



FACULTÉ
DE SANTÉ



Master 2^{ème} année Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »

Bien vieillir chez soi : Les Services Autonomie Domicile,
acteurs incontournables du système de santé.

ECUE 7.2
M Abdenour KHELIL

Elodie LHERMITTE
Année 2023/2024

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL • UNIVERSITÉ GUSTAVE EIFFEL

AVERTISSEMENT PRATIQUE

Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

« Le but ultime des soins de santé est de permettre aux individus de mener une vie saine, productive et épanouissante. Pour y parvenir, nous devons constamment évaluer et améliorer nos pratiques, nos processus et nos structures. En travaillant ensemble avec compassion, engagement et excellence, nous pouvons transformer les soins de santé et améliorer la vie de ceux que nous servons »

Florence Nightingale

« La vieillesse est une période de la vie où l'on a le plus besoin de tendresse et de bienveillance. »

Simone de Beauvoir

Remerciements

Je tiens à remercier l'ESM, pour son enseignement bienveillant et de qualité, et en particulier M Farnault pour son écoute et son accompagnement. Merci aussi à Grace d'avoir supporté notre remue-ménage une semaine par mois.

Un immense merci à cette superbe promotion au sein de laquelle nous avons tous trouvé aux moments où nous en avons besoin de l'aide et du soutien. Merci particulièrement à la dream team : Anne, Caroline, Conchita et Margaux.

Merci à M Borde, Président de l'association, d'avoir validé mon inscription en master.

Merci à Corinne de Silvestre, directrice de la structure, qui m'a accompagné dans mes projets de formation et qui me fait confiance pour assurer sa relève.

Merci à Laurence, ma collègue pour sa relecture attentive, pour avoir supporté mon absence et géré d'une main de maître le SSIAD.

Merci à Cyrielle qui m'a été d'une grande aide pour l'impression et la reliure de ce travail.

Merci à Eloïse et Laurent de nous avoir aidé avec les enfants lors de mes semaines de formation.

Merci à mes relecteurs Quentin et Laura-Mai, je sais comme vos journées sont déjà bien remplies et que je suis venue les gonfler un peu plus.

Merci à ma grande sœur, Laetitia, qui me soutient et que j'espère rendre fière.

Merci à ma belle-mère Marie-Lise, qui m'a été d'une aide précieuse, ses conseils d'experte ont été des piliers sur lesquels je me suis appuyée pour avancer. Son niveau d'exigence a été un moteur qui m'a poussé à réfléchir autrement et à améliorer mon niveau d'écriture.

Évidemment je tiens à exprimer mon immense reconnaissance à mes enfants Ambre, Eden et Léo, qui ont fait preuve d'une compréhension et d'une patience exceptionnelle en acceptant mon absence, mon stress et mes angoisses. Leur soutien m'a permis de surmonter les défis auxquels j'ai été confronté. Je suis tellement fière d'eux et je les aime plus que tout au monde.

Et enfin je remercie particulièrement Marc, mon mari, qui a été un pilier dans chacun de mes projets de formation, qui a toujours cru en moi, même dans les moments où j'ai douté. Son soutien et son accompagnement constant ont été des sources de motivation. Je lui suis également reconnaissante d'avoir pris le temps de relire mon projet managérial. Je te remercie pour ta patience et ta compréhension. Tu as accepté de partager ton temps et ton espace avec mes projets, mes livres et mes idées. Ton soutien est un cadeau inestimable qui m'aide à évoluer et à grandir, tant sur le plan professionnel que personnel. Je suis chanceuse de t'avoir à mes côtés.

Et je fini ces remerciements avec une pensée émue pour ma petite sœur, Chloé, qui a décidé de rejoindre les étoiles au mois de décembre...

Table des matières

ABREVIATIONS.....	4
Introduction.....	6
1 L'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) : Une histoire en marche depuis 1945 .	9
1.1 L'organisation d'un réseau intégré.....	10
1.1.1 L'Union Nationale.....	10
1.1.2 Le Comité Régional.....	11
1.1.3 La Fédération Départementale.....	11
1.1.4 Les associations locales.....	12
1.2 Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ADMR Du Hurepoix.....	13
1.2.1 Historique et capacité du service.....	13
1.2.2 Cadre réglementaire.....	15
1.2.3 Les missions du SSIAD.....	16
1.2.4 Les Valeurs du service.....	18
1.3 Processus d'admission en SSIAD.....	19
1.3.1 Accueil/ évaluation des besoins.....	19
1.3.2 Contractualisation.....	19
1.3.3 Suivi / Évaluation.....	20
1.4 L'exemple concret du SSIAD du Hurepoix.....	21
1.4.1 Le SSIAD et son environnement partenarial.....	21
1.4.2 L'activité du SSIAD en 2023 : le secteur.....	22
1.4.3 Les chiffres de l'activité 2023.....	23
1.4.4 Le personnel.....	25
2 Une gestion de projet complexe dans un contexte de réorganisation.....	27
2.1 La gestion de projet, qu'est-ce que c'est ?.....	27
2.2 Et le chef projet ?.....	28
2.3 Comment conduire le changement ?.....	28
2.3.1 Définition de la conduite du changement.....	29
2.3.2 Les résistances aux changements.....	29
2.3.3 Les étapes de la résistance au changement.....	31
2.4 La théorie des organisations.....	33
2.4.1 La dimension fonctionnelle.....	33
2.4.2 La dimension culturelle.....	36
2.4.3 La dimension politique.....	37
2.4.4 La conduite du changement organisationnel.....	37
3 Vers une évolution en modèle intégré.....	39
3.1 Le contexte.....	39

3.2	Les missions	40
3.3	Des principes éthiques forts	40
3.4	Vers un modèle intégré.....	41
3.5	Avantages du modèle intégré.....	42
3.6	Les freins éventuels	45
3.6.1	La gouvernance	45
3.6.2	Les équipes.....	46
3.6.3	Les tutelles	47
3.6.4	Les patients.....	48
3.7	La phase de cadrage	49
3.7.1	Le calendrier	49
3.7.2	Lettre de mission	51
3.7.3	La fiche projet	51
3.7.4	Le SWOT.....	52
4	Un plan d'action pour conduire le changement	54
4.1	Phase de démarrage	54
4.2	Communication.....	55
4.3	Fixer des objectifs.....	57
4.3.1	Développer les compétences.....	57
4.3.2	Coordonner la prise en soin de manière efficiente	59
4.3.3	Proposer un accompagnement pédagogique	59
4.3.4	Déclarer les évènements indésirables	60
4.3.5	Améliorer la performance	61
4.4	Proposer des actions	61
4.4.1	Les expériences apprenantes	61
4.4.2	Les équipes autonomes	63
4.4.3	Des locaux communs.....	65
4.4.4	Un appartement pédagogique.....	65
4.4.5	Valoriser la déclaration des évènements indésirables	67
4.4.6	Piloter la qualité	68
4.5	Quelles évaluations mettre en place ?	68
4.5.1	Recueillir la satisfaction	68
4.5.2	Évaluation des évènements indésirables.....	69
4.5.3	L'évaluation par tableaux de bords	70
4.5.4	Haute Autorité de Santé (HAS) : gel des évaluations.....	70
4.6	Et si c'était à refaire ?.....	71
	Conclusion.....	73

BIBLIOGRAPHIE75
TABLE DES ANNEXES

ABREVIATIONS

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ASV : Adaptation de la Société au Vieillessement

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

DAC : dispositif d'Appui à la Coordination

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EI : Evènement Indésirable

EIAS : Evènement Indésirable Associés aux Soins

EIG : Evènement Indésirable Grave

EIGAS : Evènement Indésirable Grave Associé aux Soins

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

FEI : Feuille d'Evènement Indésirable

GCSMS : Groupement de Coopération Social et Médico-Social

GEPP : Gestions des Emplois et des Parcours Professionnels

GIR : Groupe Iso-Ressource

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

GMP : GIR Moyen Pondéré

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice

IC : Infirmière Coordinatrice

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

NOA : Nord-Ouest Autonomie

PA : Personne Agée

PH : Personne en situation de Handicap

PPS : Projet Personnalisé de Soins

PRS : Plan Régional de Santé

QVCT : Qualité de Vie et Conditions de Travail

UN : Union Nationale

SAD : Service Autonomie Domicile

SAAD : Service d'Aide A Domicile

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à domicile

STARAQs : Structure d'Appui Régionale à la Qualité des soins et à la sécurité des patients

SWOT : Strengths Weaknesses Opportunities Threats

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

Introduction

En 1970 Simone de Beauvoir publie « La Vieillesse »¹ et plaide pour une approche plus humaine et plus respectueuse de la vieillesse, qui respecterait la valeur et la dignité des personnes âgées. Elle appelle à une transformation des mentalités et des pratiques sociales, afin de permettre aux personnes âgées de vivre pleinement leur vie et de continuer à participer à la société.

Le 7 avril 1982, François Mitterrand, alors Président de la République française, a prononcé un discours à l'occasion de la journée mondiale du vieillissement. Il y souligne l'importance de développer les services à domicile pour permettre aux personnes âgées de vivre pleinement leur vie chez elles, plutôt que d'être "*chassées de leur propre vie avant le jour de leur mort*".² Il appelle à une réflexion globale sur la prise en charge des personnes âgées, qui prennent en compte leurs besoins spécifiques et leur dignité.

Dans son discours, le Président de la République met l'accent sur la lutte contre l'isolement et la solitude des personnes âgées ; en encourageant leur intégration sociale et le développement de liens intergénérationnels et lance un appel à une mobilisation collective pour relever les défis du vieillissement.

François Mitterrand a également abordé la question de la protection sociale des personnes âgées dépendantes, en proposant le renforcement des services d'aide à domicile et la création de structures d'accueil adaptées. Ce discours a marqué un tournant dans la prise de conscience collective des enjeux du vieillissement de la population et a contribué à faire évoluer les mentalités, inspirant de nombreuses initiatives en faveur des personnes âgées. Aujourd'hui encore, ce discours reste pertinent et constitue une référence majeure pour les politiques publiques.

Le vieillissement démographique en France constitue un défi, induisant une demande croissante de services de maintien à domicile. Au 1er janvier 2020, la population française poursuit son vieillissement, avec une proportion de personnes âgées d'au moins 65 ans atteignant 20,5 % de la population, contre 20,1 % l'année précédente³. Selon les prévisions de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), cette tendance devrait se poursuivre jusqu'en 2040, date à laquelle plus d'un quart de la population aura 65 ans ou plus. Cette forte augmentation, inévitable, est principalement due à l'amélioration de l'espérance de vie déjà observée, ainsi qu'à l'arrivée dans cette tranche d'âge des générations issues du baby-boom(1946-1953). Après 2040, la proportion de personnes de 65 ans ou plus continuera de progresser, mais à un rythme plus modéré. En 2070, leur part pourrait atteindre 28,7% alors que les moins de 20 ans devrait diminuer pour atteindre 21,3 %.⁴

Cette évolution démographique soulève des défis importants, notamment en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées et le maintien de leur autonomie, ainsi que la maîtrise des dépenses de santé.

¹ La Vieillesse, Simone de Beauvoir, 1970, édition Gallimard, 608 pages

² Discours de François Mitterrand, le 7 avril 1982, Palais de l'Élysée, journée Mondiale du vieillissement

³ Tableau de l'Économie Française (TEF), édition 2020- Insee références, p.24

⁴ Ibid, p.24

Depuis les années 1970, des changements significatifs ont eu lieu dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. L'émergence du modèle des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) a contribué à améliorer les conditions de prise en charge.

De plus, la perte d'autonomie est devenue une préoccupation sociale croissante, comme en témoigne la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2001. Cette réforme majeure a permis de réduire les frais restants à la charge des personnes concernées. Aujourd'hui, les discussions se concentrent sur la nécessité d'une loi sur le grand âge et l'autonomie, afin de renforcer les ressources humaines à domicile. La pandémie de Covid-19, qui a particulièrement touché les personnes âgées, et le livre "Les fossoyeurs"⁵ de Victor Castanet ont contribué à une prise de conscience accrue de la nécessité d'une législation en la matière.

L'adaptation de la société au vieillissement est l'un des grands défis à relever. Après l'adoption de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement⁶, la nécessité de repenser les organisations et d'adopter une approche globale dans les services à domicile a conduit à la création des Services Autonomie Domicile (SAD) par le biais de l'article 44 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS)⁷ pour 2022. L'objectif est d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins pour tous les patients.

L'augmentation des maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires ou les maladies neurodégénératives, sont liées au vieillissement de la population. Ces pathologies nécessitent une prise en charge spécifique et un suivi régulier, ce qui accroît la demande de services de soins à domicile.

Le financement des SSIAD repose principalement sur les budgets alloués par les Agences Régionales de Santé (ARS) et les caisses d'assurance maladie, ce qui rend ces services particulièrement sensibles aux contraintes budgétaires. La nécessité de maîtriser les dépenses publiques tout en garantissant un accès équitable aux soins constitue un défi majeur pour les SSIAD.

Face à ces enjeux, la réforme des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) vise à moderniser et à renforcer ces structures, afin de mieux répondre aux besoins de la population et de garantir une prise en charge de qualité pour tous les bénéficiaires. Cette réforme s'inscrit dans un contexte plus large de transformation du système de santé français, caractérisé par une volonté de renforcer la prévention, la coordination des soins et l'efficacité des dépenses de santé.

Ce projet managérial s'inscrit dans cette démarche et a pour but de proposer une organisation à la mise en place d'une telle transformation.

Dans un premier temps, il est indispensable de présenter les acteurs principaux de cette transformation. La présentation de l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural), puis du SSIAD ADMR du Hurepoix en particulier m'amènera à faire un bilan de l'existant et donc à visualiser les enjeux majeurs de cette transformation.

⁵ Victor CASTANET – Les Fossoyeurs, édition Fayard- 2022, 387 pages

⁶ LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

⁷ LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022

Ensuite, je développerai les concepts qui ont éclairé ma vision et qui m'ont permis d'orienter ma réflexion afin de conduire mon projet.

Il sera important d'analyser les raisons qui ont conduit à cette réforme ainsi que les textes législatifs qui encadrent cette transformation et comment cette réforme s'inscrit dans un contexte plus large de transformation du système de santé français.

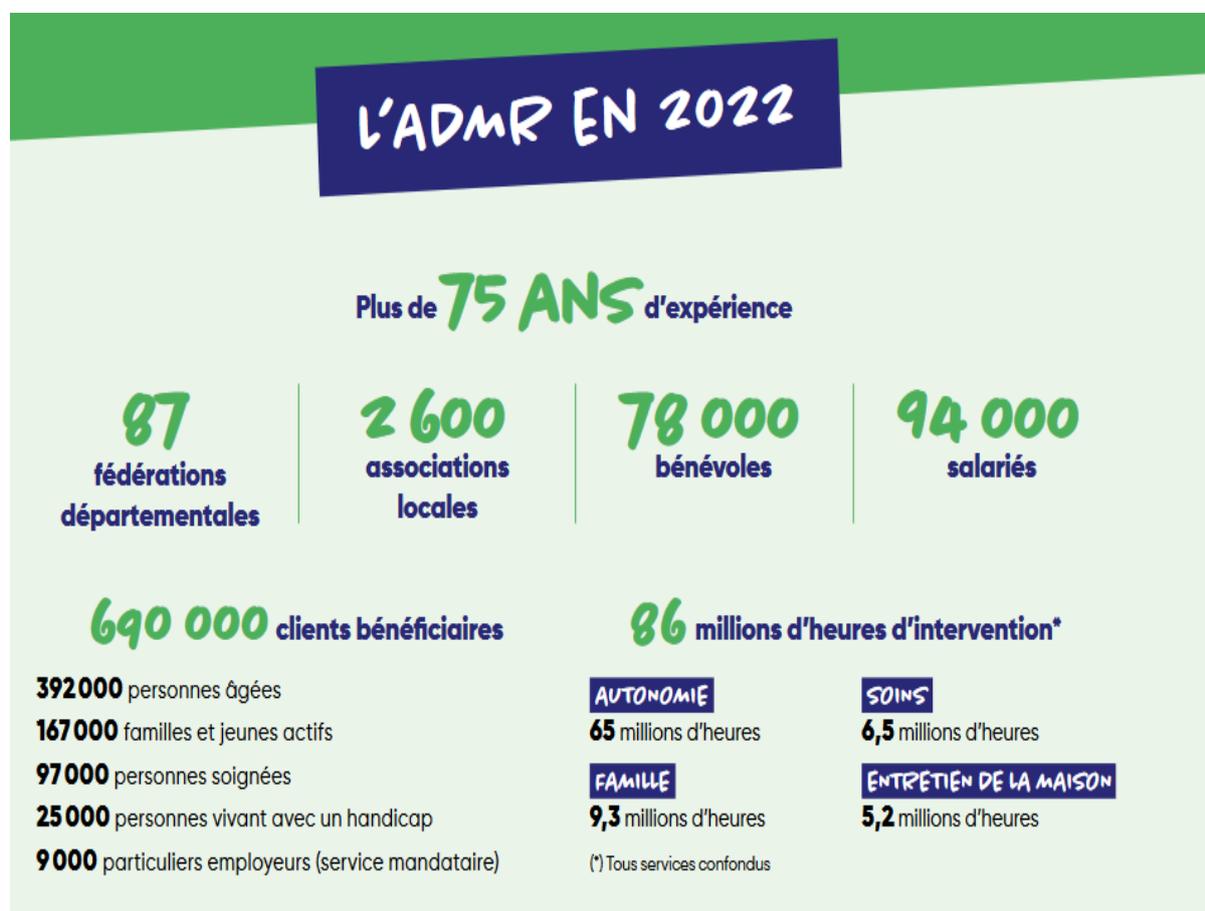
Enfin je présenterai le projet en lui-même en détaillant les différentes étapes de sa mise en place ainsi que les objectifs, le plan d'action associé à ceux et comment nous pourrions évaluer la mise en oeuvre.

1 L'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) : Une histoire en marche depuis 1945

Le Réseau ADMR (Assistance à Domicile en Milieu Rural) constitue un réseau associatif dédié aux services à la personne. En 1945, alors que la France émerge de la guerre, l'ADMR voit le jour. Dès ses prémices, cet organisme poursuit une mission principale, celle d'assister les personnes dans leurs tâches journalières et générer des emplois.

Initialement connu sous le nom d'Aide Familiale Rurale (AFR), il adopte l'appellation ADMR en 1976. Dans le but de favoriser un essor plus important en milieu urbain, la dénomination Aide à domicile en milieu rural est délaissée en 1998, au profit du seul acronyme ADMR.

Ce réseau se compose d'associations locales, des 87 fédérations départementales et d'une Union nationale. Il est par ailleurs membre de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF).



L'ADMR est présente sur quatre pôles d'activités que sont :

- ◆ L'enfance et la parentalité
- ◆ Les services et soins aux séniors
- ◆ Le handicap
- ◆ L'entretien du domicile

Ce projet managérial ne prendra pas en compte la branche enfance et parentalité.

Sur le plan national l'ADMR est détentrice de 13 800 places de SSIAD, accompagnant des personnes âgées de plus de 60 ans ou vivant avec un handicap ou encore souffrant de pathologies Alzheimer et apparentée.⁸

Tout au long de ce projet managérial j'utiliserai le terme « patient » plutôt que patient/bénéficiaires » pour assurer une meilleure compréhension et une cohérence.

1.1 L'organisation d'un réseau intégré

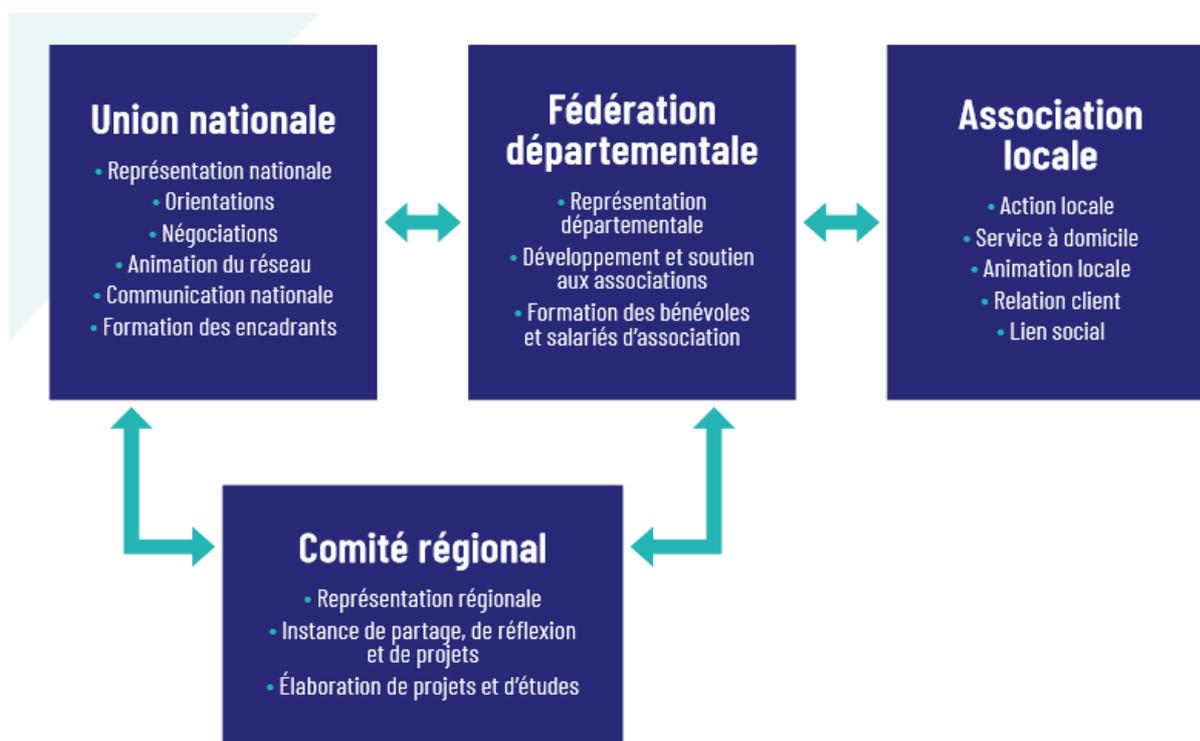


Schéma issu du site de l'Union Nationale ADMR⁹

1.1.1 L'Union Nationale

Le siège se situe à Paris, son histoire, son réseau et le nombre de ses salariés et bénévoles lui confèrent un poids majeur au sein des instances représentatives du secteur et une écoute attentive des pouvoirs publics.

Régulièrement consultée par les ministères, le Parlement et les Directions centrales, l'ADMR participe ainsi très activement aux réflexions et travaux qui animent le secteur.

⁸ Rapport d'activité 2022 de l'Union Nationale ADMR

⁹ Présentation de l'Union Nationale, <https://www.admr.org/qui-sommes-nous>, consulté le 29/03/24

Elle détermine les grandes orientations du mouvement et organise la formation des bénévoles et salariés des fédérations. Elle négocie des accords collectifs apporte un soutien technique et logistique aux fédérations et associations et assure la visibilité et la diffusion de l'image de l'ADMR.

L'Union nationale organise également des commissions nationales (régions, révision, paritaire, structure, développement, communication, ressources humaines, gestion) et des groupes de travail (santé, qualité, famille) pour participer à la réflexion nationale sur des sujets stratégiques, proposer des plans d'actions et travailler à la réalisation d'outils pour le réseau.

Elles sont composées de représentants bénévoles et salariés des fédérations départementales et de l'Union nationale, ils sont présidés par des administrateurs nationaux.

1.1.2 Le Comité Régional

Regroupe les fédérations départementales ADMR d'une même région. Il a pour mission de coordonner les actions et réflexions sur le plan régional. Il est en lien avec les organismes et les instances régionales.

Le comité régional permet notamment l'élaboration de projets communs entre les fédérations. Elles y coordonnent leur action et leur réflexion au plan de la région, dans les domaines de la formation professionnelle, des politiques de prévention et de la santé. Il tient également un rôle de représentation auprès des instances régionales.

1.1.3 La Fédération Départementale

La fédération départementale représente et accompagne les associations locales, elle est composée d'un conseil d'administration qui définit la politique fédérale. Le ou la président(e) représente le réseau départemental et anime le conseil d'administration.

Elle a pour mission de mutualiser les fonctions support, et apporte son soutien logistique, administratif et comptable aux associations locales. Elle représente le réseau ADMR auprès des pouvoirs publics au niveau du département.

Elle peut susciter et aider à la création de nouvelles associations et faciliter, accompagner les associations locales pour le recrutement du personnel d'intervention.

La fédération départementale permet la négociation des conventions avec les organismes publics et privés départementaux.

Elle organise la formation du personnel d'intervention et des bénévoles locaux, et veille au bon fonctionnement des associations du réseau ADMR.

1.1.4 Les associations locales

Les associations locales sont celles qui interviennent au plus près des patients.

Les services à la personne désignent l'ensemble des services contribuant au bien-être des citoyens à leur domicile. Ce secteur connaît une forte croissance, répondant à une demande sociale importante et diversifiée.

Trois grands domaines de services à la personne peuvent être distingués :

- Les services aux personnes dépendantes, comprenant l'assistance aux personnes âgées, l'assistance aux personnes handicapées, etc.
- Les services de la vie quotidienne, tels que les travaux ménagers, la préparation des repas à domicile, la livraison de repas et de courses à domicile, les petits travaux de jardinage, etc.
- Les services à la famille, tels que les services mandataires pour la grossesse, la naissance, la maladie, etc.

Nous nous intéresserons à deux types d'associations locales :

- Le Service d'aide à Domicile (SAAD)
- Le SSIAD

Le SAAD se rend chez des particuliers afin de favoriser leur maintien à domicile. Les profils de ces individus, sont divers : personnes âgées, malades ou en situation de handicap. Tous présentent une perte d'autonomie temporaire ou permanente, et l'aide à domicile les accompagne dans les tâches matérielles de la vie courante.

Elle peut être employée directement par les particuliers, qui le rétribuent alors à l'aide de chèques emploi-service (mandataire), ou bien être salariée d'une association, d'une collectivité locale ou d'une entreprise de services d'aide à la personne. Elle travaille fréquemment le dimanche et/ou les jours fériés.

Ses interventions portent sur l'entretien du logement, l'hygiène et le confort, l'aide à l'autonomie physique, l'aide dans les démarches administratives, l'alimentation et le soutien psychologique.

Les prestations sont facturées aux bénéficiaires en fonction de leurs ressources, après l'établissement d'un dossier de demande de prise en charge auprès d'un organisme. Une partie des frais peut être prise en charge par des financeurs tels que le Conseil Départemental (CD), la Caisse d'Allocation Familiale (CAF), la caisse de retraite, la mutuelle, etc.

Un SSIAD constitue une structure administrée soit par une association, une fondation, une mutuelle, ou encore par des organismes ou établissements publics. Leur but est de dispenser des soins aux personnes âgées de plus de 60 ans et, depuis 2004, aux adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou affectés par certaines pathologies chroniques.

Les SSIAD interviennent sur ordonnance médicale en vue de préserver l'autonomie des personnes en situation de dépendance ayant opté pour le maintien à leur domicile. Ils ont pour vocation de contribuer à prévenir ou à retarder l'admission à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement.

L'une des particularités majeures de la dispensation des soins au domicile du patient réside dans le lien indispensable existant entre la prise en charge soignante, la dimension sociale et familiale et la collaboration en réseau.

Le personnel contribuant à l'activité du SSIAD comprend des infirmier(e)s, des aides-soignants(e)¹⁰, des infirmiers coordinateurs, du personnel administratif et d'encadrement, et, en fonction de la taille, de l'historique et du projet de chaque structure, des ergothérapeutes, des psychologues, des psychomotriciens, des responsables qualité, des pédicures-podologues, des assistants de soins en gérontologie ou des aides médico-psychologiques.

Certains SSIAD emploient des infirmiers salariés, tandis que d'autres collaborent avec les infirmiers libéraux avec lesquels ils établissent une convention. L'évaluation des besoins de soins est réalisée par un infirmier coordinateur.

1.2 Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ADMR Du Hurepoix

Zoomons à présent sur la structure dans laquelle je travaille et qui sera l'objet principal de ce projet managérial.

1.2.1 Historique et capacité du service

C'est en novembre 1991 que l'Association d'Aide à Domicile à Limours, gestionnaire d'un service de soins infirmiers à domicile est créée ; l'arrêté préfectoral autorisant la création officielle du Service de Soins Infirmiers à Domicile aura lieu le 18 juin 1992, le SSIAD ouvrira ses portes en octobre 1992 avec 20 places au profit des personnes âgées de plus de 60 ans.

En juillet 94, les tutelles autoriseront une augmentation du nombre de places amenant le SSIAD à se déplacer au chevet de 26 personnes âgées de plus de 60 ans.

De janvier 2001 à juillet plusieurs arrêtés successifs autorisent des extensions tant géographiques que capacitaires amenant le SSIAD à prendre en soin des Personnes Agées (PA) mais aussi des Personnes Handicapées (PH).

C'est en avril 2010 que le SSIAD atteint sa capacité actuelle de 110 places au total (102 places pour personnes âgées et 8 places pour personnes en situation de handicap).

En 2016 l'ADMR répond à l'appel à projet de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France concernant l'expérimentation Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) et inscrit le SSIAD du Hurepoix dans cette démarche.

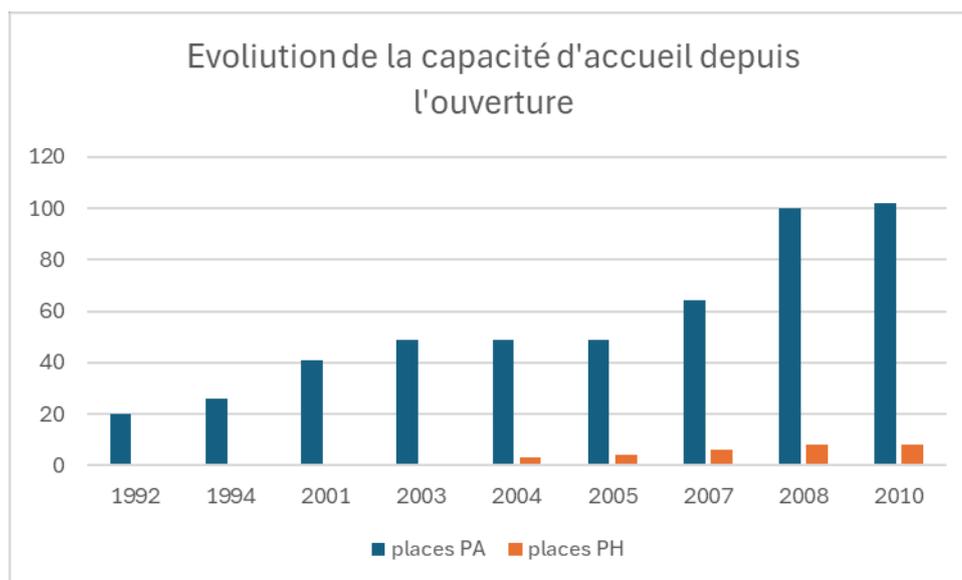
Le SSIAD participe en 2018 à des actions de prévention en lien avec la conférence des financeurs et contribue à la rédaction d'une newsletter à destination des aidants.

¹⁰ Pour une fluidité de l'écrit il sera choisi le mot « aide-soignant »

En juin 2018 le SSIAD signe une convention de partenariat avec le service HAD Santé Service (Hospitalisation à domicile).

En novembre 2022 le SSIAD devient un partenaire privilégié de l'hôpital de Bligny labélisé hôpital de proximité, afin de mieux orienter les personnes âgées en fonction de leur état de santé ; de faciliter leurs admissions directes, de favoriser l'accès aux demandes d'avis d'expertise médicale et d'éviter le passage par les urgences.

Capacité d'accueil de la structure depuis son ouverture :



En 2023, le département autonomie de la délégation départementale de l'Essonne de l'ARS Ile-de-France, va proposer 430 places de SSIAD afin de répondre aux besoins du territoire pour la prise en charge des personnes âgées à leur domicile dans le contexte de la réforme des SSIAD.

Le SSIAD du Hurepoix est dans l'attente d'une augmentation de sa capacité d'accueil.

Cet historique témoigne de la réactivité associative qui a permis le développement progressif et constant du SSIAD au regard de l'évolution et des besoins de la population sur son territoire d'intervention.

1.2.2 Cadre réglementaire

Les soins infirmiers à domicile sont considérés comme des services médico-sociaux selon les articles 6° et 7° de la **loi L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles**¹¹. Ils sont régis par les mêmes droits et obligations que les autres établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005, la circulaire du 28 février 2005¹² et les articles R. 314-137, R. 314-138, D. 312-1 à D. 312-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) forment la base des dispositions spécifiques aux SSIAD.

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale¹³ introduit plusieurs dispositions qui s'appliquent aux SSIAD, notamment la reconnaissance de certains droits pour les usagers.

Cette loi garantit le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de l'usager, ainsi qu'un libre choix entre les prestations adaptées et un droit à une prise en charge individualisée de qualité.

Elle assure également la confidentialité des informations concernant l'usager et lui donne accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge.

Elle instaure une obligation d'information sur les droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont bénéficie l'usager, ainsi que sa participation à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne.

La loi du 2 janvier 2002 renouvelle également le dispositif d'autorisation dans le cadre des créations, transformations et extensions des établissements sociaux et médico-sociaux.

L'autorisation, qui était auparavant délivrée sans limite de validité, est désormais accordée pour une durée de 15 ans et son renouvellement est lié exclusivement aux résultats de l'évaluation externe.

La loi du 2 janvier 2002 instaure une obligation d'évaluation pour les SSIAD, qui doivent procéder à des contrôles de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard de procédures et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Il existe deux types d'évaluation :

L'évaluation interne, réalisée par le SSIAD lui-même, et l'évaluation externe, obligatoirement réalisée par un organisme extérieur habilité. L'évaluation interne est menée de manière continue et ses résultats sont transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui a délivré l'autorisation.

L'évaluation externe est effectuée à deux reprises entre la date de l'autorisation et son renouvellement, la première au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et la seconde au plus tard 2 ans avant la date de son renouvellement.

¹¹ Code de l'action sociale et des familles (CASF), Livre III, Titre 1^{er}, Chapitre 2, section 1

¹² Décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005 portant codification de certaines dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles

¹³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Reprenant les dispositions de la loi n°98-1194 de financement de la sécurité sociale pour 1999¹⁴, la loi du 2 janvier 2002 fixe le cadre des enveloppes limitatives opposables aux gestionnaires d'établissement et de service.

Elle donne la possibilité à l'autorité de tarification de modifier le montant global des recettes et des dépenses prévisionnelles, ainsi que de supprimer ou de diminuer les prévisions de dépenses qu'elle estime injustifiées ou excessives.

En 2009, par le biais de la **loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)**¹⁵ sont créées les Agences Régionales de Santé (ARS) et leurs délégations territoriales dans les départements, qui sont les interlocuteurs des SSIAD et sont en charge de leur autorisation et de leur financement.

En matière de planification, la loi prévoit une articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale, ce qui représente un intérêt particulièrement important pour les personnes prises en charge par les SSIAD.

Le programme régional de santé (PRS) devient l'échelon de droit commun en matière de planification et définit les objectifs ainsi que les mesures pour les atteindre dans un plan stratégique qui se décline dans trois schémas régionaux :

- Prévention,
- Organisation de soins et
- Organisation médico-sociale.

Enfin, la **loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société et au Vieillessement (ASV)**¹⁶ a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement.

Cette loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions et vise à renforcer les droits et libertés des personnes âgées pour leur apporter une meilleure protection.

1.2.3 Les missions du SSIAD

Au regard de la législation en vigueur, le SSIAD se veut être un maillon essentiel du maintien à domicile. Le SSIAD offre l'opportunité à des personnes âgées ou dépendantes nécessitant des soins infirmiers techniques, des soins de la vie quotidienne d'être maintenues à leur domicile.

Il permet d'écourter une hospitalisation voire de l'éviter, de retarder le placement en maison de retraite ou service de long séjour gériatrique.

¹⁴ Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999

¹⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁶ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société et au Vieillessement (ASV)

Le SSIAD favorise la préservation de l'autonomie de la personne en sollicitant sa participation autant que faire se peut. Il permet à la personne de vivre chez elle accompagnée mais libre du choix de sa prise en charge et en préservant sa dignité.

Au-delà de la délivrance des soins, le service s'inscrit dans une logique générale de promotion de la santé. Il appréhende le champ de la santé comme une notion relative au bien-être des personnes et s'attache pour cela à tenir compte de l'environnement et des besoins globaux des personnes pour une prise en charge personnalisée.



1.2.4 Les Valeurs du service¹⁷

Le projet de service est établi pour 5 ans il a été rédigé pour 2022-2027 et définit notamment les valeurs portées par le SSIAD.

Favoriser une prise en charge responsable de la santé par l'implication des personnes admises en tant qu'acteurs de leur santé en favorisant l'expression des personnes et de leurs familles et en garantissant leur libre choix.

Promouvoir la bientraitance en permettant aux soignants de réaliser des soins de qualité, et les moyens de développer et mettre en œuvre leurs compétences. Proposer un accompagnement individualisé et des actions de remédiation en cas de suspicion de maltraitance ou de négligence, alerter les partenaires et les instances quand nécessaire.

Préserver ou restaurer l'autonomie de la personne soignée en favorisant sa participation aux soins, tout en respectant ses habitudes de vie.

Répondre aux besoins de la personne soignée en palliant ses déficits d'autonomie, dans une optique de prise en charge globale du patient.

Lutter contre l'isolement en organisant des passages réguliers, prenant le temps nécessaire aux soins relationnels, et travaillant en partenariat avec les différents partenaires médico-sociaux.

Participer à **l'éducation à la santé** des usagers et de leur entourage **et à des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.**

Sont classiquement distinguées la **prévention primaire** qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la **prévention secondaire** qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la **prévention tertiaire** qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

Accompagner les personnes en fin de vie. **Favoriser le maintien à domicile, éviter ou retarder** l'entrée en établissement pour personnes âgées, **éviter les hospitalisations** quand les soins ne nécessitent pas de plateau technique.

Proposer des conseils et soutenir les aidants, en les guidant dans leurs démarches, en les accompagnant pour l'aménagement de leur domicile et en les soutenant psychologiquement lorsque la charge mentale devient trop importante.

¹⁷ Issues du projet de service 2022-2027

1.3 Processus d'admission en SSIAD

1.3.1 Accueil/ évaluation des besoins

Pour une demande d'admission, les personnes qui le souhaitent peuvent venir rencontrer l'équipe dans les locaux de l'association. Cependant, il est possible également de prendre contact par courrier, par message électronique ou par téléphone.

L'infirmière coordinatrice (IDEC) ou la secrétaire complète alors une fiche de renseignements dans le logiciel de santé EMedisys®, cette demande est automatiquement placée en liste d'attente. Ce dossier est tenu à jour et permet de renseigner l'avancement de la demande et le délai d'intervention.

En cas de non-possibilité d'admission dans le service dans les délais souhaités ou en cas d'impossibilité d'intervention par le SSIAD ou l'Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA), les personnes sont orientées vers d'autres services ou praticiens (Infirmier Diplômé d'État Libéral, Hospitalisation A Domicile, réseaux de santé...).

Quand une place se libère, l'infirmière coordinatrice du service se rend, auprès du patient à son domicile, afin d'évaluer ses besoins et ses attentes.

La personne peut être accompagnée lors de ces échanges par une tierce personne qu'elle même désigne. Si la personne est placée sous protection juridique, l'information est donnée aussi en présence de son représentant légal.

C'est à la suite de cette évaluation que l'IDEC accepte l'admission du patient dans le SSIAD et élabore un projet de soins personnalisés.

Elle informe le médecin prescripteur et les partenaires déjà intervenant de l'admission dans le SSIAD de cette personne.

Quand l'admission est prononcée, les interventions du SSIAD sont prises en charge à 100% par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) avec dispense d'avance de frais.

1.3.2 Contractualisation

Un livret d'accueil est confié au patient (ou à son représentant légal). Il comprend des documents indispensables comme l'organigramme de la structure, le règlement de fonctionnement, la charte des droits et des libertés des personnes accueillies, ... ¹⁸

C'est l'occasion de désigner la personne de confiance afin de faciliter les relations au quotidien avec l'entourage familial et aider notre bénéficiaire dans ses démarches médicales et administratives et ce conformément à l'article L1111-6 du Code de Santé Publique¹⁹ (détails dans la fiche « Personne de Confiance » incluse dans le livret d'accueil). Le service devra être prévenu de toute modification.

¹⁸ Livret d'accueil remis à jour en février 2023

¹⁹ Art. L. 1111-6 (L. no 2016-87 du 2 févr. 2016, art. 9) ; toute personne majeure peut désigner une personne de confiance

Un Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) est mis en place avec le patient afin de fixer les modalités de sa prise en charge. Il est établi en double exemplaires, l'un restant au domicile dans le dossier de soin et l'autre archivé dans le dossier administratif au SSIAD. Le D.I.P.C. sera réactualisé pour toute modification apportée dans la prise en charge.

L'attestation de partage d'informations est également présentée au patient et signée par lui s'il accepte ces modalités. Elle nous autorise à échanger des informations avec d'autres professionnels de santé ou auprès de structures médico-sociales. Ce document stipule également que la personne dispose d'un droit d'accès, de modification et de rectification des données personnelles la concernant.

Un dossier patient est établi après l'évaluation. Ce dossier rassemble les renseignements administratifs, le document d'évaluation initiale, la prescription médicale de prise en soins, les ordonnances médicales concernant le traitement, la grille Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources (AGGIR), utilisée pour évaluer le niveau de perte d'autonomie d'une personne, les comptes rendus médicaux. Toutes ces données sont également enregistrées dans le logiciel de santé Emedisys®.

Un dossier de soins est mis en place au domicile de la personne aidée. Il permet les transmissions entre les différents intervenants du maintien à domicile (SSIAD, aides à domicile, professionnels libéraux, ESA, ...) et la bonne coordination des soins.

L'infirmière coordinatrice programme les passages des soignants et intègre le bénéficiaire dans les tournées. Elle coordonne les actions des acteurs du soin.

Le projet personnalisé de soins (PPS) est établi après trois ou quatre semaines d'intervention, afin de connaître au mieux les déroulements des interventions, les réelles capacités ainsi que les attentes du patient.

Ce document, élaboré par l'équipe soignante est présenté à la personne qui le signe si elle en accepte les dispositions.

1.3.3 Suivi / Évaluation

L'IDEC accompagne l'aide-soignant(e) lors de la première intervention et une autre visite est programmée par la suite dans le mois qui suit, pour la présentation du Projet Personnalisé de Soins (PPS).

Une réévaluation au domicile est effectuée à la suite d'un problème de santé qui se produirait ou à la suite d'une hospitalisation. Cela peut entraîner une modification du PPS, une réadaptation du plan d'aide mais également la mise en place de matériel médical complémentaire.

Une hospitalisation supérieure à 30 jours engendre une sortie administrative. Une réadmission est donc obligatoire pour intervenir à nouveau chez le patient. Malheureusement, ceci n'est pas toujours possible et dépend de l'activité du service.

Les arrêts de prise en charge par le service restent rares mais peuvent se produire notamment si le matériel médical préconisé n'est pas mis en place au domicile ou s'il y a beaucoup d'exigences de la part des patients mettant en difficulté l'organisation dans sa globalité.

1.4 L'exemple concret du SSIAD du Hurepoix

1.4.1 Le SSIAD et son environnement partenarial

Le SSIAD du Hurepoix a développé le maillage partenarial au fil des années. La collaboration et la coordination de tous les acteurs de la santé que ce soit en ville ou en institution est indispensable pour une bonne prise en soin des patients communs.

Un réseau de professionnel a été créé afin de fluidifier le parcours des patients notamment en développant des relations professionnelles étroites avec les hôpitaux du secteur et surtout avec les services sociaux afin d'anticiper les besoins des bénéficiaires et favoriser le retour à domicile rapide.

Une convention a été signée avec une structure qui a reçu le label « Hôpital de proximité ». C'est un atout important dans la prise en charge permettant souvent des hospitalisations en directe et donc évitant un passage aux urgences, améliorant le reste du parcours hospitalier.



Depuis le 1^{er} juin les SSIAD et les services d'Hospitalisation à Domicile (HAD) peuvent signer des conventions partenariales afin de formaliser une organisation en vue d'assurer la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en soin des patients communs à leur domicile. Le SSIAD du Hurepoix a d'ores et déjà signé des conventions avec les trois services d'HAD intervenant sur son territoire (HAD Santé Service, HAD Inicea, HAD Croix Saint Simon).

Le SSIAD a développé des relations partenariales étroites avec divers acteurs du secteur de la santé et de l'accompagnement des personnes âgées.

Dans le cadre de son engagement avec les Centres Locaux d'Information et de Coordination gériatologique (CLIC), le SSIAD collabore activement avec le CLIC Sud Essonne et le CLIC Limours (Nord-Ouest Autonomie ou NOA) pour faciliter l'accès aux services et aux soins des personnes âgées et de leur famille en participant aux réunions mensuelles organisées sur le territoire.

Ces réunions sont l'occasion de rassembler un grand nombre de partenaires et d'échanger sur les différentes actualités, mais aussi de s'entraider lors de prise en soin complexes.

Le SSIAD travaille également en étroite collaboration avec la Dispositif d'Appuis à la Coordination (DAC) dont la mission est de venir en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes.

Dans le cadre des filières gériatriques, le SSIAD est partenaire de la filière gériatrique Étampes/Dourdan/Bligny/Korian la Marette, afin d'offrir une prise en charge globale et personnalisée aux personnes âgées dépendantes et ainsi éviter le plus possible les rupture dans le parcours de soin.

Le SSIAD est membre actif des réseaux de santé Équipe Mobile Territoriale d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMTA-SP) NEPALE et l'association SPES, spécialisés dans les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur, ainsi que du réseau Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA) et des Communauté Professionnelle

Territoriale de Santé (CPTS), pour renforcer la coordination des soins et améliorer la qualité de vie des patients.

Le SSIAD coopère activement avec les professionnels libéraux tels que les médecins, les infirmières, les kinésithérapeutes et les pédicures, pour assurer une prise en charge globale et coordonnée des patients à domicile.

Le SSIAD collabore également avec les services d'aides à domicile pour faciliter le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

En outre, le SSIAD travaille en partenariat avec les Équipes Spécialisées Alzheimer pour offrir une prise en charge adaptée aux personnes atteintes de cette maladie.

Le SSIAD a également développé des relations partenariales avec les services sociaux, les foyers logements et les EHPAD pour assurer une prise en charge globale et coordonnée des personnes âgées dépendantes

Toutes ces relations témoignent d'une présence connue et reconnue auprès des partenaires dans le but d'assurer les soins les plus ajustés possibles auprès des patients.

1.4.2 L'activité du SSIAD en 2023²⁰ : le secteur

Le territoire d'intervention du SSIAD compte 27 communes essonniennes situées sur cinq Cantons.

Les communes d'intervention ont été définies par plusieurs arrêtés successifs de l'ARS. C'est une particularité car ce n'est pas le cas dans tous les départements.

En Essonne il n'est pas possible que deux SSIAD interviennent sur les mêmes communes.

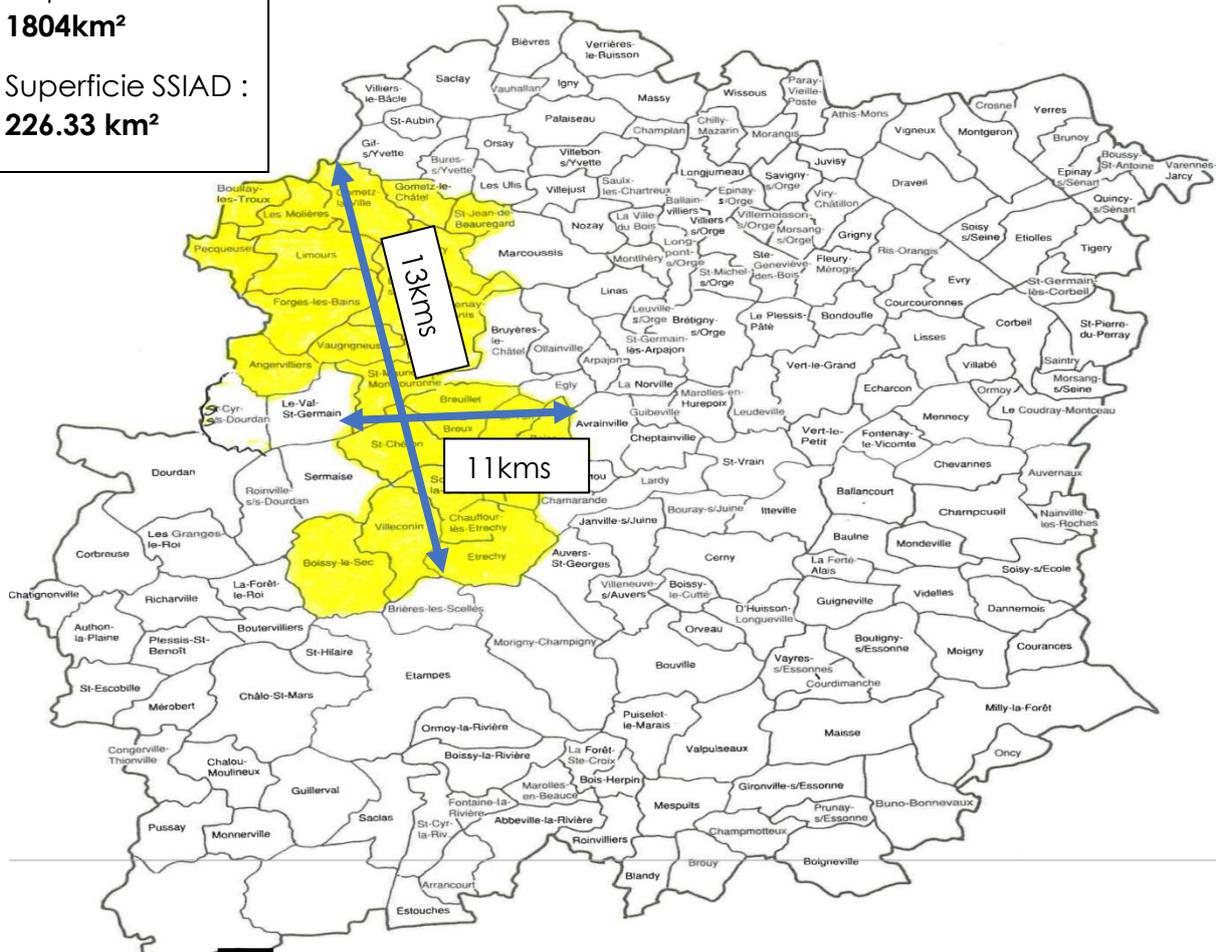
Le SSIAD du Hurepoix rencontre une population à la fois urbaine dans le nord du secteur et rurale vers le sud du secteur, proche de la Beauce.

Les intervenants de terrain bénéficient de véhicule de service leur permettant d'effectuer leurs déplacements professionnels. En 2023 ce sont 251 296 kms parcourus par les aides-soignants pour se rendre au domicile des patients.

La carte ci-après permet une vision plus claire de l'étendue du territoire d'intervention du service.

²⁰ Rapport d'activité 2023 en annexe

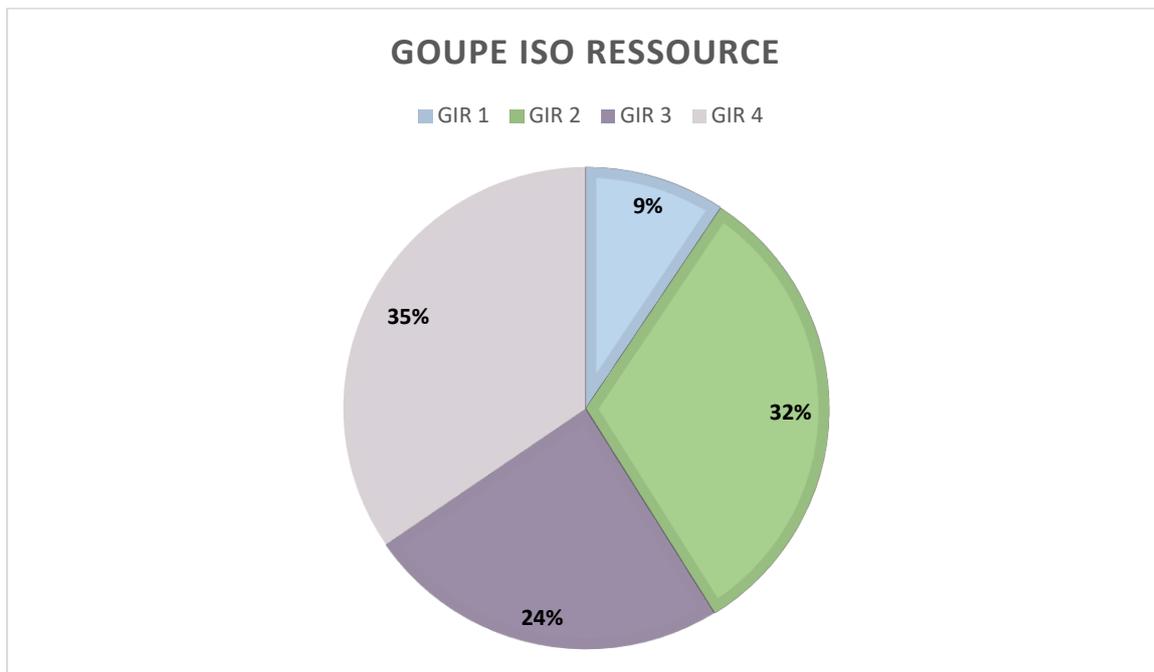
Superficie
Département :
1804km²
Superficie SSIAD :
226.33 km²



1.4.3 Les chiffres de l'activité 2023

Au cours des dernières années, nous avons observé une évolution du niveau de dépendance des patients, mesurée par le Gir Moyen Pondéré (GMP). En 2023, le GMP a augmenté pour atteindre 695, contre 625 en 2022, ce qui reste légèrement inférieur à la moyenne nationale des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) qui est de 714²¹.

²¹ Donnée issue d'une étude uni santé consultée le 25/02/2024 sur le site, www.conseildependance.fr



La dépendance est codifiée en Groupe Iso- Ressources (GIR), cette classification permet de définir le degré de dépendance d'une personne.

Cette classification va de 1 à 6, les personnes en GIR1 sont les plus dépendants alors que les personnes en GIR6 sont les plus autonomes, et ne nécessitant pas d'aide à domicile.

Les patients très dépendants nécessitent souvent une prise en charge par deux soignants et l'utilisation de matériel de transfert et de matériel médicalisé. Ces prises en charge en doublon soignant, limitent la possibilité d'admettre de nouveaux patients dans le service, malgré la disponibilité de places vacantes.

En 2023, la moyenne d'âge du service était de 84,59 ans, avec la présence de trois centenaires. Les dépenses en soins infirmiers ont également augmenté par rapport à l'année précédente.

Ces données témoignent de la volonté croissante des personnes âgées de vieillir chez elles, même en cas de dépendance accrue. Elles soulignent également la nécessité de disposer de ressources suffisantes pour répondre aux besoins des patients les plus dépendants, notamment en termes de personnel et de matériel.

En 2023 le SSIAD a accompagné 107 patients dont 3 adultes de moins de 60 ans en situation de handicap. 13 patients ont pu bénéficier d'un accompagnement de fin de vie ; le SSIAD leur a permis de respecter leur souhait de décéder à leur domicile.

1.4.4 Le personnel

« Le métier d'aide-soignant est réputé difficile, avec beaucoup de contraintes, de pressions physiques et morales. Méconnu et peu reconnu, il est cependant en pleine évolution. Le gouvernement a lancé une campagne d'information pour inciter le jeune public à s'orienter vers les métiers du soin. »²²

Compte tenu du manque d'attractivité de la profession, certains services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) rencontrent depuis quelques années des difficultés à répondre à la forte demande de personnel, ce qui entraîne une baisse de leur taux d'activité.

Alors que le nombre de personnes dépendantes à domicile en France ne cesse d'augmenter, il est essentiel de valoriser cette profession et de soutenir activement les SSIAD qui sont de plus en plus fragilisés.

Les SSIAD ont été les grands oubliés du Ségur de la santé et le SSIAD du Hurepoix n'a pas échappé à cette pénurie de personnel. De ce fait l'activité du SSIAD a dû être réajustée en fonction des ressources humaines dont il disposait.

Au 31 décembre 2023 le nombre d'équivalent temps plein (ETP) était de 16,97 réparti sur 18 aides-soignants. Pour avoir une activité permettant de remplir nos places il aurait fallu 22 ETP.

Ci-dessous une cartographie des métiers au 31 décembre 2023 :

Nom	Fonction	Date d'entrée	Ancienneté	ETP	Contrat
ALS	AMP	10/06/2021	2	1	151.67
BACH	AS	15/03/2010	13	0,77	116.67
DED	AS	14/04/2014	9	0,8	121.33
DEK	AS	09/03/2020	3	0,8	121.33
DEL	AS	15/09/2016	7	1	151.67
DOS	AS	14/09/2020	3	1	151.67
KAZ	AS	18/06/2007	16	1	151.67
LAR	AMP	28/03/2022	0	1	151.67
LEG	AS	17/06/1996	27	1	151.67
MAL	AS	02/10/2023	0	1	151.67
MAT	AS	01/09/1999	24	1	151.67
MAU	AMP	19/09/2011	12	0,8	121.33
MOU	AS	19/11/2012	11	0,8	121.33
REZ	AMP	04/09/2023	0	1	151.67
SAU	AS	01/07/2012	11	1	151.67
SID	AS	08/01/2018	5	1	151.67
TUR	AS	05/07/2012	11	1	151.67
WAM	AS	01/03/2022	1	1	151.67
				16,97	
DE S	Directrice	2018	5	0,3	45.5
DUC	IDEC	2020	3	1	151.67
LHE	IDEC	2012	11	1	151.67
CAR	Secrétaire	2021	2	0,4	60,66
				2,7	

²² Philippe MEVEL, cadre de santé formateur, « Le manque d'attractivité du métier d'aide-soignant », article publié le 18/02/2022, consulté le 29/04/2024, sur le site www.ncbi.nlm.nih.gov

Cependant le turn over est assez faible 9,72% pour une médiane en Ile de France à 19.23% et une médiane nationale à 12,50%.²³ L'ancienneté moyenne dans le service est de 9 ans, ce qui témoigne d'une certaine stabilité.

Le taux d'absentéisme est faible avec 4.96%, dont un seul arrêt pour accident de travail d'une durée de 38 jours répartis sur un seul salarié. En 2020 la médiane du taux d'absentéisme en Ile-de France était de 12,73% et la médiane nationale de 11,81%²⁴ Ce faible absentéisme pourrait se justifier par une bonne cohésion d'équipe et une volonté de l'encadrement.

Toutefois, nous avons pris en compte les conditions de travail et avons mené des réflexions sur ce sujet.

Cela nous a conduit à développer des ateliers de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS). Ces ateliers sont animés par des kinésithérapeutes et nous avons également mis en place une référente TMS. Cette dernière peut organiser des visites à domicile et partager des préconisations pour prévenir les risques de blessures.

²³ Données issues du Rapport de l'ARS concernant les indicateurs RH des ESMS, émanent de la restitution des indicateurs du tableau de bord des ESMS 2018-2020, page 18.

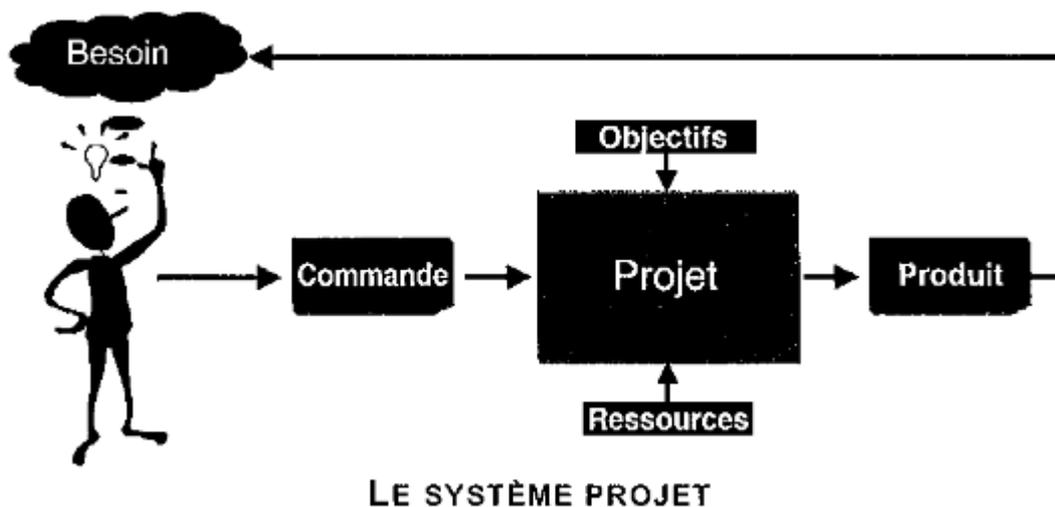
²⁴ Ibid, page 16.

2 Une gestion de projet complexe dans un contexte de réorganisation

Compte tenu des enjeux de ce projet managérial, il m'a semblé essentiel d'aborder la gestion de projet sous un angle théorique. De plus, étant donné que cette réforme implique une transformation importante, il est également nécessaire de traiter la question de la conduite du changement.

2.1 La gestion de projet, qu'est-ce que c'est ?

« C'est avant tout une manière particulière de traiter un problème »²⁵.



Un projet est une entreprise temporaire qui a pour but de créer un produit, un service ou un résultat unique. Il est défini par des objectifs précis, des délais, des ressources et un budget. Il est généralement mené par une équipe de personnes qui travaillent ensemble pour atteindre les objectifs fixés. Il peut être de petite ou de grande envergure, et peut être réalisé dans différents domaines.

Un projet suit généralement un cycle de vie en plusieurs étapes, allant de la phase de planification à la phase de clôture, en passant par la phase d'exécution et de suivi.

C'est une démarche structurée visant à atteindre des objectifs spécifiques dans un délai et un budget donné, en utilisant des ressources humaines, matérielles et financières. « La démarche présente un caractère incertain »²⁶ et « nécessite la mise en œuvre de plusieurs activités complémentaires »²⁷.

C'est un ensemble fini car il a nécessairement un début et une fin.

²⁵ Hugues Marchat- Le kit du chef de projet, 4^{ème} édition- Eyrolles, p.17

²⁶ Jean-Jacques Néré- Le management de projet, éd. Que sais-je ? p.11

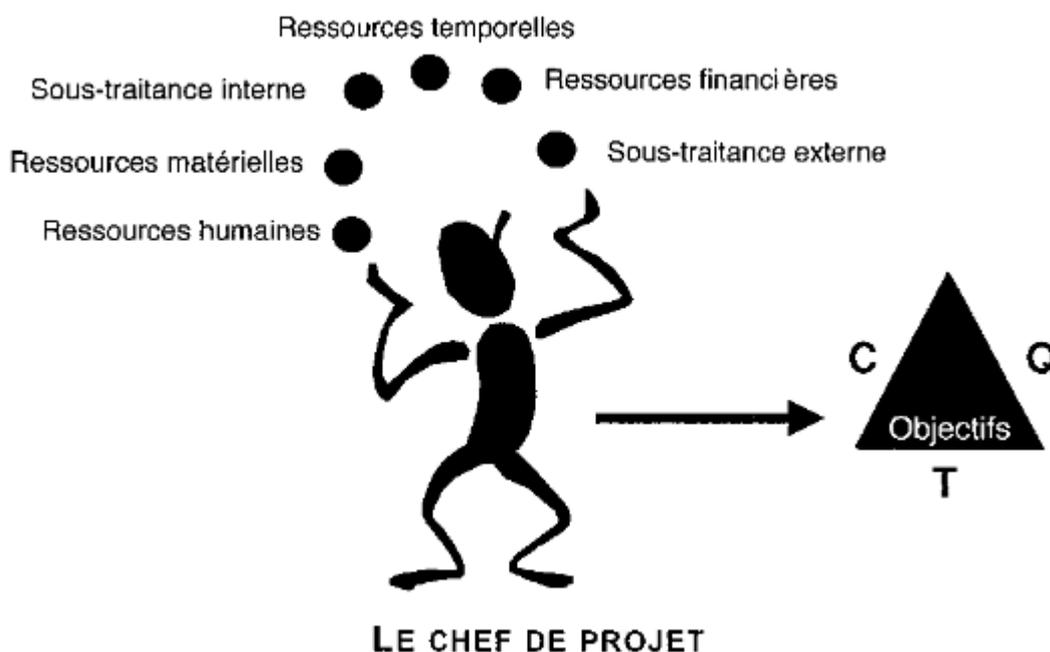
²⁷ Idem

2.2 Et le chef projet ?

Un chef de projet est une personne responsable de la planification, de l'exécution et du suivi d'un projet. Il est chargé de coordonner les efforts de l'équipe de projet, de gérer les ressources et de veiller à ce que les objectifs du projet soient atteints dans les délais et le budget impartis.

Il est le principal point de contact pour toutes les parties prenantes du projet, y compris les partenaires et les membres de l'équipe. Il est responsable de la communication, de la gestion des risques, de la résolution des problèmes et de la prise de décisions importantes tout au long du projet.

Les compétences clés d'un chef de projet comprennent la planification, l'organisation, la communication, la gestion de temps, la gestion de budget, la gestion de risques, la gestion de conflits, la résolution de problèmes et le leadership. Il doit également avoir une bonne connaissance du domaine dans lequel le projet est réalisé.



J'ai été identifiée comme co chef de projet par le Président du Conseil d'Administration et la Directrice de l'établissement. Mes missions sont d'accompagner les équipes à la transformation de l'organisation.

2.3 Comment conduire le changement ?

« C'était mieux avant ! » Qui n'a jamais entendu cette expression si chère à nos anciens et pas que... Il n'est pas forcément aisé pour une partie des salariés d'une entreprise en changement de quitter leur zone de confort.

Le projet des SAD nécessite une réorganisation complète de notre structure et donc un projet axé sur la conduite du changement.

2.3.1 Définition de la conduite du changement

Le changement, c'est un processus dynamique et la constante de tout changement c'est « *qu'il implique une remise en cause et un renouvellement des pratiques, des habitudes, des comforts, des repères et c'est principalement ce point qui constitue la pierre d'achoppement.* »²⁸.

La conduite du changement est un processus structuré qui vise à accompagner les individus, les équipes et les organisations dans leur transition vers un nouvel état, en réponse à des changements internes ou externes. Cette démarche a pour objectif de faciliter l'acceptation et l'adaptation au changement, de minimiser la résistance et les perturbations, et d'assurer la réussite et la pérennité des transformations mises en œuvre. Elle implique généralement la communication, la formation, le coaching et la participation active des parties prenantes.

Il est difficile de définir avec précision ce qui caractérise une évolution au sein d'un établissement. Le terme "changement" recouvre en effet une multitude de situations, allant d'une modification mineure à une réorganisation complète de l'organisation. Il est important de souligner que toute évolution implique une rupture entre la situation existante et les nouvelles pratiques à mettre en place.

2.3.2 Les résistances aux changements

*« Évoquer le changement organisationnel conduit inexorablement à évoquer la question de la résistance ».*²⁹

« La résistance au changement est l'expression raisonnable et légitime des risques que comporte le changement pour les acteurs »³⁰ qui consiste à s'opposer ou à résister à des modifications ou des évolutions dans son environnement personnel ou professionnel. Cette résistance peut se manifester de différentes manières, allant de la simple réticence à l'opposition active, en passant par la passivité, la procrastination ou encore la négociation.

Elle peut avoir plusieurs causes, telles que la peur de l'inconnu, la crainte de perdre ses repères, la méfiance envers les nouvelles méthodes ou les nouveaux outils, la peur de l'échec, le manque de confiance en soi ou dans les autres, ou encore la résistance à l'autorité.

²⁸ Réussir le changement, comment sortir des blocages individuels et collectifs - Christine MARSAN, édition De Boeck- 2015- p.15

²⁹ Réussir le changement, comment sortir des blocages individuels et collectifs - Christine MARSAN, édition De Boeck- 2015- p. 99

³⁰ Le phénomène bureaucratique- Michel Crozier- collection Points essais, ch. 5 p. 149

La résistance aux changements peut entraîner des conséquences négatives sur l'efficacité et la performance d'une organisation, ainsi que sur le bien-être et la motivation des individus.

Il est donc important de prendre en compte cette résistance et de mettre en place des stratégies pour la surmonter, telles que la communication, la participation, la formation, la valorisation des acquis et la prise en compte des préoccupations et des besoins des individus.



31

Schéma du blog Sustainability, le blog RSE des consultants Wavestone

Dans le cadre de la résistance psychologique, le changement bouleverse les repères, les habitudes, les compétences, voire la position de l'individu au sein de l'entreprise, suscitant ainsi de l'anxiété. Cette résistance individuelle aux changements se manifeste par des mécanismes de défenses psychologiques tels que le déni, la rationalisation, la projection, etc. Elle peut être attribuée à la peur de l'inconnu, à l'anxiété, à la perte de contrôle ou à la menace de l'estime de soi.

La résistance identitaire se réfère à la relation que l'individu entretient avec l'entreprise. L'identité de l'individu est construite par son travail, son appartenance à un métier. Le changement vient ébranler l'identité même de la personne. Cette résistance survient lorsque les changements menacent l'identité individuelle ou collective d'une personne ou d'un groupe. Les individus peuvent s'opposer aux changements qui remettent en question leur identité, leurs valeurs, leurs croyances ou leur image de soi.

La résistance politique se produit lorsque les changements sont perçus comme étant imposés par des autorités politiques ou des institutions. Les individus peuvent s'opposer aux changements qui menacent leur liberté, leur autonomie, leur justice ou leur

³¹ Schéma du blog Sustainability, le blog RSE des consultants wavestone, consulté le 29/03/2024, <https://sustainability.wavestone.blog/>

démocratie. Les individus sont disposés à accepter un changement seulement s'il peut leur être bénéfique et qu'il ne remet pas en question leur position, leur pouvoir au sein de l'entreprise.

Dans la résistance collective, l'individu évolue au sein d'un groupe (un système social) qui a ses propres règles. Si le changement vient s'opposer à ces dernières, il pourra y avoir résistance. Cette résistance survient lorsque les individus s'unissent pour s'opposer aux changements qui menacent leurs intérêts communs. Les groupes peuvent s'opposer aux changements qui affectent leur statut, leur pouvoir, leur sécurité ou leur bien-être économique.

Toute entreprise possède sa propre culture, ses propres valeurs qui la distinguent des autres. La culture d'entreprise unit les individus qui y sont rattachés. Parfois, le changement propose des valeurs qui entrent en confrontation avec celles déjà établies. Cette résistance se produit lorsque les changements vont à l'encontre des normes, des valeurs ou des croyances culturelles d'un groupe ou d'une communauté. Les individus peuvent s'opposer aux changements qui menacent leur culture, leur langue, leur religion ou leurs traditions.

La résistance cognitive se produit lorsque les individus rencontrent des difficultés à comprendre ou à accepter les changements en raison de leur cadre mental ou de leur schéma de pensée existant. Les individus peuvent s'opposer aux changements qui nécessitent une nouvelle façon de penser, de nouvelles compétences ou de nouvelles connaissances. Tout changement exige l'acquisition de connaissances, de compétences nouvelles pour les individus.

Ces différents types de résistance aux changements peuvent se manifester de différentes manières et à différents niveaux, allant de l'individu à la société dans son ensemble. Comprendre ces résistances peut aider à mieux anticiper et gérer les changements dans différents contextes.

2.3.3 Les étapes de la résistance au changement

D'après les travaux de la psychiatre suisse, le Dr Elizabeth Kubler-Ross, le processus de deuil ou de changement notable dans la vie personnelle ou professionnelle d'un individu se compose de cinq étapes distinctes avant d'aboutir à une acceptation de la nouvelle situation. Il arrive cependant que certaines personnes restent bloquées dans l'une de ces phases, ce qui les empêche d'intégrer le changement.

Si ces personnes ne bénéficient pas d'un accompagnement adéquat, le processus de deuil peut se prolonger au-delà de la durée normale, voire devenir permanent.

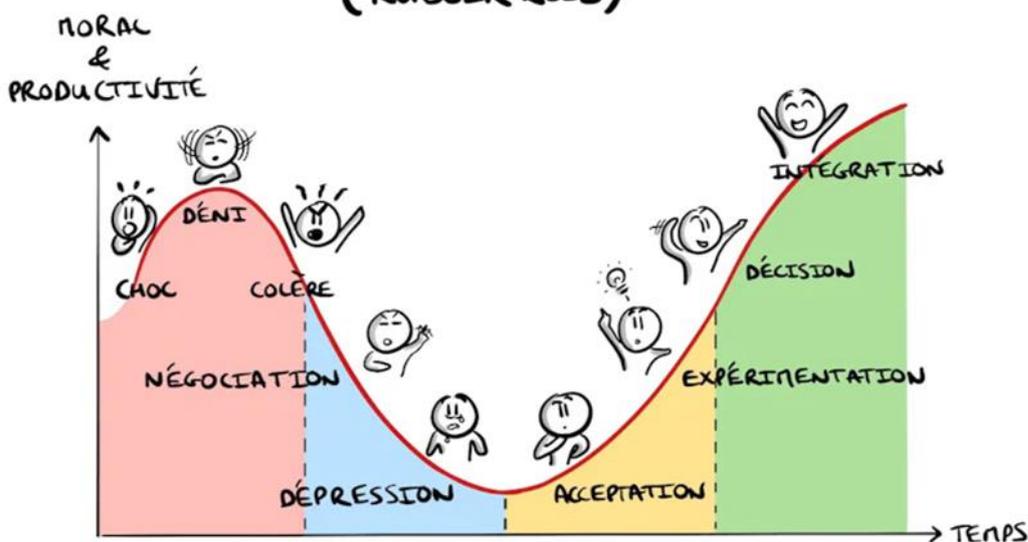
Dans le contexte de la transformation en entreprise, qu'elle soit organisationnelle, hiérarchique, humaine ou géographique, il est donc crucial pour le manager de maîtriser le concept de courbe de deuil afin d'accompagner au mieux ses collaborateurs dans leur processus d'acceptation du changement.

Les étapes du changement identifiées par Elisabeth Kübler-Ross³² sont les suivantes :

- Le choc : l'individu ressent l'annonce du changement comme un événement brutal et se retrouve sous le choc.
- Le déni : l'individu nie la réalité du changement et pense qu'il ne parviendra pas à s'y adapter ou à trouver sa place dans le nouveau modèle.
- La colère/la frustration : l'individu exprime sa colère et cherche parfois des responsables à sa situation.
- La dépression/la tristesse : l'individu se sent impuissant et finit par se résigner, se plaignant parfois de la situation. Cette étape est particulièrement importante car elle marque la fin de la phase descendante de la courbe. C'est à ce moment que l'individu prend conscience de la nature inéluctable du changement et qu'il doit décider s'il l'accepte ou s'il reste enfermé dans sa frustration.
- L'acceptation : l'individu commence à modifier son point de vue et à accepter le changement.
- L'expérimentation : en expérimentant la nouvelle situation, l'individu identifie ses avantages et trouve un sens au changement.
- La décision : l'individu a fait le deuil de son passé et se tourne désormais vers l'avenir avec un nouveau regard sur le changement.
- L'intégration : le changement est enfin intégré et l'individu a gagné en sérénité et en confiance face à la nouvelle situation. Il éprouve même de l'enthousiasme pour les nouveaux projets.

La courbe de deuil est un outil essentiel pour les managers qui souhaitent accompagner leurs collaborateurs dans les périodes de changement. En comprenant les différentes étapes du processus, ils peuvent mieux anticiper les réactions de leurs équipes et les aider à avancer vers l'acceptation du changement. L'objectif est d'accompagner les collaborateurs jusqu'à l'étape « intégration ».

ÉTAPES DU CHANGEMENT (KÜBLER ROSS)



@BLOCULUS

³² Elisabeth KUBLER ROSS- Sur le chagrin et sur le deuil, édition Pocket- parution mars 2011, 288 pages.

2.4 La théorie des organisations

Une organisation est composée de trois dimensions :

- Fonctionnelle : représente les questions, les processus, les paramètres
- Politique : représente le rapport de domination, les décisions
- Culturelle : fait référence aux croyances, aux pratiques valorisées dans l'organisation

Les dynamiques de ces dimensions sont endogènes et le résultat de leurs interactions. Lorsqu'il y a un changement organisationnel à mener il faut nécessairement s'attacher à étudier ces dimensions et réfléchir à comment elles résonnent entre elles.

Le plus souvent ce qui peine lors d'un changement organisationnel c'est l'intuition liée à notre expérience, et cela n'apporte pas de solution réelle car si les situations sociales peuvent être analysées elles sont en premier lieu ressenties.

Le rapport de domination est le fruit de questions légitimées par le champ culturel auquel certaines personnes peuvent répondre et c'est cela qui structure les organisations.

Ces questionnements autour de l'organisation sont assez récents dans l'histoire et lié à un besoin incontrôlable de vouloir tout gérer.

2.4.1 La dimension fonctionnelle

« L'organisation peut être considérée comme un système composé de processus et de ressources qui sont agencés en fonction des paramètres de conception. Ceux-ci forment une configuration organisationnelle dont l'efficacité dépend de paramètres de conception. »³³

La conduite de projet progresse en spirale définissant chacune des dimensions de manière de plus en plus précise. La conduite du changement d'une organisation s'appuie nécessairement sur la modification des processus. C'est d'ailleurs la première notion à analyser car elle inclut l'ensemble des étapes permettant d'atteindre le but fixé.

Pour comprendre une organisation, l'analyse par processus présente l'avantage de décentrer le regard des tâches effectuées vers leur valeur ajoutée. Avant tout il est indispensable de définir des critères de transformation. Le processus peut faire l'objet de multiples présentations. Le critère d'analyse est principalement le temps permettant de fixer les étapes de la transformation.

Les processus supposent des ressources, ce sont en premier lieu les compétences requises mais concernent également les équipements ou les moyens financiers. Elles doivent être agencées, ordonnées et mobilisées pour servir le processus. Le mode d'agencement des ressources est multiple et peut être organisé par typologie de patient, par équipement ou encore par compétences.

³³ Jean-Paul DUMOND- Notes de cours, Transformer les organisations de santé- Polycopié Master MOS- p.36

Le mode d'agencement des ressources constitue les paramètres de conception, il s'agit de la notion la plus importante à étudier lors de l'analyse fonctionnelle d'une organisation.

Un paramètre de conception est une caractéristique qui agence les ressources nécessaires et qu'il est possible de faire varier. Selon Henri Mintzberg il existe quatre paramètres de conception :

- 1) Les modes de contrôle
- 2) Les frontières de l'organisation
- 3) La division horizontale
- 4) La division verticale

Les ressources peuvent être agencées en dedans ou en dehors de l'organisation (frontières de l'organisation), selon des degrés de spécialisation ou de polyvalence (division horizontale), avec plus ou moins de hiérarchie (division verticale), en étant régulé par des modes de contrôle divers.

Le mode de contrôle est le premier paramètre décisif car il ne joue pas sur la catégorisation des ressources (dedans/ dehors, ni sur les fonctions horizontales/ verticales) mais sur la mobilisation des ressources (dynamique de l'organisation).

C'est le choix entre la contractualisation (règles) et la socialisation (normes). Dans le contrôle par contractualisation des règles formelles et objectifs détaillés sont attendus sous forme de comportement ou de résultat, complétés par des critères et des indicateurs permettant de préciser l'atteinte des objectifs. Un critère est une caractéristique dont la valeur variable peut être renseignée et à partir de laquelle il est possible d'établir un jugement.

Le contrôle peut reposer sur des normes professionnelles qui sont des principes relatifs au comportement, à la qualité, à l'engagement dans le travail ou aux relations entre les professionnels.

Dans le cas d'un contrôle par des normes l'encadrement a pour rôle d'illustrer les normes sociales, de les rappeler, de les faire respecter, il est également porteur d'un jugement informel et donc arbitraire. Cet arbitraire doit être accepté par tous.

Quatre situations de contrôle en découlent :

- Contrôle par contractualisation, privilégié, mais dissout par le marché donc doit être mêlé à la socialisation.
- Si le contrôle par la socialisation est privilégié sans contractualisation il s'apparente aux exigences absolues et sans limite (sectes)
- Contrôle par contractualisation et socialisation sont communément valorisés
- L'anomie ; absence de d'organisation et amène l'organisation à l'incapacité de fonctionner.

Les frontières de l'organisation n'est pas un paramètre strictement binaire (dedans/dehors). Les secteurs d'activités peuvent être intégrés au budget, en budget annexe, ou encore externalisés et donner lieu à un contrat exclusif ou avec des multitudes de contrats.

Le choix dépend du coût de chacune des propositions et du service rendu. Il n'existe pas d'arbre de décision stabilisé conduisant au choix de l'externalisation ou de l'internalisation. L'internalisation demande un fort partage des connaissances ou des

normes professionnelles, les opérateurs gagneront à être attachés à l'entreprise par un processus de socialisation l'internalisation sera préférable dans ce cas (ex RH, formation continue, mutations...), en revanche la paie ne nécessite pas ce partage cela pourra être externalisé.

D'autre part le choix peut se faire d'un point de vue du coût (utilité future incertaine, activité incertaine, capacité de négociation du prestataire...)

Le choix de l'internalisation, de l'externalisation ou d'une solution mixte suppose un chiffrage en prenant appui sur ces paramètres.

La division horizontale consiste à allouer des tâches différentes par groupes d'individus c'est le principe le plus immédiat, le plus anciennement considéré et observé dans l'organisation du travail. La division du travail et donc la spécialisation permettent le développement d'une compétence exceptionnelle, de ce fait une meilleure productivité, des réalisations de plus grande qualité et une réduction du temps d'apprentissage. Mais poussée à l'extrême elle atrophie l'être humain en le réduisant à quelques compétences. Elle enferme les opérateurs dans leur activité sans qu'ils comprennent les activités en amont et en aval, ni le but de l'organisation. La spécialisation limite la gestion de la main-d'œuvre en limitant sa mobilité et donc les réponses à l'absentéisme et aux évolutions de la charge de travail.

Le dilemme entre la spécialisation et la polyvalence réside dans l'aspect contre-productif de la spécialisation par manque de lien entre les spécialistes pour prendre en charge un patient de plus en plus pathologique, un défaut de synergie entre les professionnels qui doivent cependant concourir pour trouver des réponses adaptées aux problèmes posés et la difficulté à gérer les employés en fonction d'une charge de travail variable. Ce choix présente des enjeux stratégiques majeurs, notamment dans le cadre de la réforme des services autonomie domicile. La spécialisation ne semble pas pouvoir être la réponse.

La division verticale se subdivise en trois paramètres :

- Nombre de niveaux hiérarchiques
- Centralisation versus délégation
- Principe de structuration de la hiérarchie

Ces sous paramètres dépendent du choix relatif à la constitution de la hiérarchie. La hiérarchie résulte d'une double limite celle de la contractualisation et celle de la socialisation. Un cadre est une personne qui juge des agents (subordonnés) sur une base contractuelle et normative.

Inutile de considérer que la hiérarchie est un fait qui s'impose naturellement. La hiérarchie résulte d'une double limite, celle de la contractualisation dans les activités coopératives et la sociabilisation qui conduit au clan et qui devient inopérante dans les grandes organisations.

La construction d'une hiérarchie suppose de définir des niveaux hiérarchiques qui peuvent être plus ou moins nombreux.

2.4.2 La dimension culturelle

La dimension culturelle d'une organisation est l'ensemble des pratiques, des valeurs et des conceptions que partage ses membres et dont le partage est relatif. C'est la composante centrale des organisations.

Pour mieux comprendre cette dimension prenons l'exemple de l'éducation thérapeutique. Pour amener une équipe à autonomiser le patient il faut tenir compte du savoir du professionnel et du savoir expérientiel. Ce changement culturel est un transfert de compétence du sachant vers le patient devenant expert de sa pathologie.

Pour pouvoir transformer cette dimension deux voies peuvent être utilisées. Celle de la rhétorique dans un premier temps et celles des expériences apprenantes.

La rhétorique réside dans le fait de convaincre, de transformer les croyances et donc de changer les pratiques. Un discours logique n'amène pas fondamentalement à la transformation d'attitude attendue.

La force du message dépend traditionnellement des qualités attribuées à l'agent persuasif par celui qui l'écoute, de la forme et du contenu du message et des caractéristiques de celui qui reçoit le message. Convaincre consiste à modifier par la logique et l'enchaînement d'arguments les conceptions ou les valeurs d'une personne.

La persuasion repose donc sur un paradoxe, le message est d'autant mieux accepté que celui qui l'énonce n'apparaît pas vouloir persuader ou, du moins, pas pour des intérêts personnels.

La deuxième voie qui peut être utilisée lors d'un changement culturel est celle de la construction d'expérience. Il s'agit de la voie de l'action qui implique personnellement les acteurs. Cette voie peut créer des conflits de valeurs et donc engendrer un changement de croyance. Quand il y a contradiction entre un comportement et une attitude le comportement modifie les attitudes.

Le paradigme et la mise en pratique de l'organisation apprenante ont émergé au cours des années 1990 et se sont poursuivis jusqu'aux années 2000. Bien que ce concept soit aujourd'hui considéré comme un outil de gestion, Peter Senge³⁴, conférencier américain, ne le concevait pas uniquement de cette manière à l'origine.

Selon lui, il s'agissait avant tout d'une transformation simultanée de l'individu et de l'organisation. En d'autres termes, il s'agit de faire évoluer les employés d'une entreprise en symbiose avec celle-ci, et réciproquement.

En psychologie sociale, la dissonance cognitive se réfère à la tension interne propre au système de pensées, de croyances, d'émotions et d'attitudes (cognitions) d'une personne lorsque plusieurs d'entre elles entrent en contradiction les unes avec les autres. Ce terme désigne également la tension qu'une personne ressent lorsqu'un comportement entre en contradiction avec ses idées ou croyances.

³⁴ Peter SENGE- auteur du livre *La cinquième discipline* (en) publié en 1990 (et réédité à plusieurs reprises) dans lequel il présente le concept d'organisation apprenante développé avec Chris Argyris.

Ce concept a été formulé pour la première fois par le psychologue Leon Festinger dans son ouvrage intitulé "A theory of cognitive dissonance" (1957)³⁵. Festinger a étudié les stratégies de réduction de la tension psychologique induite et le maintien de la cohérence personnelle, y compris les stratégies d'évitement des circonstances identifiées comme source de dissonance.

2.4.3 La dimension politique

La dimension politique se théorise mal car elle s'appuie sur des savoirs intuitifs. L'approche marxiste de l'organisation est une approche holiste, par exemple le droit du travail avec le lien de subordination est retrouvé dans la plupart des entreprises. Le pouvoir dans l'organisation est alors le reflet d'un rapport social, qui surplombe chaque relation de travail.

Dans les années 60 se formalise un nouveau mouvement appelé la sociologie des organisations, elle propose une analyse des dynamiques sociales qui place en son centre le conflit entre les individus et non plus entre les classes sociales.

L'analyse marxiste des instruments du pouvoir et la sociologie des organisations ne sont pas contradictoires, elles définissent communément des possibilités d'action en vue d'accroître l'influence dans l'organisation.

Lorsque la transformation de l'organisation s'opère, le pouvoir change et cela crée de nouvelles incertitudes. Il est possible d'agir sur les relations du pouvoir en modifiant le fonctionnement de l'organisation par la mise en concurrence ou la mise en tension. Ou alors en définissant des stratégies d'action en choisissant de développer des alliances ou de diviser les adversaires. Ou encore en usant de tactiques en définissant des méthodes de négociations ou en identifiant des domaines pour un passage en force.

2.4.4 La conduite du changement organisationnel

La conduite du changement est un processus complexe qui implique de prendre en compte plusieurs dimensions, à la fois fonctionnelles, culturelles et politiques. Pour réussir cette transformation, il est nécessaire de construire des scénarios d'organisation, c'est-à-dire d'imaginer différentes options pour l'organisation future de la structure. Cette étape nécessite une étude approfondie et une décision rationnelle, basée sur des critères objectifs.

Cependant, la transformation organisationnelle peut également engendrer des conflits, qu'il est nécessaire de gérer avec tact et diplomatie. Pour cela, il est important de prévoir des tactiques adaptées à chaque situation, en prenant en compte les différents enjeux et les intérêts de chacun.

³⁵ Léon FESTINGER- Une théorie de la dissonance cognitive parut en 1957 aux États-Unis, lu dans les notes de cour de M JP DUMOND- Transformer les organisations de santé- Polycopié Master MOS

En outre, la conduite du changement implique également une dimension sociale et personnelle, qui se traduit par des changements de comportement et de mentalité. Cette dimension est essentielle pour garantir l'adhésion de tous les acteurs concernés.

Les temporalités de ces différentes dimensions³⁶ ne sont pas tout à fait les mêmes et peuvent parfois se confronter aux modèles imaginés. Pour réussir une transformation organisationnelle, il est donc nécessaire d'aménager trois dynamiques qui ont chacune une temporalité et qui s'influencent entre elles : la dynamique fonctionnelle, la dynamique politique et la dynamique culturelle.

La conduite du changement doit donc tenter d'assembler ces dynamiques tout en permettant des influences positives entre elles, afin d'éviter les ruptures. Cela donnera lieu à une conduite de projet, des actions de communication, des expériences apprenantes, ou bien encore des négociations.

³⁶ Jean-Paul DUMOND- Notes de cours, Transformer les organisations de santé- Polycopié Master MOS- p.114

3 Vers une évolution en modèle intégré

Ce projet managérial s'inscrit dans un contexte de réforme et plus particulièrement comment amener le SSIAD ADMR du Hurepoix à se transformer en SAD. Dans ce chapitre, nous allons définir précisément les contours du projet, en présentant le contexte, les bénéfices attendus, ainsi que les éventuels freins à prendre en compte.

3.1 Le contexte

L'offre de soins ne semble plus correspondre aux besoins de la population, et en particulier ceux des personnes âgées et aux personnes en situation de handicap désirant rester à domicile.

En effet actuellement l'offre de soins et de services à domicile est fragmentée et le parcours patient en recherche d'aide à son domicile s'annonce comme un parcours du combattant s'il souhaite une prise en charge globale et personnalisée.

La volonté du législateur est de reconfigurer cette offre en modèle dit « intégré »

Le SAD est un service polyvalent qui permet d'utiliser un modèle intégré d'organisation et de soins, en coordonnant les interventions autour de la personne, en fonction de ses besoins et de ses attentes, dans un projet de maintien au domicile.

Cette coordination autour des besoins globaux de la personne se décline sous deux formes d'accompagnement³⁷ :

- Une offre de soins avec les ressources d'un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)
- Une offre d'aide avec les ressources d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)

Le SAD constitue un des principaux piliers du virage domiciliaire. Il est issu d'une réforme ayant pour objectif de renforcer les services à domicile et favoriser un accompagnement de qualité aux personnes âgées ou en situation de handicap.

Le décret concernant les services d'autonomie à domicile a été publié le 17 juillet 2023³⁸. Ce décret a été développé dans le cadre d'une consultation exhaustive des parties prenantes du secteur à domicile, incluant les représentants des services à domicile, les conseils départementaux et les agences régionales de santé, entre autres.

Les services existants (SAAD et SSIAD), formeront une catégorie unique : les SAD.

Deux modalités d'exercices seront possibles :

- Les services dispensant de l'aide et du soin, autorisés conjointement par l'ARS et le président du CD.
- Les services dispensant uniquement de l'aide, autorisés par le président du CD.

³⁷ Une troisième offre d'accompagnement est possible grâce à l'Equipe Spécialisée à domicile Alzheimer (ESA), cependant cette activité ne rentre pas dans le cadre de la réforme qui nous occupe.

³⁸ Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile

D'ici 2025, les SAD seront progressivement mis en place pour améliorer la coordination et créer des liens entre les structures d'aide et de soins.

3.2 Les missions

Le décret concernant les Services Autonomie Domicile, publié le 17 juillet 2023, a été développé dans le cadre d'une consultation approfondie des acteurs du domicile, tels que les représentants des services à domicile, les Conseils Départementaux et les Agences Régionales de Santé.

Il présente une vision ambitieuse de ces nouveaux services, qui constitueront l'un des principaux piliers du virage domiciliaire, et offre une plus grande flexibilité au secteur pour faciliter la mise en œuvre de la réforme.

Les SAD, qui seront progressivement mis en place, faciliteront la coordination et la création de passerelles entre les structures d'aide et de soins.

Cela permettra une prise en charge plus globale des besoins des individus, en reconnaissant les missions des services dans la prévention, l'identification des fragilités, le soutien aux aidants, ainsi que dans la détection et la lutte contre la maltraitance. Ainsi qu'une simplification des procédures quotidiennes grâce à un interlocuteur unique responsable d'organiser la réponse aux besoins d'aide et de soins des personnes. Les SAD serviront ainsi de point de contact unique pour les usagers.

Et enfin une collaboration renforcée entre les professionnels de l'aide et du soin pour optimiser la qualité de l'accompagnement.

La réforme contribue à améliorer l'attractivité des métiers. Sa mise en place doit permettre la reconnaissance de missions variées. Elle doit également réduire l'isolement des intervenants à domicile en favorisant les interventions conjointes et les échanges.

Enfin, elle encourage le développement des compétences des professionnels et enrichi les parcours professionnels grâce aux interactions renforcées entre l'aide et le soin.

3.3 Des principes éthiques forts

Le respect de la personne accompagnée est une priorité absolue. Il faut veiller à préserver sa dignité, son intégrité, sa vie privée, son intimité et sa sécurité. Pour cela, nous élaborons un projet individualisé en fonction de ses besoins, de son autonomie et de son état de santé, tout en respectant son libre choix et en obtenant son consentement éclairé.

Il est important d'informer la personne accompagnée de ses droits fondamentaux et des voies de recours à sa disposition. La confidentialité des informations doit être garantie à tout moment.

Un partenariat d'accompagnement est mis en place avec différents professionnels, tels que les professionnels libéraux (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures,

etc.), les réseaux de santé, les partenaires sociaux (assistantes sociales, évaluatrice de CLIC etc.), les instances de coordination (CLIC, DAC, Territoires d'Action Départementale ou TAD etc.) et les tutelles (ARS, CD).

Tous les acteurs locaux, tels que les hôpitaux, les HAD, les médecins généralistes et spécialistes, les professionnels libéraux, les réseaux de santé, les CLIC, les CCAS, les services de portage de repas, les associations locales et les bénévoles, sont mobilisés pour optimiser l'accompagnement de chaque personne.

Une évaluation régulière des besoins est effectuée et le projet individualisé d'accompagnement est adapté en conséquence. Une compétence de coordination est nécessaire pour assurer un accompagnement personnalisé.

La coopération des acteurs du territoire de proximité permet de limiter les ruptures de continuité dans la prise en charge, d'anticiper les situations complexes et de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes et fragiles et de leur entourage.

L'expertise de tous les partenaires mobilisés dans l'action, les savoirs partagés renforcent la capacité à agir de façon complémentaire.

En restant indépendant, chaque professionnel apporte ses valeurs, ses normes, ses règles et ses pratiques. L'articulation de toutes ces compétences individuelles permet de tendre vers l'objectif commun : accompagner au mieux les patients/bénéficiaires souhaitant rester à leur domicile.

3.4 Vers un modèle intégré

Le SAD doit concevoir une organisation intégrée en mutualisant un grand nombre d'outils (logiciel informatique, téléphonie ...) et en mettant en commun différentes compétences autour de chaque personne accompagnée.

Il est nécessaire de mettre l'accent sur les besoins et les préférences des bénéficiaires, en offrant des services personnalisés et adaptés à leurs besoins spécifiques. Cela inclut la mise en place de plans de soins individualisés, élaborés en collaboration avec les bénéficiaires et leurs familles, pour garantir une prise en charge globale.

Pour mettre en œuvre un modèle intégré avec succès, il est essentiel de fournir une formation adéquate aux professionnels impliqués dans la prestation de services à domicile.

Cela peut inclure une formation sur la coordination des soins, la communication interprofessionnelle et la gestion des cas complexes.

La transition vers les SAD nécessite une révision des mécanismes de financement et de gouvernance pour encourager la collaboration entre les différents acteurs et garantir une allocation efficace des ressources.

3.5 Avantages du modèle intégré

La mise en place d'un modèle intégré présente de nombreux avantages pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et les personnes en perte d'autonomie, ainsi que pour leur entourage et pour les professionnels de santé.

Tout d'abord, ce modèle permet une amélioration de la qualité des soins grâce à une coordination efficace entre les différents prestataires de services.

En effet, les professionnels de santé travaillent en étroite collaboration pour assurer une prise en charge globale et personnalisée des bénéficiaires. Cette coordination permet une meilleure continuité des soins et une prise en charge plus adaptée aux besoins de chaque personne.

Ensuite, la mise en place d'un modèle intégré permet une réduction des coûts grâce à une utilisation plus efficace des ressources. En effet, en évitant les hospitalisations inutiles et en optimisant les interventions à domicile, les SAD peuvent contribuer à réduire les dépenses de santé.

De plus, en favorisant le maintien à domicile des personnes âgées ou en situation de handicap, les SAD permettent également de réduire les coûts liés à l'hébergement en établissement spécialisé.

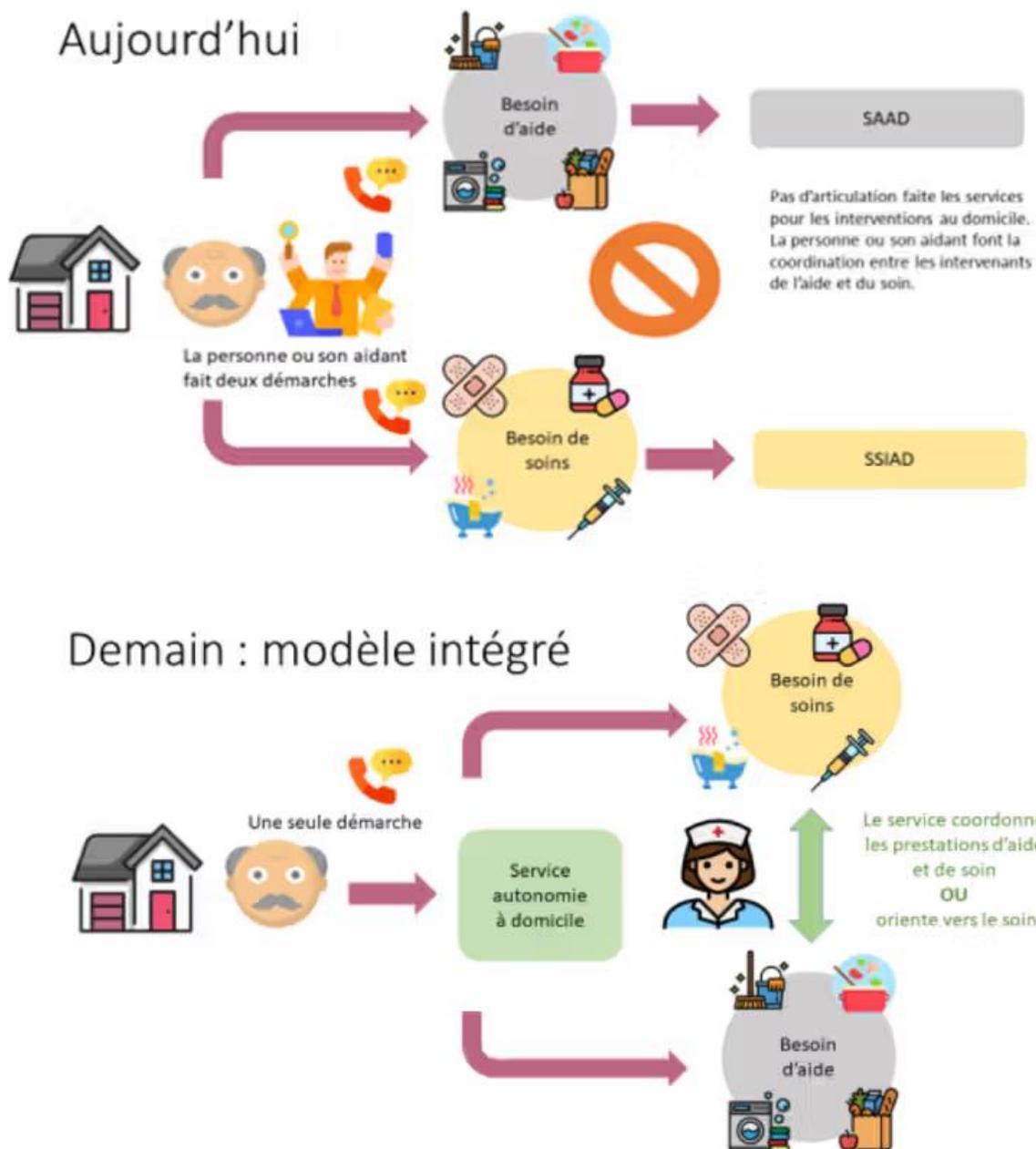
Par ailleurs, ce modèle renforce l'autonomie des bénéficiaires en leur permettant de rester chez eux dans un environnement familier, en leur apportant une aide et un accompagnement adaptés à leurs besoins.

Enfin, la mise en place d'un tel service permet une réduction de la charge de travail des aidants familiaux grâce à un soutien accru des services à domicile.

En prenant en charge certaines tâches du quotidien, les SAD permettent aux aidants familiaux de souffler un peu et de se consacrer à d'autres activités. Cette aide peut également contribuer à prévenir l'épuisement des aidants familiaux et à améliorer leur qualité de vie.

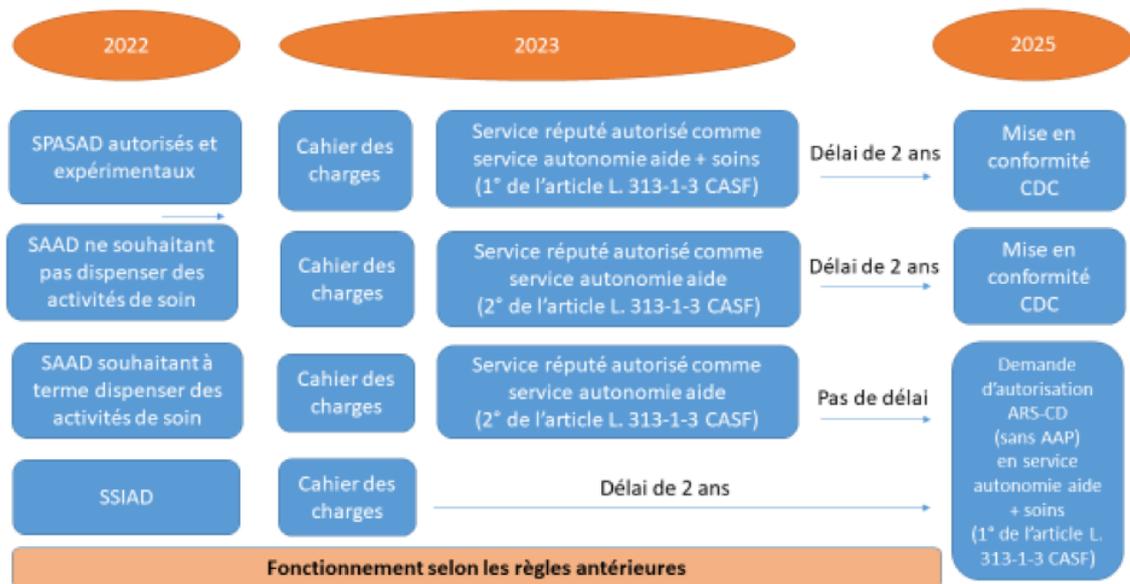
Afin d'améliorer la lisibilité de l'offre pour les usagers et leurs aidants, il est essentiel de construire une logique de parcours claire et adaptée aux besoins évolutifs de la personne accompagnée

Voici le schéma illustrant la transformation demandée :



La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 annonçant la double réforme des SSIAD prévoit un planning de mise en conformité sur deux ans à compter de la parution du cahier des charges.

Modalités d'entrée en vigueur de la réforme des autorisations



Le cahier des charges a été publié le 17 juillet 2023, le SSIAD ADMR du Hurepoix (comme tous les autres SSIAD de France) a jusqu'au 30 juin 2025 pour se mettre en conformité avec la loi.

Depuis la parution du cahier des charges, les tutelles ont laissé la main aux différentes structures qui doivent réfléchir à leur organisation et à leurs rapprochements.

Lors de la réunion avec l'ARS et le CD du 30 novembre 2023, les tutelles n'ont pas souhaité orienter les différents services sur les futures alliances à faire.

La volonté des tutelles est de n'avoir AUCUN territoire non couvert par une zone de soin. Fort de cette annonce, il a été question de créer un Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social (GCSMS) ADMR sur l'Essonne avec des autorisations portées par la fédération.

Ce modèle peut s'observer dans le département de la Charente (16) où le SAD sera porté par la fédération ADMR Soins 16.

À ce jour aucun partenaire précis n'a été identifié plusieurs pistes de réflexions sont en cours, les possibilités de conventionnement ou de création de GCSMS, ce dernier modèle étant préconisé par les tutelles, devront faire l'objet de concertations entre les différents acteurs ADMR du territoire.

Le modèle de gouvernance des associations ADMR de l'Essonne ne permet pas d'envisager ce type de regroupement. Les stratégies de chacun ne semblent pas pouvoir s'accorder.

Les présidents d'associations accompagnés de leurs membres du conseil d'administration ne semblent pas « s'entendre » sur la manière de procéder.

La mise en place d'une nouvelle gouvernance s'annonce complexe et m'amène à m'interroger sur la place de celle-ci

3.6 Les freins éventuels

3.6.1 La gouvernance

Le mot "gouvernance" vient du latin "gubernare"³⁹ qui signifie "diriger un navire, le gouverner". Ce terme a été utilisé pour la première fois en français au XIII^e siècle sous la forme de "gouverner", qui signifiait alors "diriger, commander, administrer".

Le terme "gouvernance" tel que nous le connaissons aujourd'hui est apparu plus récemment, dans les années 1990, dans le contexte de la mondialisation et de la libéralisation économique. Il a été utilisé pour désigner les règles, les processus et les institutions qui régissent la manière dont les entreprises, les organisations et les États sont dirigés, contrôlés et tenus responsables.

La gouvernance est donc un concept large qui recouvre les mécanismes de prise de décision, de contrôle et de responsabilité au sein d'une organisation ou d'un système politique. Elle implique une réflexion sur les valeurs, les normes et les pratiques qui guident l'action collective et sur les moyens de garantir la transparence, la responsabilité et la participation des parties prenantes.

Les caractéristiques institutionnelles des associations influencent grandement les méthodes et pratiques de gestion de ces dernières. Conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901 une association peut être définie comme *"la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices"*.⁴⁰

Les associations sont des organisations de droit privé, tout comme les entreprises traditionnelles. Cependant, contrairement à ces dernières, elles ont un but non lucratif, ce qui signifie que les initiateurs du projet associatif ne doivent pas voir leur patrimoine s'accroître en raison de leurs fonctions au sein de ces structures.

Ainsi, toute distribution de bénéfices est légalement interdite, les ressources étant généralement réinvesties dans le projet. Les SSIAD, en raison de leur financement public, relèvent d'une catégorie d'associations encore plus spécifique.

Une autre particularité de la gouvernance des organisations à but non lucratif réside dans le nombre et la complexité des relations entre les différents acteurs qui composent une association. En effet, la gestion des associations implique une bonne compréhension des rôles et des responsabilités des acteurs de l'organisation - bénévoles, utilisateurs et professionnels - dans un souci de cohérence, de cohésion et d'efficacité.

Concernant le SSIAD du Hurepoix, certains administrateurs peuvent ralentir la progression du projet.

Tout d'abord parce que les administrateurs bénévoles ont souvent d'autres engagements professionnels ou personnels. Ils peuvent donc manquer de temps pour se consacrer pleinement à la mise en place d'une nouvelle organisation.

³⁹ Définition de "gouvernance" dans le Trésor de la langue française informatisé (TLFi), consulté le 23 février 2024, <https://www.cnrtl.fr/definition/gouvernance>

⁴⁰ Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association

Ensuite, bien qu'ils soient compétents dans leurs domaines respectifs, les administrateurs bénévoles peuvent manquer d'expertise dans certains domaines spécifiques nécessaires à la mise en place d'une nouvelle organisation. Cela peut conduire à des décisions moins éclairées ou à des retards dans la prise de décision.

Les administrateurs bénévoles, comme tout autre individu, peuvent être réticents au changement. Ils peuvent être attachés aux méthodes de fonctionnement existantes et ne pas s'inscrire dans le processus de changement organisationnel.

Enfin, dans certains cas, les administrateurs bénévoles peuvent avoir des intérêts personnels ou professionnels qui entrent en conflit avec la mise en place d'une nouvelle organisation. Cela peut les amener à s'opposer à certains changements ou à les ralentir.

Mais il est évident qu'à aucun moment les administrateurs ne prendraient de décisions délétères pour les patients dont nous avons la charge, car leur engagement et leur valeur humaine priment sur les décisions finales.

3.6.2 Les équipes

Les équipes, tant administratives que de terrain peuvent elles-mêmes être des éléments freinant la bonne marche de ce projet.

Les personnes impliquées peuvent craindre l'incertitude et les conséquences inconnues de la réforme. Elles peuvent craindre pour leur sécurité d'emploi, leur qualité de service, ou la modification des relations de travail. Il est crucial de communiquer de manière transparente sur les objectifs de la réforme, les avantages potentiels et les plans de transition.

Bien sûr, la peur de l'inconnu est une réaction naturelle face à tout changement significatif, y compris dans le cadre d'une réforme des Services à domicile. Cette peur se manifeste lorsque les personnes sont confrontées à des situations nouvelles, incertaines ou imprévisibles, et elle peut engendrer une résistance au changement.

Les employés et les managers peuvent craindre de perdre le contrôle sur leurs tâches, leurs processus et leurs responsabilités habituelles. Impliquer activement les parties prenantes dans le processus de planification du changement peut aider à atténuer cette crainte. Les formations et le développement des compétences peuvent également renforcer le sentiment de contrôle en fournissant aux salariés les outils nécessaires pour réussir dans le nouveau système.

La perte de contrôle est une autre source importante de résistance au changement. Les soignants peuvent craindre de perdre le contrôle sur leurs tâches, leurs processus et leurs responsabilités habituelles.

Les intervenants à domicile ont souvent du mal à abandonner leurs routines établies et leurs façons de faire habituelles. Chaque personne peut avoir des habitudes de travail qui sont confortables et familières, et ils peuvent craindre de devoir abandonner celles-ci avec l'introduction d'une nouvelle organisation.

La crainte de perte de statut ou de réputation ne doit pas être sous-estimée. Certains soignants peuvent craindre que la réforme ne réduise leur statut ou leur importance au sein de l'organisation.

Par exemple le changement d'organisation peut avoir un impact sur leur statut professionnel ou leur importance au sein de la structure, pouvant résulter de la modification des responsabilités, du changement de titre ou de la réorganisation des équipes. Cette crainte peut être exacerbée si les salariés ont investi du temps et des efforts dans la construction de leur réputation professionnelle.

John Kotter⁴¹ souligne qu'il est important de comprendre les raisons sous-jacentes de la résistance au changement et d'adopter une approche stratégique pour la surmonter. Cela peut inclure la communication, la participation, la formation, la négociation et d'autres tactiques pour aider les employés à accepter et à s'adapter au changement.



3.6.3 Les tutelles

Les futurs Services Autonomie Domicile auront deux tutelles, l'ARS et le CD. Leur objectif est commun, se conformer à la réglementation et couvrir tout le département de l'Essonne en aide et en soin. Ils attendent de la part des gouvernances de prendre

⁴¹ Sujet abordé par John Kotter dans l'ouvrage *Conduire le Changement*, feuille de route en 8 étapes- Pearson France, 2015, 256 pages.

« leurs responsabilités, de s'asseoir autour d'une table et de négocier entre eux de manière intelligente »⁴².

Les SAD doivent proposer des projets concrets et potentiellement viables. Les tutelles se chargeront de l'arbitrage, dans le seul objectif de n'avoir aucune zone blanche de soin sur l'ensemble du territoire.

En outre, les réglementations visant à garantir la sécurité et la qualité des soins s'intensifiant, elles peuvent constituer des obstacles. Les services doivent se conformer à des normes de qualité strictes, telles que la formation du personnel, la prise en charge des bénéficiaires, la gestion des médicaments, etc.

Ces normes peuvent s'avérer exigeantes et requérir des investissements conséquents en temps et en ressources. Les évaluations HAS, nouvelles normes pour les structures médico-sociales, sont en cours de mise en place et seront gelées jusqu'au dernier trimestre 2024, soit avant la formalisation du SAD.

D'autre part la réforme des financements des SSIAD se déroule dans le même temps (2023-2027) ce qui rajoute une charge de travail administrative non négligeable à prendre en compte.

3.6.4 Les patients

La condition psychologique des personnes âgées est variable et dépend de multiples facteurs. Bien qu'il n'existe pas de spécificités psychologiques propres aux personnes âgées, celles-ci peuvent être confrontées à des événements de vie tels que la maladie ou le décès, qui sont statistiquement plus fréquents chez les personnes très âgées.

Ces événements peuvent menacer leur sécurité intérieure et les rendre plus vulnérables sur le plan psychologique. Il est donc important de prendre en compte cette vulnérabilité potentielle dans l'accompagnement des personnes âgées et de leur apporter un soutien adapté⁴³.

Avec l'âge, les personnes ont tendance à s'attacher à leurs habitudes et à leurs routines, ce qui peut entraîner une résistance au changement perçu comme une menace à ces dernières. De plus, le changement peut apporter de l'incertitude et de l'inconnu, ce qui peut susciter de la peur chez les personnes âgées, en particulier si elles sont satisfaites de leur situation actuelle.

Le manque de confiance dans les nouvelles idées, les nouvelles technologies ou les nouvelles méthodes peut également être un facteur de résistance au changement chez les personnes âgées. Il peut être plus difficile pour elles d'apprendre de nouvelles compétences ou de s'adapter à de nouvelles situations.

⁴² Propos tenu par M MENIDJEL, Responsable du Département Autonomie ARS, Délégation Départementale de l'Essonne, le 28/03/2024, lors de la réunion du territoire sud-ouest

⁴³ Terracciano, A., & Vazquez, G. H. (2015). Vulnérabilité et résilience psychologiques chez les personnes âgées : revue de la littérature. L'Encéphale, 41(3), 215-224. <https://doi.org>, consulté le 25/02/2024

Enfin, le changement peut parfois être perçu comme une menace à l'autonomie ou au pouvoir des personnes âgées. Cependant, il est important de noter que ces facteurs ne s'appliquent pas à toutes les personnes âgées.

Certaines sont ouvertes au changement et peuvent même l'accueillir positivement. Il est donc essentiel de respecter les sentiments et les perspectives des personnes âgées lors de la mise en œuvre de changements qui les affectent.

3.7 La phase de cadrage

Le projet managérial que je développe s'inscrit dans le cadre réglementaire cité plus haut et se décline en plusieurs étapes.

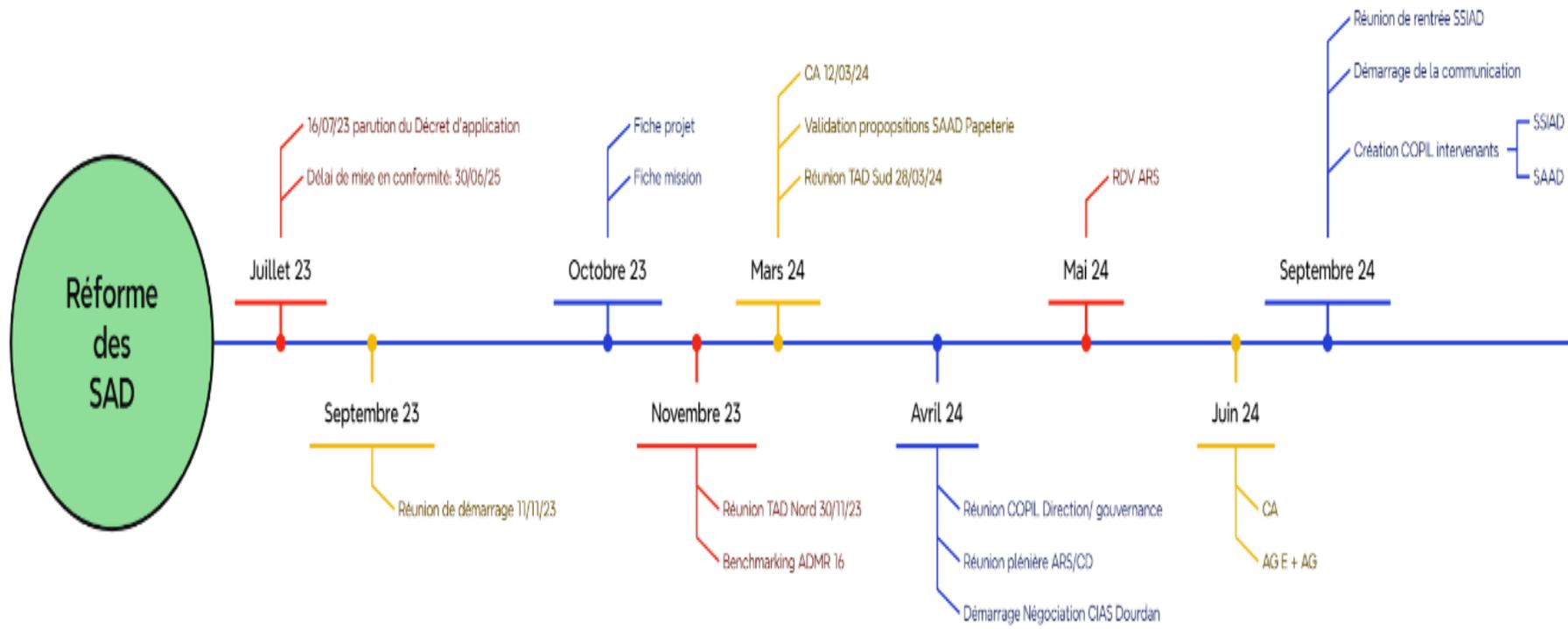
3.7.1 Le calendrier

Le diagramme de Gantt est un outil de planification et de gestion de projet largement utilisé dans divers domaines. Il permet de représenter graphiquement les différentes tâches d'un projet, leur durée, leur chevauchement et leur dépendance éventuelle, offrant ainsi une vue d'ensemble claire et précise du projet.

Il permet également de visualiser facilement l'état d'avancement du projet, de repérer les retards éventuels et de prendre des décisions éclairées pour ajuster le planning en fonction des contraintes et des imprévus.

Le calendrier ci-après donne un aperçu des étapes qui ont été envisagées à l'origine du projet, avec une estimation de leur durée et de leur ordre de réalisation.

Cependant, il convient de noter que ce calendrier est susceptible d'être ajusté en fonction de l'avancement du projet et des contraintes rencontrées. Le diagramme de Gantt sera donc un outil essentiel pour suivre l'évolution du projet et adapter le planning en conséquence.



Presented with xmind

3.7.2 Lettre de mission

La lettre de mission⁴⁴ est un document permettant de fixer l'objet de la mission mais aussi son périmètre. Dans ce projet ma mission est de participer à la conception des documents indispensables à la mise en œuvre de ce projet (convention, protocoles, etc...) ainsi qu'à l'élaboration et à la diffusion de la communication descendante (vers l'équipe soignante) concernant l'avancée du projet et ascendante (vers la direction).

Mon rôle principal est d'accompagner le changement en organisant la transition des compétences.

La lettre de mission définit aussi les modalités de reporting ainsi que la durée maximale du projet. Le conseil d'administration se déroule tous les deux mois environ et statue au fur et à mesure sur les futures décisions à prendre.

Concernant les moyens alloués nous devons être accompagnés par le cabinet FGAE Audit et Expertise (Cabinet d'expertise comptable et d'audit pour la mission d'appui à la mutualisation et à la coopération entre établissements et services médico-sociaux dans le cadre de la constitution de GCSMS), cette collaboration n'est à ce jour plus d'actualité le cabinet ne répondant plus aux diverses sollicitations. Un autre accompagnateur est recherché.

3.7.3 La fiche projet

La fiche projet⁴⁵ est un document qui rassemble toutes les informations importantes concernant le projet. Elle permet de définir entre autres les objectifs, les ressources nécessaires.

Une fiche projet constitue un instrument fondamental dans la mesure où elle détermine l'ensemble de l'organisation du projet ou d'une partie de celui-ci. Il s'agit d'un outil essentiel dans lequel le chef de projet doit répertorier toutes les phases, les étapes et les actions à accomplir dans le cadre de la conduite de projet. Lorsque je fais un point d'étape concernant l'avancée du projet je peux me servir de cette fiche et les transmettre aux différentes parties concernées. Cet outil est, de fait, réactualisé régulièrement.

Cette fiche projet peut être comparée à une recette de cuisine. En l'absence d'organisation et de planification, les équipes prennent des risques inutiles et compromettent l'atteinte des résultats.

Les fiches projet sont des livrables qui contiennent tous les éléments nécessaires et ont pour objectif de rendre le projet plus intelligible, en assurant une transparence entre les parties prenantes.

La fiche projet est donc un véritable outil de gestion. Elle centralise en un seul endroit toutes les informations utiles à son bon déroulement et en précise le contexte.

⁴⁴ Lettre de mission en annexe

⁴⁵ Fiche projet établie au démarrage du projet en annexe

En tant que co-chef de projet, cette fiche m'a permis de définir correctement le contexte réglementaire ainsi que les limites institutionnelles en identifiant les acteurs, les atouts et les éventuels obstacles. D'autre part, le calendrier prévisionnel a pu être établi, permettant de fixer des limites temporelles.

Des moyens spécifiques ont été alloués pour ce projet, mais peu d'investissement financier a été nécessaire jusqu'à présent, car le projet repose principalement sur une fusion de services et sur la manière de la mener à bien.

Un brainstorming a permis de préciser les points essentiels à la conduite de ce projet et nous a aidé à réfléchir sur nos forces et nos faiblesses. Pour cela, j'ai utilisé la méthode d'analyse SWOT.

3.7.4 Le SWOT

L'analyse SWOT est une méthode utilisée pour identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces qui affectent une entreprise.

SWOT est un acronyme pour les mots anglais "strengths", "weaknesses", "opportunities" et "threats" (en français : forces, faiblesses, opportunités et menaces), et peut être traduit en français par Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM). Il est important d'examiner chacun de ces facteurs pour comprendre les enjeux auxquels le service est confronté.

L'analyse de ces quatre facteurs permet d'avoir une vision plus complète de la situation et permet de déterminer les étapes à suivre.

Les forces représentent les initiatives internes qui donnent de bons résultats. Pour les identifier, il est important de se poser des questions sur les points forts, le public cible et les avantages que ces forces apportent à ce dernier. L'analyse de ce facteur peut inclure une comparaison avec d'autres initiatives, afin de comprendre ce qui fonctionne déjà et d'utiliser ces méthodes efficaces dans d'autres domaines qui pourraient en avoir besoin.

Les faiblesses se réfèrent aux initiatives internes qui sont moins performantes. Il est nécessaire d'analyser ses forces avant ses faiblesses pour établir une référence pour ses succès et ses échecs. L'identification des faiblesses internes constitue un point de départ pour améliorer les projets.

Les opportunités sont le résultat des forces et faiblesses actuelles, ainsi que de toute initiative externe qui placera le service dans une position « concurrentielle » plus forte. Il peut s'agir de faiblesses qu'il faudrait améliorer ou de domaines qui n'auraient pas été identifiés lors des deux premières phases de notre analyse.

Les menaces font référence aux domaines susceptibles de causer des problèmes. Elles diffèrent des faiblesses, car elles sont externes et généralement hors de notre contrôle. Il peut s'agir de tout type d'événement, d'une pandémie à un changement dans le paysage de l'offre de soin à domicile.

Strengths / Forces	Weaknesses / Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Réseau national • Connaissance du territoire • Maillage partenarial riche • Multiples conventions avec les acteurs de la santé du territoire d'intervention • Valeurs ADMR • Bonne connaissance du milieu rural • Besoin de professionnel de ville • Axe formation développé • Appartement pédagogique pour la montée en compétences • Satisfaction du service rendu importante (questionnaires de satisfaction annuels) 	<ul style="list-style-type: none"> • Échéance de l'autorisation d'exercice juin 2025 • Obligation de fonder une alliance • Faible taux d'activité • Territoire d'intervention du SSIAD très étendu et disposé en longueur sur plusieurs découpages départementaux (territoires DAC, TAD, CLIC...)
Opportunity / Opportunités	Threats / Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Développement des compétences internes • Professionnels de terrain qualifiés, volontaires • Dynamisme partenarial • Soutien fédéral • À ce jour aucune commune située en zone blanche (sans activité de soins) • Augmentation des nombres de places SSIAD par les ARS • Stabilité financière du SSIAD 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouvernance des associations locales • Résistance au changement • Blocage sur certains territoires/communes • Pas de nouvelle autorisation de création de SAAD • L'organigramme envisagé place les responsables de secteur SAAD sous la responsabilité des infirmières coordinatrices, les susceptibilités de chacun devront être pris en compte • Fragilité financière de la fédération ADMR de l'Essonne • Fragilité financière des SAAD

Ce SWOT m'a été utile pour faire l'analyse bénéfices/risques et ainsi avoir un meilleur éclairage concernant la stratégie de pilotage du projet à mettre en œuvre.

4 Un plan d'action pour conduire le changement

4.1 Phase de démarrage

La phase de pilotage d'un projet est une étape cruciale pour en garantir la réussite. Elle permet de suivre l'avancement du projet, de gérer les risques et de prendre les décisions nécessaires. Dans cette partie du projet, je présenterai les outils et les méthodes mis en place pour assurer un pilotage efficace du projet.

L'initiation de ce projet connaît un processus relativement long, ne débutant effectivement qu'en avril 2024.

Le 28 mars 2024, j'ai assisté à une réunion territoriale organisée conjointement par l'ARS et le CD. Au cours de cette réunion, le délégué à l'autonomie de l'ARS a souligné l'importance de présenter un projet précis lors de notre prochaine rencontre, afin de démontrer notre engagement dans la réorganisation départementale en cours.

J'ai rapidement échangé avec la directrice fédérale de l'ADMR de l'Essonne et nous avons organisé une réunion le 23 avril 2024. Cette réunion a rassemblé les administrateurs des SSIAD ADMR de l'Essonne, la directrice du SSIAD du Hurepoix, la directrice fédérale et moi-même.

Lors de cette réunion, j'ai présenté un projet de SAD qui implique une réorganisation complète du territoire d'intervention. Ce projet prévoit une réduction du nombre de services de trois à deux, dans le but d'optimiser les ressources et d'améliorer la qualité des soins.

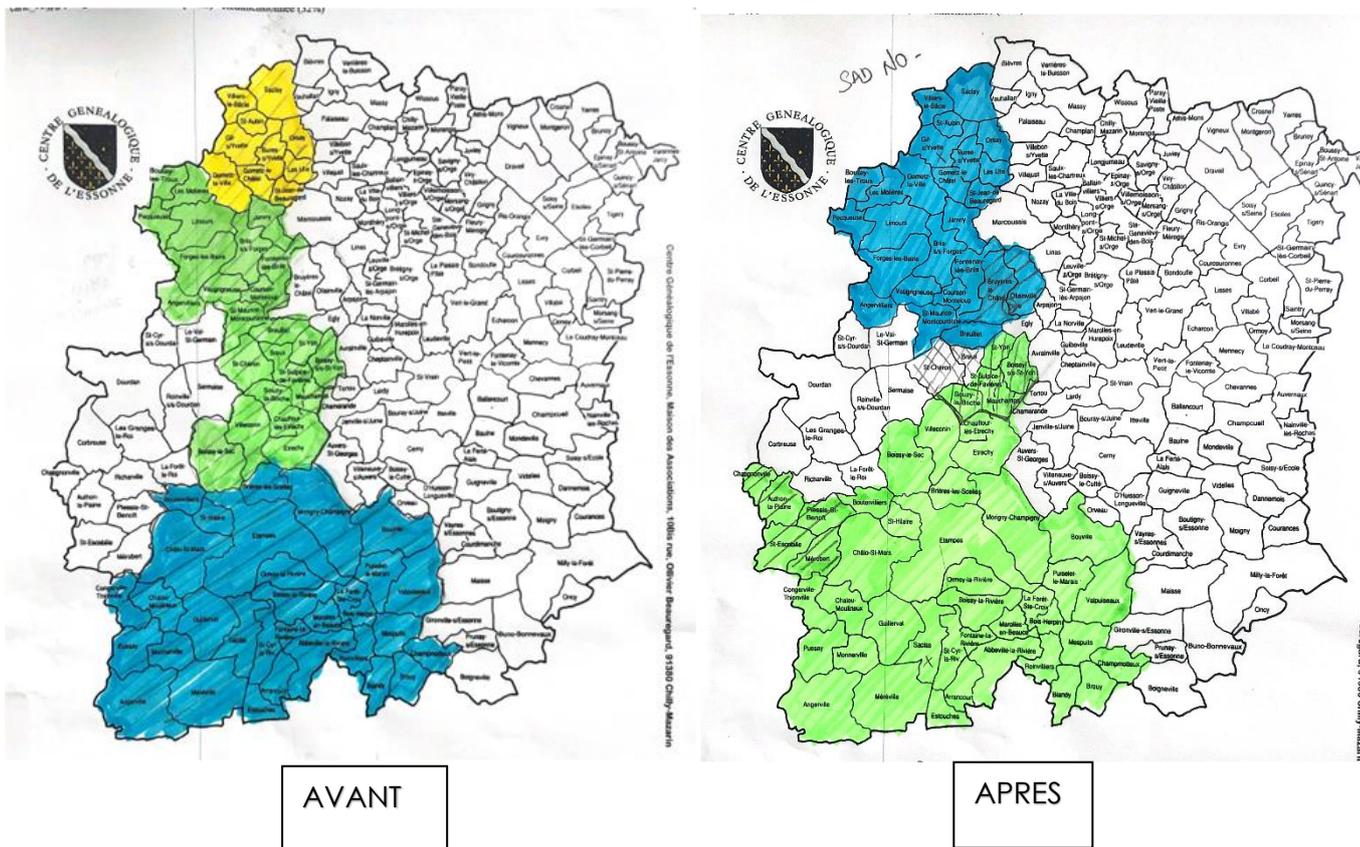
J'ai expliqué en détail les avantages de ce projet, notamment en termes d'efficacité et de coordination des soins. Les administrateurs et les directrices présents ont écouté attentivement ma proposition et ont exprimé leur intérêt pour cette nouvelle approche.

Après une discussion approfondie, la proposition a été approuvée à l'unanimité. Nous avons convenu de travailler ensemble pour mettre en œuvre ce projet et assurer une transition en douceur vers le nouveau système.

Une fois que les différents administrateurs concernés ont validé le projet, il m'a été demandé de le présenter et de le défendre auprès des autorités de tutelle en mai, confirmant ainsi mon rôle de chef de projet.

Bien que la décision finale des autorités de tutelle soit toujours en attente, il est essentiel d'anticiper les étapes suivantes et de réfléchir à la manière d'accompagner tous les acteurs concernés pour que cette fusion se concrétise.

Voici en Image la proposition faite le 23 avril 2024 :



4.2 Communication

La déperdition de l'information



La communication inadéquate ou inefficace peut entraîner des malentendus, des rumeurs et une résistance accrue. Assurer une communication ouverte, bidirectionnelle et fréquente est essentiel pour créer un environnement de confiance et favoriser l'engagement des employés et des autres parties prenantes.

Lorsque les messages ne sont pas clairs ou ne sont pas bien compris, cela peut semer la confusion et augmenter l'anxiété parmi les employés. Pour surmonter cela, il est crucial de veiller à ce que les messages soient cohérents, transparents et compréhensibles pour tous.

Utiliser différents canaux de communication, tels que des réunions en présentiel, des courriels, des affiches ou des sessions d'information, peut aider à atteindre tous les membres de l'organisation et à clarifier les informations importantes liées à la réforme.

Ma communication se veut transparente et équilibrée en l'état des informations actuelles.

J'ai informé les équipes des contours de la réforme dès que celle-ci est parue. À la sortie du cahier des charges j'ai communiqué sur les éléments qui pouvaient toucher à leur quotidien.

Il est indispensable que les salariés puissent constater que leur voix est entendue ou que leurs préoccupations sont prises en compte, afin de ne pas créer de sentiment de frustration et de méfiance. Au SSIAD du Hurepoix le feed back est encouragé et valorisé. Je laisse libre cours à leurs interrogations et à l'expression de leurs craintes afin de créer un environnement serein. Il peut se faire lors des réunions hebdomadaires du lundi après-midi.

De plus j'ai organisé des groupes de paroles dirigés par une psychologue, de manière trimestrielle, séance au cours desquelles les cadres du service ne sont pas présentes pour plus de liberté de paroles.

Au SSIAD il est rare que la porte du bureau des cadres soit fermée cela permet à celui ou celle qui en a besoin de venir nous voir afin d'échanger sur n'importe quel sujet.

La seule contrainte que nous avons imposée c'est de ne pas faire de demandes (non urgente), le lundi entre 12h30 (heure de fin de tournée du matin) et 13h30 (heure du début de réunion hebdomadaire) car les soignants sont presque tous présents et que nous ne pouvons pas répondre à tout le monde.

Cette demande a été imagée par ce dessin en lien avec la théorie du singe⁴⁶ :

L'équipe a largement adhéré à ce fonctionnement permettant de bénéficier de temps de communication plus qualitatifs.

Souvent, une grande partie de la communication au sein d'une organisation se fait par le biais de canaux informels tels que les conversations entre collègues ou les rumeurs. Ignorer ces canaux de communication peut entraîner une propagation d'informations inexactes et une augmentation de l'anxiété parmi les employés.



⁴⁶ Métaphore du singe sur l'épaule ou Monkey Management, développée par William Onken, spécialiste américain du management en 1974, source www.4tempsdumanagement.com

Pour surmonter cela, il est important de reconnaître l'importance de ces canaux et d'être proactif dans la diffusion d'informations précises et pertinentes.

Je réfléchis actuellement à une stratégie de communication à destination des patients. La communication envers ce public fragile, vulnérable et anxieux, se fait dès que certains éléments sont clarifiés afin de ne pas transmettre plus d'anxiété. L'idée de pouvoir être « abandonné » par les soignants qu'ils ont l'habitude de voir chez eux, peut générer une augmentation de leur stress et un mal être.

Nous avons déjà mis en place un système de newsletter mensuelle, abordant divers sujets comme les directives anticipées, la personne de confiance, etc... Le meilleur moyen de communiquer avec eux et leurs proches aidants sera dans un premier temps une newsletter « édition spéciale », afin d'introduire les changements.

Un trombinoscope/ organigramme sera fait afin de repérer le nouveau mode de fonctionnement.

Le volet communication est transversal, il s'intègre dans chaque objectif et dans chaque action à mener.



4.3 Fixer des objectifs

4.3.1 Développer les compétences

La montée en compétences est un processus d'apprentissage continu qui permet aux salariés d'acquérir de nouvelles compétences, afin d'améliorer leur performance professionnelle et de répondre aux évolutions des organisations.

La montée en compétences peut prendre différentes formes, telles que la formation professionnelle ou le mentorat. Elle nécessite un engagement personnel et professionnel, ainsi qu'un accompagnement et un soutien de la part de l'entreprise.

En investissant dans la montée en compétences cela permet d'améliorer la performance et la qualité du service, mais aussi favoriser le bien-être et l'épanouissement des salariés.

Les expériences apprenantes sont un des aspects du développement des compétences. Elle fait référence au processus de reconnaissance, de validation et de mise à profit des connaissances et aptitudes acquises par le biais de diverses expériences d'apprentissage, qu'elles soient formelles ou informelles. En reconnaissant et en valorisant ces expériences, les professionnels peuvent améliorer leurs perspectives de carrière et contribuer plus efficacement à leurs communautés professionnelles.

L'expérience permet de découvrir les gestes et les pratiques professionnelles de chacun. En suivant un aide-soignant dans son quotidien, il est possible de découvrir les soins d'hygiène et de confort prodigués aux patients, ainsi que les relations entretenues avec les autres professionnels de santé.

En suivant une aide à domicile, on peut découvrir les tâches effectuées pour aider les personnes dans leur vie quotidienne, comme l'aide à la toilette, la préparation des repas, ou encore l'entretien du logement.

Cette expérience permet donc de mieux comprendre les compétences et les qualités requises pour exercer ces deux métiers.

L'expérience "Vis ma vie" encourage les interactions et le partage entre deux professionnels. Chacun peut tirer des enseignements de l'autre et améliorer sa propre pratique professionnelle. Cette initiative favorise ainsi la création de liens entre les deux professions et promeut la collaboration et la coordination.

Une autre façon de faire monter en compétences les soignants est de mettre en place des équipes autonomes. L'autonomie dans le travail est un levier qui permet d'articuler efficacité et bien-être au travail et il peut également être perçu comme un argument d'attractivité et de fidélisation.

« Cette forme de liberté est rendue possible par un affaiblissement de la prescription »⁴⁷. Cette perspective de l'autonomie implique qu'un soignant est considéré comme autonome s'il est en mesure d'accomplir une tâche de manière indépendante.

Les salariés d'intervention sont experts de leur patient et sont tout à fait à même de prioriser les ordres de passages ; de plus par la bonne connaissance du territoire cela leur permet d'optimiser les trajets dans les tournées quotidiennes.

L'objectif est de pouvoir bénéficier, pour la qualité de la prise en soin des patients, d'une organisation compétente dans la prise en charge coordonnée au domicile, ainsi cela entrainera une augmentation de la qualité de prise en charge et une meilleure satisfaction des patients.

⁴⁷ FLAMARD L. et MARCHAND X.- « Formes et effets de l'autonomie au travail : le cas des aides à domicile dans la construction de leurs propres plannings » -consulté le 19/04/2024 sur <https://journals.openedition.org/activites/8366>, page 3

D'autre part cela pourra améliorer la QVCT (Qualité de Vie et Conditions de Travail) car en responsabilisant les salariés et en leur montrant que nous avons confiance en leur analyse des plannings, nous leur offrons la possibilité de mieux s'organiser, d'être moins « stressés » ou pressés par le temps et in fine cela aura des répercussions positives sur la qualité de la prise en soin.

4.3.2 Coordonner la prise en soin de manière efficiente

L'efficience de la coordination est renforcée par un objectif de réorganisation logistique qui a pour but de fluidifier les échanges entre les différents services et les différents acteurs. Elle implique une coordination renforcée entre les équipes, qui doivent travailler ensemble.

Véritable volonté des tutelles, le regroupement des SSIAD et des SAAD dans les mêmes locaux nécessite une organisation adaptée. Il est donc essentiel de mettre en place des outils de communication et de coordination efficaces, comme des réunions de coordination régulières, des outils de suivis partagés, ou encore des protocoles de prise en charge communs, c'est d'ailleurs, les exigences du cahier des charges, qui impose un logiciel commun, ainsi qu'un livret d'accueil commun et un plan d'accompagnement personnalisé.

Cette coopération sera d'autant plus efficace si tous les acteurs sont sur le même lieu géographique, avec des locaux clairement identifiés et proposant une accessibilité pour tous.

La réforme des SAD vise principalement à simplifier l'accès aux dispositifs déjà en place pour le maintien à domicile. Les services autonomie seront ainsi l'unique point d'entrée pour les bénéficiaires, avec un interlocuteur spécifique chargé d'organiser la réponse aux besoins d'aide et de soins des individus. Cet accompagnement dans la recherche d'informations se concrétisera, entre autres, par l'obligation pour les structures de s'organiser en conséquence « *dans des locaux dédiés un accueil physique de deux demi-journées par semaine au minimum, à jours et heures fixes* »⁴⁸

4.3.3 Proposer un accompagnement pédagogique

Les ordonnances Macron de 2017⁴⁹ ont remplacé la Gestion des Emplois et des Compétences ou GPEC par la Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels ou GEPP. L'un des avantages majeurs de cet outil c'est qu'il permet l'anticipation de l'évolution des besoins de formation et des compétences nécessaire à la transformation de l'organisation.

Toujours dans une logique de maîtrise budgétaire, des formations en internes sont envisagées.

⁴⁸ Décret n°2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile

⁴⁹ Ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail

La fédération ADMR de l'Essonne s'est dotée d'un appartement pédagogique. C'est un logement conçu et aménagé pour servir de support à l'apprentissage et à la formation dans divers domaines, tels que les soins à domicile, l'aide à domicile, la prévention des troubles musculo squelettiques, ou encore l'éducation à la vie autonome pour les personnes âgées ou en situation de handicap.

Il s'agit d'un environnement adapté qui reproduit les conditions d'un logement, permettant ainsi aux apprenants de se familiariser avec les contraintes et les spécificités d'un espace de vie. Il est équipé de matériel et d'aménagements facilitant l'apprentissage des gestes et techniques spécifiques (ouverture de porte, douche, baignoire, lit médicalisé, etc...).

L'appartement pédagogique facilite la mise en pratique des connaissances théoriques acquises lors de la formation initiale. Les apprenants peuvent ainsi s'exercer aux gestes professionnels, tester différentes méthodes et approches, et développer leurs compétences dans un contexte concret et proche de la réalité du terrain. Mais il permet aussi aux professionnels en poste depuis plus longtemps de remettre à jour leur connaissance.

Une pédagogie active et participative favorisée par l'expérimentation et la résolution de problèmes encourage les apprenants à prendre des initiatives, à échanger et à collaborer entre eux, développant ainsi leur esprit d'équipe, leur autonomie et leur capacité d'adaptation.

4.3.4 Déclarer les évènements indésirables

La définition des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et des événements indésirables graves associés aux soins (EIGAS) est donnée par le décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

Selon ce décret, un EIAS est *"tout incident ou accident qui a entraîné ou aurait pu entraîner des conséquences négatives pour la santé d'un patient et qui est survenu lors de la prestation de soins"*⁵⁰. Un EIGAS est quant à lui défini comme *"un événement indésirable associé aux soins qui a entraîné la mort, une incapacité permanente ou temporaire importante, une hospitalisation prolongée, une intervention chirurgicale non prévue, une anomalie ou une malformation congénitale, ou qui a mis la vie de la personne en danger"*.

Le personnel du SSIAD a déjà été formé à la déclaration des événements indésirables (EI). La mise en place d'une nouvelle organisation peut entraîner des dysfonctionnements, il est indispensable de les tracer via des feuilles d'évènements indésirables.

La déclaration des EI est essentielle pour identifier les risques et les dysfonctionnements, améliorer la qualité des soins et prévenir la survenue d'EI similaires à l'avenir voire celle d'Evènement Indésirable Grave (EIG).

⁵⁰Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

Il est crucial de mettre en place une culture de sécurité au sein de l'établissement, qui encourage et valorise la déclaration des événements indésirables. Cette culture doit être fondée sur la confiance, la transparence et la responsabilité partagée.

Les professionnels de santé doivent être assurés que les déclarations seront traitées de manière confidentielle, sans conséquences négatives pour eux, et que les informations recueillies seront utilisées pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Pour impliquer les professionnels un tutoriel va être mis en place afin de reprendre pas à pas les étapes de la déclaration avec l'assurance d'une réponse de l'équipe d'encadrement.

4.3.5 Améliorer la performance

En novembre 2023, le SSIAD du Hurepoix a fait l'acquisition d'un logiciel de qualité dénommé AGEVAL. Il s'agit d'un outil de pilotage de la qualité et de gestion des risques, conçu pour optimiser la performance de l'établissement grâce à des indicateurs sélectionnés avec soin par la structure.



Ce logiciel innovant offre la possibilité de centraliser l'intégralité de notre démarche qualité ainsi que la gestion des risques, facilitant ainsi le partage de documents en réseau grâce à la Gestion Électronique des Documents (GED). Cette fonctionnalité permet une accessibilité optimale aux informations, tout en garantissant leur sécurité et leur confidentialité.

Ce logiciel a pour objectif de développer la culture qualité en impliquant l'ensemble des professionnels du service.

L'utilisation d'AGEVAL est intuitive, les salariés peuvent y accéder facilement grâce à des codes spécifiques, via leur téléphone mobile professionnel. Ce logiciel est agréé e-santé, conforme à l'hébergement des données de santé et en accord avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Cette conformité garantit la sécurité et la confidentialité des données de santé traitées par le SSIAD du Hurepoix.

4.4 Proposer des actions

4.4.1 Les expériences apprenantes

Une façon de valoriser les expériences apprenantes est l'approche "vis ma vie". Cette expression française, consiste à s'immerger dans la routine quotidienne, l'environnement de travail ou la situation de vie d'une autre personne pour mieux comprendre ses expériences, ses défis et ses perspectives.

L'expérience "Vis ma vie" entre une aide-soignante et une aide à domicile est une opportunité de découvrir deux métiers du secteur de la santé et du social, qui ont

pour objectif commun d'accompagner et de prendre soin des personnes en situation de dépendance. Cette expérience permet de mettre en lumière les similitudes et les différences entre ces deux professions, et de mieux comprendre les enjeux et les contraintes de chacune d'entre elles.

Dans le cadre du SAD ce lien sera indispensable et recherché car il ne faudra plus « penser comme deux mais penser comme un »⁵¹

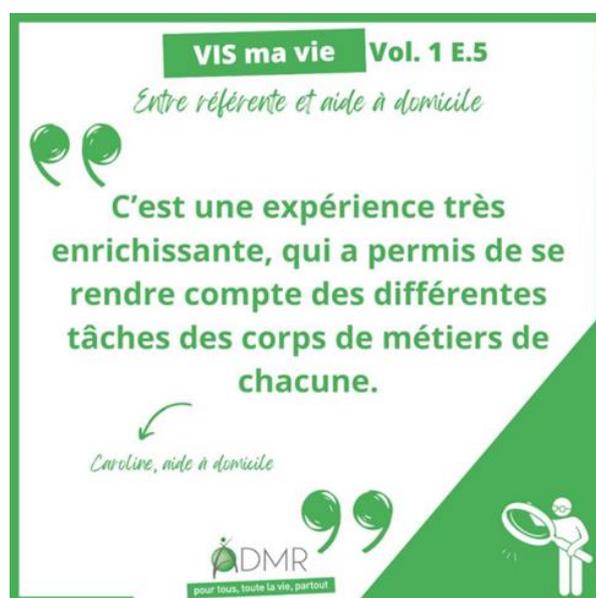
Je souhaite proposer une journée de « vis ma vie » pour chaque salarié afin qu'il prenne l'exacte mesure de ce que représente la charge de travail.

Les temporalités sont différentes entre aide-soignant et auxiliaire de vie à domicile, l'un n'a pas de temps prédéfini auprès du patient, l'autre, au contraire, doit respecter un temps et une mission spécifique.

Ce « vis ma vie » doit être proposé dès la fusion officialisée. Un flyer doit être confectionné afin de communiquer sur cette journée et une réunion d'information doit être faite en amont avec tous les participants.

Cette journée se tiendra entre les mois de mars et avril 2025 afin pour accompagner la transition vers la mise en place du SAD en juin 2025.

Cette expérience a été menée au sein de la fédération ADMR de la Manche, en juin 2023 dans le cadre de la semaine Qualité de Vie et Conditions de Travail (QVCT). Il est donc intéressant d'interroger la manière dont ils ont organisé cette journée.



⁵¹ Propos tenu par M P. Farnault en entretien atelier PM le 8 avril 2024 à l'ESM, Créteil (94)

4.4.2 Les équipes autonomes



**1^{er} réseau national
et associatif
de service
à la personne**

« L'ADMR, c'est également la force d'un réseau, qui se caractérise par un maillage de l'ensemble du territoire à travers des associations locales à taille humaine. Ce modèle de réseau intégré permet de mettre en pratique le principe de subsidiarité qui est au cœur du projet ADMR, et par là même conduit à rechercher en permanence le niveau le plus pertinent pour agir. »⁵²

L'application de ce principe doit se faire dans le respect de la réglementation et avec un accompagnement de l'équipe d'encadrement.

L'objectif est de mettre en place un « environnement capacitant »⁵³ en adoptant une approche globale de l'organisation. Il s'agit de construire une autonomie effective, en donnant les moyens d'agir et de prendre des décisions, tout en redonnant du sens au travail. Cette démarche implique une vision systémique de l'entreprise, qui prend en compte les interactions entre les différents acteurs, afin de créer un environnement de travail propice à la performance et à l'épanouissement de chacun.

Le changement est un processus complexe qui nécessite une approche structurée et méthodique. Il est essentiel de conduire le changement en communiquant efficacement, en formant les équipes et en les accompagnant. Cette démarche prend du temps, c'est pourquoi un calendrier est imaginé sur 18 mois⁵⁴. Dans le cadre de « la conduite du changement instrumentalisée au changement agile »⁵⁵, plusieurs actions doivent être mises en œuvre.

Un certain nombre y sont répertoriées dans le tableau ci-dessous :

⁵² Flyer de présentation du réseau ADMR- Septembre 2022- Site de l'Union Nationale

⁵³ FLAMARD L. et MARCHAND X.- « Formes et effets de l'autonomie au travail : le cas des aides à domicile dans la construction de leurs propres plannings » -consulté le 19/04/2024 sur <https://journals.openedition.org/activites/8366>, page 5

⁵⁴ Calendrier en annexe

⁵⁵ AUTISSIER D., MOUTOT J-M. (2023), Méthode de conduite du changement- 5ème édition - collection stratégie d'entreprise, édition Dunod

Conduite	Changement faible	Changement moyen	Changement élevé
Communication	Support passif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Note d'information 2. Réunion d'équipe 3. Newsletter 4. Affichage 	Support interactif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Faire un sondage sur l'acceptation du nouveau mode de fonctionnement 2. Identification des besoins 3. Identification des préférences 	Promotion par personne de référence : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en place de référents par groupe de travail 2. Proposition d'intervenant extérieur pour accompagner la mise en place 3. Préparation des groupes de travail
Formation	Technique : <ol style="list-style-type: none"> 1. Formation sur les grands principes RH 2. Valorisation de la déclaration des évènements indésirables 3. Accompagnement à la réalisation des tournées quotidiennes 	Méthodologie : <ol style="list-style-type: none"> 1. Faire un rétroplanning, détails au mois le mois 2. Réalisation des procédures 3. Définir les acteurs 	Théorique : <ol style="list-style-type: none"> 1. Formation en droit du travail 2. Formation sur le principe de subsidiarité 3. Formation sur les relations d'emplois/ sur les organisations 4. Étude de la convention collective
Accompagnement	Analyse d'impact : <ol style="list-style-type: none"> 1. Séances de travail avec l'encadrement définir les nouvelles organisations 2. Si les soignants font les plannings que se passent-ils ? Du point de vue des patients ? Du point de vue des soignants ? Du point du vue des cadres ? 3. Équilibrage entre les différents desideratas 	Appropriation : <ol style="list-style-type: none"> 1. Proposition de phase de test (environ 3 mois) 2. Réévaluation en groupe de travail 3. Analyse des différentes déclarations d'évènements indésirables 4. Reporting en réunion plénière 	Co-construction : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajustement 2. Délégation partielle 3. Points réguliers 4. Mise en place des procédures 5. Recueil de la satisfaction soignant 6. Recueil de la satisfaction patient 7. Déterminer les modes de travail dégradé

4.4.3 Des locaux communs

Le regroupement dans les mêmes locaux présente plusieurs avantages. Il permet de faciliter la coordination entre les différents professionnels intervenant auprès des personnes aidées. En effet, les professionnels peuvent échanger plus facilement sur les situations complexes, et trouver des solutions adaptées aux besoins des personnes aidées, de manière plus efficace, plus adaptée et plus personnalisée.

De plus, il est indispensable de renforcer la visibilité et l'accessibilité des services proposés afin de clarifier le parcours de soin et l'offre disponible à domicile.

Le SSIAD ADMR dispose d'un grand bureau non utilisé. Il y a aussi trois espaces de stockages, l'un pour les archives administratives, un autre pour le matériel à destination des salariés et un dernier pour les consommables de bureau. Aucun des trois n'est occupé en totalité ce qui facilite l'accueil d'un autre service, sans obligation de déménager.

Le SSIAD ADMR du Hurepoix possède aussi d'une grande salle de réunion qui peut accueillir une vingtaine de personnes ce qui rend possible la tenue de réunions communes. Un écran tactile digital placé dans cette salle permet de projeter sur grand écran des supports PowerPoint, les plannings ou encore des séances de brainstorming et de groupe de travail.

En outre ces bureaux sont clairement identifiés et accessibles aux personnes à mobilités réduites, il est tout à fait possible de recevoir du public en situation de handicap. Et enfin le fait de partager nos locaux actuels s'inscrit dans une démarche de rationalisation des dépenses.



Enfin les cadres du SSIAD se forment depuis peu à un nouveau logiciel permettant de faire une passerelle entre notre logiciel métier et celui utilisé par la plupart des SAAD de l'ADMR. Cela nous permet respecter les exigences du cahier des charges.

4.4.4 Un appartement pédagogique



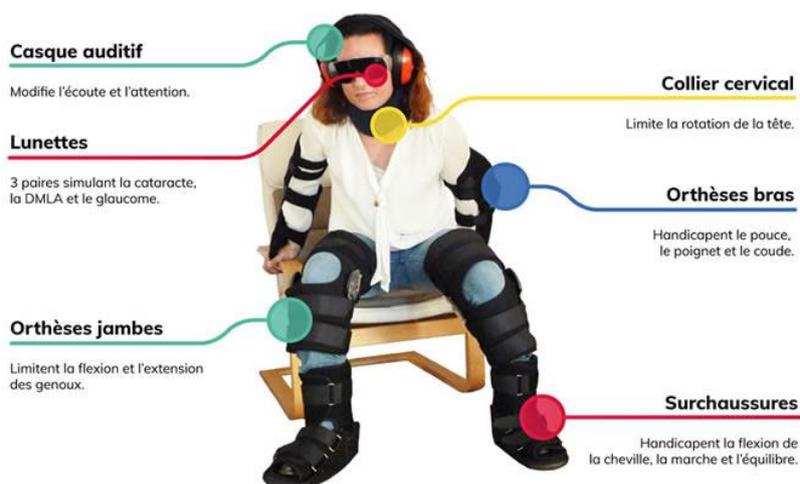
L'appartement pédagogique de la fédération ADMR de l'Essonne appelé « Foyer des compétences » permet aux apprenants de se confronter aux réalités du métier et de développer des compétences transversales (communication, organisation, gestion du stress, etc.) indispensables pour leur future vie professionnelle.

Des formations se feront en interne avec des personnels de nos structures déjà formés et lors desquelles pourront être utilisés le simulateur de vieillesse. La fédération ADMR de l'Essonne s'était doté il y a 3 ans, d'une « valise pédagogique de vieillissement » ou "kit de sensibilisation au vieillissement". C'est un ensemble d'outils et d'accessoires conçus pour reproduire les effets du vieillissement sur le corps humain et les capacités fonctionnelles.

C'est aussi un support pour sensibiliser le grand public, les familles ou les aidants aux problématiques liées au handicap, à la dépendance ou au vieillissement. Il permet de présenter les différentes solutions d'aménagement, les aides techniques et les bonnes pratiques pour favoriser l'autonomie et le bien-être des personnes concernées.

La valise de simulation de vieillesse contient des éléments tels que :

- ✓ Lunettes simulant différents troubles visuels (cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire, etc.)
- ✓ Bouchons d'oreille ou casque audio reproduisant des pertes auditives
- ✓ Gants, attelles ou bandages pour simuler une perte de sensibilité, de force ou de mobilité au niveau des mains et des doigts
- ✓ Genouillères, ceintures lombaires ou orthèses pour reproduire des douleurs articulaires ou des raideurs musculaires
- ✓ Chaussures ou semelles adaptées pour modifier la démarche et l'équilibre
- ✓ Vêtements lourds ou encombrants pour simuler une perte d'autonomie dans les gestes du quotidien



L'utilisation de la valise de simulation de vieillesse a pour objectif de sensibiliser les professionnels aux difficultés de la vie quotidienne des personnes âgées, de favoriser l'empathie et la compréhension des besoins spécifiques, de former aux bonnes pratiques et d'adapter l'accompagnement, de stimuler l'autonomie en cohérence avec les capacités des personnes accompagnées et aussi d'encourager une démarche réflexive concernant l'aménagement de l'environnement.

C'est un outil pédagogique et de sensibilisation qui aide à mieux appréhender les conséquences du vieillissement sur le corps humain et ainsi d'adapter les pratiques professionnelles pour une prise en charge optimale des personnes âgées.

Il sera proposé des ateliers de prévention annuellement, ainsi que des formations afin d'accompagner au mieux les professionnels sur leurs nouvelles missions et toujours dans l'objectif de la montée en compétence.

4.4.5 Valoriser la déclaration des événements indésirables

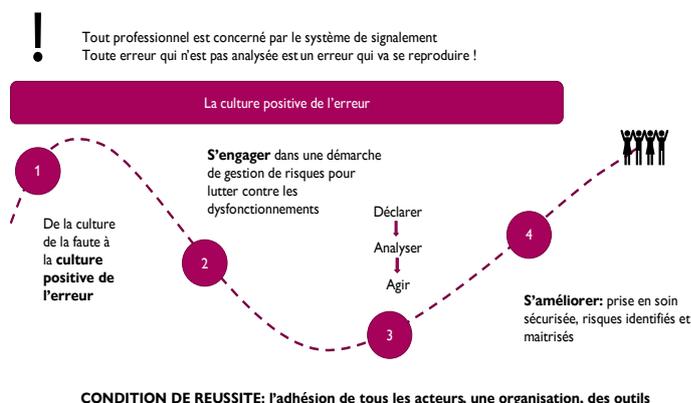
Il convient de simplifier et de faciliter la déclaration des événements indésirables. Les procédures de déclaration doivent être claires, accessibles et rapides, et les outils de déclaration doivent être adaptés aux besoins des professionnels de santé. Les soignants du SSIAD disposent d'une application sur leur téléphone portable permettant la déclaration en temps réel des EI.

« Apprendre d'hier, vivre aujourd'hui, espérer pour demain » Albert Einstein

Cette citation doit nous encourager à créer un environnement confiant permettant le développement de la culture de la déclaration. Une charte d'incitation à la déclaration est réfléchi afin valider l'appui de l'encadrement, car il est de la responsabilité de chacun de déclarer. Cela s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles.

De plus des séances de retours d'expérience sont déjà menées régulièrement lors des réunions hebdomadaires. A ce jour elles ne sont pas clairement identifiées « Retour d'expérience », le fait de nommer officiellement ces moments de partage s'inscrit dans une politique de gestion des risques et de promotion de la qualité.

Enfin je conclurai en citant Yves CLOT dans le Prix du travail bien fait : « C'est un monde du travail ordinaire de femmes et d'hommes engagés corps et âmes en direct qui a garanti le contact de la plupart d'entre nous avec le réel »⁵⁶. Ce travail bien fait est une source de reconnaissance, qui attire la sympathie et donne du sens à notre vie professionnelle. Il est une valeur en soi et a un impact positif sur notre qualité de vie au travail. Le travail bien fait est la clé d'une vie professionnelle épanouissante et satisfaisante.



⁵⁶ Yves Clot, Jean-Yves Bonnefond, Antoine Bonnemain, Mylène Zittoun, Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations, Paris, La Découverte, 2021, 222 p.

4.4.6 Piloter la qualité

L'acquisition du logiciel AGEVAL par le SSIAD du Hurepoix marque une avancée significative dans la gestion de la qualité et des risques, offrant une plateforme centralisée et sécurisée pour le partage de documents et la gestion des données de santé conformément aux réglementations en vigueur.

Cet outil de suivi permet donc une gestion optimale des actions mises en place, en offrant une vision claire et précise de leur impact et de leur efficacité. Les tableaux de bord et les graphiques facilitent la prise de décision et permettent d'adapter rapidement les actions en fonction des besoins et des objectifs à atteindre.

Je propose la mise en place de réunions qualité une fois par trimestre afin de réunir les professionnels et d'évaluer les actions menées et ainsi définir des axes d'améliorations en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficience du service pour atteindre les objectifs de manière optimale.

4.5 Quelles évaluations mettre en place ?

La mise en place d'un nouveau service nécessite des évaluations tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

À ce jour nous pouvons imaginer certains indicateurs d'évaluation et en fonction de la mise en place et des dérives, nous réajusterons ou bien même en imaginerons de nouveaux.

4.5.1 Recueillir la satisfaction

Véritables indicateurs de qualité les questionnaires de satisfaction sont déjà une obligation pour les services médico-sociaux. Le SSIAD du Hurepoix, distribue aux **patients**, des questionnaires de satisfaction annuellement au mois d'octobre. Ces questionnaires sont distribués par le biais des aides-soignants, les patients peuvent s'ils le souhaitent être accompagné par les soignants pour le remplir. Dans le cas où le patient ne peut tout simplement pas répondre à celui-ci (patient grabataire, ne sachant ou ne pouvant pas lire, ne pouvant pas écrire, etc...) son proche aidant peut tout à fait le remplir à sa place avec son accord.

Ce questionnaire peut être rendu de manière anonyme et nous être retourné soit par voie postale (l'enveloppe timbrée est fournie), soit par le biais des soignants dans une enveloppe fermée.

Il est intéressant de mettre en place des questionnaires de satisfaction à destination **des salariés**. Ceux-ci ne se font pas de manière aussi systématisée que ceux des patients, mais dans le cadre de la restructuration il est indispensable d'évaluer le bien-être au travail des salariés et donc d'avoir un retour de la satisfaction des professionnels d'intervention.

À ce jour nous ne disposons d'aucun modèle précis de questionnaire de satisfaction en lien avec la Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT) il faut donc en créer un. Cette création fera l'objet d'un groupe de travail afin de cibler les questions afin qu'elles soient pertinentes. Il serait par ailleurs pertinent de faire un questionnaire avant et après le changement d'organisation.

Sur le site de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) il existe beaucoup de ressources permettant d'envisager l'évaluation de la QVCT soit à l'aide d'outils d'autodiagnostiques, sous forme de jeux pédagogiques notamment grâce à un quiz « Idées reçues sur la QVT » ou encore avec un jeu de carte « Managinnov » qui « permet d'appréhender, de manière ludique et collaborative les questions de management, d'innovation organisationnelle et de la qualité de vie au travail. »⁵⁷

4.5.2 Évaluation des événements indésirables

Grâce à l'application de déclaration des événements indésirables, le processus de signalement est simplifié et accéléré. Dès qu'un salarié fait une déclaration, une notification est immédiatement envoyée aux cadres concernés, leur permettant de prendre connaissance de la situation et de réagir rapidement. Cette application a été conçue pour être simple et intuitive, facilitant ainsi son utilisation par l'ensemble du personnel soignant.

L'application permet une traçabilité complète des déclarations, ce qui facilite le suivi et l'analyse des événements indésirables. Les cadres peuvent ainsi identifier les tendances, les causes profondes et les opportunités d'amélioration, et mettre en place des actions correctives et préventives pour réduire les risques futurs.

En utilisant le signalement des EI le service se conforme aux obligations légales et réglementaires imposées par la Haute Autorité de Santé (HAS), mais ouvre la voie à une gestion efficace et collaborative des risques.

Le logiciel offre un module de déclaration avancé pour centraliser, traiter et analyser efficacement tous les EI et permet d'analyser les risques, établir et suivre des plans d'action, diffuser une culture de qualité partagée et gagner en temps et en autonomie.

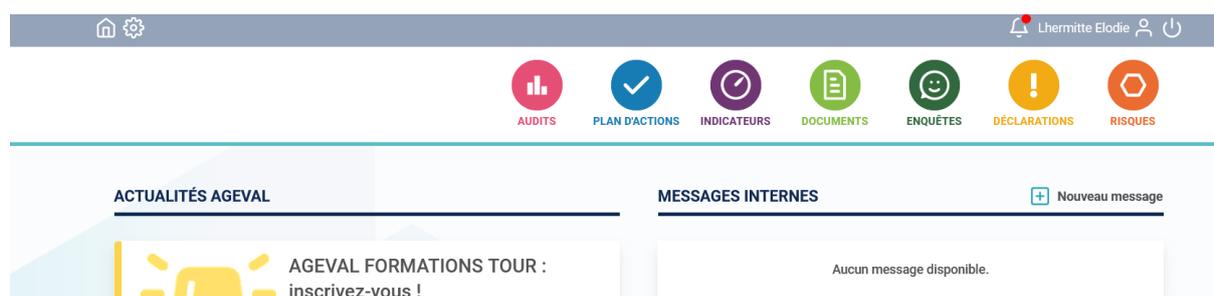
N°	Date	Établissement	Service	Typologie	Description des faits	Gravité	Avancement
4	08/04/2024	SSIAD ADMR TROIS RIVIERES	domicile patient	• Chute	Mme au sol face contre terre a notre arrivée	-	○
3	02/04/2024	SSIAD ADMR TROIS RIVIERES	domicile patient	• Communication extérieure	Mr fer...me fait part d une démarche de sa part d avoir retiré les calles du bassin sur la chaise ...	2	●

⁵⁷ Source www.anact.fr, consulté le 20/04/2024

4.5.3 L'évaluation par tableaux de bords

Le logiciel AGEVAL offre la possibilité d'extraire une multitude de tableaux de bord de suivi d'indicateurs, permettant ainsi un pilotage précis et détaillé des actions mises en place. Ces tableaux de bord sont accompagnés de graphiques qui facilitent la lecture et la compréhension des données.

Grâce à cette fonctionnalité, il est possible de suivre l'évolution des différents indicateurs et de mesurer l'impact des actions entreprises. Les données collectées sont corrélées entre elles, ce qui permet d'ajuster les actions en fonction des résultats obtenus et des tendances observées.



AGEVAL permet de définir un plan d'action en extrayant les données de la fonction audit. Cette fonctionnalité est directement en lien avec la nouvelle évaluation des établissements médico- sociaux effectuée par la HAS.

Notre logiciel métier nous permet d'extraire d'autres indicateurs comme :

- Le temps de tournée
- Le nombre de patient par tournée
- Le temps médian par patient
- Le temps passé sur la route
- Le nombre de kilomètres effectués par tournée

Cette liste est non exhaustive et ces indicateurs donne un aperçu de l'amélioration liée au nouveau processus.

4.5.4 Haute Autorité de Santé (HAS) : gel des évaluations

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé confie à l'HAS l'élaboration du nouveau référentiel d'évaluation national pour les Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS).

Le nouveau manuel d'évaluation de la qualité à été validé par la Commission en charge du Social et du Médico-Social (CSMS) le 8 mars 2022 et la commande l'HAS était de commencer par une auto-évaluation via la plateforme Synaé afin de se familiariser avec ce nouvel outil.

Plusieurs webinaires ont été proposés par la STARAQS (Structure d'Appui Régionale à la Qualité des soins et à la Sécurité des patients d'Ile de France) pour nous présenter l'outil et nous aider à mettre en place la démarche qualité.

De septembre à décembre 2023 nous avons organisé des groupes de travail avec cinq soignants afin de « décortiquer » le manuel d'évaluation pour chacun puisse prendre la mesure des attentes mais aussi car le chapitre II de ce manuel concerne les professionnels de l'établissement.

Au mois de janvier 2024, nous avons créé un comité de pilotage (COFIL) concernant le volet chute composé de l'équipe d'encadrement et de deux soignants. Ce COFIL s'est réuni une fois par mois de janvier à juin afin d'élaborer des questionnaires de risque de chute et ainsi définir des actions de prévention.

Le SSIAD a été réactif et s'inscrit dans un processus qualité et d'évaluation des pratiques professionnelles. En tant que future directrice de cette structure je compte bien faire pérenniser cet élan et j'envisage même d'accéder à des formations concernant la qualité afin de perfectionner mes connaissances et ainsi accompagner au mieux les équipes.

Une piste de réflexion se porte actuellement sur la formation des cadres qui serait une réelle plus-value pour le service et une preuve de l'engagement du service en faveur de la promotion de la qualité.

Avec la mise en place de la réforme des SSIAD, les évaluations ont été gelées. Nous pourrons donc évaluer notre nouvelle structure à compter du dernier trimestre 2024.

4.6 Et si c'était à refaire ?

Dès l'annonce de la LFSS 2022, la directrice, ma collègue cadre, et moi-même, avons envisagé les différentes possibilités de mise en place de cette réforme, les méthodes de fonctionnement, les organigrammes, etc. Mais un administrateur nous a dit : « Il est urgent d'attendre ». Cette phrase paradoxale m'a déconcertée, mais résonne aujourd'hui différemment.

Au fil de mes lectures, j'ai mesuré à quel point nous sommes dans une société qui prône une approche du travail axée sur la réactivité, encourageant les employés à être toujours prêts à répondre aux demandes urgentes.

C'est en lisant « Le travail Pressé »⁵⁸ de Serge Volkoff et Corinne Gaudart que j'ai pris de la hauteur vis-à-vis de ce système. Les auteurs y détaillent un modèle qu'ils nomment « le modèle de la hâte », modèle de plus en plus prégnant dans notre société. Alors qu'il était initialement vu dans le secteur de l'industrie, il s'étend aujourd'hui à tous. Il représente une exigence d'intensité de réactivité, d'adaptabilité et dessine un faisceau de contrainte pesant sur les temps de travail. Corinne Gaudart souligne que l'outil informatique aurait dû nous faire « gagner » du temps mais qu'en réalité il est au cœur du modèle de la hâte, entraînant de manière insidieuse le concept d'immédiateté de réponse et de prise de connaissance.

⁵⁸ Le travail pressé, pour une écologie des temps du travail- Corinne Gaudart et Serge Volkoff- Les petits matins- 206 pages - 2022

Nous pouvons le constater dans nos métiers, qui n'a pas regardé ses mails professionnels en dehors de ses heures de travail, répondu à un message ou refait un planning un weekend ? La crise sanitaire et le développement du télé travail (plus dans certains milieux que d'autres), a modifié ce temps et a créé de nouvelles exigences convergeant vers le modèle de la hâte.

Dans "Le culte de l'urgence : la société malade du temps"⁵⁹, Nicole Aubert examine les effets de la culture de l'urgence dans le monde du travail, soulignant que la recherche constante de nouveauté et d'efficacité peut mener à des conséquences néfastes sur la santé mentale et physique des travailleurs.

En traitant ce sujet j'ai été moi-même confronté à ce dilemme de rendre un dossier très abouti alors que les chantiers sont encore en cours.

L'année de master et la réalisation d'un projet de longue durée sont deux expériences qui partagent de nombreuses similitudes en termes de gestion du temps, de planification, d'organisation et de persévérance, mais mener les deux de front peut être aussi très difficile.

Cependant en relevant ce défi de cette année de master, j'ai pu développer une plus grande résilience et une plus grande capacité à surmonter les obstacles. Et je mesure aujourd'hui l'importance de bien accompagner les équipes, d'avoir une communication loyale et équilibrée. Je mesure ô combien la formation est indispensable pour l'organisation mais pour se réaliser soit même.

⁵⁹ Nicole AUBERT- Le culte de l'urgence, la société malade du temps- Editions Champs essais, 2010, 380 pages

Conclusion

La réforme des SAD s'inscrit dans un contexte plus large de transformation du système de santé français, qui vise à renforcer la prévention, la coordination des soins et l'efficacité des dépenses de santé. Cette réforme, qui s'appuie sur les principes de l'approche holistique et de la coordination des soins, vise à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins à domicile pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Nous avons vu que la réforme des SAD a été mise en œuvre dans un contexte de vieillissement de la population et de prévalence croissante des maladies chroniques, qui entraînent une augmentation de la demande de services de maintien à domicile. Cette réforme a été rendue nécessaire par les limites des SSIAD existants, qui ne permettaient pas de répondre pleinement aux besoins de la population.

Cependant, cette transformation fait face à plusieurs défis majeurs, notamment en termes de financement et de ressources humaines. Pour relever ces défis, il est nécessaire de renforcer les investissements dans les services de maintien à domicile, de développer les compétences des professionnels de santé et de promouvoir une approche intégrée de la prise en charge des patients.

Si la réforme des SSIAD ne peut être considérée comme une solution miracle aux défis posés, elle en constitue une étape importante.

Elle s'inscrit dans une démarche plus large de transformation du système de santé, qui prend en compte l'ensemble des enjeux liés à la santé et au bien-être des personnes car *« mieux accompagner les changements tout en préservant la qualité de prise en charge du patient est l'enjeu incontournable de la réussite de la transformation de notre système de santé »* ⁶⁰.

Dans cette perspective, il est nécessaire de renforcer la prévention, en développant des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. Il est également nécessaire de renforcer la coordination entre les différents acteurs du système de santé, en développant des réseaux de soins intégrés et en promouvant une approche globale de la prise en charge des patients.

Enfin, il est indispensable de valoriser la participation des patients et des aidants à la prise en charge de leur santé, en leur donnant les moyens de mieux comprendre leur état de santé et de participer activement aux décisions qui les concernent.

Cette approche, qui s'appuie sur les principes de l'empowerment⁶¹ et de l'autonomisation des patients, doit être intensifiée dans les années à venir, afin de permettre à chacun de prendre en charge sa santé de manière responsable et autonome.

C'est « au moment où vous pensez connaître quelque chose, vous devez l'aborder avec un regard nouveau. Même si cela peut sembler idiot ou faux, vous devez essayer. Car c'est seulement en prenant des risques que vous découvrirez quelque chose de nouveau. Et si vous n'avez pas le courage de prendre des risques, votre vie

⁶⁰ Marie-Lise BACLE, Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique- 2011, page 58

⁶¹ Mot Anglo saxon arrivé en France dans les années 2000, plusieurs traductions sont proposées parmi lesquelles l'on peut trouver « autonomisation » ou encore « pouvoir d'agir »

sera une banale répétition de ce que d'autres ont déjà fait auparavant »⁶². Cette citation est tirée du film "Le Cercle des poètes disparus" (1989). La phrase est prononcée par le personnage de John Keating, interprété par Robin Williams. Keating est un professeur de littérature anglaise qui encourage ses élèves à saisir le jour (carpe diem) et à penser par eux-mêmes.

Cette citation met l'accent sur l'importance de sortir des sentiers battus, de prendre des risques et d'expérimenter de nouvelles choses pour découvrir de nouvelles perspectives et vivre une vie plus épanouissante. Elle encourage également à ne pas craindre l'échec, car c'est en prenant des risques que l'on apprend et que l'on grandit.

Xavier MARCHAND, un des intervenant du M2, a dit un jour « *si vous ne changez rien, rien ne changera* »⁶³, cette phrase peut sembler banale mais elle a résonné en moi un peu comme la citation du professeur Keating à ses élèves.

Soyons la nouvelle génération de leader et osons l'innovation et la prise de décision afin de faire bouger les lignes. Engageons-nous à être les acteurs du changement et soyons les porteurs d'un nouveau regard sur le vieillissement, qui place l'humain au cœur de nos préoccupations et qui valorise le maintien à domicile comme une alternative viable et respectueuse de la dignité de chacun.

Je suis convaincue que le projet SAD constitue une valeur ajoutée significative pour le bien-être de nos aînés. Les enjeux sont considérables, tant pour les personnes âgées que pour les professionnels de santé et les aidants.

Ce projet managérial est pour moi l'occasion de m'inscrire pleinement dans les évolutions sociétales de la prise en charge des personnes âgées à domicile, j'entamerai mon futur poste de directrice de SSIAD avec des convictions renforcées.

⁶² Le Cercle des poètes disparus, drame réalisé par Peter Weir et sorti en 1989, dont les acteurs principaux sont Robin Williams, Robert Sean Leonard et Ethan Hawk

⁶³ Propos tenus par Xavier MARCHAND, psychologue du travail, le 23/02/2024 à l'ESM

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- AUBERT, N. (2010). Le culte de l'urgence- la société malade du temps. Champs essais.
- AUTISSIER D., MOUTOT J-M. (2023), Méthode de conduite du changement- 5^{ème} édition - collection stratégie d'entreprise, édition Dunod
- BACLE, M.-L. (2011). Les situations professionnelles stressantes des cadres de santé : Stratégie différenciée du directeur des soins pour y faire face. Mémoire, Rennes.
- BOYER, F. (2020). Innovation managériale en action, 50 pratiques managériale innovantes. Paris : Eyrolles.
- CASTANET, V. (2022). Les fossoyeurs. Fayard.
- CLOT Y, BONNEFOND JY, BONNEMAIN A, ZITTOUN M. Le prix du travail bien fait : La coopération conflictuelle dans les organisations. Paris : La Découverte ; 2021. 228 p.
- CROZIER, M. (1971). Le phénomène bureaucratique. Points.
- FOSSOIS, G. (2020). Le management selon Kaamelott. L'Opportun.
- GAUDART C. et VOLKOFF S (2022). - Le travail pressé, pour une écologie des temps du travail- Les petits matins- 206 pages –
- KOTTER, J. (2018). Alerte sur la banquise. Pearson France.
- MARCHAT Hugues (2015), Le kit du chef de projet Clermont-Ferrand, édition Eyrolles,
- MARSAN, C. (2008). Réussir le changement. De boeck.
- NERE, J.-J. (2021). Le management de projet. Que sais-je.
- TONNELE, A. (2007). Equipes autonomes, guide de mise en œuvre- Eyrolles

Articles/ webographie :

- LEDUC, F. (2007). « Aider, soigner, accompagner les personnes à domicile ». Fondation Nationale de Gérontologie.
- Cours des comptes- « Les services de soins à domicile, une offre à développer dans une stratégie territorialisée » - décembre 2021
- FLAMARD L. et MARCHAND X.- « Formes et effets de l'autonomie au travail : le cas des aides à domicile dans la construction de leurs propres plannings » -consulté le 19/04/2024 sur <https://journals.openedition.org/activites/8366>
- HAERINGER J. et SPONEM S. (2008). Régulation dirigeante et gouvernance associative. Dans : Christian Hoarau éd., « La gouvernance des associations : Économie, sociologie, gestion » (pp. 227-244). <https://doi.org/10.3917/eres.lavil.2008.01.0227>, consulté le 05/03/2024

MEVEL P., cadre de santé formateur, « Le manque d'attractivité du métier d'aide-soignant », article publié le 18/02/2022, consulté le 29/04/2024, sur le site www.ncbi.nlm.nih.gov

PARMENTIER C. (2008). Une cartographie métiers pour gérer des mobilités de salariés. *Management & Avenir*, 15, 120-139. <https://doi.org/10.3917/mav.015.0120>, consulté le 24/04/2024

RABEUX C. - « Les services autonomie à domicile sont officiellement créés » - Article Hospimédia du 17/07/2023, consulté le 01/12/2023

RABEUX C. - « La loi Bien vieillir pourrait remettre en cause la réforme des services autonomie » - article Hospimédia- paru le 07/02/2024, consulté le 07/02/2024

RABEUX C. - « Les Services de soins infirmiers à domicile ne veulent pas être les oubliés de la réforme » - article Hospimédia paru le 19/02/2024, consulté le 19/02/2024

RABEUX C. - « Les Services Autonomie se construisent malgré le flou et les inquiétudes sur le terrain » - article Hospimédia paru le 29/02/2024, consulté le 29/02/2024

RABEUX C. - « La réforme des services autonomie sort confortée des discussions au Parlement » - Article Hospimédia paru le 19/03/2024, consulté le 19/03/2024

RABEUX C. - « De nouveaux outils accompagnent les opérateurs dans la création des services autonomie » - Article Hospimédia paru le 08/04/2024, consulté le 08/04/2024

Rapports :

Rapport d'activité Union Nationale ADMR- 2022

Guide des rapprochements, réforme des SAD- Emission- novembre 2023

Indicateurs RH des ESMS- Restitution des indicateurs RH du tableau de bord des ESMS 2018-2020, ARS Ile-de-France

La réforme des SAD- Les outils d'aide à la coordination- Fiche mémo, consulté le 14/04/2024 sur www.anap.fr

Les comptes de la sécurité sociale- Septembre 2023 – « Éclairage 3.4, L'offre à domicile à destination des personnes âgées en perte d'autonomie »

Projet Régional de Santé Ile de France 2023-2028, 613 pages

Rapport du Haut Conseil de l'âge (2024). « Bien vivre et bien vieillir dans l'autonomie à domicile ».

Textes législatifs :

Article L. 313-1-3 du CASF

Article D312-1 au D312-5 du CASF

Article 44 de loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale

Circulaire DHOS/0 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. (2007). Circulaire DHOS/0 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Circulaire n° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile

Décret n°2006-181 du 17 février 2006 relatif au financement par dotation globale des services de soins infirmiers à domicile. (2006, février 17)

Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail

Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2022 portant sur la réforme de la tarification des SSIAD

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2024- Annexe 7- Dépenses de la branche autonomie et effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie

Apports théoriques ESM :

DUMOND JP, Concevoir un changement organisationnel introduction, 03/10/23, ESM-UPEC

DUMOND JP, Transformation des organisations, les secrétariats médicaux, 20/11/23, ESM-UPEC

DUMOND JP, L'évaluation d'une GRH introduction, 05/10/23, ESM-UPEC

DURAND-ZALESKI I, Evaluation des organisations de soins, 18/12/23, ESM-UPEC

DURAND-ZALESKI I, Evaluation médico économiques, 24/01/24, ESM-UPEC

ESTEVE MJ, Achat et logistique hospitalière : les outils du cadre sup, 06/10/23, ESM-UPEC

FARNAULT P, Ateliers pratiques du cadre supérieur de santé, 24/11/23, ESM-UPEC

LOMBART B, Ethique et responsabilités du cadre supérieur Le Cure et Le Care, 25/10/23, ESM-UPEC

MARCHAND X, Introduction : bilan de la GRH dans le secteur de la santé, 26/10/23, ESM-UPEC

MARCHAND X, Management des RH dans les établissements de soins : vers un changement de paradigme, 24/11/23, ESM-UPEC

MARCHAND X, Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail, 23/12/23, ESM-UPEC

MARCHAND X, La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail, 23/12/23, ESM-UPEC

MARCHAND X, L'usure professionnelle, RPS et QVT : analyser pour agir, 26/01/24, ESM-UPEC

MARCHAND X, Le MRH dans les transitions (GHT, fusion, fermeture, déménagement, mutualisation), 23/02/24, ESM-UPEC

VÉCHARD E, Approche territoriale des soins, 25/10/23, ESM-UPEC

Filmographie/ Podcast :

MEDA D. et THOMAS DARBOIS L.- « Le travail est-il insupportable ? » Podcast France Inter, écouté le 28/02/2024

DUJARIER, D. M.-A. « Pourquoi ne veut-on plus travailler ? » Podcast France Culture. (A. François, Intervieweur) Consulté le février 20/02/2024

WEIR, P. (Réalisateur). (1990). Le Cercle des Poètes disparus [Film].

.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Rapport d'activité 2023

Annexe 2 : Lettre de mission

Annexe 3 : Fiche Projet

Annexe 4 : Flyer de l'appartement pédagogique

Annexe 1 : Rapport d'activité 2023

RAPPORT ACTIVITE SSIAD HUREPOIX 2023

Nom du service : SSIAD ADMR du Hurepoix

Responsable du rapport : DUCAM

Nombre de places total : 110

Nombre de places PA : 102

Nombre de places PH : 8

Nombre de places ESA : 0

Extension dans l'année : 0

Taux d'occupation moyen 63.21%(nombre de jour de PC – Nombre de jours de suspension) : 72.68 % (2022)

Taux de remplissage moyen (nombre de jours de PC) : 67.19 % 86.91 %(2022)

Nombre d'admissions : **33** (35 en 2021)

Nombre de sorties : **37** (50 en 2022)

Nombre de PC /PA (nombre de patients) : 104 (120 en 2022)

Nombre de PC/PH (nombre de patients) : 3 (2 en 2022)

Nombre de journées de PC (PA+PH) : 26977 (40 150 prévues soit 67.19%) en 2022 28184 = 72.68%

Nombre de journées de PC /PA : 25204 /37230 (72.46 % en 2023 77.4%en 2022)

Nombre de journées de PC/PH : 177/2920 (6% en 2023 12.53% en 2022)

Nombre de journées de suspension (PA+PH) : 1596 réparti sur 53(chiffre 2022 2437 sur 114 patients)

Durée moyenne de suspension : 30.11 jours (pas que hospi, pas d'affilé) 21.38 en 2022

Moyenne d'âge globale : 83.3 (84.8 en 2022) Homme : 82.1 et femme : 84

Moyenne d'âge PA : 84.4 (84.59 en 2022) Moyenne d'âge PH : 47.66 (56 en 2022)

Nombre de femmes : 69

Nombre d'hommes : 38

Dépense en soins infirmiers : 137155,297 en 2023 130 146 (2022)

ET soins de pédicurie : 198 euros en 2023

202 euros (2022)

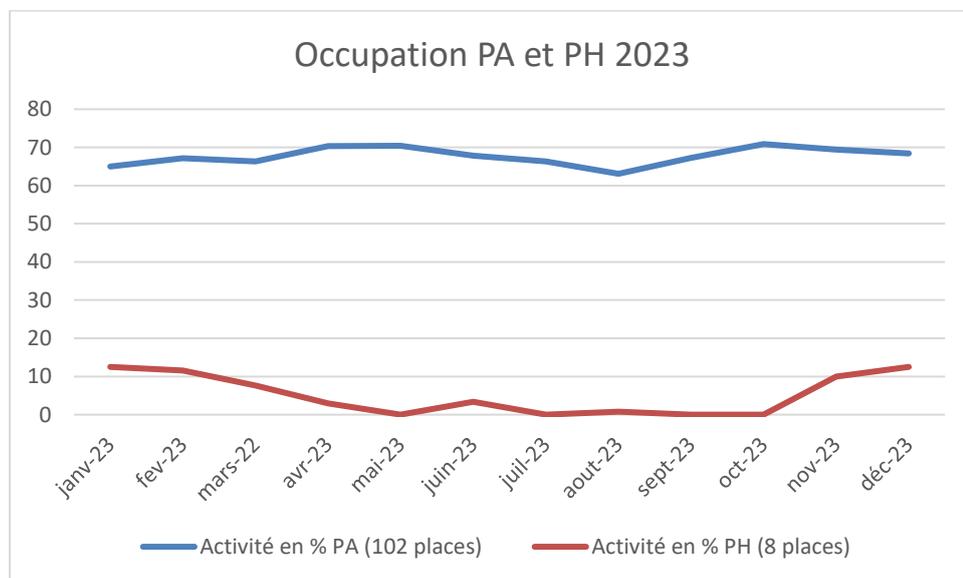
Km parcourus 2023 : 251 296 KMS

GMP 2023 : 695

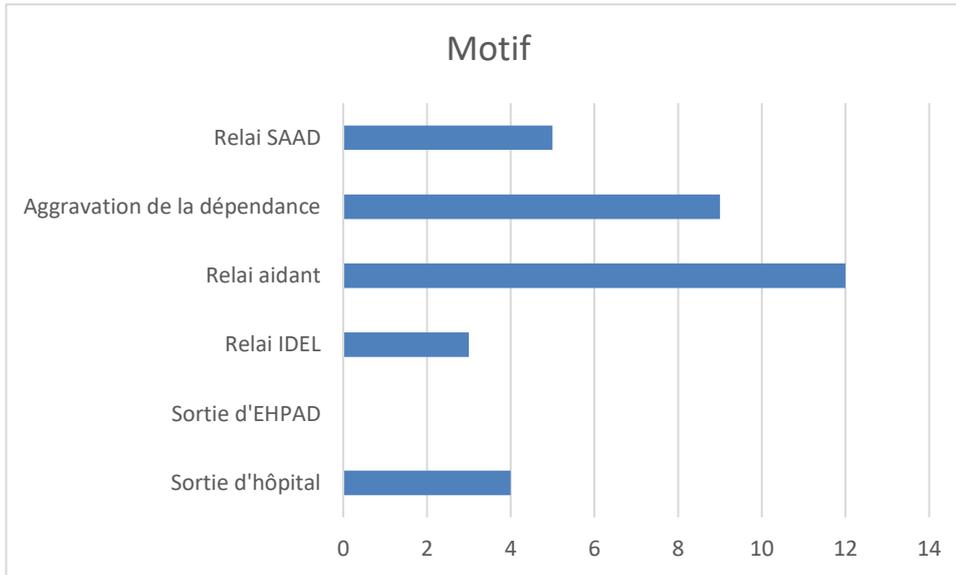
GMP 2022 : 625

Activité :

	Activité en % PA (102 places)	Activité en % PH (8 places)
janv-23	64.99	12,5
fev-23	67.15	11.6
mars-22	66.35	7.66
avr-23	70.32	2.91
mai-23	70.43	0
juin-23	67.81	3.33
juil-23	66.35	11.69
aout-23	63.09	0.8
sept-23	67.22	0
oct-23	70.87	0
nov-23	69.44	10
déc-23	68.4	12,5

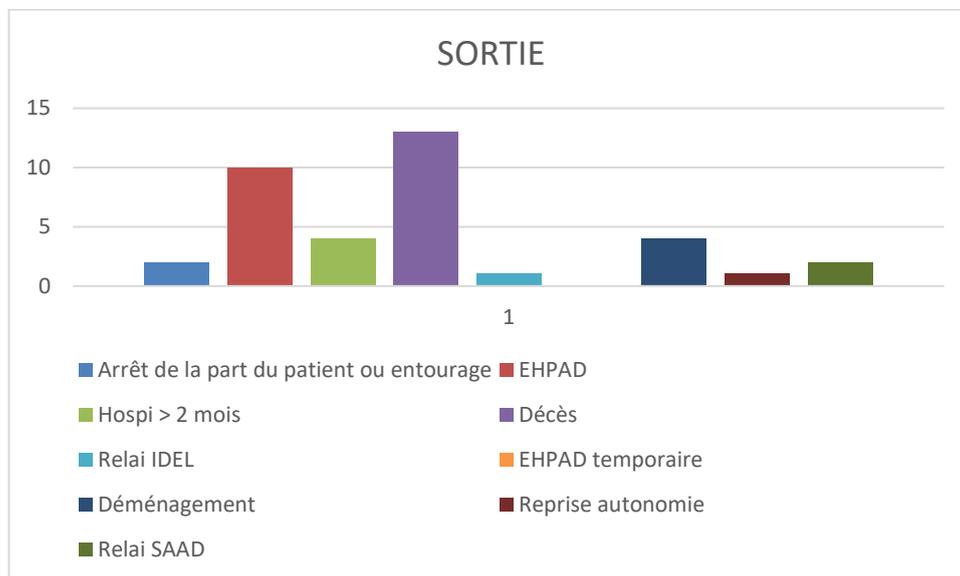


Admissions dans le service **33**



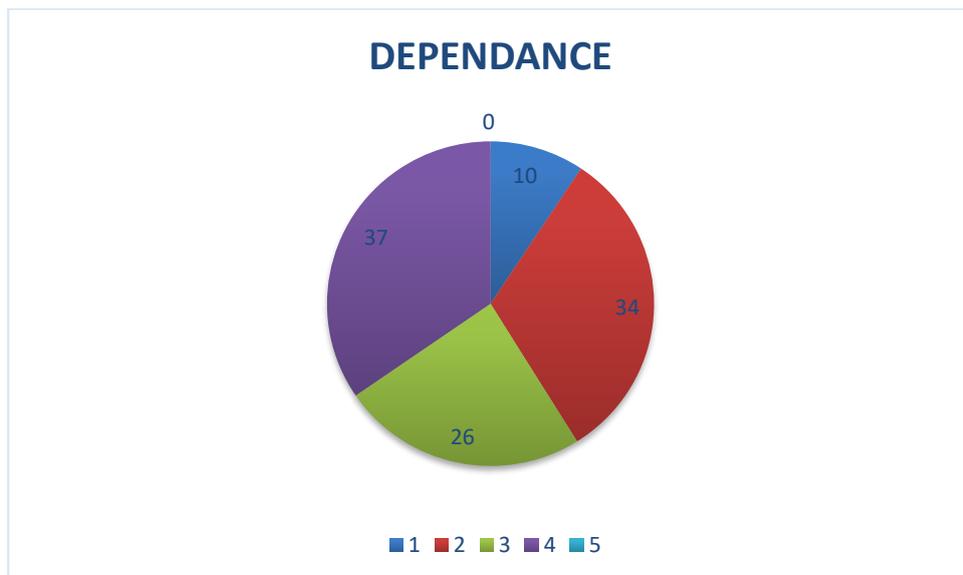
	Motif
Sortie d'hôpital	4
Sortie d'EHPAD	0
Relai IDEL	3
Relai aidant	12
Aggravation de la dépendance	9
Relai SAAD	5

Nombre de sorties **37**



Arrêt de la part du patient ou entourage	2
EHPAD	10
Hospi > 2 mois	4
Décès	13
Relai IDEL	1
EHPAD temporaire	0
Déménagement	4
Reprise autonomie	1
Relai SAAD	2

Dépendance



GIR 1	10
GIR 2	34
GIR 3	26
GIR 4	37
GIR 5	0

Répartition des prises en charge par communes



Récapitulatif des formations 2023

Formation Addiction : 2 AS

Formation Personnes en situation du Handicap 2 AS

Formation hygiène bucco-dentaire : 1 IDEC

Formation accompagnement fin de vie : 1 AS

Formation vie affective et sexuelle 2 AS

Formation Master 2 : début 1 IDEC

Recyclage AFGSU 2 AS

Formation ORION Ngap : 1 IDEC

Vie du service, proposition :

Atelier kiné : session par groupe de gymnastique douce, posture, renforcement du dos

Repas de fin d'année

Galette

Tournée humanitude et Snoezelen

SPES : intervention du réseau DAC SPES lors d'une réunion hebdomadaire où la prise en charge de la fin de vie a pu être abordée

Travail avec Référent TMS pour amélioration pec

Animation réunion d'équipe powerpoint :sujet à la demande de l'équipe ou en fonction des besoins repérés=> *la personne de confiance, les transmissions ciblées, santé buccodentaire, surveillance d'un patient sous morphine, les escarres, la tension artérielle*

Groupe de travail évaluation HAS : travail sur la qualité avec des AS volontaires

Information bligny : parcours BPCO et IC, Risque infectieux, filière gériatrique

Valorisation du travail d'IDEC :

Newsletter édition mensuelle avec sujet divers

Mise en place d'hublo (peu efficace) : plateforme de mise e relation avec AS

Participation à de nombreux webinaire ; notamment sur la réforme des SAD, sur la qualité, financement...

Nb de VAD :59 (dont 33 admissions)

Visite sur les centres hospitaliers et prise de contact avec les différents services sociaux des structures hospitalières : gros travail d'amélioration de la coordination ville hôpital afin d'éviter les sorties dites sauvages

Travail sur la collaboration et communication avec les Idel

Communication avec les services de matériel médical

Réunion de coordination : 12

Réunion de maillage territorial

Groupe de travail mise en place groupe d'aide aux aidants sur la CCDH

Réunion Bligny : Ass sociale, et soirée 120 ans bligny

Forum santé

Intervention dans les IFAS

Fin d'année : Indus, Sidoba,

Image de l'effectif SSIAD au 31/12/2023 :

1. Personnel d'intervention

Nom	Fonction	Date d'entrée	Ancienneté	ETP	Contrat	Arrêt
ALS	AMP	10/06/2021	2	1	151.67	
BACH	AS	15/03/2010	13	0.77	116.67	
DED	AS	14/04/2014	9	0.8	121.33	
DEK	AS	09/03/2020	3	0.8	121.33	
DEL	AS	15/09/2016	7	1	151.67	
DOS	AS	14/09/2020	3	1	151.67	
KAZ	AS	18/06/2007	16	1	151.67	
LAR	AMP	28/03/2022	0	1	151.67	
LEG	AS	17/06/1996	27	1	151.67	
MAL	AS	02/10/2023	0	1	151.67	
MAT	AS	01/09/1999	24	1	151.67	
MAU	AMP	19/09/2011	12	0.8	121.33	
MOU	AS	19/11/2012	11	0.8	121.33	
REZ	AMP	04/09/2023	0	1	151.67	
SAU	AS	01/07/2012	11	1	151.67	
SID	AS	08/01/2018	5	1	151.67	
TUR	AS	05/07/2012	11	1	151.67	
WAM	AS	01/03/2022	1	1	151.67	

ETP AS du mois de janvier 2023 : **17.74**

ETP AS au 31 décembre 2023 : **16.97**

Idéalement pour avoir un service complet il faudrait : **22 ETP** (ratio 0.2)

Ancienneté moyenne : 8.6 ans

	ETP	ratio 110	pec réelle	ratio au nombre de PC	nb doublons	ratio avec doublons	PEC cible
janv-23	17,74	0,16	75	0,23	10	0,21	
fev- 23	15,74	0,14	72	0,22	10	0,19	
mars-23	14,97	0,15	72	0,2	10	0,18	
avr-23	16,72	0,15	75	0,22	10	0,19	
mai-23	15,72	0,14	78	0,2	10	0,17	
juin-23	15,72	0,14	78	0,2	10	0,17	
juil-23	16,72	0,15	73	0,23	10	0,2	
aout- 23	15,97	0,14	72	0,22	10	0,19	
sept-23	15,97	0,14	71	0,22	10	0,19	
oct-23	16,97	0,15	77	0,22	12	0,19	
nov -23	16,97	0,15	77	0,22	14	0,18	
dec- 23	16,97	0,15	77	0,22	14	0,18	

En 2023

Nous avons effectué 27 entretiens d'embauche. De nombreux autres entretiens ont été planifiés mais n'ont pas été honorés.

Sur les 27, 2 ont souhaité nous rejoindre et se sont désistés à la dernière minute (sachant que toute la partie administrative a été effectuée (contrôle des diplômes, trame , dossier...)

Sur les 27 :

- 2 CDI, encore en poste
- 3 ruptures de CDI sur la période d'essai
- 1 démission d'un CDI après 4 mois en poste
- 8 CDD 113h au total (sur des périodes de tension RH ou absence inopinée

Projection sur 2024

4 CDI entre janvier et mars

2.Personnel d'encadrement

Nom	Fonction	Date d'entrée	ETP	Contrat
DE S	Directrice	2018	0.3	45.5
DUC	IDEC	2020	1	151.67
LHE	IDEC	2012	1	151.67
			2.3	348.84

3. Personnel administratif

Nom	Fonction	Date d'entrée	ETP	Contrat	
CAR	Secrétaire		0.4	60.66	CDD
LEC	Secrétaire	04/02/2020	0	121.33	Arrêt longue durée depuis le 14/10/2021
			0.4	60.66	

Récapitulatif des arrêts de l'année 2023

Absentéisme total sur 2023= 750 jours d'absences

Absentéisme Accident du Travail personnel intervention= 38 jours répartis sur 1 salarié

Absentéisme Maladie personnel intervention = 288 jours d'absences répartis sur 12 salariés

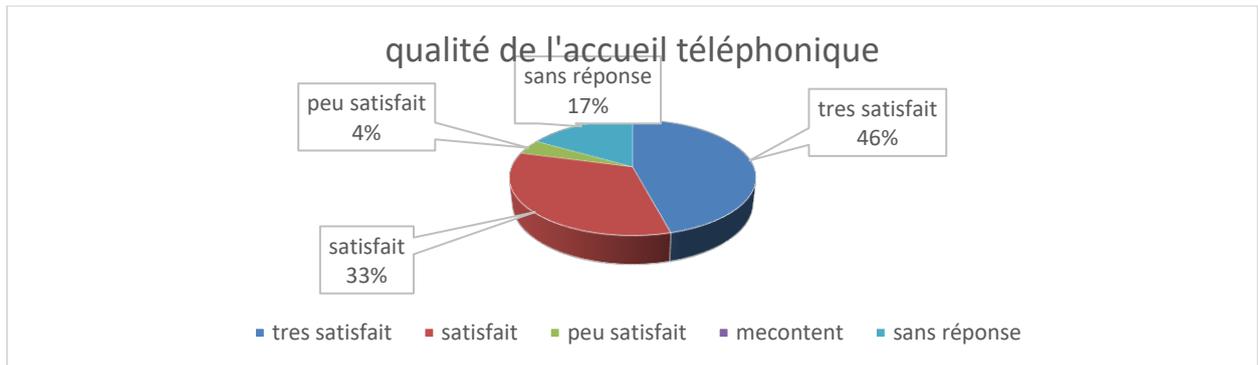
Absentéisme Maladie personnel administratif = 365 jours d'absences répartis sur 1 salarié

Absentéisme Maladie personnel encadrement = 59 jours d'absences répartis sur 2 salariés

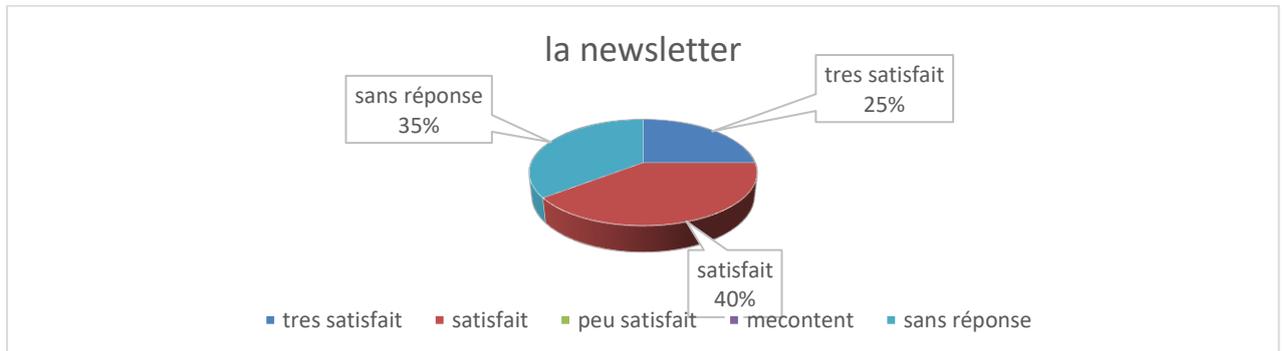
Synthèse du questionnaire de satisfaction « patient » 2023

74 questionnaires ont été envoyés chez les patients SSIAD, début septembre 2023, à ce jour, 48 questionnaires ont été remplis et retournés au service (57 en 2022)

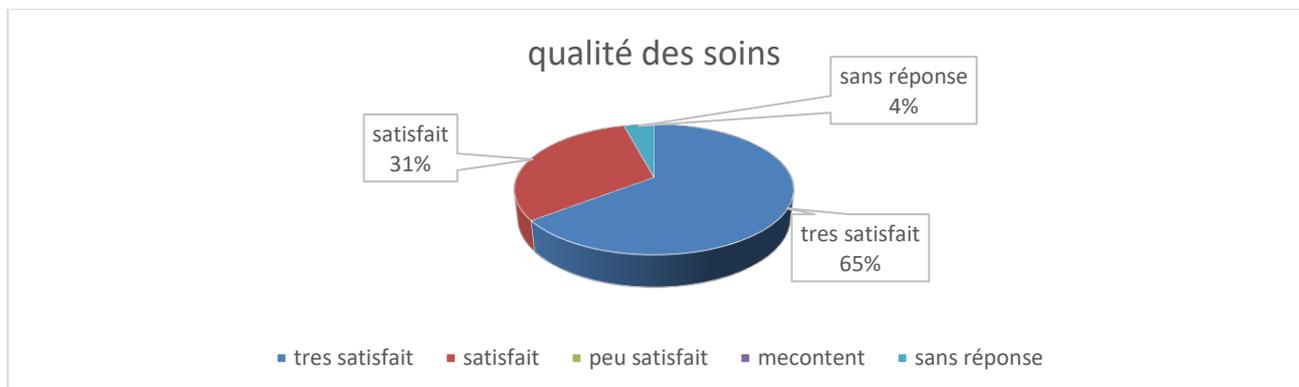
- 1) À la question : QUE PENSEZ-VOUS ? de la qualité de l'accueil téléphonique avec le secrétariat et les IC (écoute, attention discrétion, respect, amabilité) : **22 patients sont très satisfaits (46%), 16 satisfaits (33%), 2 peu satisfait (4%), 8 sans réponse (4%)**
(2022 : 45% TS, 37%S, 2%PS, 16%SR)



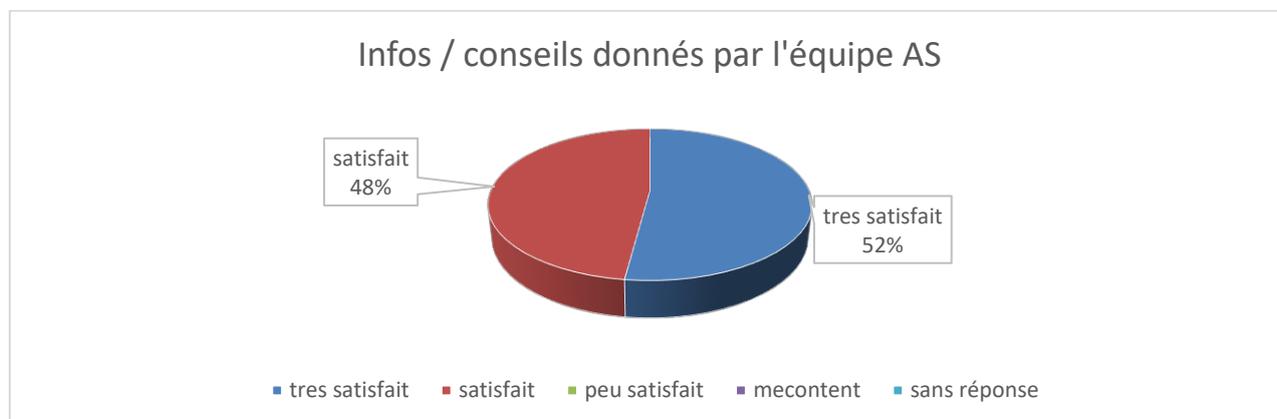
- 2) A la question : QUE PENSEZ VOUS ? De la newsletter : **12 patients sont très satisfaits (25%), 19 satisfaits (40%), 1 sans réponse (35%)**



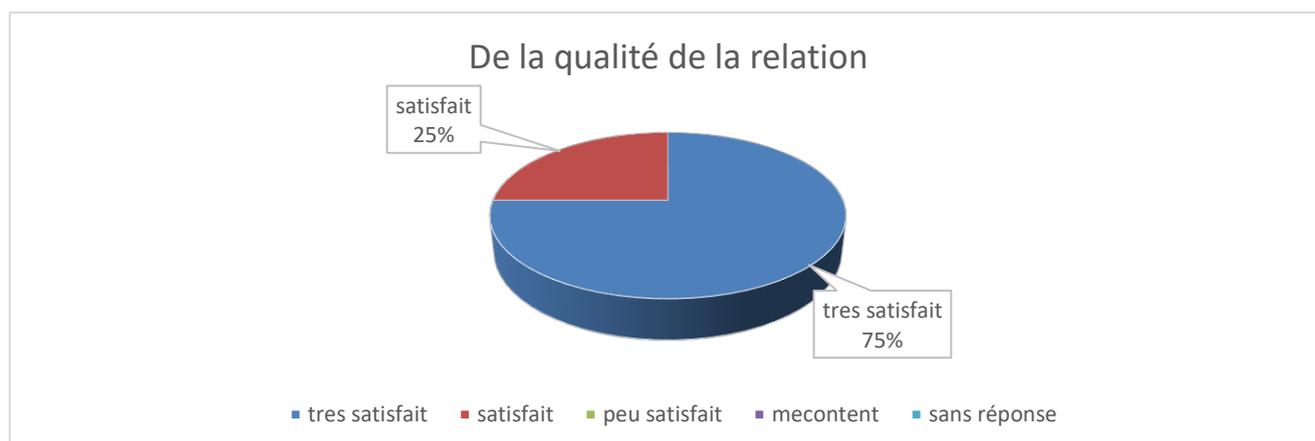
- 3) À la question : QUE PENSEZ-VOUS ? De la qualité des soins : **31 patients sont très satisfaits (65%), 15 satisfaits (31%), 2 sans réponse (4%)**
(2022 : 62% TS, 33% S, 5% SR)



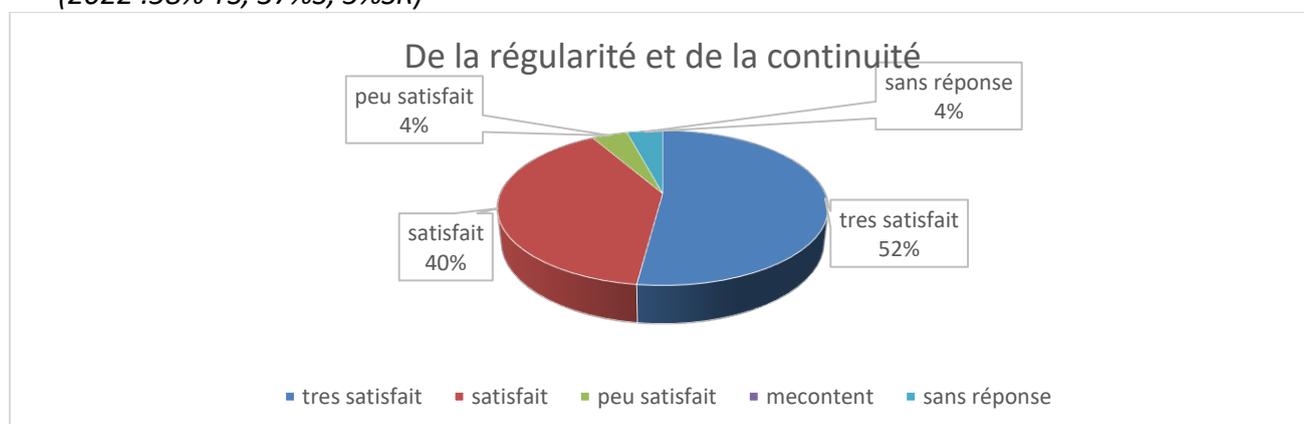
- 4) À la question : QUE PENSEZ-VOUS ? - de la qualité des informations / conseils donnés par l'équipe aide-soignante : **25 patients sont très satisfaits (52%), 23 satisfaits (48%)**
(2022 : 46% TS, 42%S, 2%PS, 10%SR)



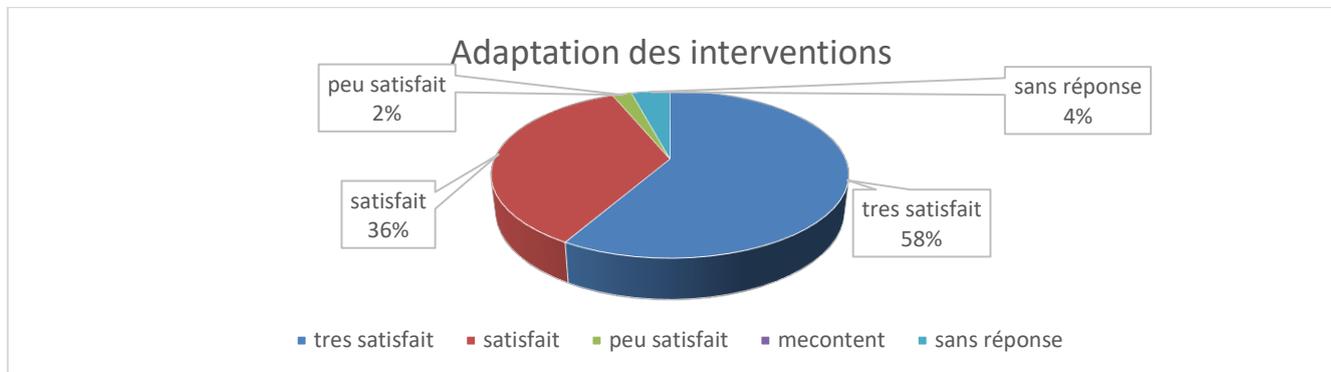
- 5) À la question : QUE PENSEZ-VOUS ? De la qualité de la relation : **36 patients sont très satisfaits (75%), 12 satisfaits (25%)**
(2022 : 63% TS, 32%S, 2%PS, 3%SR)



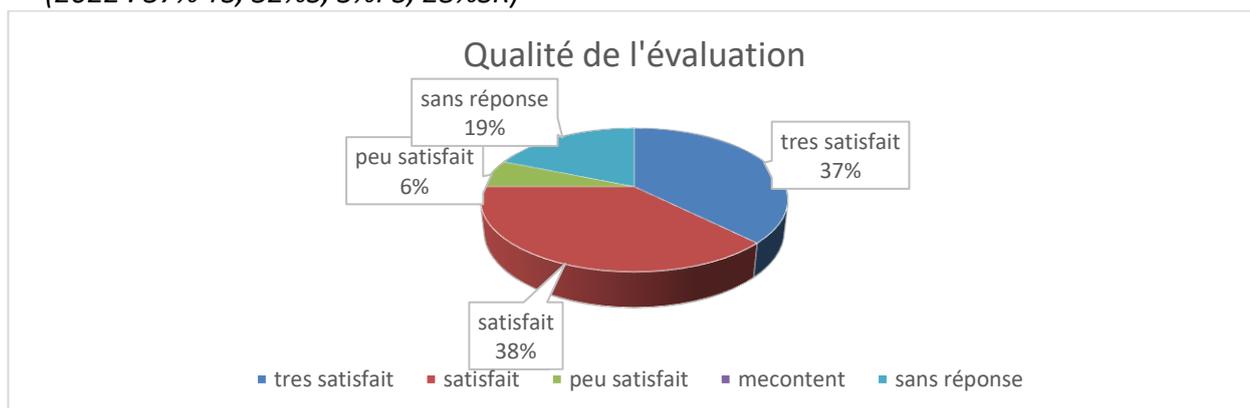
- 6) À la question : QUE PENSEZ-VOUS ? De la régularité et de la continuité des interventions : **25 patients sont très satisfaits (52%), 19 satisfaits (40%), 2 peu satisfaits (4%), 2 sans réponse (4%)**
(2022 : 58% TS, 37%S, 5%SR)



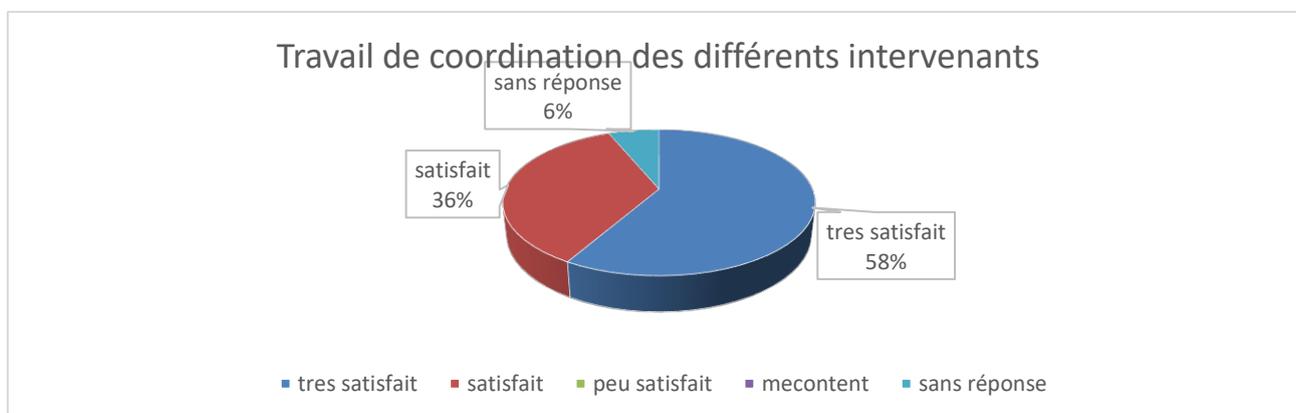
- 7) À la question : QUE PENSEZ VOUS? De la qualité de l'adaptation des interventions à vos besoins : **28 patients sont très satisfaits (58%), 17 satisfaits (36%), 1 peu satisfait (2%), 2 sans réponse (4%)**
 (2022 : 49% TS, 46%S, 2%PS, 3%SR)



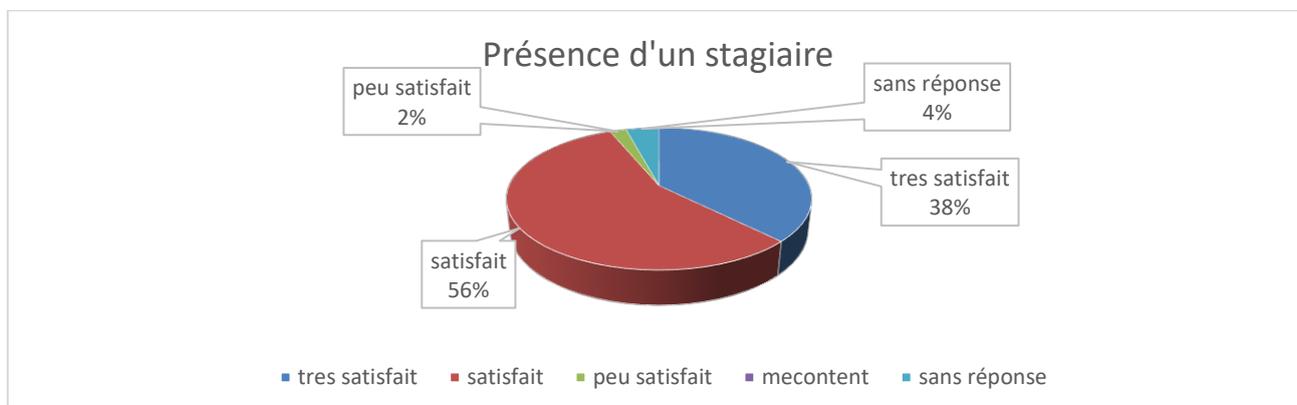
- 8) À la question : QUE PENSEZ VOUS? De la qualité de l'évaluation de vos besoins faite à votre domicile par l'infirmière coordinatrice : **18 patients sont très satisfaits (37%), 18 satisfaits (38%), 3 peu satisfaits (6%), 9 sans réponse (19%)**
 (2022 : 37% TS, 32%S, 3%PS, 28%SR)



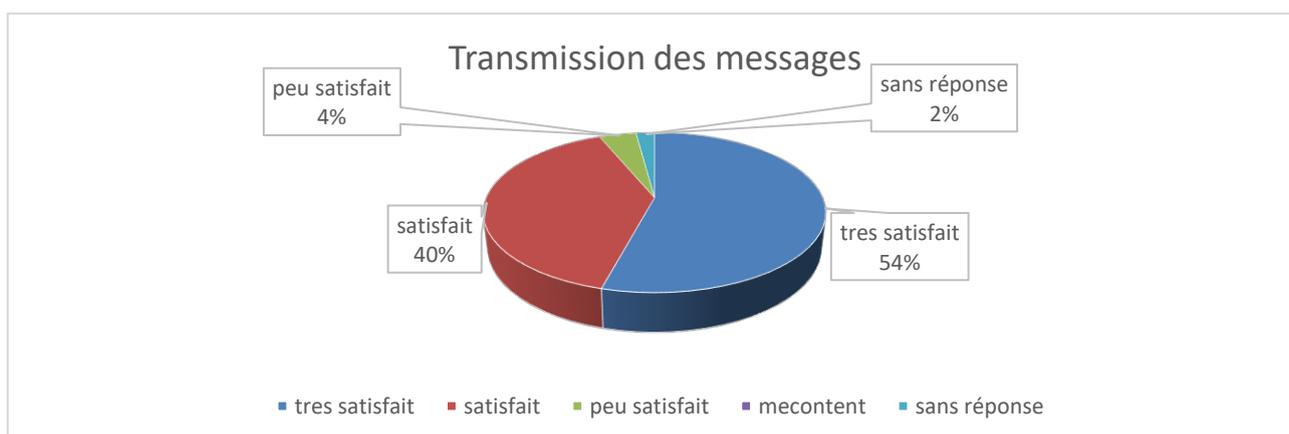
- 9) À la question : QUE PENSEZ VOUS? De la qualité du travail de coordination des différents intervenants : **28 patients sont très satisfaits (58%), 17 satisfaits (36%), 3 sans réponse (6%)**
 (2022 : 45% TS, 44%S, 2%PS, 9%SR)



10) À la question : QUE PENSEZ VOUS? De la présence d'un élève stagiaire : **18 patients sont très satisfaits (38%), 27 satisfaits (56%), 1 peu satisfait (2%), 2 sans réponse (4%)**
(2022 : 25% TS, 53%S, 5%PS, 17%SR)



11) À la question : : QUE PENSEZ VOUS? De la présence transmission des messages entre l'équipe : **26 patients sont très satisfaits (54%), 19 satisfaits (40%), 2 peu satisfaits (4%), 1 sans réponse (2%)**
(2022 : 37% TS, 45%S, 2%PS, 16%SR)



12) À la question : Souhaiteriez-vous des visites plus fréquentes de l'infirmière coordinatrice ? **11 patients ont répondu OUI (23%), 22 NON (46%), 15 sans réponse (31%)**
(2022 : 26% OUI, 42%NON, 32%SR)



Annexe 2 : Lettre de mission



Lettre de mission
 « Projet Managérial »
 Master 2 « Management des
 Organisations Soignantes »
 2023-2024



Désignation du projet	Réforme des SAD : Conduire et accompagner le changement dans le cadre d'une restructuration de grande ampleur
Commanditaire	M BORDE Jean-Jacques (Président de l'Association) Mme De SILVESTRE Corinne (Directrice)
Nom du responsable du projet	Elodie LHERMITTE (cadre de santé coordinatrice en SSIAD)
Missions du responsable de projet	<ul style="list-style-type: none"> - Participation aux réunions de COPIL, concernant la mise en place du projet réforme des SAD au sein de la fédération ADMR de l'Essonne auprès des différents directeurs de structure, présidents d'associations et administrateurs. - Participer à la conception des documents indispensables à la mise en œuvre de ce projet (conventions, protocoles, etc...) - Participer à la création et au suivi du calendrier projet. - Participer aux différentes réunions institutionnelles de territoire : TAD, CD, ARS, etc... - Participer à l'élaboration et à la diffusion de la communication descendante concernant l'avancée du projet : équipe soignante. - Participer à l'élaboration et à la diffusion de la communication ascendante concernant l'avancée du projet : conseil d'administration. - Accompagner le changement et la transition vers une nouvelle structuration des missions. - Evaluer la mise en place du projet, réajuster si besoin en collaboration avec la direction et le



Lettre de mission
 « Projet Managérial »
 Master 2 « Management des
 Organisations Soignantes »
 2023-2024



	<p>président du conseil d'administration.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser la transition des compétences
Moyens alloués	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement par le cabinet FGAE Audit et Expertise (Cabinet d'expertise comptable et d'audit pour la mission d'appui à la mutualisation et à la coopération entre établissements et services médico-sociaux dans le cadre de la constitution de GCSMS) - Accompagnement par la directrice de la structure - Matériel informatique : Ordinateur portable à disposition - Temps dédié selon les besoins sur le temps de travail - Veille documentaire (Union Nationale ADMR, ANAP, ATIH, HAS, ARS...)
Modalités de reporting	<p>COFIL du projet : réunions régulières afin de fixer les objectifs et les étapes de la mise en œuvre</p> <p>Conseil d'administration de l'association tous les 2 mois</p> <p>Compte rendu régulier et suivi des points d'étape</p>
Durée	<p>Délai maximum de mise en place 18 mois</p> <p>La convention doit être signée au plus tard le 30 juin 2025</p>
Documents de référence	<p>Projet de service 2022- 2027</p> <p>Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (HAS) mars 2022</p> <p>Document individuel de prise en charge</p> <p>Fiches de poste (AS, AAD, AES, IC...)</p> <p>Procédures internes</p>



Lettre de mission
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2023-2024



Textes réglementaires :

- Article 44 de loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale
- Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile
- Article D312-1 au D312-5 du CASF
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)
- Article L. 313-1-3 du CASF
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
- Circulaire n° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile
- PLFSS 2022 portant sur la réforme de la tarification des SSIAD

Date : 06 Novembre 2023

Signature du commanditaire

Signature du responsable de projet

Annexe 3 : Fiche Projet

NOM LHERMITTE Elodie

INTITULE du projet managérial: *Réforme des SAD : Conduire et accompagner le changement dans le cadre d'une restructuration de grande ampleur*

CONTEXTE D'EMERGENCE :

L'article 44 de la Loi de Financement de la sécurité sociale pour 2022, vise à renforcer les services à domicile et à favoriser un accompagnement de qualité pour les personnes qui en ont besoin.

L'offre des services à domicile paraît peu lisible aux yeux du législateur et conduit donc à une réforme de grande ampleur. Il s'agit là d'une refonte totale du modèle de prise en charge à domicile.

La loi prévoit de reconfigurer le secteur des services à domicile vers un modèle dit « intégré ». Ces services seront appelés services autonomie domicile ou SAD.

Les SSIAD auront donc un délai de deux ans à compter de la publication du décret d'application pour s'adjoindre à une activité ou fusionner avec un service d'aide à domicile ou SAAD. Passer ce délai l'autorisation des SSIAD deviendra caduque.

Cet article impose une modification substantielle de notre service et de fait de notre organisation. L'annonce de cette réforme ayant d'abord été perçue comme un choc important. Soit, vous fusionnez avec une autre structure, soit vous disparaîsez.

Passer le choc de l'annonce, la réflexion s'est engagée. Il va falloir faire travailler ensemble des structures qui :

- 1- N'ont pas les mêmes tutelles (ARS/CD)
- 2- N'ont pas le même mode de financement (Subvention/ dotation)
- 3- N'ont pas le même personnel (AS diplômée d'état /Aide à domicile)

Chacun des services ayant des craintes sur la dépossession de son organisation, de son savoir et de ses habitudes de travail. Le SSIAD du Hurepoix a été créé en 1992, après plus de 30 ans d'exercice sans modification majeure, il lui faut revoir de manière très importante son mode de fonctionnement.

Cette réforme amène à la fois des questionnements organisationnels mais aussi la montée de résistances liés aux changements.



FACULTÉ
DE SANTÉ



Fiche projet
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2023-2024

L'enjeu de ce projet est de mettre en place des stratégies afin de limiter ces résistances et enfin de mener à bien la réorganisation autour du patient et se mettre en conformité avec la loi (échéance juin 2025). Il s'agira bien sûr de s'appuyer sur la force du réseau intégré ADMR qui nous apportera aide et soutien, cependant les associations locales, tels de petits villages gaulois tiennent à leurs identités. Les résistances sont d'autant plus importantes que les services sont « anciens ».

REFERENCES REGLEMENTAIRES :

- Article 44 de loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale
- Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile
- Article D312-1 au D312-5 du CASF
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)
- Article L. 313-1-3 du CASF
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
- Circulaire n° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile
- PLFSS 2022 portant sur la réforme de la tarification des SSIAD

OBJECTIFS INSTITUTIONNELS :

Mise en œuvre de la réforme des Service autonomie Domicile et accompagnement des équipes à la restructuration du service et de leurs missions. La nouvelle structure devra répondre au cahier des charges et mobiliser de façon opérationnelle une polyvalence de services.

ACTEURS liés PROJET

- Responsable : Président d'association, directrice du SSIAD
- Acteurs impliqués : Cadres du service
- Acteurs concernés : patients, salariés



FACULTÉ
DE SANTÉ



Fiche projet
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2023-2024

CALENDRIER PREVISIONNEL :

- Fiche mission et fiche projet: novembre 2023
- Fiche projet: novembre 2023
- Rédaction ébauche de convention : Janvier 2024
- Validation ARS/CD mi 2024
- Remontées des autorisations en fédération selon le modèle ADMR décembre 2024

MOYENS :

- Financiers : CNR sur budget 2023
- Ressources RH : non défini
- Logistique : non défini
- Matériel PC portable à disposition
- Personnes mobilisées : COPIL, direction, conseil d'administration, cadres des SSIAD concernés
- Réunion : groupe de travail mensuel

MODE DE FONCTIONNEMENT :

- Groupe de travail
- Accompagnement extérieur par cabinet d'expertise

RESULTATS ATTENDUS :

- A court terme : plan de « fusion », élaboration de la convention
- A moyen terme : Communication autour du montage futur
- A long terme : création du nouveau service autonomie domicile

VALIDATION :

- Selon l'avancée du projet : selon les retours des instances ARS/CD, du conseil d'administration et de la direction



FACULTÉ
DE SANTÉ



Fiche projet
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2023-2024

CRITERES D'EVALUATION

Indicateurs pertinents pilotage,
Identifiés renseignés

[Accompagne la conduite de votre projet](#)

REFERENCES UNIVERSITAIRES

Concepts clés et auteurs de référence **Bibliographie**

Annexe 4 : Flyer Foyer des Compétences

La fédération ADMR de l'Essonne présente

LE FOYER DES COMPETENCES

L'appartement pédagogique



ADMR

pour tous, toute la vie, partout

Outil totalement dédié au secteur du domicile, l'utilisation de l'appartement pédagogique est totalement ouvert à tout partenaire du secteur médico-social.

SES OBJECTIFS :

- ✓ Sensibilisation : se mettre dans la peau d'une personne à mobilité réduite et mieux comprendre ses difficultés,
- ✓ Formation : apprendre et utiliser les bonnes pratiques des métiers du domicile, dans un appartement proche de la réalité,
- ✓ Rencontre : lieu d'échanges et de rencontres professionnelles, tout au long de l'année,
- ✓ Equilibre : l'appartement est un outil accessible à toute structure, et tout projet, en fonction des besoins et possibilités.



CONTACT

01 64 91 11 71

foyer.competences@fede91.admr.org

LE FOYER DES COMPETENCES

Tarifs 2024

Tarifs réservation du lieu sans accompagnant

- Demi-journée : 90 €
- Journée complète : 130 €

Tarifs réservation avec accompagnant formateur

- Demi-journée : 150 €
- Journée complète : 250 €

Tarifs adhérent 2024

- Adhésion annuelle : 200 €
- Demi-journée (sans accompagnant) : 50 €
- Journée complète (sans accompagnant) : 85 €



pour tous, toute la vie, partout



CONTACT

01 64 91 11 71

foyer.competences@fede91.admr.org

Master Management des Organisations Soignantes
M2 - MOS@23 -24

TITRE DU DOCUMENT

Bien vieillir chez soi : Les Services Autonomie Domicile, acteurs incontournables du système de santé
Ageing well at home: Services Autonomie Domicile, key players in the healthcare system

AUTEUR

Elodie LHERMITTE

MOTS CLÉS

Leadership, conduite de projet, organisation, communication, dignité humaine

KEY WORDS

Leadership, project management, organization, communication, human dignity

RÉSUMÉ

Décembre 2021, l'article 44 du projet de loi de financement pour la sécurité sociale 2022, enjoint les services du domicile à se réorganiser et devront s'unir pour créer des SAD et auront jusqu'au 25 juin 2025 pour se mettre en conformité avec la loi.

Quelles méthodes appliquer? Comment emmener avec soit tous ces professionnels et les convaincre que cette réorganisation de grande ampleur sera bénéfique pour tous?

La conduite de projet est en lien avec un processus de changement, et en tant que co-chef de projet il m'a fallu axer ma réflexion sur les méthodes de conduite du changement et les résistances que celles-ci peuvent engendrer. Un diagnostic de la situation actuelle a été réalisé, en identifiant les forces et les faiblesses de l'organisation existante. Ensuite, une stratégie de changement a été élaborée, en définissant les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. Des actions de formation et de sensibilisation pour les équipes ont également été mises en place, afin de les accompagner dans cette transition.

La mise en place d'équipe autonomes semble être une piste intéressante afin de valoriser le travail de chacun et promouvoir la montée en compétences des professionnels.

Soyons la nouvelle génération de leader et engageons-nous à être les acteurs du changement ,soyons les porteurs d'un nouveau regard sur le vieillissement, qui place l'humain au cœur de nos préoccupations et qui valorise le maintien à domicile comme une alternative viable et respectueuse de la dignité de chacun.

ABSTRACT

December 2021, Article 44 of the French Social Security Financing Bill 2022 requires homecare services to reorganize and will have to join forces to create SAD, and will have until June 25, 2025 to comply with the law.

What methods should be applied? How can we bring all these professionals on board and convince them that this far-reaching reorganization will be beneficial for all?

Project management is linked to a process of change, and as co-project manager I had to focus on change management methods and the resistance they can generate.

A diagnosis of the current situation was carried out, identifying the strengths and weaknesses of the existing organization. Next, a change strategy was drawn up, defining the objectives to be reached and the means to be implemented to achieve them. Training and awareness-raising initiatives for teams were also put in place, to support them in this transition.

The creation of autonomous teams seems to be an interesting way of enhancing the value of everyone's work and promoting the development of professional skills.

Let's be the new generation of leaders and commit ourselves to being the agents of change. Let's be the bearers of a new way of looking at ageing, one that puts people at the heart of our concerns and values homecare as a viable alternative that respects the dignity of every individual.