprès des personnes mais une crainte sur les problèmes de synchronisation des interventions autour de la même personne.
- Une simplification de l'organisation des prises en charge face à des situations complexes.
- Une fluidification de la circulation de l'information permettant une amélioration du suivi et de la qualité des prestations. En particulier, une précocité de la réponse et une prise en compte plus rapide en cas de dégradation notamment quand cela demande des soins infirmiers.
- Une mutualisation de moyens permettant un parcours coordonné dans l'intérêt des personnes.
- Une meilleure qualité d'accompagnement.
- Plus de travail de prévention et de repérage des fragilités.
- Du soutien aux aidants.
- Une meilleure information des personnes aidées.
- La limitation des interlocuteurs pour la personne accompagnée.
- La professionnalisation et la montée en compétence des professionnels de l'aide et du soin.
- L'acculturation entre aide et soins et l'amélioration de l'attractivité du secteur.

Cependant, de nombreuses critiques sont formulées. À titre d'exemple, un interlocuteur départemental qualifie cette réforme de « *ni fait ni à faire* ». Celle-ci est considérée comme une « *source de blocages administratifs et juridiques* ». Les points de difficultés mentionnés par les différents interlocuteurs peuvent être regroupés comme suit.

Pour un certain nombre d'interlocuteurs, la réforme n'aura pas plus d'effet que de conforter des modes de coopération déjà existants. D'où l'impression souvent exprimée d'une obligation de fusion entre structures qui n'apportera rien ou de peu de choses au bénéfice des personnes accompagnées si ce n'est de la complexité dans les fonctionnements et les accompagnements. Certains acteurs estiment remplir déjà la très grande majorité des items du cahier des charges (le problème qui persiste le plus fréquemment – et parfois uniquement – porte sur la mise en place d'un système d'information adapté, le plus souvent par absence d'un tel produit sur le marché). Ainsi, la plus-value attendue à l'issue de la réforme est perçue comme très limitée surtout en regard de l'énergie nécessaire pour mettre en place celle-ci sur le plan administratif et de la gestion des ressources humaines. Dans le même ordre d'idée, obliger des structures de soins à faire de l'aide alors que, d'une part, ce n'est pas leur métier, d'autre part, elle se coordonne déjà bien avec les SAAD actuels, aura, selon certains interlocuteurs, un impact limité voir négatif sur la qualité des accompagnements.

Les acteurs de l'accompagnement font remarquer qu'aucun gain par rapport à la situation actuelle n'est à attendre quand la coordination doit se faire entre un SAD mixte assurant la partie soins et une auxiliaire de vie libérale ou un autre SAD (mixte ou aide) assurant la partie aide.

L'idée que la réforme permettra d'avoir un interlocuteur « unique » pour la personne n'est pas partagée par tous. Dans la plupart des cas l'aide précède le soin. Si le choix pour l'aide ne comporte pas au départ une valence soins (cas du recours à un professionnel libéral rémunéré en CESU ou de recours à un SAD aide), il restera deux interlocuteurs. Et même s'il y a intervention d'une seule structure à travers un SAD mixte, il y aura intervention de deux catégories de personnels avec, le plus souvent un référent soins (IDEC) et un référent aide selon les organigrammes qui se mettent en place. Si l'IDEC assure la coordination aide et soins, cela entraîne une surcharge de travail pas toujours compensée et, de ce fait, une moindre disponibilité pour répondre aux besoins des professionnels et des personnes.

Il y a un risque de perte de liberté de choix de la personne accompagnée dans de nombreux territoires par la limitation du nombre d'acteurs. Dans certains territoires ruraux, il n'y aura à terme qu'un seul service apportant à la fois aide et soins, la seule alternative des personnes si elles ne veulent pas avoir recours à ce service pour une raison ou une autre sera de se tourner vers une offre libérale à condition qu'elle existe sur leur territoire. Mais d'un autre côté, des interlocuteurs estiment que la réforme aurait un réel effet si, sur un même territoire, il y avait une structure unique apportant aide et soin avec des outils communs et des moyens adaptés. Un interlocuteur va même jusqu'à imaginer qu'un dispositif soit mis en place à l'échelle du département (ou de ses territoires pour les « grands » départements), sous l'égide du Conseil départemental du fait de sa légitimité comme chef de file de l'action sociale vers les personnes âgées, qui organiserait et coordonnerait l'aide et les soins auprès des personnes accompagnées en contractualisant avec les services d'aide ou de soins à domicile présents sur le territoire.

Les problèmes liés aux différences de statut juridique et de personnel entre structures amenées à construire ensemble un SAD mixte, d'une part, de cohérence de territoire d'autre part, déjà largement mis en avant dans les discussions autour de la mise en œuvre de la réforme, sont quasiment systématiquement rappelés lors de chacun des entretiens ou dans

les réponses recueillies. La solution pour dépasser ces difficultés que serait la mise en place d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) est perçue comme particulièrement lourde et consommatrice de moyens supplémentaires (multiplication des instances, temps administratif, gestion plus complexe...) pour la faire fonctionner, alors que celle-ci est la seule option dans certain cas, par exemple quand un centre hospitalier gérant un SSIAD ne souhaite pas développer un service d'aide en son sein. Une structure portant un SSIAD et dont le territoire comporte des zones couvertes par des SAAD différents fait remarquer qu'elle sera sans doute dans l'obligation de mettre en place plusieurs GCSMS (un par sous territoire) pour permettre de maintenir l'activité de soin sur l'ensemble du territoire.

Plusieurs éléments freinant ou bloquant la mise en œuvre de la réforme sont cités, en premier lieu desquels figure l'obligation de mise en place d'une entité juridique unique porteuse de l'autorisation aide et de l'autorisation soin est souvent perçue comme un facteur bloquant important. Cela a un impact en termes de complexité administrative et de ressources humaines quand les statuts des structures qui se rapprochent sont différents. De plus, certains organismes porteurs d'une autorisation risquent de la perdre dans ce processus de rapprochement ce qui, quand elle est le centre principal de leur activité, peut remettre en cause leur raison d'être.

La possibilité de conventionner dans un premier temps entre SSIAD et SAAD a été considérée comme une opportunité intéressante par les différents acteurs mais un examen plus précis des conditions de conventionnement font que ces acteurs deviennent plus réticents à la mettre en œuvre. En effet, la lecture qu'ils en font implique que le transfert d'autorisation vers une des deux structures doit de faire dès la mise en place de la convention et que cette convention implique obligatoirement à terme la fusion des deux activités dans une des deux parties signataires, celle qui regroupe les deux autorisations aide et soin lors de la signature de la convention.

Dans le même ordre d'idée, des organismes gérant un pool de services complémentaires peuvent voir leur projet stratégique mis à mal par la réforme. Par exemple, cela peut être le cas d'une structure hospitalière gérant également une ESA, un Ehpad ou des lits de long séjour. La perte de la valence « service de soins à domicile » peut remettre en question le fonctionnement global de ce dispositif offrant une offre coordonnée sur un territoire. Comme une partie des structures hospitalières concernées indiquent ne pas vouloir développer d'activité d'aide à domicile car cela ne correspond pas à leurs missions, certains acteurs expriment la crainte de voir, sur leur territoire, l'hôpital se désengager des accompagnements à domicile avec le risque de creuser à nouveau le fossé entre soins hospitaliers et soins à domicile. Un autre cas de figure est celui d'associations gérant à la fois un SSIAD et un centre de soins infirmiers : se défaire de la partie SSIAD pour mettre en place un SAD mixte est perçu comme une remise en cause complète du modèle qu'elles proposent proposant une continuité et une fluidité entre prise en charge par un CSI et prise en charge en SSIAD. Sur certains territoires, cette crainte peut entraîner des réactions de blocage complet dans la mise en œuvre de la réforme.

L'attitude de certains organismes gestionnaires de structures d'aide à domicile est perçue également comme un frein à deux niveaux. Premièrement quand elle se présente uniquement dans une position d'« absorbeur » de la structure avec laquelle elle envisage de mettre en

place un SAD mixte plutôt que dans une attitude de co-construction. Cela peut-être en lien avec la forme juridique de la structure porteuse qui lui offre peu de latitude sur le plan administratif et de gestion des ressources humaines. Mais cela peut être aussi en lien avec la stratégie propre de cet organisme gestionnaire qui souhaite se développer sur l'ensemble d'un territoire départemental. Il faut noter que les autorités départementales rencontrées expriment généralement la crainte de se retrouver face à une ou deux structures « *hégémoniques* » sur l'ensemble de leur département. Cette attitude est également un frein dans le sens où certains « petits » acteurs estiment trop risqué pour eux de se rapprocher de telles structures.

L'absence ou le niveau limité de moyens accordés aux structures pour accompagner la réforme est également rapporté à plusieurs reprises comme un frein à la mise en œuvre de celle-ci par les structures concernées.

Enfin une structure gérant déjà à la fois un SSIAD et un SAAD estime que cela ne changera pas beaucoup de choses sur le plan de la gestion administrative et financière. En effet, elle devra toujours être en contact avec deux organismes différents pour son financement et rendre compte séparément de son activité à chacun d'entre eux. Cette nécessité de maintenir scindée, pour des raisons administratives et financières, les deux activités au sein de la même structure est même considérée comme allant à l'encontre des objectifs de la réforme.

Enfin, un interlocuteur mettait en avant que « *la peur empêche d'avancer* » ; les craintes ressenties sur leur avenir par certaines structures ne leur permettent pas de s'impliquer activement dans la mise en œuvre de la réforme.

Un certain nombre d'autres craintes ou difficultés sont également exprimées :

- Le rapprochement des fonctions aide et soin dans une même structure est perçue comme portant un risque accru de glissement de fonctions et de tâches entre les professionnels de l'aide, principalement les axillaires de vie, et les professionnels du soin, principalement les aides-soignantes, ce glissement de tâche pouvant se faire aussi bien dans un sens que dans l'autre.
- La question de l'organisation hiérarchique des futures structures est revenue à plusieurs reprises, notamment lors des entretiens avec des structures disposant déjà des deux offres et expérimentant des fonctionnements de type SPASSAD. Dans tous les cas, les parties aide et soin restent séparées au sein de ces structures car reposant sur des modes de fonctionnement différents et mobilisant des personnels différents. Se pose alors la question de la coordination de ces deux activités : se situe-t-elle au niveau d'une direction fonctionnelle au sein de la structure où à un autre niveau ? est-elle assurée par un cadre de direction, par une IDEC, par une autre catégorie de personnel ? est-ce que cette personne a une autorité hiérarchique directe avec les personnels de l'aide d'une part, les personnels du soin d'autre part ? si l'IDEC n'est pas en position de coordination entre aide et soin, comment est considéré son rôle dans ces processus de coordination et de quelle autorité hiérarchique disposera-t-elle auprès des personnels du soin d'une part, de l'aide d'autre part ? quelle sera la répartition de la charge de travail entre les différents cadres pour assurer cette coordination tout en laissant de la disponibilité pour répondre aux demandes des personnels accompagnant directement les personnes concernées ?

- L'absence d'outils numériques disponibles couvrant à la fois les besoins des services de soins et des services d'aide à domicile fait partie des freins très souvent mentionnés.

Les interlocuteurs départementaux soulignent également un certain nombre de points :

- Ils rapportent une impossibilité de débloquer des places supplémentaires en SSIAD dans de nombreuses zones malgré un besoin qui existe (à partir des remontées qu'ils ont de la population) et l'existence à leur niveau des moyens nécessaires pour les financer. Cette impossibilité serait liée aux indicateurs de densité en infirmières libérales produits par l'Assurance maladie. Il semblerait que ces indicateurs soient construits en tenant en compte la seule densité de la commune où est implanté le SSIAD. Or cette commune est souvent la ville ou le bourg central d'un territoire sur lequel sont regroupés la plupart des professionnels de santé couvrant celui-ci. De ce fait, la densité des professionnels de santé y est forcément élevée. Pour résoudre ce problème, il faudrait que la densité en infirmières libérales soit calculée sur la totalité du territoire ciblé et tenir compte des différences de structure d'âge entre territoires, les besoins étant plus important dans un territoire où la part de la population la plus âgées est élevée que dans les territoires plus jeunes.
- La mise en œuvre de la réforme de manière globale sur un département est rendue plus complexe par la volonté variable des acteurs de s'y engager. Ils constatent des positionnements de blocage vis-à-vis de la réforme de certains SSIAD, en particulier ceux de petite taille, gérant une ou deux autres activités comme un centre de soins infirmiers (SSIAD avec CSI en Aveyron). De la même manière, ils observent un manque d'engagement certain de « *petits* » SAAD privés qui envisagent uniquement une conversion en SAD aide sans questionner un rapprochement éventuel avec une structure de soins, au-delà des éléments fixés dans le cahier des charges. À l'opposé, ils constatent le caractère volontariste de SSIAD (en particulier hospitalier) et de SAAD publics (souvent portés par des CCAS) pour mettre en place la réforme.
- Il existe également des zones d'intervention des services qui pourraient être à l'issue de la réforme à cheval sur deux départements et nécessitant alors des « *échanges* » d'autorisations entre territoires.
- Ils constatent également que les cabinets juridiques auxquels les structures peuvent avoir recours n'ont généralement pas plus de solutions à proposer pour organiser les rapprochements que celles déjà connues.
- Enfin, ils regrettent une « *rigueur excessive* » dans les modalités de mise en œuvre de la réforme dans un secteur qui nécessite beaucoup de souplesse et d'adaptation en fonction des situations locales. Certains considèrent que le modèle SPASSAD fonctionne bien et qu'il aurait fallu partir de cette expérience pour bâtir cette réforme.

► Les effets potentiels sur la couverture du territoire

Le plus souvent, aucun effet réel sur la couverture du territoire n'est attendu, en particulier si les moyens (et autorisations) nécessaires pour augmenter les capacités des services pour couvrir l'ensemble de leur territoire ne leur sont pas alloués.

Les problèmes actuellement rencontrés dans le recrutement et la fidélisation des personnels intervenant à domicile sont également une limite à une bonne couverture du territoire. Les personnes rencontrées estiment que la réforme n'apporte pas de solution à cette problématique à laquelle elles doivent faire face en quasi-permanence.

La réforme n'apporte pas également de réponse à la question des temps de trajets qui peuvent être très longs lorsqu'il faut accompagner une personne dans un territoire rural isolé ou en zone de montage.

Parfois, la crainte d'un effet délétère sur la couverture du territoire est exprimée. Dans deux des trois territoires étudiés, il s'avère que les SSIAD ont du mal à couvrir la totalité du territoire qui leur est dédié faute de moyens ou ne fonctionnent qu'à une fraction partielle de leur capacité du fait des difficultés de recrutement du personnel. Les SAD mixtes créés sur ces bases risqueraient de concentrer leurs interventions sur les zones qu'ils couvrent réellement actuellement, au détriment, pour la partie aide, des zones où ils n'ont pas la capacité d'intervenir pour le moment.

Dans un département, il est souligné que la mise en place de la réforme est l'occasion de modifier certains périmètres d'autorisations pour faire mieux correspondre entre eux les différents territoires et réduire potentiellement les zones blanches.

Il faut souligner en premier lieu la bonne mobilisation des SSIAD, des conseils départementaux et des délégations départementales des ARS pour participer à cette étude. Toutes ont répondu et ont consacré entre 1h30 et 2h15 de leur temps pour des entretiens approfondis. Il faut également mettre en avant la liberté de parole de la plupart de nos interlocuteurs.

Pour les SAAD, leur nombre élevé sur les territoires étudiés n'a pas permis d'organiser des rencontres individuelles. Leur mobilisation s'est faite par un questionnaire en ligne. La prise de contact avec les structures pour les inviter à y répondre comportait en pièce-jointe la lettre de mission de la commission « Prises en charge et accompagnements médico-sociaux » de la CRSA. Deux relances ont été faites auprès des structures non-répondantes. *In fine*, seules 36 % des structures contactées ont répondu avec une typologie particulière des réponses : la grande majorité des SAAD publics et de ceux qui accompagnent des personnes également prises en charge avec un SSIAD ont répondu. Les SAAD privés lucratifs, qui représentent la moitié des SAAD présents sur les territoires étudiés (30 sur 61) n'ont pas, pour leur quasi-totalité, répondu au questionnaire faisant ainsi écho au constat fait par nos interlocuteurs départementaux de la difficulté pour ces structures à se mobiliser dans le cadre de cette réforme, se sentant peu concernées.

Les contacts avec les CPTS ont été peu fructueux : une seule des quatre CPTS a donné suite à notre sollicitation. Cette CPTS a indiqué en introduction de l'entretien être peu impliquée dans la mise en œuvre de la réforme et être en lien avec les SSIAD mais pas avec les SAAD de son territoire.

Plusieurs lignes de force ressortent de l'ensemble des entretiens et des réponses obtenues. Elles peuvent être présentées ainsi :

- L'objectif final de cette réforme n'est pas remis en cause...
- ... mais des réserves très fortes, voire des blocages, sont constatés de la part de la quasi-totalité des acteurs rencontrés sur les modalités choisies pour la mise en œuvre : entité unique, rigidité du mode conventionnel proposé en attente, asymétrie d'obligations entre SAAD et SSIAD, quasi-absence de moyens pour financer la coordination, calendrier contraint...
- Le constat peut être fait que les collaborations sur le terrain entre services existent, sont réelles et anciennes, particulièrement en milieu rural mais aussi dans des territoires urbains malgré une densité de services élevée. Dans ce cas, les collaborations se limitent aux principaux SAAD.
- Ces collaborations peuvent prendre des formes élaborées sur certains territoires : réunions de concertation pluridisciplinaire incluant SSIAD, SAAD et autres intervenants

- Cependant, le constat est fait que, le plus souvent, aucune de ces collaborations ne fait l'objet de formalisation sous forme de convention par exemple, limitant leur visibilité notamment au niveau des tutelles.
- Les collaborations entre services sont limitées par l'absence d'outils communs, en particulier au niveau des systèmes d'informations, le plus souvent, par non-disponibilité de ceux-ci plus que par manque de volonté des parties.
- On relève le rôle important que les CPTS et les DAC peuvent avoir sur certains territoires pour initier, favoriser, permettre les collaborations entre acteurs. Ces structures se positionnent dans l'animation d'un collectif territorial d'acteurs et promeuvent des outils facilitant une communication sécurisée entre eux (tel SPICO).
- Il y a un grand besoin exprimé de prise en compte des singularités de chaque territoire et de chaque dispositif existant pour bâtir des réponses adaptées. Il est ainsi nécessaire de trouver des solutions permettant de respecter des dispositifs existants et qui fonctionnent, en particulier quand un organisme gestionnaire propose déjà une palette de services coordonnés sur un territoire.

1. Grilles d'entretien

► Auprès des SSIAD et des SAAD

- Comment se déroule l'accompagnement d'une personne selon les étapes suivantes ?
 - À l'admission
 - En cours d'accompagnement
 - En fin d'accompagnement
- Quels sont les collaborations avec les autres services et professionnels intervenant à domicile ?
 - Avec les SAD (pour les SSIAD) / les SSIAD (pour les SAD)
 - Avec les autres services à domicile (portage de repas, télésurveillance...)
 - Avec les autres professionnels de santé (médecin, kinés, orthophonistes, ...)
- Quels sont les outils partagés ? Quels sont leur apport ?
- Quels sont les éléments facilitateurs des collaborations ?
- Quels sont les éléments faisant frein aux collaborations ?
- Quels sont les attentes positives / négatives par rapport à la réforme sur vos modes de fonctionnement ?
- Quels sont les éléments facilitateurs / les éléments bloquants dans le rapprochement avec les SAAD (pour les SSIAD) / les SSIAD (pour les SAAD) ?
- Quels sont les effets potentiels sur la qualité de la réponse apportée aux personnes accompagnées ?

► Auprès des CD / des DD ARS

- Quel est votre perception de l'état d'avancement de la mise en œuvre de la réforme dans le territoire ?
- Quelle vision avez-vous des collaborations qui existent déjà entre les deux catégories de services ?
- Avez-vous connaissance d'outils de collaboration qui auraient été mis en place dans votre département ? Lesquels ? Quel est leur apport ?
- Au-delà des SSIAD et SAAD, quelles sont les collaborations entre services intervenant à domicile que vous identifiez ?
- Comment pouvez-vous qualifier ces collaborations ?
- Quels sont les éléments facilitateurs des collaborations entre SSIAD et SAAD ?
- Quels sont les éléments faisant frein aux collaborations entre SSIAD et SAAD ?
- Quels sont les éléments facilitateurs / bloquants dans le rapprochement entre SSIAD et SAAD

- Quels sont les effets potentiels que vous identifiez sur la qualité de la réponse apportée aux personnes accompagnées ?

► **Auprès des professionnels de santé (CPTS)**

- Comment se déroule pour vous l'accompagnement d'une personne à domicile selon les étapes suivantes ?
 - À l'admission dans un service
 - En cours d'accompagnement par un service
 - En fin d'accompagnement par un service
- Identifiez-vous des outils partagés ? Lesquels ? Quel est leur apport
- Quels sont les éléments facilitateurs des collaborations ?
- Quels sont les éléments faisant frein aux collaborations ?
- Quelle connaissance avez-vous de la réforme des services autonomie à domicile ?
- Quels sont de votre point de vue les éléments facilitateurs / bloquants dans le rapprochement entre SSIAD et SAAD ?
- Quels pourraient en être les effets potentiels sur la qualité de la réponse apportée aux personnes accompagnées ?

2. Lettre de mission



Lettre de mission de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

« Étude des conditions et des effets du rapprochement des services à domicile »

A l'attention d'Agnès Kabantchenko, Directrice du CREAI – ORS Occitanie

Madame,

La Commission spécialisée dans la prise en charge et les accompagnements médico sociaux (CSMS) de la CRSA Occitanie est une instance consultative chargée de participer à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la politique régionale de santé et d'autonomie.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme visant la création de services autonomie à domicile (SAD), la CSMS a souhaité éclairer les conditions requises pour que ce rapprochement entre aide, accompagnement à l'autonomie et soins en Occitanie soit bénéfique en termes de qualité du parcours pour la personne âgée ou en situation de handicap.

La CSMS fait pour cela appel au CREAI-ORS pour réaliser une étude sur les effets de la mise en œuvre de cette réforme d'un point de vue qualitatif pour les bénéficiaires. Le CREAI-ORS est ainsi chargé de :

- Faire un état des lieux des données départementales sur les services existants ;
- Documenter à partir de 3 monographies les conditions de mise en œuvre de la réforme, l'organisation et les résultats en termes organisationnel, de coopération et de coordination des services et en conséquence, de qualité de réponse à la personne.

Cette étude a pour objectif d'identifier les conditions favorables, les points de difficultés et les éléments facilitateurs dans la mise en œuvre de cette réforme et éclairera la CSMS dans la rédaction d'un avis.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'assurance de mes salutations distinguées.

Philippe Jourdy, Président de la Commission Spécialisée dans la prise en charge et les accompagnements médico-sociaux de la CRSA