

14 novembre 2024



## Atelier 2 : Le parcours bénéficiaire – Compte-rendu

Mise en œuvre de la réforme des services autonomie à domicile

## Le compte-rendu

Vous retrouverez ci-après l'intégralité des slides présentées pour le deuxième atelier, avec l'ajout des slides pour le compte-rendu.

Ces slides sont :

- **La slide 4** avec les structures présentes et leur situation par rapport aux partenariats
- **Les slides 28 à 43** qui sont le fruit de vos travaux sur l'approche « parcours patient »

## Le déroulé de l'atelier

| Début | Durée  | Séquence   |
|-------|--------|--|
| 9h    | 15 min | Accueil - café   |
| 9h15  | 10 min | Tour de table  |
| 9h25  | 20 min | Introduction : Retour sur l'atelier 1  |
| 9h45  | 20 min | Point méthodologique : La sectorisation  |
| 10h05 | 20 min | Présentation des RETEX de regroupement sur le territoire   |
| 10h25 | 10 min | Pause  |
| 10h35 | 1h     | World Café : travail sur le parcours patient   |
| 11h35 | 25 min | Restitution et mise en commun : 5 min par groupe + synthèse globale<br>Conclusion Conseil Départemental et Agence Régionale de Santé |
| 12h00 |        | <b>FIN De l'atelier</b>  |

## Le tour de table

1 post-it par personne

10 minutes

Nom, Prénom  
Nom de la structure

Avez-vous à la suite du premier atelier pu affiner votre réflexion ? (*positionnement :*

1. *J'ai une idée plus claire de partenaire possible*
2. *C'est encore flou*
3. *Je ne vois pas encore de partenariat possible*

## Partenariat potentiel identifié

Insertion  
par le  
Service  
de  
Proximité

EIRL DERVAIN

Association le  
RelaisAssociation  
Fleurs  
d'hibiscusAlice Services  
+SSIAD Soins Ti  
Kaz

## Partenariat à explorer

Kerabon'soins

Sénior  
CompagnieSARL l'améthyste  
(prise de contact  
SELAS Capesterre)SSIAD des  
SaintesAccueil la  
Providence

Services a Kaz

Pou Nou Tout

HOM multi  
services

Poinsettia

## Aucun partenariat

Entraide  
sociale et  
familialeAssociation  
aide et  
espéranceAssistance  
2000Vie et  
jeunesseEURL  
Bonne  
vieSSIAD  
Mediplus  
SoinSSIAD  
Dou'manmanSSIAD  
ManBizouL'espac  
e santéEURL  
GloryChoix de  
vivre

AGSF

ASMD

Hibis  
ServicesAssociation  
travail et  
partageSolidarité  
aux aînésAtout  
DOMFleur de  
CotonRe Naitre  
autrementCCAS  
Pointe à  
PitreGardes  
et  
ménageSOS  
Grand  
Moun +Assistance  
santé  
serviceMedica  
AssistanceSSIAD Moule/St  
françois

SSIAD Abymes

SSIAD Atoumo

Association  
GWA Santé

SSIAD AMGS

# 01

Introduction – 20 min max



- 1 Objectifs des ateliers
- 2 Structure globale des ateliers
- 3 Rappel du contexte de la réforme (rapide)
- 4 Retour de l'atelier 1

## 2 L'organisation des ateliers



| Objectif                        | Recenser les besoins et les demandes sur le territoire guadeloupéen  |  | Cartographier l'offre de service  | Apporter une réponse cohérente aux besoins identifiés  |  |
|---------------------------------|--|--|---|--|--|
| Nom atelier                     | Les besoins actuels et futurs du territoire  | <b>Quelles demandes/besoins des bénéficiaires ?<br/>Le parcours patient</b>  | <b>Une offre de service intégrant les missions de management</b>  | <b>Un premier rapprochement entre les structures</b>   | <b>La finalisation du premier scénario</b>   |
| Date                            | 16 septembre   | 13 et 14 novembre  | 17 et 18 décembre   | 22 et 23 janvier   | 19 et 20 mars  |
| Déroulé                         | <p><b>Partie 1 : L'état de santé de la population</b><br/>A- Présentation du diagnostic<br/>B- Réalisation du diagnostic partagé</p> <p><b>Partie 2 : Le cahier des charges des SAD</b><br/>A- Présentation des évolutions<br/>B- Recensement de l'état des missions actuelles</p> | <p><b>Partie 1 : Point méthodologique</b> : la sectorisation<br/><b>Partie 2 : World Café</b> : les accompagnements nécessaires par des parcours patients différents<br/><b>Partie 3</b> : Complétude du cahier des charges conformément au parcours patient</p> | <p><b>Partie 1 : Point méthodologique</b> : Quel statut juridique ?<br/><b>Partie 2 : Réalisation d'une matrice AFOM</b> de l'offre de service actuelle et QVT collaborateurs</p> | <p><b>Partie 1 : Point méthodologique</b> : Quel financement pour les structures ?</p> <p><b>Partie 2</b> : Construction des attentes pour l'AMI</p> | <p><b>Partie 1 : Point méthodologique</b> : A définir</p> <p><b>Partie 2</b> : Approfondissement de l'Appel à Manifestation d'intérêt pour les regroupements</p> |
| Livrable à l'issue de l'atelier | <b>Kit de la réforme</b> : documentation de mise en œuvre  | <b>Les fiches thématiques</b> d'offre de service par une approche patient  | Les fiches thématiques du cahier des charges  | Les documents nécessaires pour répondre à l'AMI  | Dossier complet de l'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme   |

# 1 Les modalités de mise en œuvre de la réforme : l'AMI

## Publication d'un Appel à Manifestation d'Intérêt :

- Porteur : l'ARS et le CD
- Publication entre mai et juin
- Les structures auront 2 à 3 mois pour répondre

## Justification :

- Pourvoir structurer en amont les attentes de l'ARS et le CD des structures
- Donner les outils et méthodes pour répondre à l'AMI
- D'autres territoires sont partis sur cette modalité d'AMI pour laisser les structures s'organiser en donnant un cadre

- Les ateliers visent à accompagner les structures dans la constitution de leur dossier pour l'AMI. Les points clés incluent :
  - **Présentation des éléments du dossier de candidature** : types de groupements possibles, documents à fournir (projet d'établissement, secteur d'intervention, etc.)
  - **Co-construction du fond du dossier**  
Les ateliers permettront de co-construire les documents nécessaires pour que chaque structure soit prête à répondre efficacement.
  - **Outils et accompagnement disponibles**  
Nous mettons à disposition tous les outils indispensables pour constituer les dossiers. En parallèle, les structures peuvent avancer dans leurs réflexions propres.
  - **Réponse aux questions et orientation**  
Des ressources sont prévues pour répondre aux interrogations et orienter les structures vers les infrastructures compétentes.
- **Bénéfices** : Ces ateliers faciliteront la préparation des structures, les aidant à se positionner et à formuler une réponse complète et adaptée à l'AMI

# 1 Les différentes étapes pour la réussite des regroupements

## Ce qui sera travaillé en atelier

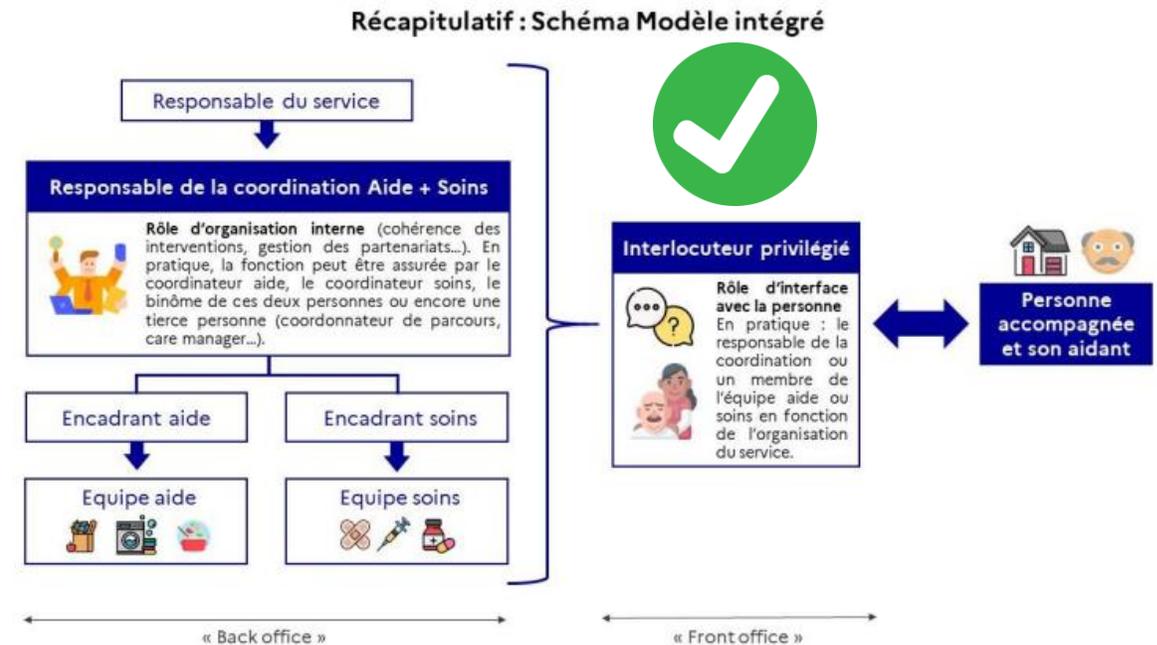
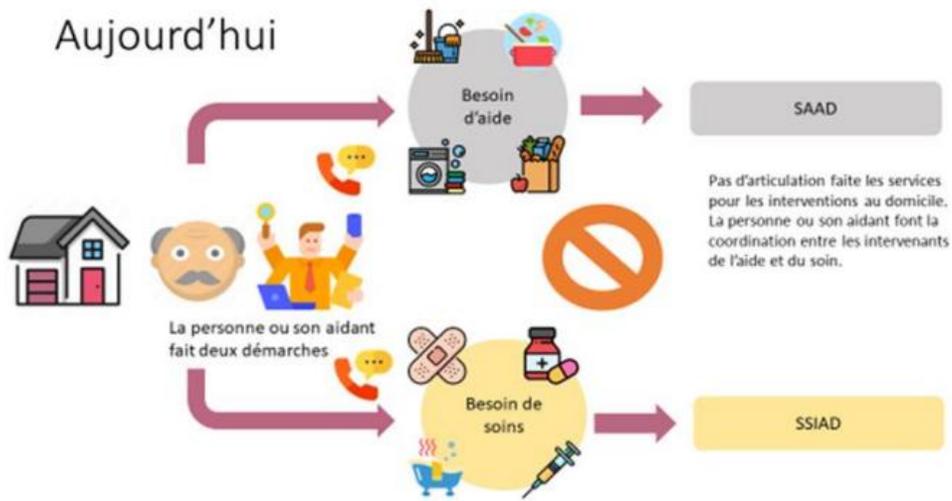
- *Atelier 1 et 2* : Exploration des alliances possibles : analyse du territoire
- *Atelier 3* : Partage sur les modalités possibles de rapprochement et de fonctionnement intégré.
  - Les valeurs partagées/Le périmètre d'intervention/Le mode de Gouvernance/Le projet de territoire et d'établissement
- *Ateliers 4 et 5* : Mise en conformité par rapport aux attentes de l'ARS et du CD

## Le travail en parallèle des ateliers

- Choix du **cadre juridique** du SAD Mixte ou Aide
- Définition du **nouveau modèle de gouvernance et organisationnel** : processus de prise en charge intégré, outils communs, coopération et partage d'information....
- Traduire le modèle organisationnel dans le **nouveau cadre économique** des Services Autonomie à Domicile (deux budgets différents (aide et soin) et étanches, deux modes de financement et de tarification distincts). Ce travail doit permettre de **vérifier l'équilibre financier** à moyen terme (3/5 ans) de la nouvelle entité issue du rapprochement

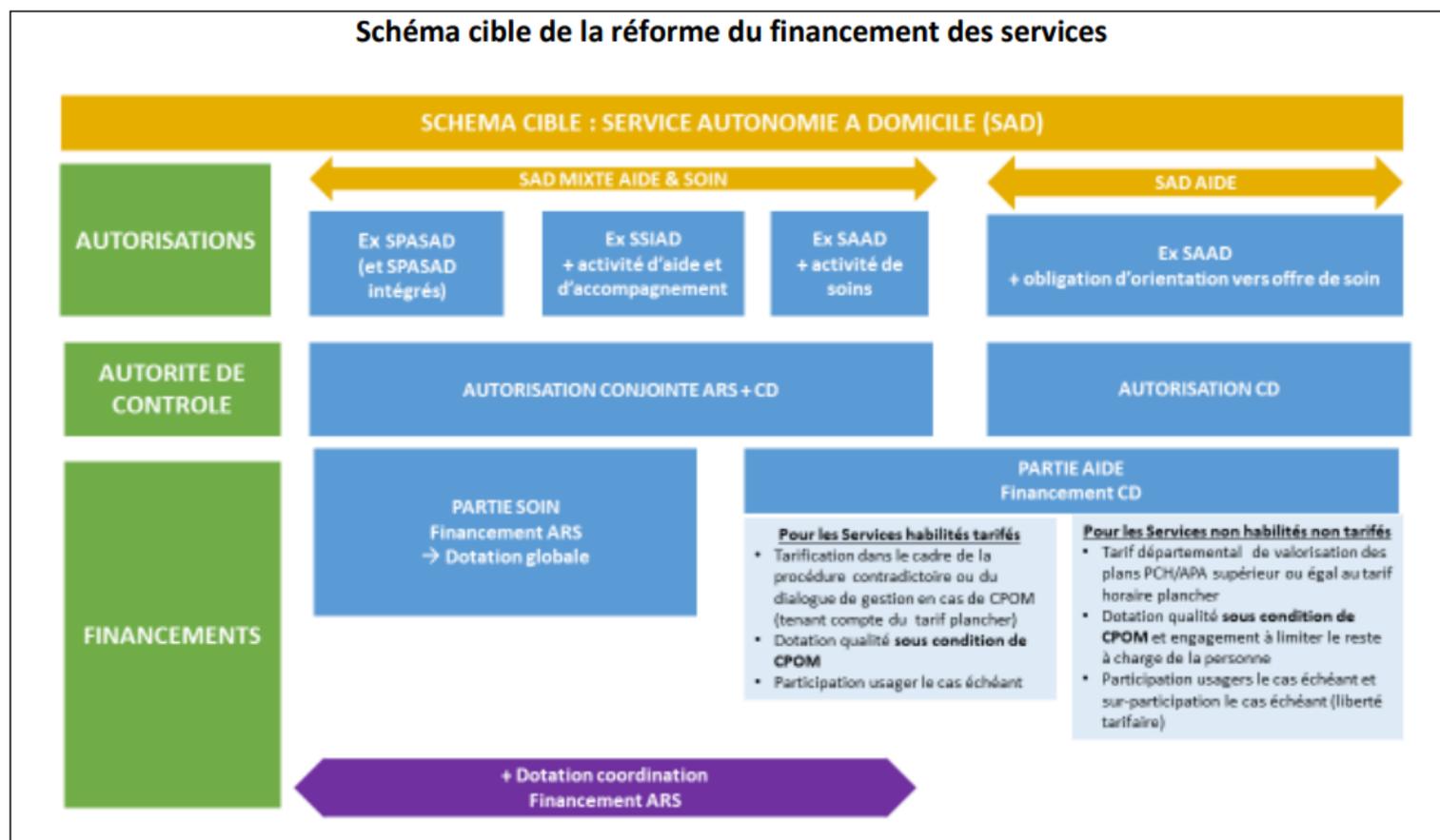
Un accompagnement pourra être réalisé lors des ateliers  
Des outils disponibles avec le **kit ANAP**

### 3 Présentation de la réforme des SAD : le parcours simplifié et coordonné pour le patient / bénéficiaire



### 3 Présentation de la réforme des SAD

#### La structuration cible pour atteindre les objectifs



#### Les missions des SAD (D. 312-1 et suivants du CASF):

1. Aide et accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne
2. Réponse aux besoins de soins
3. Aide à l'insertion sociale
4. Actions de prévention de la perte d'autonomie, de préservation, de restauration et de soutien à l'autonomie
5. Soutien aux aidants
6. Centre de ressource territorial.

obligatoires

facultatives

## 4 Retour sur l'atelier 1

- ❏ Un premier atelier ayant regroupé une grande majorité de structures
- ❏ La réalisation **d'un diagnostic partagé**
  - Identification des structures intervenant sur les différentes zones **pour construire une offre accessible à tous (éviter les zones blanches) par la création d'un SAD**
  - Un premier état des lieux des enjeux pour les bénéficiaires et de leur prise en compte par les SAAD et les SSIAD
  - État des lieux et évolution prévisionnelle de l'offre et des besoins sur le territoire en soins et en accompagnement (densité en soins infirmiers, évolution démographique du territoire...) : **zones sans couverture ou insuffisamment couvertes** (activités d'aide et de soins) au regard des besoins de la population ?
- ❏ Une première présentation **du cahier des charges**
  - **Les évolutions**
  - **Les nouvelles missions obligatoires et facultatives**
- ❏ **Présentation du kit ANAP** : les outils mis à disposition pour la mise en œuvre de la réforme

## 4 Retour sur l'atelier 1 : Les éléments communs sur les 2 GT

### Le niveau d'activité

- Une hausse d'activité, principalement sur CAP Excellence et Sud-BT
- Des structures intervenant sur plusieurs communes voire EPCI, voire à l'échelle de la Guadeloupe pour les SAAD

### Les modalités d'intervention

- Des horaires adaptés en fonction des besoins (week-ends et jours fériés pour les SAAD et parfois les SSIAD)
- Une hausse des demandes de présence la nuit (gardes) et les week-ends
- Une majorité d'interventions le matin demandées par les bénéficiaires (début d'activité autour de 7h)
- Une sectorisation des interventions
- Un accompagnement informel des familles

### Les typologies de bénéficiaires

- Une majorité de séniors de + de 75 ans
- Une majorité de PA (environ 98%) et peu de PH (environ 2%)
- Une croissance des bénéficiaires isolés
- Des patients souvent alités / dépendants
- Des pathologies courantes : cognitive (Alzheimer, Parkinson), métabolique (diabète, cancer), maladies chroniques
- De nombreux patients en situation précaire

### Les éléments qualitatifs

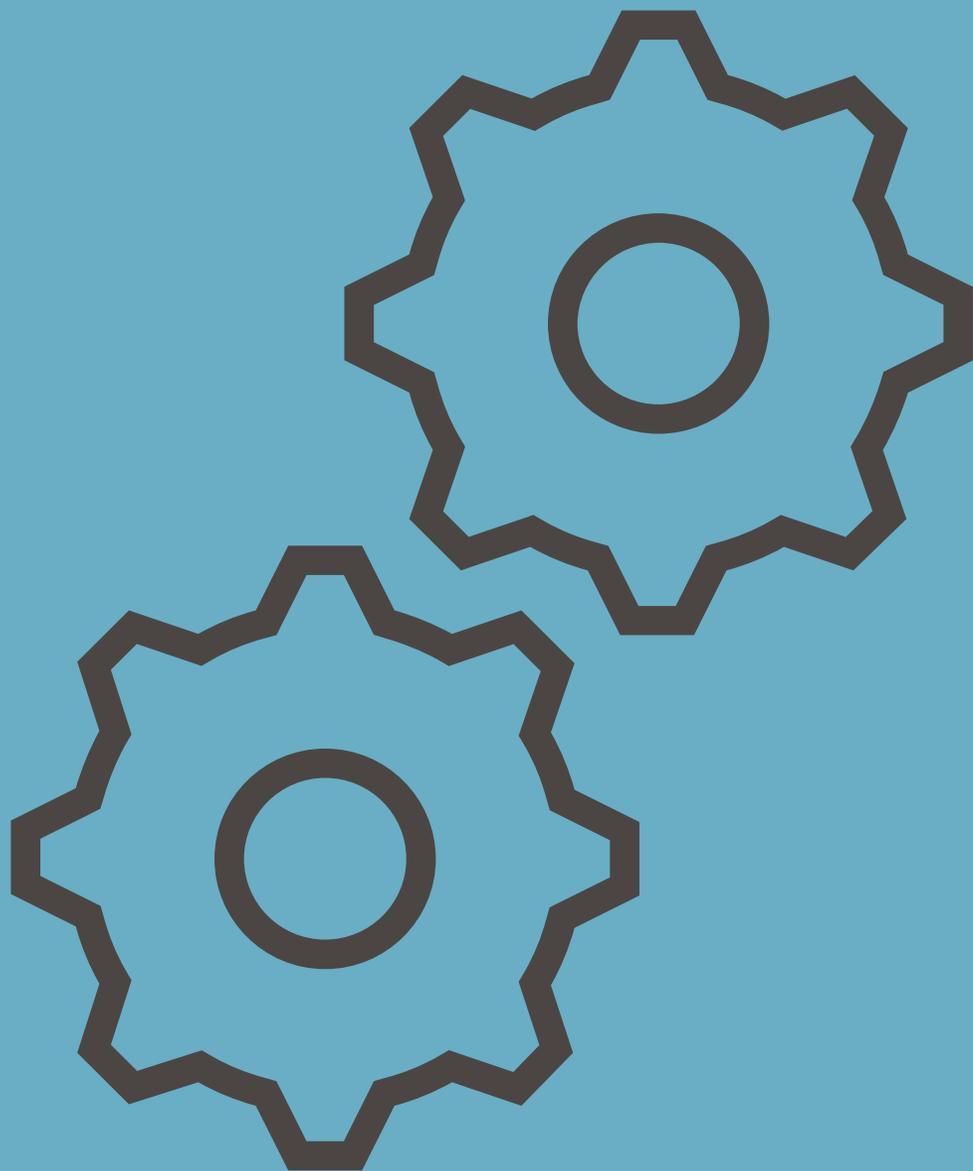
- Des difficultés de recrutement
- Des aidants en souffrance et très présents
- Un glissement des tâches et débordements des compétences
- De nombreuses structures ayant débuté la coordination entre professionnels de soins et prestataires de santé
- Augmentation des passages en binôme
- Une usure accélérée des professionnels
- Des difficultés de coordinations avec les professionnels de santé (notamment avec les kinés), et une difficulté de suivi des soins

## 4 Les structures du territoire

Suite à de nouvelles données transmises, une nouvelle cartographie sera proposée

Il est rappelé que la répartition des structures a été faite à partir de la **localisation du siège de la structure** : sur la base des données transmises par le CD et l'ARS

|       | CAP Excellence  | CA Riviera du Levant  | CC Marie-Galante                                | CA Nord-Grande-Terre  | CA Nord Basse-Terre  | CA Grand Sud Caraïbes   |   |
|-------|---|---|---|---|--|---|---|
| SSIAD | SSIAD des Abymes (45 places)  | Arc en ciel (50 places)<br>Fleur de Coton (40 places)<br>Ti ti Kaz (23 places)  | SSIAD AMGS (56 places)                          | Les Pervenches (40 places)<br>Longan (50 places)<br>Atoumo (40 places)  | Dou Manman (50 places)<br>Mediplusoin (55 places)<br>La Préservatrice (55 places)  | SSIAD des Saintes (20 places)<br>Cannelle (50 places)<br>Kerabon'soins (50 places)<br>Man Bizou (65 places)   | 15 SSIAD (689 places)   |
| SAAD  | 32 SAAD : (23 structures)<br>A votre service II<br>Accueil Amour Bienveillance<br>Anilles seniors services<br>Cogito multi servies<br>Major d'home<br>zen senior<br>accueil à la providence<br>alice services plus<br>ASMD, AAMSPAG<br>Hibiscus services<br>le manège enchanté<br>l'espace santé<br>quels services<br>R de vie. serva dom<br>sos gran moun+<br>viv bel viv bien<br>atout dom<br>CCAS Pointe à Pitre<br>Clair de lune<br>Gardes et ménages<br>Glory, net environnement<br>CCAS de Baie-Mahault<br>Sénior Compagnie | 12 SAAD : (10 structures)<br>Allo Mamies<br>service a kaz<br>vivre bien plus<br>aider et servir<br>choix de vivre<br>HOM multi services<br>soleil pour tous<br>solidarité aux aînés<br>vivreactive<br>medica assistance | 3 SAAD : (2 structures)<br><br>AASS<br><br>UGAF | 12 SAAD : (11 structures)<br>CCAS Anse Bertrand<br><br>JKN Consulting & services<br>travail et partage services<br><br>ASF Pointettia<br><br>DS Gran moun<br>interlude services<br><br>Pou Nou tout<br><br>Kolibri services<br><br>solidarité insertion partage<br>services<br><br>vie et jeunesse<br><br>Gwa Santé | 14 SAAD : (11 structures)<br>l'insertion par le service de<br>proximité<br>OTM on the move<br>famille entraide tout type de<br>courses<br>UGAF<br>entraide sociale et familiale<br>Gwadam services<br>EIRL Dervain<br>bonne vie<br>association le relais<br>vie an nou<br>SARL L'améthyste | 18 SAAD : (15 structures)<br>la Baillifienne œuvres sociales<br>accueil senior assistance<br>association vivre et servir<br>l'agoman<br>gran moun an nou<br>acti vie service<br>association aide et espérance<br>SERFAG<br>la route du sud<br>AGSAF<br>JV assistance<br>Air services<br>association clair et net<br>EIRL DERVAIN<br>Assistance 2000 | 73 SAAD dans le document du COPIL de Novembre 2023 et 91 au total → à arbitrer et valider par le CD |



## 02

Point méthodologique – 20 min  
max



La sectorisation

## Point méthodologique

- **Objectif** : Répondre aux questions pouvant constituer un obstacle pour l'avancement de la réforme pour les structures. Faire ces points permet d'apporter une lisibilité pour les structures et vont accélérer les réflexions sur leurs regroupements
- **Format** :
  - Lors de chaque atelier, une thématique sera abordée pendant 20min
  - Une présentation par l'ARS et le CD, puis une session de questions/réponses
  - Une orientation vers les structures compétentes pour approfondir ces sujets
- **Les sujets identifiés** :
  - La sectorisation
  - Les statuts juridiques
  - Les financements possibles / modèle financier
  - Les impacts de la réforme sur le plan RH (effectifs, conventions)
  - *D'autres sujets ? → à interroger en séance*

- **Ces points permettent** :
  - Un premier niveau de réponse apporté
  - Des contacts pour pouvoir travailler de manière exhaustive avec les structures compétentes
  - Un partage du point de vue et des attentes de l'ARS et le CD
- **Ces points ne permettent pas** :
  - De solutionner l'intégralité des enjeux
  - De traiter de manière individuelle les thématiques

# Point méthodologique : la sectorisation

## Le contexte **règlementaire** 1/2

### Avant la réforme :

- Dans la situation actuelle, le fonctionnement des Services d'Aide à Domicile (SAAD) et des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) se caractérise par des zones d'intervention distinctes.
- Les SAD aide (ex-SAAD) habilités à l'aide sociale sont sectorisés conformément à l'article L.313-8-1 du CASF.
- Les SSIAD quant à eux, n'ont pas d'obligation légale de sectorisation, laquelle était définie par les **ARS pour des raisons d'organisation territoriale**.

### Avec la réforme :

- **Objectif** : Améliorer la couverture et l'accessibilité des services de soins et d'accompagnement dans toutes les zones : simplicité de gestion pour les organismes gestionnaires, clarté pour les personnes accompagnées et les partenaires.
- La réforme prévoit une intégration des SSIAD et des SAAD, introduisant de nouvelles lignes directrices concernant la sectorisation et des possibilités d'expérimentation de zones d'interventions :
- **Période de conventionnement** :
  - La période de préfiguration du conventionnement est l'occasion de tester la zone d'intervention
  - Cette possibilité est temporaire et se limite à la durée de la convention (3 ans maximum). Elle ne remet donc pas **en cause le principe de zones identiques pour l'aide et le soin**

### Ce qui est inscrit dans le décret :

- Des zones identiques pour les activités de soins et d'aide pour les **SAD mixtes**
  - La dérogation :
    - Possibilité d'une zone aide sans soin si pas d'extension possible de la zone d'intervention pour l'aide
    - Obligation de mise en relation avec un professionnel de santé en cas de besoin de soins sur la zone d'intervention du service autonomie sans activité de soin.
- La sectorisation actuelle des **SSIAD** n'est pas imposée par la loi, mais mise en œuvre par l'ARS à des fins d'organisation de l'offre sur le territoire et éviter des zones blanches)
- **Les SAD aide (ex-SAAD) habilités à l'aide sociale** sont sectorisés, conformément à l'article L.313-8-1 du CASF, leur capacité d'accueil étant exprimée **en zone d'intervention**.
- Cette obligation ne s'applique pas aux **SAD aide non habilités à l'aide sociale**, notamment aux nombreux SAAD agréés qui ont été intégrés dans le régime de l'autorisation suite à la loi d'adaptation de la société au vieillissement ;
- **En cas de non-conformité au cahier des charges après le 31 décembre 2025**, les autorisations pourront être abrogées dans les conditions prévues aux articles L313-13, L313-14, L313-16 et L313-19 du Code de l'action sociale et des familles.

## Point méthodologique : la sectorisation

Le contexte **règlementaire 2/2** : *L'autorisation des SAD mixtes, y compris des SAD non habilités à l'aide sociale par le département, devra préciser la zone d'intervention du service. (Les SAD Aide habilités à l'aide sociale sont déjà soumis à l'obligatoire de sectorisation conformément à l'article L.313- 8-1 du CASF*

### Définition de la zone d'intervention

- L'autorisation des SAD aide et mixtes , **devra préciser la zone d'intervention du service.**
- Dans une majorité des cas des **modifications de zones d'intervention seront nécessaires**, soit par réduction du territoire des SAD aide, soit par augmentation du territoire des SSIAD, soit par définition d'un territoire différent

### Les options permises par la législation en vigueur

**1- La réduction du territoire du SAD aide ou du SSIAD** : S'assurer que cette réduction territoriale ne génère **pas de zone blanche et qu'elle soit en cohérente avec les besoins des populations.**

**2- La scission des autorisations** : Celle-ci permet à un même opérateur, de scinder une autorisation en deux ou plusieurs autorisations différentes.

*Par exemple, un SAD aide qui dispose d'une autorisation sur l'ensemble du département pourra scinder cette autorisation afin de créer un SAD mixte avec un SSIAD. Il conservera ainsi une autorisation de SAD aide sur la zone non couverte par le SAD mixte.*

**3 – Augmentation de la zone d'intervention** avec l'augmentation de la capacité d'accueil

# Kit Réforme des SAD Guadeloupe

agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale

Rechercher une publication, un appui, un outil...

Se connecter

Accueil Ressources Autodiagnostic Évènements Appuis Bonnes Pratiques Réseau des experts Plateforme Data

Accueil > Publications & outils > Toutes les publications et outils > Réforme des SAD : tous les outils Anap

**RÉFORME DES SAD : TOUS LES OUTILS ANAP**

29 mars 2024

Virage Domiciliaire Fiche pratique Transformation de l'offre médico-sociale Médico-social

- [FAQ notice informations Service autonomie domicile.pdf](#)
- **La fusion et les statuts juridiques** : par ex [La fusion entre associations ou fondations](#)

## ● Le kit ANAP : [Réforme des SAD : tous les outils Anap](#)

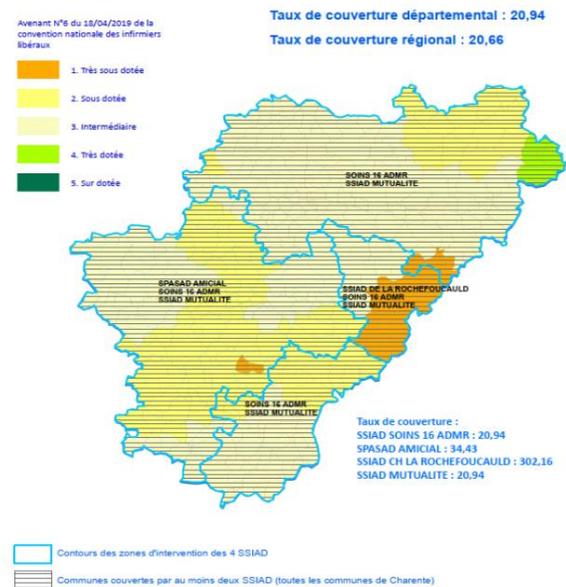
- Les trames de fiches de poste SAD
- L'organigramme cible des SAD
- Les outils de coordination
- L'outil d'évaluation globale
- Les bonnes questions pour un partenariat
- Des flyers de communication
- Une check-list de mise en conformité du CDC
- Exemples d'actions thématiques
- Un modèle de convention de coopération transitoire

# Point méthodologique : la sectorisation

Les critères qui peuvent être utilisés pour la définition des zones d'intervention

## Retours d'expérience sur d'autres territoires:

### ars Zones d'intervention des SSIAD/SPASAD de Charente et zonage des infirmiers libéraux



Sources : DD 16 - Travail préparatoire de la réforme des SSIAD - FINESS au 31/12/2022 (taux départemental), FINESS au 31/12/2022 (taux régional)  
INSEE, RP 2019 - Taux de couverture : nombre de places pour PA hors ESA pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus -  
Avenant N°6 du 18/04/2019 de la convention nationale des infirmiers en application de la méthodologie de l'Annexe nationale du 10/01/2020  
Cartographie : Arago - Fonis IGN Découverte au 01/01/2022  
Exploitation et réalisation : ARS Nouvelle Aquitaine - DCS - DDPSP - Pôle Etudes et Statistiques - Juin 2023

### ● Critères possibles :

- **Densité de population : personnes âgées / personnes en situation de handicap**, maladies chroniques / neuro-dégénératives (dont ESA) / santé mentale
- Âge moyen sur le territoire / **indice de vieillissement**
- GIR / taux de dépendance
- Taux de personnes dites vulnérables
- **Distance et temps de trajet**
- Distance d'autres services de proximité (CCAS, ...)
- Indice d'isolement social
- **Offre de soins de proximité (soins de ville)**

### ● Données sources :

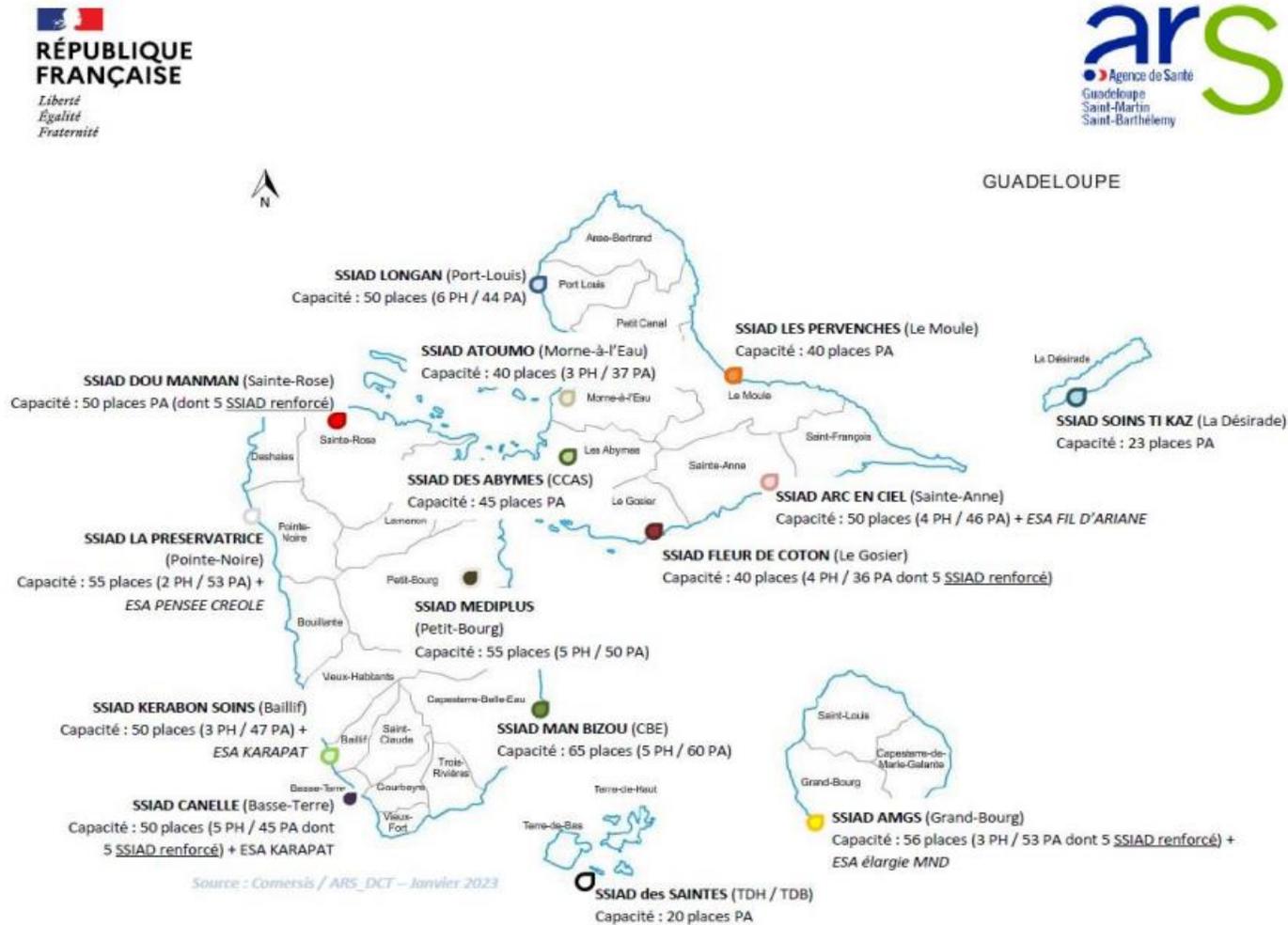
- **INSEE Guadeloupe** : portrait de territoire, notes de conjoncture
- **Analyse des besoins sociaux** : peuvent être disponibles par EPCI ou commune
- **SRS / PRS** : [Consultation réglementaire du Projet Régional de santé 2023-2028 | Agence régionale de santé Guadeloupe](#) =
- **ORSAG** : DIAGNOSTICS - ORSAG : Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe.

## Point méthodologique : la sectorisation

### *Le positionnement de l'Agence de Santé et du Conseil Départemental*

- L'ARS et le Conseil Départemental considèrent la sectorisation comme un axe stratégique pour garantir un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire
  - **Concrètement** : La délivrance des autorisations dépendra de la prise en compte de la sectorisation par les structures
  - Des critères seront mis en place, dont certains seront affinés ultérieurement. Les structures devront s'appuyer sur ces critères pour répondre à l'AMI et de justifier du secteur d'intervention
- Les critères et objectifs de couverture :
    - Assurer que toutes les **communes** soient desservies, permettant ainsi une continuité et une équité dans l'accès aux services
    - La définition d'un **secteur** se base sur une échelle d'intervention, pouvant correspondre à celle de l'**EPCI** ou à une partie de celui-ci. Ce secteur doit être au maximum continu
    - Une cohérence sur la densité de structures sur les communes : par exemple un ratio **nombre de collaborateurs / Bénéficiaires**, un **ratio expérience des collaborateurs / complexité de la coordination par rapport aux besoins du bénéficiaire** avec une prise en compte des tendances de vieillissement à 2030 ou 2050.

# Cartographie des SSIAD de Guadeloupe : exemple méthodologique



- Sur quels critères ont été réalisées les zones d'intervention des SSIAD ?

## Point méthodologique : les principes à retenir

- **Aucune zone blanche en SAD mixte ni rupture de prise en charge** pour les personnes accompagnées liées à la restructuration du secteur
- **Priorisation de la constitution des SAD mixtes** par rapprochement entre les services car :
  - Sécurisation des SSIAD existants qui ont obligation de se transformer – existence d'un besoin sur le territoire
  - Forcément un intérêt existant pour les SAAD dans cette réforme (réflexion à avoir)
- **Si le rapprochement n'est pas possible, l'ARS :**
  - Accompagnera les SSIAD pour créer une activité aide (avec accord de financement du CD) . Une possibilité de création de places de SSIAD :
    - pour accompagner les extensions capacitaires (PA / PH)
    - et/ou pour renforcer et structurer une offre envers les PH (PHV et PH de tout âge)
  - Privilégiera les projets portés par des SSIAD plutôt que les projets d'intégration d'une activité de soins portés par les services autonomie non mixtes.
- **Une date butoir à respecter** : le 31 décembre 2025, sachant que l'AMI pourrait être lancé au 2025 – T2 pour l'octroi des autorisations de SAD mixtes

## Avez-vous des questions ?



04

World forum : Les parcours patients –

1h



Comment répondre aux besoins des différents bénéficiaires en prenant en compte les évolutions du cahier des charges ?

# Le travail sur le parcours patient

## Méthodologie

- Travail collaboratif pour définir des actions concrètes et ciblées, répondant aux réalités des patients du territoire.
- Exploration des personae et des parcours types pour identifier les obstacles et les points de coordination possibles entre acteurs.

## Objectifs de l'approche

- Adapter les missions et interventions des structures médico-sociales aux besoins spécifiques des patients.
- Réaliser une **analyse des besoins** du territoire, afin d'optimiser les réponses apportées par les acteurs.
- Utiliser des **personas** basés sur le diagnostic de typologie de patients établi lors de l'atelier 1, pour une approche centrée sur les profils et parcours.

1

M/Mme X  
Age  
Lieu de vie

**Les caractéristiques**

Quelles sont les principales caractéristiques du bénéficiaire ?  
Quelles sont les raisons qui ont motivé à faire appel à un SSIAD et/ou SAAD ?

**Les actions nécessaires pour la prise en charge**

Avant 1<sup>ère</sup> visite

1<sup>ère</sup> visite

Le suivi

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Au moment de la sollicitation pour une prise en charge :</b></p> <p>Que dois-je savoir avant la 1<sup>ère</sup> visite ?</p> <p>Sur le plan administratif que doit préparer ce bénéficiaire ?</p> <p>Que doit préparer la personne qui prendra en charge le patient ?</p> |  |  |
|---|--|--|

**Modalités de prise en charge et coordination interne**

Quels dispositifs ou actions peuvent faciliter l'accès aux soins et améliorer l'expérience de soins pour le patient ?

Quelles actions pour un suivi optimal du patient ?

**La coordination avec les professionnels de soins**

Comment renforcer la collaboration entre les structures médico-sociales et les équipes de soins (médecins, infirmiers, thérapeutes) pour une prise en charge globale ?

## Le déroulé du World Café

- Durée : 1h
- Répartition en 4 groupes
- 1 personne par groupe
- Complétude des 4 personnes en changeant de table une fois indiqué
- Une restitution à la fin pour la mise en commun



### ● DEROULE

- Chaque table est composée d'une fiche patient avec des caractéristiques issues du diagnostic partagé. Chaque « synopsis » comporte des informations sur :
  - Les pathologies du patient
  - Son environnement, cadre de vie
  - Son rapport aux aidants
  - Sa situation sociale
- Chaque groupe complète la fiche par rapport **aux attentes de chaque patient, catégorisé par les grandes missions du cahier des charges des SAD**
- Code couleur du compte-rendu

Atelier Basse-Terre

Atelier Grande-Terre

## Personae 1 : M. Mathurin, 55 ans

### Les caractéristiques

**La pathologie** : Il est paraplégique et utilise un fauteuil roulant. Il travaille partiellement depuis chez lui, mais rencontre des obstacles liés à l'accessibilité.

**Cadre de vie** : Il reçoit un soutien limité de ses proches et d'une assistante sociale. Il habite dans une maison pouvant être considérée comme insalubre

**Les autres soins nécessaires** : Accueille le kiné le mardi et le jeudi. Nécessite des soins infirmiers réguliers pour prévenir les escarres et surveiller sa santé générale. Doit consulter un neurologue tous les trois mois pour un suivi de sa condition. Bénéficie de séances de thérapie occupationnelle pour améliorer son autonomie dans les activités quotidiennes.

**Les habitudes et demandes** : Se lève à 7h. A besoin d'une visite quasi quotidienne. Aime lire et écouter de la musique pour se détendre. Préfère des repas équilibrés et a besoin d'aide pour préparer ses repas. Est fatigué de voir des intervenants différents venir chez lui, il souhaite créer un lien de confiance.

# Personne 1 : M. Mathurin, 55 ans, Petit-Bourg/Anse-Bertrand

## Les actions nécessaires pour la prise en charge

### Avant 1<sup>ère</sup> visite

Pré-évaluation des besoins  
Collecte des informations administratives

Type de prise en charge actuelle

Contact du bénéficiaire, prise de rdv de la 1<sup>ère</sup> visite

Demande de préparation des documents administratifs

### 1<sup>ère</sup> visite

Analyse du cadre de vie  
Evaluation des besoins

Proposition de projet individualisé

Recueil des données pour le plan d'aide et le plan de soins, avec une grille commune

### Le suivi

Remplir le dossier concerné de prise en charge

Réalisation de compte rendu de l'évaluation

Préparation des repas

Surveillance de la santé générale  
Prévention des escarres

## Modalités de prise en charge et coordination interne

Projet personnalisé unique soins et aide

## Personae 1 : M. Mathurin, 55 ans

### La coordination avec les professionnels de soins

Articulation des interventions du service avec les équipes des établissements de santé

Accompagnement à la téléconsultation pour toutes les personnes qu'ils accompagnent pour des soins

### Promotion et prévention de l'autonomie

### Soutien aux aidants

Pair aideance

Identification  
Rapprochement familial et  
entourage proche

## Personae 1 : M. Mathurin, 55 ans

### Inclusion et maintien du lien social

Proposition d'activités

#### Points d'attention

- Paraplégique  
Repas équilibrés  
Isolement  
Logement insalubre
- Intervention kiné et infirmière  
Lever à 7h du matin  
Loisirs
- Convention assistante sociale
- Isolement du bénéficiaire
- Surveillance santé et prévention des escarres

#### Actions à prioriser

- Dossier de transport à la demande
- Télésistance et téléconsultation
- Adaptation de l'habitat
- Maintien lien social
- Prise en charge stable
- Demande d'une assistante sociale
- Aménagement de l'habitat
- Coordination (kiné, assistante sociale, neurologue)

## Personae 2 : Mme. LOUISON, 78 ans, Sainte-Anne / Baillif

### Les caractéristiques

**La pathologie** : La patiente commence à ressentir une baisse de mobilité qui complique ses tâches quotidiennes. La patiente souffre de diabète déséquilibré, cela nécessite une surveillance régulière de sa glycémie et des ajustements de son traitement

**Cadre de vie** : Madame Louison vit seule dans sa maison difficile d'accès. Elle est éloignée des services et de voisins. Elle a peu de contacts avec sa famille, qui vit dans l'hexagone. Sa famille aimerait avoir des nouvelles par whatsapp, ou autre moyen de communication digitale.

**Les autres soins nécessaires** : Doit consulter un endocrinologue tous les trois mois pour un suivi de son diabète.

**Les habitudes et demandes** : Se lève à 5h. A besoin de visites régulières, notamment le week-end et les jours fériés, pour rompre l'isolement. Souhaite que les infirmiers viennent le matin pour l'aider à bien démarrer sa journée. Doit suivre un régime alimentaire strict pour gérer son diabète et préfère des repas préparés à l'avance. Aime jardiner, faire du ménage et lire des romans pour se détendre. Elle souhaite rejoindre un club de lecture local ou en ligne pour maintenir des interactions sociales et stimuler son esprit.

## Personne 2 : Mme. LOUISON, 78 ans, Sainte-Anne / Baillif

### Les actions nécessaires pour la prise en charge

#### Avant 1<sup>ère</sup> visite

Prise d'informations par téléphone et réalisation d'une fiche de premier contact

Mise en place d'un projet personnalisé

#### 1<sup>ère</sup> visite

VAD  
IDEC  
Responsable de secteur

Visite d'un infirmier  
Visites tôt

#### Le suivi

Evaluation des actions  
Visites de routine  
Enquête de satisfaction

Préparation/postage de repas

Téléassistance  
Aménagement domicile

Prévoir visites les jours fériés

Mise en place d'internet  
Initiation nvlles technologies

### Modalités de prise en charge et coordination interne

Mise en place d'un planning de concertation pour les prestations avec les intervenants

Projet de vie personnel  
Projet de soins

Prise des RDV médicaux,  
accompagnement à la pharmacie

DUI  
Dossier médical partagé

Coordination du personnel de santé

## Personne 2 : Mme. LOUISON, 78 ans

### La coordination avec les professionnels de soins

Kiné  
Infirmière

Logiciel de télégestion

Infirmière de  
coordination et  
responsable de secteur

### Promotion et prévention de l'autonomie

Assistants sociaux  
Contrôle du CD

Télégestion  
Domotique  
ARS  
Aidants  
Rénovation de l'habitat

### Soutien aux aidants

Soutien psychologique  
Assistante sociale  
Plateforme de répit  
N° Vert

## Personne 2 : Mme. LOUISON, 78 ans

### Inclusion et maintien du lien social

Transport à la demande

Atelier numérique

Animatrice à domicile

CCAS  
Club des aînés  
Club de lecture

Hôpital de jour

### Points d'attention

- Régime alimentaire

- Chute

- Isolement

- Isolement

- Diététique

### Actions à prioriser

- Adaptation du logement

- Téléassistance

- Amélioration habitat

- Téléassistance

- Coordination

## Personae 3 : Mme. MORNEAU, 72 ans, Petit-Canal / Trois-Rivières

### Les caractéristiques

**La pathologie** : Madame Morneau a été diagnostiquée avec la maladie d'Alzheimer il y a quelques années. Ses pertes de mémoire s'aggravent, ce qui la rend vulnérable.

**Cadre de vie** : Mme Morneau vit avec son époux, âgé de 78 ans. Il ne souffre pas de problèmes de santé particulier mais reste limité pour l'accompagnement de son épouse (mobilité réduite, ne conduit plus). Elle bénéficie de visites régulières de sa famille et d'amis, mais a du mal à gérer sa vie quotidienne

**Les autres soins nécessaires** : Doit consulter un neurologue tous les trois mois pour un suivi de sa condition. Elle souhaite participer à des séances de thérapie cognitive pour ralentir la progression de la maladie.

**Les habitudes et demandes** : Se lève à 6h . Les aides pour les tâches quotidiennes concernent le ménage, la préparation des repas et la gestion des médicaments. Son époux et sa famille sont vigilants car il y a eu des suspicions de maltraitance de la part du précédent accompagnement.

## Personne 3 : Mme. MORNEAU, 72 ans, Petit-Canal / Trois-Rivières

### Les actions nécessaires pour la prise en charge

#### Avant 1<sup>ère</sup> visite

Recueil des données

Recueil des éléments administratifs

Identification des besoins

Déterminer l'intervention

Nommer un représentant familial

#### 1<sup>ère</sup> visite

VAD commune entre SAAD et SSIAD

Confirmation des besoins : SAAD, SSIAD, Aidants

Evaluation des besoins (soins, social, lien social, activité physique, domicile)

Faire la visite en présence de :

- Référent
- Epoux
- Référent secteur
- IDEC

#### Le suivi

Visite de routine  
Réévaluation  
Visite des IDEC

### Modalités de prise en charge et coordination interne

Projet de prise en charge des bénéficiaires soins et aide

Définition des intervenants et modalité d'intervention

Coordination avec les prestataires et intervenants : ESA...

## Personne 3 : Mme. MORNEAU, 72 ans

### La coordination avec les professionnels de soins

Mise en relation avec l'ESA

Coordination avec les aidants

Tenir des réunions hebdomadaires

### Promotion et prévention de l'autonomie

Kiné

Faire un suivi kiné, avec un ergothérapeute

Activités physiques adaptées

Adaptation du domicile avec l'ergothérapeute

### Soutien aux aidants

Café des aidants

Séance de bien-être à domicile

Proposer un suivi psychologique

Mise en relation avec l'association France Alzheimer

Mise en relation avec la plateforme de répit

Accompagner l'aidant pour le laisser des temps de répit

## Personae 3 : Mme. MORNEAU, 72 ans

### Inclusion et maintien du lien social

Proposition d'ateliers avec d'autres bénéficiaires

AMP  
CRT  
AJ

### Points d'attention

- Respect des procédures internes
- Repérage des aidants en difficulté
- Hygiène et nutrition
- Adaptation du logement
- Isolement
- Surveillance aidant
- Evolution de la maladie
- Vigilance choix du professionnel

### Actions à prioriser

- Mise en relation avec l'ESA
- Outil de liaison unique
- Organisation de sorties et d'évènements
- Coordination avec les différents partenaires
- Activités cognitives
- Coordination et surveillance de la pathologie
- Prévenir la perte d'autonomie, favoriser la stimulation cognitive

## Personae 4 : M. CLERVILLE, 80 ans, Terre de haut / La Désirade

### Les caractéristiques

**La pathologie :** Monsieur Clerville est alité depuis un an après une fracture de la hanche, après une chute, qui s'est compliquée en raison d'autres problèmes de santé. Il dépend de l'aide extérieure pour ses soins médicaux et le maintien de son confort.

**Cadre de vie :** Il vit seul à Terre De Haut. Sa fille, qui est son aidante familiale, vient chaque jour pour l'aider avec ses besoins quotidiens. Son aidante sollicite très régulièrement les aides extérieures sur l'état de santé de son père. Elle semble inquiétée et fatiguée.

**Les autres soins nécessaires :** Doit consulter un orthopédiste et un gériatre pour le suivi de sa fracture et de ses autres problèmes de santé, au CHU. Nécessite des soins infirmiers réguliers pour les soins de plaies et la prévention des escarres.

**Les habitudes et demandes :** Se lève à 6h . Les aides pour les tâches quotidiennes concernent le ménage, la préparation des repas et la gestion des médicaments. Son lit ne semble plus adapté, il exprime un souhait de le remplacer pour un lit médicalisé.

## Personne 4 : M. CLERVILLE, 80 ans, Terre de haut / La Désirade

### Les actions nécessaires pour la prise en charge

#### Avant 1<sup>ère</sup> visite

Evaluation du besoin et de l'environnement (bénéficiaire et aidant)

Evaluation GIR

Check List :

- Prise en charge référent famille, médecin
- Etat du domicile
- Type d'aide (matériel, APA)

Appel de l'aidante, réception du CR opératoire, visite du SSIAD au domicile

#### 1<sup>ère</sup> visite

Renseigner les documents de PEC

Grille de repérage fragilité pour intervenant

- Evaluation sur site du bien
- Recueil des besoins
- Vie sociale

Demande APA

Prise contact fournisseur matériel  
Intervention ergothérapeute

#### Le suivi

- Point mensuel avec l'IDEC
- Traçabilité logiciel partagé
- Fiche des remontées d'évnts indésirables

Binôme Suivi SSIAD

Suivi orthopédiste et gériatre

- Vérifier satisfaction bénéficiaire
- Voir évolution besoins

Accompagnement SAD prise de rdv médicaux et des actes essentiels de la vie quotidienne

### Modalités de prise en charge et coordination interne

Aide administrative pour les démarches

Appel du SAAD pour que le patient bénéficie de l'aide

## Personae 4 : M. CLERVILLE, 80 ans

### La coordination avec les professionnels de soins

- Intervention kinés et ergothérapeute
- Médecin pour matériel médicalisé
- Partenariat pharmacie

Coordination SAAD pour des prestations d'accompagnement aux rdv médicaux (bateau, voiture, repas)

Partenariat CCAS et assistante sociale pour les dispositifs d'aide (mairie et CARL)

Partenariat diététicienne : Fiche de suivi alimentaire

Téléconsultation pour le gériatre

### Promotion et prévention de l'autonomie

Prévention chutes et risques

Activité physique (en mer)

Activités loisirs : domino belotte

Proposition kiné pour faciliter la mobilisation et prévoir la sortie du lit

### Soutien aux aidants

Café solidarité  
Co-aidance (groupe de parole)  
Activités de groupes

Partenariat avec l'IREPS  
Equipe mobile gériatrique  
Répit des aidants

Diriger vers une structure pour l'aide aux aidants

Informers l'aidant des professionnels à contacter pour le suivi médical SSIAD

Plateforme de répit pour l'aidant

## Personne 4 : M. CLERVILLE, 80 ans

### Inclusion et maintien du lien social

Missions vers les événements culturels :  
Gosier-Saint-François : 2x  
par an

Convention :

- Petit frère des pauvres
- Charte de bénévolat avec le CCAS
- Représentant des usagers
- Service civique
- Association de santé

Activité à domicile car alité

Téléassistance

Visite de courtoisie

### Points d'attention

- Lien social

- Fatigue physique et mentale de l'aidante

- Prévention des escarres

- Soin médical  
Renouvellement du lit

- Difficultés de transport  
(double insularité)

### Actions à prioriser

- Adaptation du logement  
(Renouvellement du lit)

- Prise en charge SSIAD +  
aide-ménagère

- Aide financière pour les  
déplacements hors domicile (en  
Guadeloupe)

Demande de l'APA

Soins réguliers des  
infirmiers

Téléassistance

# 06

## Conclusion et prochaines étapes



# Les ressources déjà disponibles

1

## Le diagnostic partagé des besoins du territoire

- Une mise en forme avec les apports du jour puis une mise à disposition de ces fiches dans le dossier d'accompagnement



**Webinaire** : « Comprendre et décrypter la réforme des Services Autonomie à Domicile »



## Le kit ANAP

- Les trames de fiches de poste SAD
- L'organigramme cible des SAD
- Les outils de coordination
- L'outil d'évaluation globale
- Les bonnes questions pour un partenariat
- Des flyers de communication
- Une check-list de mise en conformité du CDC
- Exemples d'actions thématiques
- Un modèle de convention de coopération transitoire

2

## L'initialisation du travail du cahier des charges

- Une remise en forme puis une mise à disposition dans le dossier d'accompagnement

## Les nouvelles ressources à l'issue de l'atelier 2

### 1 La note méthodologique : La sectorisation

Ce qui est attendu par l'ARS et le CD et les enjeux sur les autorisations

### 2 Le livrable de l'accompagnement par une approche « parcours patient »

Par personae : les attentes spécifiques, ce qui est déjà fait, ce qui est à améliorer, à construire...

Quelle adéquation avec le cahier des charges ?

- [Notice explicative du décret relatif aux SAD](#)
- **Les outils des statuts juridiques, fiscalité, ANAP** : [La fusion entre associations ou fondations](#)
- [Le parcours des personnes âgées sur un territoire](#) : réaliser un diagnostic et définir une feuille de route, ANAP
- Etude : [Le soutien des aidants non professionnels](#), ANESM, 2014
- Etude : [L'accompagnement des personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative](#), HAS

## Au prochain atelier

Cartographier l'offre de service

**Quelle nouvelle offre pour répondre aux besoins ?**

Une offre de service intégrant les missions de management

17 et 18 décembre

**Partie 1 : Point méthodologique :** Quel statut juridique ?

**Partie 2 :** Réalisation d'une matrice AFOM de l'offre de service actuelle et la qualité de vie des collaborateurs

Les fiches thématiques du cahier des charges

- Cartographier l'offre de service:
  - Recenser les spécificités de certains bénéficiaires (isolement, fracture numérique, aidant présent...) et d'avoir des réflexions sur les bonnes pratiques à mettre en œuvre
  - S'adapter aux besoins des bénéficiaires pour avoir une offre d'aide et de soins cohérente
  - Réfléchir sur l'organisation de structures pour soutenir les aidants
- **La finalité de l'atelier :** Disposer de fiches thématiques pour terminer la compréhension du cahier des charges

## Save the date pour les prochains ateliers

Atelier 3

Atelier 4

Basse-Terre

Grande-Terre



**17 décembre**

9h – 12h



Hémicycle du CD



**18 décembre**

9h – 12h



À définir



**22 janvier**

9h – 12h



Hémicycle du CD

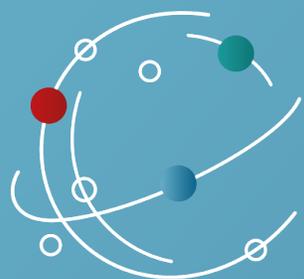


**23 janvier**

9h – 12h



À définir



Groupe  
**espelia**  
Servir l'intérêt général

espelia

ressources  
Consultants Finances

tecurbis

icea

## CONTACT :

Melodie FORTIER

Directrice du Pôle Antilles-Guyane

[melodie.fortier@espelia.fr](mailto:melodie.fortier@espelia.fr)

Estelle ARNAUD

Marie RICHARD

Consultante

[marie.richard@espelia.fr](mailto:marie.richard@espelia.fr)