



**Dossier de demande d’autorisation**

**pour la création d’un Service Autonomie à Domicile**

**aide et soin (SAD mixte)**

**Région Normandie**

Département d’implantation du SAD aide et soin :

Textes :

* L’article L.313-1-3 du code de l’action sociale et des familles (CASF), modifié par l’article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (prévoit qu’un décret fixe le cahier des charges national que doivent respecter les SAD), lui-même modifié par l’article 22 de la LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.
* Le décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l’article L313-1-3 du CASF et aux services d’aide et d’accompagnement relevant des 1° et 16° du I de l’article L312-1 du même code.
* L’annexe 3-0 du CASF : cahier des charges définissant les conditions techniques minimales d’organisations et de fonctionnement des services autonomie à domicile à l’article L.313-1-3 du Code de l’action sociale et des familles.

**Trois prérequis pour déposer le dossier de demande de création :**

* Une zone d’intervention unique pour les activités de soins et d’aide
* Un gestionnaire unique pour le SAD aide et soin ou un mécanisme transitoire
* La conformité au cahier des charges.

Les dossiers de demande de création doivent être adressés par courriel, au plus tard le 31/12/2025, aux autorités compétentes :

* **Agence régionale de santé Normandie**

[ars-normandie-direction-autonomie@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-direction-autonomie@ars.sante.fr) et le cadre référent départemental

**ET au Conseil départemental du territoire concerné par la demande :**

* **Conseil départemental de l’Eure :**

aurelie.roussel@eure.fr

* **Conseil départemental de l’Orne**

[mouterde.annabelle@orne.fr](mailto:mouterde.annabelle@orne.fr)

busson.fanny@orne.fr

* **Conseil départemental de la Seine Maritime :**

[da-sad@seinemaritime.fr](mailto:da-sad@seinemaritime.fr)

* **Conseil départemental du Calvados :**

emilie.beziers@calvados.fr

* **Conseil Départemental de la Manche**

serge.jardin@manche.fr

A compter du dépôt de la demande d’autorisation, l’ARS et le Département ont un délai de 6 mois maximum pour instruire le dossier et répondre aux gestionnaires.

* Documents à transmettre avec le dossier *(liste non limitative / non exhaustive)*
* Tout document permettant d'identifier le(s) demandeur(s)
* Tous les documents répondant au portage juridique du SAD aide et soin (convention de coopération transitoire inter-services / convention constitutive du GCSMS / tous les documents relatifs à une fusion/absorption/cession, protocole de transfert, …)
* Les délibérations des organes délibérants de chaque entité approuvant le dépôt du projet
* Une note de gouvernance présentant le projet global et son évolution à terme
* L’organigramme cible
* La « Check-list ANAP » de mise en conformité aux exigences du cahier des charges SAD (en pièce jointe du dossier)
* Le projet de service ou le calendrier prévisionnel de réalisation
* Les outils de la loi 2002-2 (livret d’accueil, règlement de fonctionnement, DIPEC, projet d’accompagnement personnalisé, …) ou le calendrier prévisionnel de réalisation
* La cartographie de l’intervention du SAD
* Le tableau des effectifs actuel et prévisionnel
* Le cadre budgétaire :
  + Si entité juridique unique porteur de la demande : transmettre un EPRD prévisionnel du SAD aide et soin en année pleine pour sa 1ère année de fonctionnement (cadre EPRD et annexe financière 5d)
  + Si conventionnement transitoire ou GCSMS exploitant : transmettre un EPRD soin

Toute pièce complémentaire pourra être demandée par l’ARS et le Département dans le cadre de l’étude du dossier et en fonction des orientations départementales.

**Présentation des structures et description de la situation actuelle**

**Référent dossier :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de la demande d’autorisation** | *JJ/MM/AAAA* |
| **Département** |  |
| **Région** | Normandie |
| **Personne en charge du dossier de demande d’autorisation** | *Nom + Prénom* |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-mail** |  |

**Objet de la demande :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature de l'opération / de la demande** | Opération pérenne : création d’une entité juridique unique  Opération pérenne : adjonction d'une nouvelle activité  Opération transitoire : convention transitoire  durée :  Opération transitoire : GCSMS exploitant  durée :  Autre |
| *Si création d'une entité juridique unique, préciser le véhicule juridique* | Fusion (absorption ou création)  Transfert ou reprise d’activité / cession  Création d'un GCSMS titulaire  Autre (préciser) |
| *Si conventionnement transitoire, préciser l’entité juridique envisagée à terme* |  |
| *Précisions (facultatif)* |  |

**Le(s) demandeur(s) certifie(nt) que la présente demande est assortie du respect de l’annexe 3-0 du code de l’action sociale et des familles définissant les conditions techniques minimales d’organisation et de fonctionnement des services autonomie à domicile mentionnés à l’article L.313-1-3 du même code**

1. Informations sur les services concernés à la date de la demande

Identification du / des SSIAD :

***Si plusieurs SSIAD, présentation à décliner pour chaque service concerné par la demande.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SSIAD 1** | |
| **Nom du service** |  | |
| Nom du gestionnaire |  | |
| FINESS juridique |  | |
| FINESS géographique |  | |
| Statut juridique | Organisme privé à but non lucratif  Organisme privé à but lucratif  Fonction publique hospitalière  Fonction publique territoriale  Autre, *préciser :* … | |
| Convention collective en vigueur (si structure de droit privé) | CCN de la branche de l’aide, de l’accompagnement, des soins et des services à domicile (IDCC : 2941)  CCN des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (IDCC : 51)  CCN de l’hospitalisation privée (IDCC : 2264)  CCN du 15 mars 1966 (IDCC : 413)  CCN des entreprises de services à la personne (IDCC : 3127)  Autre, *préciser :* … | |
| Précisions *(facultatif)* |  | |
| CPOM signé avec l'ARS | Oui  Non | |
| *Si oui, date de signature (la plus récente)* | *JJ/MM/AAAA* | |
| Le service fait-il partie d’un groupement sanitaire / médico-social ? | Oui  Non | |
| *Si oui, préciser* |  | |
| Adhésion à une fédération | AD-PA  FEHAP  FNADEPA  FHF  Nexem  SYNERPA Domicile  Adédom  UNCCAS | Fédésap  UNADMR  FNAQPA  FNAAFP-CSF  UNA  UNASSI  Autre, *préciser :* … |
|  |  | |
| Le SSIAD avait-il signé un SPASAD expérimental ? | Oui  Non | |
| *Si oui, est-ce avec un SAAD qui participe au projet de création de SAD mixte ?* | Oui  Non  *Lequel ?* | |
|  |  | |
| **Localisation du siège** |  | |
| Commune et code postal |  | |
|  |  | |
| **Représentant légal** |  | |
| Nom + Prénom |  | |
| Fonction |  | |
| Numéro de téléphone |  | |
| E-mail |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SSIAD 2** | |
| **Nom du service** |  | |
| Nom du gestionnaire |  | |
| FINESS juridique |  | |
| FINESS géographique |  | |
| Statut juridique | Organisme privé à but non lucratif  Organisme privé à but lucratif  Fonction publique hospitalière  Fonction publique territoriale  Autre, *préciser :* … | |
| Précisions *(facultatif)* |  | |
| CPOM signé avec l'ARS | Oui  Non | |
| *Si oui, date de signature (la plus récente)* | *JJ/MM/AAAA* | |
| Le service fait-il partie d’un groupement sanitaire / médico-social ? | Oui  Non | |
| *Si oui, préciser* |  | |
| Adhésion à une fédération | AD-PA  FEHAP  FNADEPA  FHF  Nexem  SYNERPA Domicile  Adédom  UNCCAS | Fédésap  UNADMR  FNAQPA  FNAAFP-CSF  UNA  UNASSI  Autre, *préciser :* … |
|  |  | |
| Le SSIAD avait-il signé un SPASAD expérimental ? | Oui  Non | |
| *Si oui, est-ce avec un SAAD qui participe au projet de création de SAD mixte ?* | Oui  Non  *Lequel ?* | |
|  |  | |
| **Localisation du siège** |  | |
| Commune et code postal |  | |
|  | | |
| **Représentant légal** |  | |
| Nom + Prénom |  | |
| Fonction |  | |
| Numéro de téléphone |  | |
| E-mail |  | |

Identification du / des SAAD :

***Si plusieurs SAD aide/SAAD, présentation à décliner pour chaque service concerné par la demande.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SAAD 1** | | |
| **Nom du service** |  | | |
| Nom du gestionnaire |  | | |
| Raison Sociale |  | | |
| FINESS juridique |  | | |
| FINESS géographique |  | | |
| N°SIRET |  | | |
| Statut juridique | Organisme privé à but non lucratif  Organisme privé à but lucratif  Fonction publique hospitalière  Fonction publique territoriale  Autre, *préciser :* … | | |
| Convention collective en vigueur (si structure de droit privé) | CCN de la branche de l’aide, de l’accompagnement, des soins et des services à domicile (IDCC : 2941)  CCN des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (IDCC : 51)  CCN de l’hospitalisation privée (IDCC : 2264)  CCN du 15 mars 1966 (IDCC : 413)  CCN des entreprises de services à la personne (IDCC : 3127)  Autre, *préciser :* … | | |
| Précisions *(facultatif)* |  | | |
| CPOM signé avec le CD | Oui  Non | | |
| *Si oui, date de signature (la plus récente)* | *JJ/MM/AAAA* | | |
| Convention CNAV (Oscar) | Oui  Non | | |
| *Si oui, n° d'identifiant CNAV* |  | | |
| Le service fait-il partie d’un groupement sanitaire / médico-social ? | Oui  Non | | |
| *Si oui, préciser* |  | | |
| Adhésion à une fédération | AD-PA  FEHAP  FNADEPA  FHF  Nexem  SYNERPA Domicile  Adédom  UNCCAS | | Fédésap  UNADMR  FNAQPA  FNAAFP-CSF  UNA  UNASSI  Autre, *préciser :* … |
|  |  | | |
| Le SAAD avait-il signé un SPASAD expérimental ? | | Oui  Non | |
| *Si oui, est-ce avec un SSIAD qui participe au projet de création de SAD mixte ?* | | Oui  Non  *Lequel ?* | |
|  |  | | |
| **Localisation du siège** |  | | |
| Commune et code postal |  | | |
|  |  | | |
| **Représentant légal** |  | | |
| Nom + Prénom |  | | |
| Fonction |  | | |
| Numéro de téléphone |  | | |
| E-mail |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SAAD 2** | |
| **Nom du service** |  | |
| Nom du gestionnaire |  | |
| Raison Sociale |  | |
| FINESS juridique |  | |
| FINESS géographique |  | |
| N°SIRET |  | |
| Statut juridique | Organisme privé à but non lucratif  Organisme privé à but lucratif  Fonction publique hospitalière  Fonction publique territoriale  Autre, *préciser :* … | |
| Convention collective en vigueur (si structure de droit privé) | CCN de la branche de l’aide, de l’accompagnement, des soins et des services à domicile (IDCC : 2941)  CCN des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (IDCC : 51)  CCN de l’hospitalisation privée (IDCC : 2264)  CCN du 15 mars 1966 (IDCC : 413)  CCN des entreprises de services à la personne (IDCC : 3127)  Autre, *préciser :* … | |
| Précisions *(facultatif)* |  | |
| CPOM signé avec le CD | Oui  Non | |
| *Si oui, date de signature (la plus récente)* | *JJ/MM/AAAA* | |
| Convention CNAV (Oscar) | Oui  Non | |
| *Si oui, n° d'identifiant CNAV* |  | |
| Le service fait-il partie d’un groupement sanitaire / médico-social ? | Oui  Non | |
| *Si oui, préciser* |  | |
| Adhésion à une fédération | AD-PA  FEHAP  FNADEPA  FHF  Nexem  SYNERPA Domicile  Adédom  UNCCAS | Fédésap  UNADMR  FNAQPA  FNAAFP-CSF  UNA  UNASSI  Autre, *préciser :* … |
|  |  | |
| Le SAAD avait-il signé un SPASAD expérimental ? | Oui  Non | |
| Si oui, est-ce avec un SSIAD qui participe au projet de création de SAD mixte ? | Oui  Non  *Lequel ?* | |
|  |  | |
| **Localisation du siège** |  | |
| Commune et code postal |  | |
|  |  | |
| **Représentant légal** |  | |
| Nom + Prénom |  | |
| Fonction |  | |
| Numéro de téléphone |  | |
| E-mail |  | |

Identification du / des SPASAD autorisé :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SPASAD *autorisé*** *(entité juridique unique)* | |
| **Nom du service** |  | |
| Nom du gestionnaire |  | |
| N° FINESS juridique |  | |
| N° FINESS géographique |  | |
| Statut juridique | Organisme privé à but non lucratif  Organisme privé à but lucratif  Fonction publique hospitalière  Fonction publique territoriale  Autre, préciser : … | |
| Convention collective en vigueur (si structure de droit privé) | CCN de la branche de l’aide, de l’accompagnement, des soins et des services à domicile (IDCC : 2941)  CCN des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (IDCC : 51)  CCN de l’hospitalisation privée (IDCC : 2264)  CCN du 15 mars 1966 (IDCC : 413)  CCN des entreprises de services à la personne (IDCC : 3127)  Autre, préciser : … | |
| Précisions *(facultatif)* |  | |
| CPOM signé avec l'ARS | Oui  Non | |
| Si oui, date de signature *(la plus récente)* | *JJ/MM/AAAA* | |
| CPOM signé avec le CD | Oui  Non | |
| Si oui, date de signature *(la plus récente)* | *JJ/MM/AAAA* | |
| Convention CNAV (Oscar) | Oui  Non | |
| *Si oui, n° d'identifiant CNAV* |  | |
| Le service fait-il partie d’un groupement sanitaire / médico-social ? | Oui  Non | |
| *Si oui, préciser* |  | |
| Adhésion à une fédération | AD-PA  FEHAP  FNADEPA  FHF  Nexem  SYNERPA Domicile  Adédom  UNCCAS | Fédésap  UNADMR  FNAQPA  FNAAFP-CSF  UNA  UNASSI  Autre, *préciser :* … |

|  |  |
| --- | --- |
| **Localisation du siège** |  |
| Commune et code postal |  |
|  |  |
| **Représentant légal** |  |
| Nom + Prénom |  |
| Fonction |  |
| Numéro de téléphone |  |
| E-mail |  |
|  |  |

1. Activité des services actuels

**Activité du/des SSIAD :**

***Si plusieurs SSIAD, présentation à décliner pour chaque service concerné par la demande.***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SSIAD 1** |
| **Nom du service** |  |
| Gestionnaire |  |
| N° FINESS juridique |  |
|  |  |
| **Périmètre du territoire soin autorisé** *Liste des communes avec code postal* |  |
|  |  |
| **Nombre total de places autorisées** |  |
| *dont PA* |  |
| *dont PH* |  |
| *dont Autres (notamment ESA, places de nuit, d’urgence, etc) - Préciser* |  |
| *Activité de psychologue* | Oui  Non |
|  |  |
| **Nombre total de patients suivi à date (file active)** |  |
| *dont PA* |  |
| *dont PH* |  |
| *dont Autres (notamment ESA, places de nuit, d’urgence, etc.) - Préciser* |  |
| *Activité de psychologue* |  |
|  |  |
| **Taux d'occupation N-1 (en %)** |  |
| dont PA N-1 |  |
| dont PH N-1 |  |
| Evolution du taux d'occupation PA sur les 3 dernières années | Augmentation importante  Augmentation modérée  Stable  Diminution modérée  Diminution importante |
| Evolution du taux d'occupation PH sur les 3 dernières années | Augmentation importante  Augmentation modérée  Stable  Diminution modérée  Diminution importante |
| Précisions / commentaires *(facultatif)* |  |
|  | |
| *(facultatif)* **Autres dispositifs adossés au SSIAD** : EHPAD / CRT / plateforme de répit / etc. |  |
|  |  |
| *(facultatif)* **Décrire le ou les éventuels impacts pour l’ESA dans le cadre du projet de SAD mixte**(périmètres d’intervention distincts notamment) |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SSIAD 2** |
| **Nom du service** |  |
| Gestionnaire |  |
| N° FINESS juridique |  |
|  |  |
| **Périmètre du territoire soin autorisé** *Liste des communes avec code postal* |  |
|  |  |
| **Nombre total de places autorisées** |  |
| *dont PA* |  |
| *dont PH* |  |
| *dont Autres (notamment ESA, places de nuit, d’urgence, etc) - Préciser* |  |
| *Activité de psychologue* | Oui  Non |
|  |  |
| **Nombre total de patients suivi à date (file active)** |  |
| *dont PA* |  |
| *dont PH* |  |
| *dont Autres (notamment ESA, places de nuit, d’urgence, etc.) - Préciser* |  |
| *Activité de psychologue* |  |
|  |  |
| **Taux d'occupation N-1 (en %)** |  |
| dont PA N-1 |  |
| dont PH N-1 |  |
| Evolution du taux d'occupation PA sur les 3 dernières années | Augmentation importante  Augmentation modérée  Stable  Diminution modérée  Diminution importante |
| Evolution du taux d'occupation PH sur les 3 dernières années | Augmentation importante  Augmentation modérée  Stable  Diminution modérée  Diminution importante |
| Précisions / commentaires *(facultatif)* |  |
|  | |
| *(facultatif)* **Autres dispositifs adossés au SSIAD** : EHPAD / CRT / plateforme de répit / etc. |  |
|  |  |
| *(facultatif)* **Décrire le ou les éventuels impacts pour l’ESA dans le cadre du projet de SAD mixte**(périmètres d’intervention distincts notamment) |  |

**Activité du/des SAAD prestataire(s) :**

***Si plusieurs SAD aide/SAAD, présentation à décliner pour chaque service concerné par la demande.***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SAAD 1** |
| **Nom du service** |  |
| Gestionnaire |  |
| N° FINESS juridique |  |
|  |  |
| **Périmètre du territoire autorisé** | Département entier  Sectorisation |
|  |  |
| **Volume total d'heures réalisées par le service d'aide prestataire en 2024** |  |
| *dont APA* |  |
| *dont PCH* |  |
| *dont aide sociale / aide ménagère* |  |
| *dont Autres (OSCAR, heures hors plan d'aide, etc.)* |  |
| Evolution du volume d'heure au cours des 3 dernières années (2022-2023-2024) | Augmentation importante  Augmentation modérée  Stable  Diminution modérée  Diminution importante |
| Précisions / commentaires *(facultatif)* |  |
|  |  |
| **Nombre total bénéficiaires à date de la demande** |  |
| *dont APA* |  |
| *dont PCH* |  |
| *dont Aide sociale* |  |
| *dont Autres (OSCAR, heures hors plan d'aide, etc.)* |  |
|  |  |
| *(facultatif)* **Autres activités portées par le SAAD / adossées :** portage de repas, CRT, etc. |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SAAD 2** |
| **Nom du service** |  |
| Gestionnaire |  |
| N° FINESS juridique |  |
|  |  |
| **Périmètre du territoire autorisé** | Département entier  Sectorisation |
|  |  |
| **Volume total d'heures réalisées par le service d'aide prestataire en 2024** |  |
| *dont APA* |  |
| *dont PCH* |  |
| *dont aide sociale / aide ménagère* |  |
| *dont Autres (OSCAR, heures hors plan d'aide, etc.)* |  |
| Evolution du volume d'heure au cours des 3 dernières années (2022-2023-2024) | Augmentation importante  Augmentation modérée  Stable  Diminution modérée  Diminution importante |
| Précisions / commentaires *(facultatif)* |  |
|  |  |
| **Nombre total bénéficiaires à date de la demande** |  |
| *dont APA* |  |
| *dont PCH* |  |
| *dont Aide sociale* |  |
| *dont Autres (OSCAR, heures hors plan d'aide, etc.)* |  |
|  |  |
| *(facultatif)* **Autres activités portées par le SAAD / adossées :** portage de repas, CRT, etc. |  |

Identification du / des SPASAD :

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SPASAD autorisé** |
| **Nom du service** |  |
| Gestionnaire |  |
| N° FINESS juridique |  |
|  |  |
| **Périmètre du territoire soin autorisé** *Liste des communes avec code postal* |  |
| **Périmètre du territoire aide autorisé** | Département entier  Sectorisation |
|  |  |
| **Nombre total de places soin autorisées** |  |
| *dont PA* |  |
| *dont PH* |  |
| *dont Autres (notamment ESA, places de nuit, d’urgence, etc) - Préciser* |  |
| *Activité de psychologue* | Oui  Non |
|  |  |
| **Nombre total de patients suivi à date (file active)** |  |
| *dont PA* |  |
| *dont PH* |  |
| *dont Autres (notamment ESA, places de nuit, d’urgence, etc.) - Préciser* |  |
| *Activité de psychologue* |  |
|  |  |
| **Nombre total bénéficiaires à date de la demande** |  |
| *dont APA* |  |
| *dont PCH* |  |
| *dont aide sociale / aide ménagère* |  |
| *dont Autres (OSCAR, heures hors plan d'aide, etc.)* |  |
|  |  |
| **Taux d'occupation SSIAD N-1 (en %)** |  |
| dont PA N-1 |  |
| dont PH N-1 |  |
| Evolution du taux d'occupation PA sur les 3 dernières années | Augmentation importante  Augmentation modérée  Stable  Diminution modérée  Diminution importante |
| Evolution du taux d'occupation PH sur les 3 dernières années | Augmentation importante  Augmentation modérée  Stable  Diminution modérée  Diminution importante |
| Précisions / commentaires *(facultatif)* |  |
|  |  |
| **Volume total d'heures réalisées par le service d'aide prestataire en 2024** |  |
| *dont APA* |  |
| *dont PCH* |  |
| *dont aide sociale / aide ménagère* |  |
| *dont Autres (OSCAR, heures hors plan d'aide, etc.)* |  |
| Evolution du volume d'heure au cours des 3 dernières années  (2022-2023-2024) | Augmentation importante  Augmentation modérée  Stable  Diminution modérée  Diminution importante |
| Précisions / commentaires *(facultatif)* |  |
|  |  |
| *(facultatif)* **Autres activités portées par le SAAD / adossées :** portage de repas, CRT, etc. |  |
| *(facultatif)* **Autres dispositifs adossés au SSIAD** : EHPAD / CRT / plateforme de répit / etc. |  |
| *(facultatif)* **Décrire le ou les éventuels impacts pour l’ESA dans le cadre du projet de SAD mixte**(périmètres d’intervention distincts notamment) |  |

1. Organisation des services actuels

Continuité de service :

***Si plusieurs services, présentation à décliner pour chaque service concerné par la demande.***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SSIAD 1** |
| **Nom du service** | *xxx* |
| Le service assure-t-il une continuité de service 7j/7 ? | Oui  Non |
| Interventions possibles le matin avant 7h | Oui  Non |
| Interventions possibles le soir après 20h | Oui  Non |
| Précisions / commentaires (*facultatif*) |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SSIAD 2** |
| **Nom du service** | *xxx* |
| Le service assure-t-il une continuité de service 7j/7 ? | Oui  Non |
| Interventions possibles le matin avant 7h | Oui  Non |
| Interventions possibles le soir après 20h | Oui  Non |
| Précisions / commentaires (*facultatif*) |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SAAD 1** |
| **Nom du service** | *xxx* |
| Le service assure-t-il une continuité de service 7j/7 ? | Oui  Non |
| Interventions possibles le matin avant 7h | Oui  Non |
| Interventions possibles le soir après 20h | Oui  Non |
| Précisions / commentaires (*facultatif*) |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SAAD 2** |
| **Nom du service** | *xxx* |
| Le service assure-t-il une continuité de service 7j/7 ? | Oui  Non |
| Interventions possibles le matin avant 7h | Oui  Non |
| Interventions possibles le soir après 20h | Oui  Non |
| Précisions / commentaires (*facultatif*) |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SPASAD autorisé** |
| **Nom du service** | *xxx* |
| **Soins** | *xxx* |
| Le service assure-t-il une continuité de service 7j/7 ? | Oui  Non |
| Interventions possibles le matin avant 7h | Oui  Non |
| Interventions possibles le soir après 20h | Oui  Non |
| Précisions / commentaires (*facultatif*) |  |
|  |  |
| **Aide** | xxx |
| Le service assure-t-il une continuité de service 7j/7 ? | Oui  Non |
| Interventions possibles le matin avant 7h | Oui  Non |
| Interventions possibles le soir après 20h | Oui  Non |
| Précisions / commentaires (*facultatif*) |  |

Coordination aide et soins :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **De la coordination aide et soin préexistait-il déjà entre les services avant la demande ?** | Oui  Non  Partiellement | |
| Préciser (plusieurs réponses possibles) - *sauf si réponse négative* | SPASAD |  |
| Convention |  |
| Partenaire informel |  |
| Gestionnaire unique |  |
| Autre |  |
| Précisions / Commentaires *(facultatif)* |  | |

Outillage numérique :

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SSIAD 1** |
| **Nom du service** |  |
| Utilisation du Dossier usager informatisé (DUI) | Oui  Non  En cours  En projet |
| Nom du logiciel métier de suivi des patients |  |
| Télégestion | Oui  Non  En cours  En projet |
| Appui sur un financement ESMS numérique | Oui  Non  En cours  En projet |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SSIAD 2** |
| **Nom du service** |  |
| Utilisation du Dossier usager informatisé (DUI) | Oui  Non  En cours  En projet |
| Nom du logiciel métier de suivi des patients |  |
| Télégestion | Oui  Non  En cours  En projet |
| Appui sur un financement ESMS numérique | Oui  Non  En cours  En projet |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SAAD 1** |
| **Nom du service** |  |
| Utilisation du Dossier usager informatisé (DUI) | Oui  Non  En cours  En projet |
| Nom du logiciel métier de suivi des bénéficiaires |  |
| Télégestion | Oui  Non  En cours  En projet |
| Appui sur un financement ESMS numérique | Oui  Non  En cours  En projet |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SAAD 2** |
| **Nom du service** |  |
| Utilisation du Dossier usager informatisé (DUI) | Oui  Non  En cours  En projet |
| Nom du logiciel métier de suivi des bénéficiaires |  |
| Télégestion | Oui  Non  En cours  En projet |
| Appui sur un financement ESMS numérique | Oui  Non  En cours  En projet |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SPASAD autorisé** |
| **Nom du service** |  |
| Utilisation du Dossier usager informatisé (DUI) | Oui  Non  En cours  En projet |
| Nom du logiciel métier de suivi des patients |  |
| Télégestion | Oui  Non  En cours  En projet |
| Appui sur un financement ESMS numérique | Oui  Non  En cours  En projet |

1. Situation budgétaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom du service de SOINS** | **SSIAD 1** *xxx* | **SSIAD 2** *xxx* |
| Evolution liée à la réforme de la tarification | FGS avec convergence  Positive  Négative  Neutre | FGS avec convergence  Positive  Négative  Neutre |

|  |  |
| --- | --- |
| **SAAD prestataire** | **SAAD 1** |
| **Nom du service** | *xxx* |
| Mode de tarification | Habilité à l'aide sociale  NHAS |
| Si NHAS, encadrement du reste à charge par CPOM ? | Oui  Non |
| Précisions | *xxx* |
| **Résultat net en année N de l’activité prestaire** | *… €* |
| *Résultat horaire*  *(=résultat net / nombre d’heures réalisées)* | *… €* |
| Comment l'équilibre financier a-t-il évolué sur les 3 dernières années ? | Amélioration importante  Légère amélioration  Légère dégradation  Dégradation importante |
| Le service a-t-il bénéficié du fond d'urgence mis en place par l’Etat ? | Oui  Non |
| Commentaire *(facultatif)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SAAD prestataire** | **SAAD 2** |
| **Nom du service** | *xxx* |
| Mode de tarification | Habilité à l'aide sociale  NHAS |
| Si NHAS, encadrement du reste à charge par CPOM ? | Oui  Non |
| Précisions | *xxx* |
| **Résultat net en année N de l’activité prestaire** | *… €* |
| *Résultat horaire*  *(=résultat net / nombre d’heures réalisées)* | *… €* |
| Comment l'équilibre financier a-t-il évolué sur les 3 dernières années ? | Amélioration importante  Légère amélioration  Légère dégradation  Dégradation importante |
| Le service a-t-il bénéficié du fond d'urgence mis en place par l’Etat ? | Oui  Non |
| Commentaire *(facultatif)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SPASAD 1** |
| **Nom du service** (SPASAD autorisé*)* | *xxx* |
| **Nom du service (Soins)**  *(SPASAD expérimental)* | *xxx* |
| Evolution liée à la réforme de la tarification | FGS avec convergence  Positive  Négative  Neutre |
| **Nom du service (Aide)**  *(SPASAD expérimental)* | xxx |
| Mode de tarification | Habilité à l'aide sociale  NHAS |
| Si NHAS, encadrement du reste à charge par CPOM ? | Oui  Non |
| Précisions | xxx |
| Résultat net en année N de l’activité prestaire | … € |
| Résultat horaire  (=résultat net / nombre d’heures réalisées) | … € |
| Comment l'équilibre financier a-t-il évolué sur les 3 dernières années ? | Amélioration importante  Légère amélioration  Légère dégradation  Dégradation importante |
| Le service a-t-il bénéficié du fond d'urgence mis en place par l’Etat ? | Oui  Non |
| Commentaire (facultatif) |  |

**Dossier de création de SAD aide et soin**

1. Identification du nouveau service SAD aide et soin (entité juridique)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identité du SAD mixte si entité juridique unique** | | |
| **Nom du SAD** |  | |
| **FINESS juridique** |  | |
| **FINESS géographique (1 par site) :** |  | |
| **Raison sociale du SAD mixte** |  | |
| **Statut juridique du SAD mixte** | Organisme privé à but non lucratif  Organisme privé à but lucratif  Fonction publique hospitalière  Fonction publique territoriale  Autre, *préciser :* … | |
| **Convention collective** *(si structure de droit privé)* | CCN de la branche de l’aide, de l’accompagnement, des soins et des services à domicile (IDCC : 2941)  CCN des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (IDCC : 51)  CCN de l’hospitalisation privée (IDCC : 2264)  CCN du 15 mars 1966 (IDCC : 413)  CCN des entreprises de services à la personne (IDCC : 3127)  Autre, *préciser :* … | |
| **Adresse du site principal** |  | |
| **Code INSEE** |  | |
| **Code Postal + Commune** |  | |
|  |  |
| **Identité du représentant légal** |  |
| **Nom + Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-mail** |  |
|  | | |
| **Identité de la personne en charge du dossier** (si différente du représentant légal) **– TOUS PROJETS** | | |
| **Nom + Prénom** |  | |
| **Fonction** |  | |
| **Téléphone** |  | |
| **E-mail** |  | |

*Si période transitoire, à renseigner ci-dessous pour chaque SSIAD signataire de la convention ou adhérent au GCSMS exploitant*

|  |  |
| --- | --- |
| **Identité du SAD mixte dans le cadre du mécanisme transitoire** | |
| **Nom du SAD** |  |
| **FINESS juridique** |  |
| **FINESS géographique (1 par site) :** |  |
| **Identité de la personne en charge du dossier** | |
| **Nom + Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-mail** |  |

1. Périmètre d’intervention cible du SAD aide et soin

*En cas de période transitoire, à renseigner pour chaque service concerné.*

*En fonction du nombre de services adhérant au projet et des évolutions envisagées, un tableau listant les communes peut également être joint en annexe du dossier.*

|  |  |
| --- | --- |
| Indiquer la zone d'intervention sur laquelle le SAD mixte propose d'intervenir | *Codes postaux + nom des communes qui seront repris dans l’autorisation* |
| Toutes les zones sollicitées sont-elles déjà couvertes pour les deux activités aide et soin ? | Oui  Non |
| *A renseigner que si nécessaire* |  |
| **Focus soins** :  Préciser les retraits de communes demandés sur le soin par rapport au territoire initial | *Codes postaux + nom des communes* |
| Ces retraits vont-ils entraîner des ruptures de prise en soin ? | Oui  Non  *Précision(s) :* |
| Préciser les ajouts de communes demandés sur le soin par rapport au territoire initial | *Codes postaux + nom des communes* |
| Objectiver les besoins de la population / l'état de l'offre justifiant l'évolution du territoire d'intervention attendue dans votre projet / les échanges effectués avec les SSIAD limitrophes concernés | *Ne renseigner qu’en cas d’ajouts de communes* |
| Décrire les actions et engagements envisagés pour couvrir ces zones non couvertes actuellement et sur lesquelles il est désormais prévu d'intervenir dans le cadre de la présente demande d'autorisation |  |
| Préciser les modalités d'information des patients et des bénéficiaires sur les changements opérés dans le cadre de la transformation en SAD mixte |  |
|  | |
| *A renseigner que si nécessaire* |  |
| **Focus Aide** :  Préciser les retraits de communes demandés sur l'aide par rapport au territoire initial | *Codes postaux + nom des communes* |
| Ces retraits vont-ils entraîner des ruptures d’accompagnement ? | Oui  Non  *Précisions(s) :* |
| Préciser les ajouts de communes demandés sur l’aide par rapport au territoire initial | *Codes postaux + nom des communes* |
| Objectivez les besoins de la population / l'état de l'offre justifiant l'évolution du territoire d'intervention attendue dans votre projet |  |
| Décrire les actions et engagements envisagés pour couvrir ces zones non couvertes actuellement et sur lesquelles il est désormais prévu d'intervenir dans le cadre de la présente demande d'autorisation. |  |
| Décrire les actions et engagements envisagés pour couvrir les zones déjà autorisées sur lesquelles aucune activité n'a été réalisée |  |
| Préciser les modalités d'information des patients et des bénéficiaires sur les changements opérés dans le cadre de la transformation en SAD mixte |  |

*Pour rappel, concernant le département du Calvados, l’activité d’aide doit répondre à l’exigence minimum de 45 000 heures par an.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Souhaitez-vous demander la création de places de soins ?** | Oui  Non |
| *Si oui, combien ? Et à quelle date ?* |  |
| **Souhaitez-vous engager une scission d'autorisation de soins ?** | Oui  Non |
| **Souhaitez-vous engager une scission d'autorisation d'aide ?** | Oui  Non |
| Commentaire(s) : | *Facultatif* |

|  |  |
| --- | --- |
| *A renseigner que si ESA* |  |
| **ESA : Liste des communes à mentionner dans autorisation** | *Codes postaux + nom des communes* |

1. Les effectifs

|  |  |
| --- | --- |
| **Le projet de SAD mixte fait-il évoluer le nombre d'ETP aide et soin ?** (en comparaison avec l'organisation initiale) | Oui  Non |
| *Si oui, préciser ETP/fonction par SSIAD et SAAD concerné (augmentation, diminution, etc.)* |  |
| **En cas de volonté de développer une nouvelle activité d'aide, préciser les modalités de développement de l'activité cible** (volume, mobilisation des ETP, inscription territoriale, temporalité, etc.) |  |
| **Des recrutements sont-ils prévus pour assurer l'activité cible ?** *Si oui, préciser les volumes, profils et les actions envisagées pour y parvenir* | Oui  Non |
|  | *Précisions :* |

1. Fonctionnement intégré

|  |  |
| --- | --- |
| **Dossier usager informatisé (DUI) unique** | Oui  Non  En cours |
| **Cahier de liaison partagé** | Oui  Non  En cours |
| *Si oui, est-il dématérialisé ?* | Oui  Non |
| *Si oui, est-il conforme au CI-SIS ?* | Oui  Non  En cours |
| Si au moins une réponse "en cours", préciser l'état d'avancement et l'équipement mis en place/envisagé |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Les publics accompagnés :**   * 1. personnes âgées de 60 ans et plus en perte d’autonomie ou malades;   2. personnes présentant un handicap (suppression limite d’âge)   3. personnes de moins de 60 ans atteintes des pathologies chroniques ou présentant une affection mentionnées dans le code de la SS | *Détailler* |
| **Les 4 missions socles**   1. Des prestations d’aide et d’accompagnement dans les actes quotidiens de la vie 2. Une réponse aux besoins de soins 3. Une aide à l’insertion sociale 4. Des actions de prévention de la perte d’autonomie, de préservation, de restauration et de soutien à l’autonomie   *Décrire les modalités de mise en œuvre de chaque mission* | *Détailler* |
| **Envisagez-vous de proposer, une ou deux mission(s) facultative(s) :** |  |
| *Soutien des aidants* | Oui  Non  *Modalités* |
| *CRT* | Oui  Non |
| **Domicile élargi**  *(Décrire les modalités d’intervention)* |  |
| **Détailler les modalités d’accueil et information du public :**  *Amplitude des horaires d’accueil physique et téléphonique, messagerie électronique, astreintes.* |  |
| **Responsabilité de la coordination aide et soin et comment cela va s’organiser** |  |
| **Préciser les outils de la coordination** |  |
| *- Des locaux servant à l’organisation de la coordination (formations, réunions d’équipes…)* |  |
| * *Les modalités de réunion des équipes aide et soin, des responsables, …* |  |
| *- Une grille d’évaluation qui permet une évaluation globale identifiant les attentes et les besoins des personnes en matière d’aide et de soins* |  |
| **Outils de la loi 2002-2** | Oui  Non  En cours  *Calendrier prévisionnel de réalisation* |
| **Projet de service** | Oui  Non  En cours  *Calendrier prévisionnel de réalisation* |
| **Est-il prévu des formations ainsi que des dispositifs d’accompagnement du personnel** pour améliorer la qualité de vie au travail, la montée en compétences, l’accompagnement des professionnels dans le cadre du nouveau projet | Oui  Non  *Objet de la formation*  *Calendrier de mise en œuvre* |
| **Détailler les dispositions prévues pour la prévention de la maltraitance** *(dispositif interne de gestion des risques, formations de l’ensemble des intervenants, etc.).* |  |
| **Décrire les modalités de gestion et les process de déclaration et de suivi des dysfonctionnements et évènement indésirables**. |  |

1. Coopération

|  |  |
| --- | --- |
| **En plus des conventions de partenariats déjà signées (à joindre), d'autres coopérations sont-elles envisagées / prévues ?** | Oui  Non |
| *Si oui, avec quel(s) professionnel(s) du territoire ? (HAD, ESA, réseaux de soins palliatifs, DAC, PFR, etc.)* |  |