**Demande d’autorisation en qualité de service autonomie à domicile aide et soin (SAD mixte) par transformation de l’offre existante sur le territoire de la Guadeloupe** (hors Îles du Nord)

**LETTRE D’INTENTION**

**du SSIAD relative à la création de SAD mixte avec l’option choisie**

**à retourner le 8 août 2025, au plus tard**

**avec accusé de réception / lecture**,

aux adresses suivantes :

[ars971-dct@ars.sante.fr](mailto:ars971-dct@ars.sante.fr) & cd@cg971.fr

Objet : « **Autorisation SAD mixtes** **Guadeloupe 2025 – Lettre d’intention** »

Nous,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identité du SSIAD**  **n° 1** | **Raison sociale** |  |
| **FINESS ET** |  |
| **FINESS EJ** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Adresse** |  |
| **Zone d’intervention** |  |
| **Capacité PA**  *(à la date de la demande)* |  |
| **Capacité PH**  *(à la date de la demande)* |  |
| **Capacité ESA**  *(à la date de la demande)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identité du représentant légal** | **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-mail** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identité du SSIAD**  **n° 2** | **Raison sociale** |  |
| **FINESS ET** |  |
| **FINESS EJ** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Adresse** |  |
| **Zone d’intervention** |  |
| **Capacité PA**  *(à la date de la demande)* |  |
| **Capacité PH**  *(à la date de la demande)* |  |
| **Capacité ESA**  *(à la date de la demande)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identité du représentant légal** | **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-mail** |  |

**Et**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identité du SAAD**  **n° 1** | **Raison sociale** |  |
| **FINESS ET** |  |
| **FINESS EJ** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Adresse du siège** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identité du représentant légal** | **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-mail** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identité du SAAD**  **n° 2** | **Raison sociale** |  |
| **FINESS ET** |  |
| **FINESS EJ** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Adresse du siège** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identité du représentant légal** | **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-mail** |  |

Pour atteindre une entité juridique unique, optons pour :

**1) L’opération à caractère juridique :**

a) La **fusion** entre organismes gestionnaires (fusion-création et fusion absorption)

b) La **reprise** ou la cession d’activité

Conformément à l’article 313-1 du CASF : « *L'autorisation ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente pour la délivrer, qui s'assure que le cessionnaire pressenti remplit les conditions pour gérer l'établissement, le service ou le lieu de vie et d'accueil dans le respect de l'autorisation préexistante, le cas échéant au regard des conditions dans lesquelles il gère déjà, conformément aux dispositions du présent code, d'autres établissements, services ou lieux de vie et d'accueil* ».

*Le cessionnaire doit déposer une demande de cession de l’autorisation suivant la procédure prévue à l’article D.313-10-8 du CASF*

c) La création d’un **GCSMS titulaire** de l’autorisation

* *Titulaire des autorisations de ses membres*
* *Implique la cession des autorisations au profit du GCSMS*
* *Répond à l’exigence de constitution en EJ unique*

d) La **convention de coopération** à titre transitoire

*Les services qui déposeront une demande d’autorisation devront présenter une convention de coopération interservices portant sur l’exploitation d’une autorisation de SAD aide et soins (cf annexe 4)*

e) La création d’un **GCSMS exploitant à titre transitoire**

* *Exploiter les autorisations de ses membres dans le cadre d’un conventionnement*
* *Chaque organisme demeure titulaire de son autorisation*
* *Cette solution est transitoire et ne pourra durer au-delà de 5 ans*

**2) La zone d’intervention du SAD mixte sera la suivante :**

Nous sollicitons :

a) Une **demande de modification du périmètre d’intervention soins et aide**, pour répondre à l’obligation de territoire unique d’intervention, soit :

une augmentation de la zone d’intervention

une réduction du territoire

une cession d’autorisation

*Et / ou*

b) Une **extension de la capacité des places de soins[[1]](#footnote-1)** (pour les SSIAD) :

**Capacité supplémentaire envisagée**[[2]](#footnote-2) :

Pour le motif suivant :

1. Couvrir les zones blanches, c’est-à-dire les zones non concernées par l’autorisation de SSIAD/SAD mixte. Dans ce cas, la création de places s’accompagne d’une extension de la zone d’intervention du SSIAD/SAD mixte

2. Améliorer l’accès aux soins à domicile dans les zones en théorie couvertes par l’autorisation SSIAD/SAD mixte, mais où le service autorisé intervient difficilement pour des raisons d’accessibilité ou de moyens

3. Renforcer la capacité du SSIAD/SAD mixte existant, confronté de façon chronique à des demandes dépassant sa capacité d’intervention

**3) La nouvelle catégorie du public à accompagner :**

Nous sollicitons une modification du public accompagné  OUI  NON

**Nombre de places sollicitées pour ces nouveaux bénéficiaires[[3]](#footnote-3)** :

**4) Description succincte du projet envisagé à l’appui de pièces justificatives à transmettre :**

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à | **Le,** |

|  |  |
| --- | --- |
| Le représentant du SSIAD | Le représentant du SAAD |

**Cadre réservé au Conseil Départemental : Date :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coordonnées de l’instructeur**  **CD de la Guadeloupe** | NOM :  Prénom :  Fonction :  Téléphone :  Mail : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Avis** | **Commentaires** |
| Acceptation du projet de demande d’autorisation  Refus du projet de demande d’autorisation |  |

**Cadre réservé à l’ARS : Date :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coordonnées de l’instructeur**  **Agence de Santé** | NOM :  Prénom :  Fonction :  Téléphone :  Mail : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Avis** | **Commentaires** |
| Acceptation du projet de demande d’autorisation  Refus du projet de demande d’autorisation |  |

1. Conformément aux décret / cahier des charges, de nouvelles places de SSIAD/SAD mixtes peuvent être créées pour répondre aux besoins en soins et accompagnement non couverts sur le territoire de la Guadeloupe [↑](#footnote-ref-1)
2. Par extensions non importantes (ENI) soit une augmentation de moins de 30 % de la capacité autorisée des SSIAD/SAD mixtes [↑](#footnote-ref-2)
3. Le projet de transformation avec modification des bénéficiaires doit donner lieu à la conclusion d’un CPOM ARS/CD/SAD mixte et, également, donner lieu à un avis préalable de la CISAAP (article L. 313-1-1 CASF) [↑](#footnote-ref-3)