|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |



**Dossier de demande de création**

**d’un service autonomie à domicile**

**aide et soins par regroupement**

Identité du demandeur du service autonomie à domicile aide et soins :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Département d’implantation du SAD aide et soins :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ce dossier doit être déposé avant le 31 décembre 2025**

Afin de faciliter la coordination et la création de passerelles entre les structures d’aide et de soins, la loi a instauré les Services Autonomie à Domicile (SAD). Ils permettront d’apporter :

* Une réponse plus complète aux besoins des personnes, un élargissement du public pris en charge avec la reconnaissance des missions en termes de prévention, de repérage des fragilités, de soutien aux aidants, de repérage et de lutte contre la maltraitance.
* Une simplification des démarches au quotidien avec un interlocuteur unique chargé d’organiser la réponse aux besoins d’aide et de soins.
* Une coordination renforcée entre les professionnels de l’aide et du soin.

**La réglementation relative aux SAD :**

* **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’a**rticle 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 à retenir 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 soins ou un conventionnement transitoire
* La conformité au cahier des charges

Ce dossier s’adresse aux SSIAD, SAAD, SPASAD intégrés multi-gestionnaires tels qu’existant avant la réforme en vue de créer des SAD aide et soins.

**Constitution du dossier :**

Les dossiers de demande de création seront adressés par courrier en 1 exemplaire papier accompagné d’une clé USB comprenant l’ensemble des éléments sous format PDF, en recommandé avec accusé de réception, **au plus tard le 31/12/2025**, aux autorités compétentes :

* **Agence régionale de santé Hauts-de-France**

Direction de l’Offre Médico-Sociale

Sous-direction Planification Programmation Autorisation

Service pilotage médico-social du vieillissement

556 Avenue Willy Brandt

59777 EURALILLE

  **Et au conseil départemental du territoire concerné par la demande :**

* **Conseil départemental du Nord**

Direction de l’Autonomie

51, rue Gustave Delory

59047 LILLE Cedex

NB : l’exemplaire papier est facultatif. Un exemplaire numérique peut suffire. Il est à transmettre à l’adresse suivante : autonomie@lenord.fr

* **Conseil départemental du Pas-de-Calais**

Pôle Solidarités

Direction de l’Autonomie et de la Santé

Service des Dynamiques Territoriales et Stratégies

Rue Ferdinand Buisson

62018 ARRAS Cedex 9

NB : l’exemplaire papier est facultatif. Un exemplaire numérique peut suffire. Merci de solliciter auprès de sdts.secretariat@pasdecalais.fr la création d’un lien de dépôt sur la plateforme de partage de fichiers sécurisée du Département.

* **Conseil départemental de l’Aisne**

Direction de l’Autonomie

Rue Paul Doumer

02000 LAON

NB : l’exemplaire papier est facultatif. Un exemplaire numérique peut suffire. Il est à transmettre à l’adresse suivante : spod@aisne.fr

* **Conseil départemental de l’Oise**

1, rue Cambry – CS 80941

60024 BEAUVAIS Cedex

NB : l’exemplaire papier est facultatif. Un exemplaire numérique peut suffire. Il est à transmettre à l’adresse suivante : CD-essms@oise.fr

* **Conseil Départemental de la Somme**

Direction de l’Autonomie

Pôle Vie à domicile

43, rue de la République – CS 32615

80026 AMIENS Cedex 1

1. **Prérequis**
2. Avez-vous déterminé une zone d’intervention unique ? [ ]  oui [ ]  non
3. Avez-vous déterminé un gestionnaire unique pour le SAD aide et soins ? [ ]  oui [ ]  non

 - Si non : joignez obligatoirement la convention transitoire et complétez directement **la partie 3 « Objet de la demande »**

- Si oui, complétez **la partie** **2** « **Identification du futur porteur »**

1. **Identification de l’entité juridique porteuse du SAD aide et soins**

Dénomination de l’entité juridique :

Adresse du siège social de l’entité juridique :

Statut *(Associatif, public, privé)* :

Identification du représentant légal de l’entité juridique :

Nom, Prénom : Fonction :

Téléphone : Courriel :

Identification de la personne en charge du présent dossier :

Nom, Prénom : Fonction :

Téléphone : Courriel :

N° FINESS de l’entité juridique (si connu) :

N° SIRET de l’entité juridique :

Nom du futur SAD aide et soins :

Adresse du SAD aide et soins :

Date d’effet souhaitée de l’autorisation SAD aide et soins : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

1. **Objet de la demande**
2. Formulez la demande précise : **pour chaque service** qui composera le SAD aide et soins, indiquez le type (SSIAD, SAAD), le nom, l’adresse, le n° FINESS établissement, n° FINESS juridique, le nombre de places réparties par catégorie du public visé (pour les SSIAD), ainsi que les heures prestées N-1 APA/PCH/AMAS et le nombre de bénéficiaires pour les SAAD au moment du dépôt de présent dossier.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de service** | **Nom du Service** | **adresse du Service** | **N° FINESS établissement** | **N° FINESS****juridique** | **Nombre de places PA** | **Nombre de places PH** |
| SSIAD 1Autorisé le cas échéant pour :[ ]  ESA[ ]  ESPRAD[ ]  CRT |  |  |  |  |  |  |
| SSIAD 2Autorisé le cas échéant pour :☐ ESA☐ ESPRAD☐ CRT |  |  |  |  |  |  |
| **Type de service** | **Nom de l’entité juridique porteuse du service prestataire et adresse du Service prestataire** | **N° FINESS établissement** | **N° FINESS****juridique** | **Nombre d’heures APA****et nombre de bénéficiaires** | **Nombre d’heures PCH****et nombre de bénéficiaires** | **Nombre d’heures AMAS et nombre de bénéficiaires** |
| SAAD 1 |  |  |  |  |  |  |
| SAAD 2 |  |  |  |  |  |  |

1. Zone d’intervention unique : listez l’intégralité des communes (avec Code INSEE).

Précisez celles qui ont été ajoutées et/ousupprimées par rapport à la zone d’intervention initiale du SSIAD et du SAAD. Joignez une carte si possible ou complétez le tableau récapitulatif (annexe 1).

Le SAAD souhaite-t-il ajouter une autre autorisation pour un SAD aide afin de couvrir d’autres communes en dehors de celles listées dans l’autorisation SAD mixte ? Si oui, précisez la zone d’intervention du SAD aide

1. Est-ce que le projet nécessite une extension de places de soins pour les personnes âgées et/ou personnes en situation de handicap ?
* Si oui, précisez le nombre de places, fournir le budget relatif à l’extension
* Justifiez en transmettant le taux d’occupation du (des) SSIAD N-1.
1. **Le cadre d‘intervention : conformité au cahier des charges (cf. annexe 2)**
2. L’article D.312-1 du CASF prévoit 4 missions socles (obligatoires). Décrivez les modalités de mise en œuvre de chaque mission.
* Réponse aux besoins de soins (soins infirmiers, conventions avec les professionnels de santé dédiés, accompagnement de la personne pour un accès aux soins, téléconsultation, hospitalisation à domicile, accompagnement fin de vie)
* Aide et accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne (aide au ménage, entretien du logement, gestes au corps, gestion des repas, aide administrative, déplacements, etc…)
* Aide à l’insertion sociale (lutte contre l’isolement, repérage des fragilités, …)
* Actions de prévention de la perte d’autonomie, de préservation, de restauration et de soutien à l’autonomie (évaluation des besoins et attentes des personnes, projet d’accompagnement personnalisé ; partenariat avec des structures proposant des actions de prévention, activité physique adaptée, …)
1. Envisagez-vous de proposer, une ou deux mission(s) facultative(s) ?
* Soutien aux aidants (réponse au besoin d’information, au besoin de soutien)
* Centre de ressources territorial (dans le cadre d’une réponse à un appel à projets)
1. Ressources humaines
* Désignation du responsable de la coordination et interlocuteur privilégié, répartition des effectifs par type de qualification avec ETP (Joindre un organigramme du futur SAD mixte)
* Formation du personnel (plan de formation)
* Quels sont les dispositifs d’accompagnement du personnel pour améliorer la qualité de vie au travail ?
1. Présentez les modalités de fonctionnement du service en matière d’accessibilité du service : amplitude des horaires d’accueil physique et téléphonique, messagerie électronique, astreintes.

e. Définissez les modalités d’organisation du service : organisation des tournées, amplitude horaire des interventions en semaine, les jours fériés et les week-ends, coordination entre professionnels aide et soins, mutualisation des tâches, etc.

f. Présentez les modalités d’organisation du partenariat

* Identifiez les partenaires
* Modalités d’organisation avec les acteurs et partenaires du territoire d’intervention : précisez les formalisations éventuelles avec les partenaires (conventions ou protocoles de partenariat)

g. Décrivez les modalités de coordination :

* Logiciel de gestion du dossier usager informatisé (DUI) (cf : guide de l’agence du numérique)
	+ Son déploiement devra prévoir la conformité aux exigences de sécurité des SI en santé et il devra être référencé SEGUR
* Grille d’évaluation globale commune des besoins de l’usager
* Outil de liaison unique entre intervenants de l’aide et du soin (respect du secret professionnel partagé)
* Les locaux servant à l’organisation de la coordination
* L’organisation de temps de coordination regroupant les professionnels du soin et de l’aide

h. Présentez les dispositions prévues pour garantir le respect des droits et des libertés des usagers :

* Modalités de recours à une personne de confiance, à une autorité extérieure et à un médiateur en cas de litige
* Modalités de communication des coordonnées des personnes qualifiées
* Modalités d’informations sur les tarifs appliqués : devis avec bordereau de rétractation, DIPEC (contrat de prestations), projet d’accompagnement personnalisé (PAP), facture, grille tarifaire
* Modalités de mises en œuvre des obligations en matière de RGPD et de partage d’informations
1. Décrivez les dispositions prévues pour la prévention de la maltraitance (dispositif interne de gestion des risques, formations de l’ensemble des intervenants, etc.).
2. Décrivez les modalités de suivi et d’évaluation de la qualité des services.
3. Décrivez les modalités de gestion et les process de déclaration et de suivi des dysfonctionnements et évènement indésirables
4. **Partie financière :**

Joignez le budget prévisionnel N +1 du SAD aide et soins et la capacité d’autofinancement.

1. **Pièces à joindre au dossier :**
* **Pour tous :**
* Le projet ou pré-projet de service spécifique à la demande
* Les courriers des structures cédant tout ou partie de leur activité aide et/ou soin précisant les places et les communes d’intervention concernées
* Extraits des délibérations des organes délibérants de chaque entité validant l’opération
* Le dernier arrêté d’autorisation de chaque service concerné
* Copie de la fiche INSEE
* Attestation sur l’honneur de non condamnation du(des) dirigeant(s) pour l’une des infractions mentionnées à l’article 1er de la loi n°47-1635 du 30 août 1947 relative à l’assainissement des professions industrielles et commerciales
* Protocole de transfert
* **Les outils loi 2002-2**(le projet de service ou pré-projet de service, le livret d’accueil, le règlement intérieur, le règlement de fonctionnement, les deux DIPEC (soins et aide), l’outil de liaison unique, le modèle d’outil d’évaluation globale des besoins des usagers, le modèle d’enquête de satisfaction)
* Pour les SAAD, le modèle de devis, la grille tarifaire, le modèle de facture
* **Cas particuliers**
* Dans le cas d’une nouvelle entité, il est nécessaire de fournir, en supplément, les pièces suivantes :
* Parution au bulletin officiel de la préfecture pour les associations
* Un exemplaire des statuts
* La convention constitutive pour les GCSMS
* Protocole de transfert
* Dans le cas où l’entité unique n’est pas encore définie :
* La convention transitoire

**ou**

* La convention constitutive du GCSMS exploitant

**Le présent dossier pourra être accompagné de tout document permettant de décrire de manière complète le projet.**

**ANNEXE 1 :**

**Tableau à compléter le cas échéant en cas d’ajout ou de suppression de commune(s)**

|  |  |
| --- | --- |
| SSIAD | SAAD |
| COMMUNES ACTUELLES | COMMUNES AJOUTEES | COMMUNES SUPPRIMEES | COMMUNES ACTUELLES | COMMUNES AJOUTEES | COMMUNES SUPPRIMEES |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ANNEXE 2 :**

 **Cahier des charges définissant les conditions techniques minimales d’organisation et de fonctionnement des services autonomie à domicile mentionnés à l’article L. 313-1-3 du Code de l’Action Sociale et des Familles**

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000047851019>