**Dossier de demande d’autorisation**

**pour un Service d’aide et d’accompagnement intervenant en mode prestataire au domicile de personnes âgées, des personnes en situation de handicap dans le département des Yvelines**

Ce dossier peut être téléchargé depuis le site internet du Conseil départemental des Yvelines.

Nom de l’organisme demandeur :

**Table des matières**

[1. CADRE REGLEMENTAIRE 2](#_Toc473531961)

[2. DEMARCHES A ACCOMPLIR 5](#_Toc473531962)

[3. Dossier de demande d’autorisation à remplir 7](#_Toc473531963)

[3.1 Volet 1 : identification de l’organisme 7](#_Toc473531964)

[3.1.1 Identification de la structure 7](#_Toc473531965)

[3.1.2 Coordonnées de la structure 7](#_Toc473531966)

[3.1.3 Renseignements complémentaires 7](#_Toc473531967)

[3.2 Volet 2 : Intervention, prestations proposées, zone géographique 7](#_Toc473531968)

[3.2.1 Mode d’intervention 7](#_Toc473531969)

[3.2.2 Nature des prestations effectuées 7](#_Toc473531970)

[3.2.3 Zone d’intervention 8](#_Toc473531971)

[3.3 Volet 3 : Respect des conditions techniques minimales d’organisation et de fonctionnement 9](#_Toc473531972)

[4. Pièces à fournir 19](#_Toc473531973)

[4.1 Pièces obligatoires justificatives à fournir par tous les organismes, numérotées et transmis dans l’ordre de la liste ci-dessous : 19](#_Toc473531974)

[4.2 Modèles à remplir 20](#_Toc473531975)

[4.2.1 Tableau des moyens humains 20](#_Toc473531976)

[4.2.2 Grille tarifaire 21](#_Toc473531977)

# CADRE REGLEMENTAIRE

 L’article D 312-6 du Code de l’action sociale et des familles indique que « les services d’aide et d’accompagnement à domicile concourent notamment :

* 1° au soutien à domicile ;
* 2° à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ;
* 3° au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

 Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale ou des accompagnants éducatifs et sociaux.

 La personne morale gestionnaire du service est responsable du projet de service mentionné à l'article L. 311-8, notamment de la définition et de la mise en œuvre des modalités d'organisation et de coordination des interventions.

 La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement a instauré le régime d’autorisation unique pour les Services d’aide et d’accompagnement à domicile intervenant en mode prestataire au domicile des personnes âgées en perte d’autonomie, des personnes en situation de handicap ou atteintes de maladies chroniques, le cas échéant, à partir du domicile.

 Le régime d’agrément accordé par le Préfet et l’Unité territoriale des Yvelines de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l’emploi de la région Île-de-France à ces Services, pour ces publics et avec ce mode d’intervention est supprimé : le Conseil départemental des Yvelines est désormais seul compétent pour donner à ces services le droit d’exercer les activités définies par le décret n° 2016-750 du 6 juin 2016 :

« 1° l’assistance dans les actes quotidiens de la vie (…) mentionnées aux 6° et 7° du I de l’article L. 312-1[[1]](#footnote-1) aux personnes âgées et aux personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques qui ont besoin de telles prestations à leur domicile (…), à l’exclusion d’actes de soins relevant d’actes médicaux à moins qu’ils ne soient exécutés dans les conditions prévues à l’article L. 1111-6-1 du code de la santé publique[[2]](#footnote-2) et du décret n° 99-426 du 27 mai 1999 habilitant certaines catégories de personnes à effectuer des aspirations endo-trachéales[[3]](#footnote-3).

2° La prestation de conduite du véhicule personnel des personnes âgées, des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives.

3° L’accompagnement des personnes âgées, des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, aide à la mobilité et au transport, actes de la vie courante).»

**Aucune de ces activités ne peut être exercée avant l’attribution de l’autorisation par le Conseil Départemental des Yvelines.**

**L’autorisation ne vaut pas habilitation à l’aide sociale.**

Les conditions d’organisation et de fonctionnement sont précisées par le cahier des charges du 22 avril 2016, dont le respect conditionne l’autorisation.

De plus, afin de garantir la continuité des interventions en cas d’absence d’un intervenant à domicile, le Conseil départemental des Yvelines n’accorde pas d’autorisation aux entreprises individuelles agissant dans le régime des autoentrepreneurs.

**Le demandeur doit :**

* respecter les dispositions du Code de l’action sociale et des familles relatives aux services sociaux et médico-sociaux, qui prévoient notamment que :
	+ les établissements et services doivent tenir à disposition de leurs bénéficiaires :
		- un livret d’accueil,
		- une charte des droits et des libertés de la personne accompagnée,
		- un projet individualisé d’aide et d’accompagnement,
		- un règlement de fonctionnement,
		- un projet de service.
	+ des évaluations doivent être réalisées comme suit :
		- Evaluations internes : cette démarche continue et annuelle est retracée dans les rapports d’activité de la structure. Leurs résultats doivent être communiqués tous les cinq ans au Conseil départemental des Yvelines.
		- Evaluations externes ; la première est effectuée au plus tard sept ans après la date de l’autorisation, et la seconde au plus tard deux ans avant la date de son renouvellement.
	+ La transmissions des évaluations, et notamment la deuxième évaluation externe, conditionne le renouvellement de l’autorisation.
* respecter les règles fixées par le Conseil départemental des Yvelines à partir du cahier des charges national des services d’aide et d’accompagnement à domicile ;
* répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux du territoire définis dans le Schéma d’organisation sociale et médico-sociale des Yvelines.

Pour remplir correctement ce questionnaire, il vous est recommandé de vous référer à cette base règlementaire.

La qualité des réponses et des pièces est déterminante dans le cadre de l’instruction de la demande d’autorisation.

# DEMARCHES A ACCOMPLIR

**Documents à remplir et à fournir**

Pour demander une autorisation départementale, le demandeur doit :

* remplir le formulaire,
* fournir les pièces listées.

**Le porteur de projet doit impérativement veiller à :**

* prendre attentivement connaissance du décret du 22 avril 2016 fixant le cahier des charges définissant les conditions techniques minimales d’organisation et de fonctionnement des services d’aide et d’accompagnement à domicile prestataires auprès du public vulnérable ;
* compléter toutes les rubriques de ce dossier ;
* joindre toutes les pièces demandées en fin de dossier.

Tout dossier incomplet ou mal rempli sera rejeté.

Aucun porteur de projet ne sera reçu avant le dépôt de demande et après un refus d’autorisation.

* **Etape 1 : dépôt de dossier.**

Pour être considéré comme recevable, tout dossier doit être transmis :

* par courriel adressé à  SAAD@yvelines.fr;
* et par courrier postal à Direction Autonomie / Pôle Maison départementale de l’Autonomie, 2, place André Mignot, 78012 Versailles cedex

Les pièces doivent être nommées, transmises et numérotées comme indiqué en fin de dossier.

A réception du dossier, le Conseil départemental des Yvelines envoie au demandeur un courriel actant l’enregistrement du dossier et le début du délai de vérification de la complétude, fixé à 30 jours.

* **Etape 2 : vérification de la complétude du dossier**

Deux cas de figure :

* le dossier est complet : un courriel de confirmation de complétude est envoyé, actant le début du délai légal d’instruction du dossier.
* le dossier est incomplet : une lettre notifiant l’absence des pièces concernées est envoyée. Le porteur de projet a la possibilité de compléter le dossier et dispose de 30 jours pour envoyer les pièces manquantes. Passé le délai de 30 jours en cas de non envoi des pièces manquantes, un arrêté de refus est édité.
* **Etape 3 : vérification de la conformité du projet**

Une fois le dossier complet, le Conseil départemental des Yvelines dispose de trois mois pour l’instruire en vérifiant la conformité des éléments fournis. L’absence de réponse à l’issue de ce délai vaut refus.

Deux cas de figure

* le dossier est conforme : un arrêté d’autorisation est délivré par le Président du Conseil départemental des Yvelines. Le porteur de projet peut être invité à un entretien de présentation du projet.
* le dossier n’est pas conforme : un refus d’autorisation motivé est envoyé au demandeur qui peut alors :
	+ modifier les pièces existantes ou compléter le dossier et faire une nouvelle demande ;
	+ formuler un recours dans les conditions légales.

**Déclaration auprès des services de l’Etat**

Cette déclaration est nécessaire pour que l’usager puisse bénéficier des avantages fiscaux. Les organismes prestataires doivent se déclarer en ligne via NOVA (<https://nova.servicesalapersonne.gouv.fr/extranet/inscription/>), site des services à la personne de l’Etat, munis de leur autorisation délivrée par le Président du Conseil départemental.

# Dossier de demande d’autorisation à remplir

## Volet 1 : identification de l’organisme

### Identification de la structure

Nom de la structure :

Raison sociale :

Statut :

Date de création de la structure :

SIREN :

SIRET :

APE :

Entreprises : RCS :

### Coordonnées de la structure

* Siège social

Adresse du siège social :

|  |  |
| --- | --- |
| Tél : | Site internet :  |
| Mél. :  |  |

* Coordonnées des locaux situés dans le département des Yvelines
* Adresse :

|  |  |
| --- | --- |
| Tél : | Mél : |
| Site internet : |  |

* Personnes à contacter

Nom du Directeur, de la Directrice de l’organisme :

|  |  |
| --- | --- |
| Tél : | Mél : |

Nom de la personne en charge du dossier :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fonction :  | Tél : | Mél : |

### Renseignements complémentaires

* Adhésion à une fédération et/ou à une ou des enseignes :

 Oui *– Précisez laquelle* :  Non

* Préciser si vous avez signé des conventions avec les Conseils départementaux, les mutuelles, ou d’autres acteurs institutionnels (CAF, CNAV…)

 Oui – *Précisez laquelle* :  Non

* Êtes-vous titulaire d’une certification et ou d’un label ?

 Oui – Précisez lequel - lesquels :  Non

## Volet 2 : Intervention, prestations proposées, zone géographique

### Mode d’intervention

Indiquez le ou les modes d'intervention envisagés pour votre organisme :

Prestataire : □ Prestataire et mandataire : □

### Nature des prestations effectuées

Cochez les activités, soumises à l’autorisation préalable, que vous souhaitez exercer :

􀀀 Assistance dans les actes quotidiens de la vie (…) mentionnées aux 6° et 7° du I de l’article L. 312-1 aux personnes âgées et aux personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques qui ont besoin de telles prestations à leur domicile (…), à l’exclusion d’actes de soins relevant d’actes médicaux à moins qu’ils ne soient exécutés dans les conditions prévues à l’article L. 1111-6-1 du code de la santé publique et du décret n° 99-426 du 27 mai 1999 habilitant certaines catégories de personnes à effectuer des aspirations endo-trachéales.

Les deux activités qui suivent sont conditionnées à la réalisation et à l’autorisation de la première :

􀀀 Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes âgées, des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives.

􀀀 Accompagnement des personnes âgées, des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, aide à la mobilité et au transport, actes de la vie courante).»

### Zone d’intervention

Précisez la zone géographique d’intervention (communes, Territoires d’action départementale, etc.) :

NB : Le Conseil départemental des Yvelines accorde des autorisations sur l’ensemble du département. Toutefois, il vous est demandé votre (vos) territoire(s) de référence.

## Volet 3 : Respect des conditions techniques minimales d’organisation et de fonctionnement

**Respect du cahier des charges**

Je m’engage à respecter le cahier des charges de l’autorisation : □ oui □ non

Je m’engage à respecter les obligations liées au régime de l’autorisation : □ oui □ non

#### ACCUEIL

##### Accueil physique, affichage et documentation écrite (points 4.1.1, 4.3, 5.3.1 et 5.3.5 du cahier des charges

Disposez-vous de locaux d’accueil du public dans le département des Yvelines, ouvert au moins deux demi-journées par semaine, à jours et heures fixes ? □ oui □ non

Ces informations figurent-elles dans le livret d’accueil ? □ oui □ non

Décrivez ce(s) local (locaux) – adresse, surface, étage - et leurs modalités de disposition (mutualisé, en propre) :

JOINDRE UN PLAN ET UN BAIL (OU TITRE DE PROPRIETE)

Les prix des prestations proposées sont-ils affichés dans le local d’accueil du public et à jour ? □ oui □ non

Les documents à disposition du public comportent-ils une information complète, à jour et précise sur tous les points suivants ?

1. Les prestations proposées : □ oui □ non

2. Les tarifs des prestations TTC avant déduction d’aide ou conventionnement : □ oui □ non

3. Le détail des frais annexes : forfait, frais d’adhésion ? □ oui □ non

4. Les modalités d’intervention : □ oui □ non

5. Les conditions de remplacement et d’intervention en cas d’urgence : □ oui □ non

6. Le recours à la sous-traitance : □ oui □ non

7. Les modes de financement potentiels : □ oui □ non

##### Accueil téléphonique (point 4.1.2)

L’accueil téléphonique est-il assuré :

1. Au minimum 5 jours sur 7 ? □ oui □ non

2. Sur une plage horaire de 7 heures par jour ? □ oui □ non

Une procédure de gestion des messages téléphoniques en temps réel est-elle organisée ? □ oui □ non

Avez-vous une procédure vous permettant d’assurer une permanence téléphonique en dehors des horaires de cet accueil téléphonique ? □ oui □ non

Précisez laquelle :

#### ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE

##### Projet individualisé d’aide et d’accompagnement, prenant en compte la demande du bénéficiaire (points 4.2.1, 4.2.2, 4.2.6 et 4.2.7)

Utilisez-vous un outil d’évaluation globale et individualisée des besoins adaptés à votre public ? □ oui □ non

JOINDRE L’OUTIL D’EVALUATION GLOBALE

JOINDRE UN PROJET-TYPE INDIVIDUALISE D’AIDE ET D’ACCOMPAGNEMENT

L’évaluation est-elle réalisée par un personnel disposant des compétences pour le faire (expérience professionnelle, qualification, formation) ? □ oui □ non

Précisez lesquelles :

Le projet individualisé d’aide et d’accompagnement est-il établi ? □ oui □ non

Le projet individualisé d’aide et d’accompagnement prend-il en compte, s’il existe, le plan d’aide ou un diagnostic médico-social ? □ oui □ non

Le projet individualisé d’aide et d’accompagnement est-il réalisé avec le bénéficiaire et/ou son entourage ? □ oui □ non

Le projet individualisé d’aide et d’accompagnement prend-il en compte les modalités de coordination avec d’autres interventions éventuelles ? □ oui □ non

##### Information sur les financements potentiels et les démarches à effectuer (points 4.1.6 et 4.2.3)

Connaissez-vous les financements potentiels et les démarches à effectuer pour vos bénéficiaires par rapport à votre secteur et à votre activité ? □ oui □ non

Si oui, précisez :

Les faites-vous connaître à vos bénéficiaires ? □ oui □ non

##### Devis, modèle de contrat, liste des documents laissés aux clients (points 4.1.5 et 4.3.2)

Établissez-vous un devis pour:

1. Toute prestation dont le prix mensuel est égale ou supérieur à 50 € TTC ? □ oui □ non

2. Tout bénéficiaire qui en fait la demande? □ oui □ non

JOINDRE UN MODELE DE DEVIS

##### Signature du contrat (point 4.3.2)

Vos prestations donnent-elles lieu à l’établissement d’un contrat écrit précisant la durée, la fréquence, le type et le prix de la prestation avant toute prise en charge ? □ oui □ non

JOINDRE UN MODELE DE CONTRAT DE PRESTATION

Ce contrat contient-il un bordereau de rétractation ? □ oui □ non

Quel délai ?

JOINDRE UN MODELE DE CONTRAT DE PRESTATION AVEC BORDEREAU DE RETRACTATION

##### Facturation claire et détaillée et attestation fiscale annuelle (point 4.4.4 du cahier des charges)

Le tarif horaire TTC facturé est de :

Ce tarif comprend :

Les frais de dossier □ oui □ non

Les frais de déplacements □ oui □ non

Une intervention 7 jours / 7 □ oui □ non

Indiquez les autres prestations facturées en sus du tarif horaire (cf. grille tarifaire annexée)

JOINDRE UN MODELE DE FACTURE

JOINDRE UN MODELE D’ATTESTATION FISCALE

#### REALISATION DE LA PRESTATION

##### Délai de mise en place de l’intervention

□ 24 heures □ entre 24 heures et 3 jours □ supérieur à 3 jours

##### Le référent de l’intervention (point 4.5.1)

Disposez-vous d’un interlocuteur désigné (gestionnaire, encadrant ou référent) au sein de la structure pour chaque bénéficiaire ? □ oui □ non

Communiquez-vous ses coordonnées au bénéficiaire, à son représentant légal ou à l’entourage ? □ oui □ non

##### Information des intervenants (point 4.3.4 du cahier des charges)

Transmettez-vous à l’intervenant les informations suivantes sur le bénéficiaire?

1. Les horaires d’intervention : □ oui □ non

2. Les consignes d’accès : □ oui □ non

3. Les éléments techniques utiles sur le contenu de l’intervention : □ oui □ non

4. Les informations sur la situation du bénéficiaire qui permettent de personnaliser la prestation : □ oui □ non

Ces informations sont-elles transmises :

Par écrit : □ oui □ non

Par oral : □ oui □ non

##### Identification des intervenants (point 4.4.1 du cahier des charges)

Informez-vous le bénéficiaire de l’identité des intervenants ? □ oui □ non

Informez-vous le bénéficiaire de l’identité des remplaçants ? □ oui □ non

Par quels moyens ?

Quel délai ?

##### Livret d’accueil et information sur les droits et libertés individuels (point 4.3.1)

Remettez-vous un livret d’accueil à vos bénéficiaires ? □ oui □ non

Comporte-t-il toutes les mentions prévues au point 4.3.1 du cahier des charges : □ oui □ non

JOINDRE UN LIVRET D’ACCUEIL ET SES ANNEXES

#### ORGANISATION, MANAGEMENT ET COORDINATION

##### Modalités d’organisation, d’encadrement et de coordination des interventions (points 3.5 / 4.3.4 / 5.3.2 et 5.3.3)

Avez-vous des référentiels ou des pratiques d’intervention formalisées ? □ oui □ non

1. Fiches de poste ou de fonction détaillées : □ oui □ non

2. Référentiel d’intervention (détail des prestations par type de mission) : □ oui □ non

3. Autres, précisez :

JOINDRE LE REFERENTIEL D’INTERVENTION

JOINDRE LES FICHES DE POSTE

Organisez-vous des réunions de service avec l’encadrement et les intervenants ?□ oui □ non

Précisez la fréquence:

Existe-t-il une formalisation de ces réunions ? (ordre du jour, fiche de présence, compte-rendu) : □ oui □ non

Avez-vous défini des procédures pour :

1. Le recrutement : □ oui □ non

2. La planification : □ oui □ non

3. La gestion des remplacements prévus : □ oui □ non

4. La gestion des remplacements non prévus : □ oui □ non

5. La gestion des congés : □ oui □ non

6 Les astreintes ou permanences de l’encadrement (soir, week-end, jours fériés) : □ oui □ non

##### Horaires des interventions (points 5.3.2 et 5.3.3)

Nombre d’heures envisagées par an :

Quels sont vos jours d’intervention :

□ du lundi au vendredi □ du lundi au samedi □ 7 jours / 7 □ autre ?

Précisez lesquels :

En journée, assurez-vous des horaires atypiques (après 20 h) ? □ oui □ non

Préciser lesquels :

Si vous vous êtes engagé à assurer la continuité des interventions samedi, dimanche et jours fériés :

Le faites-vous avec vos propres moyens? □ oui □ non

Grâce à une mutualisation avec d’autres organismes ? □ oui □ non

Le cas échéant : le nom des autres organismes :

Précisez le dispositif :

Le bénéficiaire est-il informé de l’intervention d’un autre organisme ? □ oui □ non

La mutualisation fait-elle l’objet d’un document contractuel ? □ oui □ non

L’organisme concerné dispose-t-il de l’autorisation ? □ oui □ non

Si oui, transmettre le document d’autorisation :

##### Le remplacement (point 5.3.4)

Avez-vous mis en place une procédure de remplacement de l’intervenant habituel :

1. En cas d’absence prévue de l’intervenant : □ oui □ non

Précisez laquelle :

2. En cas d’absence inopinée de l’intervenant à l’heure prévue : □ oui □ non

Précisez laquelle :

3. Pendant les congés annuels de l’intervenant ? □ oui □ non

Précisez laquelle:

Informez-vous le bénéficiaire des conditions générales de remplacement ? □ oui □ non

Précisez comment :

#### SUIVI INDIVIDUALISE

##### Modalités du dispositif de suivi individualisé (points 4.5.2 et 4.5.3 1er al.)

Avez-vous mis en place un dispositif de suivi individualisé des prestations en lien avec l’intervenant à travers :

1. Des remontées d’informations orales par l’intervenant : □ oui □ non

2. Des remontées d’informations écrites par l’intervenant : □ oui □ non

3. Des réunions de suivi des situations avec l’ensemble des intervenants : □ oui □ non

4. Donnent-elles lieu à des comptes rendus ? □ oui □ non

5. D’autres modalités ? □ oui □ non

Précisez la fréquence :

Ce suivi est-il prévu :

1. Systématiquement après le démarrage de la première intervention ? □ oui □ non

2. En continu au jour le jour ? □ oui □ non

3. Avec un point une fois par mois ? □ oui □ non

4. Lors d’une visite à échéance prévue ? □ oui □ non

5. Autres ? □ oui □ non

Précisez :

6. Par qui est-il réalisé ?

Ce dispositif prévoit-il la réactualisation du projet individualisé d’aide et d’accompagnement ?

1. Au moins une fois par an ? □ oui □ non

2. À un rythme plus fréquent pour des situations le justifiant : □ oui □ non

3. Autres ? □ oui □ non

Précisez :

4. Qui réalise ce suivi ?

##### Le respect de la prestation, de ses horaires, l’information sur les changements éventuels (point 4.4.2)

1. Quels moyens avez-vous mis en place pour contrôler le respect des prestations par les intervenants ? Qui est en charge d’exercer ce contrôle ? Décrivez-les :

2. Réalisez-vous des visites inopinées chez vos clients lorsqu’une prestation est en cours de réalisation ? □ oui □ non

Si oui, qui est en charge de les réaliser ?

##### Cahier de liaison (point 4.4.3)

Avez- vous un modèle de cahier de liaison ? □ oui □ non

JOINDRE UN EXEMPLAIRE

#### BIENTRAITANCE, PREVENTION DE LA MALTRAITANCE ET DISPOSITIF DE SIGNALEMENT

##### Relation de dialogue, respect de la confidentialité et de l’intimité des personnes par les intervenants (point 3.1 et 3.2)

Sensibilisez-vous les intervenants à l’exercice des droits et des libertés individuels, au respect de la confidentialité et de l’intimité des personnes ? □ oui □ non

A titre d’exemples :

1. Au moment du recrutement, sensibilisez-vous les candidats à ce sujet par des exercices de mise en situation ? □ oui □ non

2. Leur faites-vous signer un engagement par écrit à ce sujet ? □ oui □ non

3. Abordez-vous ce sujet en groupes d’échanges de pratiques ? □ oui □ non

4. Insistez-vous sur la confidentialité des informations médicales ? □ oui □ non

5. Sécurisez-vous les dossiers « papier » et les dossiers informatisés ? □ oui □ non

##### Délégation de pouvoir sur les avoirs, biens ou droits ou donations (point 5.2.4)

Avez-vous informé les intervenants qu’il leur est interdit de recevoir toute délégation de pouvoir sur les avoirs, biens ou droits de la part des bénéficiaires auprès desquels ils interviennent ? □ oui □ non

Comment ?

##### Avez-vous défini une procédure pour répondre aux situations d’urgence :

#####  □ oui □ non

1. Si une situation nécessite l’intervention d’un service de secours : □ oui □ non

Précisez :

2. S’il s’agit d’un cas de maltraitance avérée : □ oui □ non

Précisez :

3. S’il s’agit de la mise en danger d’un intervenant : □ oui □ non

Précisez :

4. Lorsque l’entourage habituel (indispensable à la vie quotidienne) d’un bénéficiaire fait défaut : □ oui □ non

Précisez :

##### Prévention de la maltraitance, promotion de la bientraitance (points 5.2.2, 5.2.3 et 4.5.3, 3e al.)

Organisez-vous des actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ? □ oui □ non

Si oui, lesquelles :

Existe-t-il une traçabilité de ces réunions (ordre du jour, liste des participants, compte rendu) ? □ oui □ non

Avez-vous des critères relatifs à la prévention de la maltraitance dans le recrutement des intervenants ? □ oui □ non

1. Vérification des références ? □ oui □ non

2. Mise en situation pour analyse des réactions du candidat ? □ oui □ non

3. Suivi durant la période d’essai ? □ oui □ non

4. Autres ? □ oui □ non

Précisez

Avez-vous prévu une procédure de traitement des situations de maltraitance repérées ? □ oui □ non

Précisez laquelle :

##### Soutien aux intervenants (points 5.2.1 et 5.2.2)

Organisez-vous des actions de soutien des intervenants dans leur pratique professionnelle ?

 □ oui □ non

Précisez par quels moyens et selon quelle fréquence :

Organisez-vous des actions de soutien des encadrants dans leur pratique professionnelle ?

 □ oui □ non

Précisez par quels moyens et selon quelle fréquence :

Disposez-vous d’un plan de formation annuel et/ou d’un tableau récapitulatif des formations ou réunions réalisées ? □ oui □ non

Quels outils ou procédure utilisez-vous pour évaluer les besoins en formation des intervenants et des encadrants ?

#### CONTROLES, TRAITEMENT DES RECLAMATIONS, GESTION DES CONFLITS

##### Contrôles internes réguliers sur l’application du cahier des charges (point 5.4.3)

Procédez-vous à des contrôles réguliers en interne ? □ oui □ non

Qui est en charge d’exercer ce contrôle ?

Quelle est la périodicité de ces contrôles ?

Quelles sont les modalités de ces contrôles (notamment qui les effectue) ?

##### Traitement des réclamations et gestion des conflits (point 4.5.3, 2e al.)

Avez-vous prévu une procédure de traitement des réclamations écrites ? □ oui □ non

Avez-vous prévu une procédure de traitement des réclamations orales ? □ oui □ non

Précisez lesquelles :

Existe-t-il une traçabilité de l’historique des réclamations (nature, suites données, délai de règlement) ? □ oui □ non

##### Conflit non résolu (point 4.5.3. 2e al.)

La liste des personnes qualifiées auxquelles le bénéficiaire peut faire appel figure-t-elle dans le livret d’accueil ? □ oui □ non

#### EVALUATION

##### Enquête qualité annuelle (point 5.4.4)

Procédez-vous au moins une fois par an à une enquête auprès des bénéficiaires et /ou de leurs représentants légaux sur leur perception de la qualité des interventions ? □ oui □ non

JOINDRE L’ENQUETE DE SATISFACTION TYPE

Comment avez-vous prévu de l’exploiter ? □ oui □ non

##### Charte de qualité (points 5.4.2 et 5.4.3)

Si vous êtes un organisme disposant de plusieurs établissements, disposez-vous d’une charte de qualité régissant les règles de fonctionnement de l’ensemble de vos sites ?

 □ oui □ non

JOINDRE UN EXEMPLAIRE

##### Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l’Agence nationale de l’évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux - ANESM (point 5.4.5)

Avez-vous pris connaissance des recommandations de bonnes pratiques de l’ANESM ?

 □ oui □ non

#### RECRUTEMENT ET QUALIFICATION

##### Processus de recrutement (points 5.1.1 / 5.1.2 et 5.1.5 du cahier des charges)

Avez-vous prévu une procédure permettant de recevoir physiquement chaque candidat afin de vérifier ses motivations, qualifications et expérience professionnelle ? □ oui □ non

##### Qualification du personnel (points 5.1.1 / 5.1.3 et 5.1.4 du cahier des charges, D. 312-176-6 à D. 312-176-8, D. 312-176-10 du Code de l’action sociale et des familles)

1. Direction :

JOINDRE LES COPIES DES CERTIFICATIONS ET DU CV

2. Encadrants :

JOINDRE LES COPIES DES CERTIFICATIONS ET DU CV

3. Intervenants :

JOINDRE LES COPIES DES CERTIFICATIONS ET DU CV

Dans le cas d'une première demande d'autorisation, ce tableau peut être remplacé par un descriptif précis des emplois que la structure se propose de créer (fiche de poste) et des prérequis exigés pour ces emplois.

Les copies des certifications et CV sont strictement obligatoires pour les fonctions de direction et d’encadrants dès la première demande.

#### CONNAISSANCE DU SECTEUR

##### Bonne connaissance du contexte local social et médico-social correspondant au public auquel il s’adresse (point 3.3)

Travaillez-vous avec les Pôles Autonomie territoriaux (ex-CGL et CHL), maisons des aînés ou autres dispositifs ? □ oui □ non

Quels types de relations entretenez-vous ?

Connaissez-vous le Schéma de l’autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées de votre département ? □ oui □ non

Disposez-vous des compétences pour aider vos clients dans leurs démarches administratives (demande d’Allocation Personnalisée d’Autonomie, Prestation de Compensation du Handicap, etc…) : □ oui □ non

Quel soutien exercez-vous pour aider les personnes accompagnées dans leurs démarches administratives ?

Fait à :

Le :

Nom et Signature :

# Pièces à fournir

## Pièces obligatoires justificatives à fournir par tous les organismes, numérotées et transmis dans l’ordre de la liste ci-dessous :

1. Dossier de demande d’autorisation rempli et signé
2. Locaux et accueil physique : plan et bail
3. Outil ou canevas d’évaluation globale
4. Modèle de projet individualisé d’aide et d’accompagnement ;
5. Modèle de devis
6. Modèle de contrat de prestation
7. Modèle de contrat de prestation avec bordereau de rétractation
8. Modèle de facture
9. Modèle d’attestation fiscale
10. Livret d’accueil et annexes
11. Référentiel d’intervention
12. Fiches de poste
13. Cahier de liaison
14. Enquête de satisfaction
15. Copies des certifications et des CV du personnel : direction, encadrants, intervenants
16. Tableau des moyens humains (modèle ci-dessous)
17. Grille tarifaire (modèle ci-dessous)
18. Copie de la pièce d’identité du dirigeant
19. Modèle de contrat de travail
20. Budget prévisionnel
21. Projet de service
22. Charte des droits et des libertés de la personne accompagnée
23. Document d’information des clients en matière fiscale
24. Règlement de fonctionnement du service
25. Liste éventuelle des sous-traitants
26. Déclaration sur l’honneur par laquelle la personne représentant l’organisme dont l’activité est en lien avec les mineurs certifie ne pas être inscrite au casier judiciaire national automatisé des auteurs d’infractions sexuelles.
27. Pour les organismes ayant plusieurs établissements : charte qualité
28. En cas de démarchage à domicile : modèle de contrat avec bordereau de rétractation
29. Et selon le statut juridique de la structure demandeuse :
* Entreprise : l’extrait Kbis et déclaration sur l’honneur par laquelle le dirigeant certifie ne pas avoir fait l’objet d’une condamnation 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 commerciales et industrielles.
* Association : Récépissé de déclaration à la Préfecture et statuts

## Modèles à remplir

### Tableau des moyens humains

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom Prénom** | **Certification-Diplômes / Expérience** | **Date de recrutement** | **CDI** | **Autre contrat / Bénévole** |
| **DIRECTION (Nom, prénom)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **ENCADRANT / GESTIONNAIRE (Nom, prénom)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **INTERVENANT (Nom, Prénom)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*PS : rajouter une pièce-jointe si nécessaire.*

### Grille tarifaire

|  |  |
| --- | --- |
| **Actes essentiels et vie sociale** | **TARIF TTC** |
| Tarif horaire facturé |  |
| Ce tarif comprend-il :  |  |
| Aide au lever | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Aide au coucher | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Toilette, habillage | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Aide au repas | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Change des protections | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Aide aux transferts  | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Lien social et relationnel (lecture, jeux…) | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Intervention nocturne (précisez si besoin)  | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Intervention dimanche et jours fériés (précisez si besoin) | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Accompagnement hors du domicile (promenade, transport, démarches administratives…) | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Pratique des aspirations endo-trachéales (formation spécifique obligatoire) | □ oui□ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Frais kilométriques | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Frais de dossier | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Frais de gestion | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |
| Autres | □ oui □ non : indiquer forfait appliqué : € |

1. *« Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :*

*6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;*

*7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;*  [↑](#footnote-ref-1)
2. *« Une personne durablement empêchée, du fait de limitations fonctionnelles des membres supérieurs en lien avec un handicap physique, d'accomplir elle-même des gestes liés à des soins prescrits par un médecin, peut désigner, pour favoriser son autonomie, un aidant naturel ou de son choix pour les réaliser.*

*La personne handicapée et les personnes désignées reçoivent préalablement, de la part d'un professionnel de santé, une éducation et un apprentissage adaptés leur permettant d'acquérir les connaissances et la capacité nécessaires à la pratique de chacun des gestes pour la personne handicapée concernée. Lorsqu'il s'agit de gestes liés à des soins infirmiers, cette éducation et cet apprentissage sont dispensés par un médecin ou un infirmier. Les conditions d'application du présent article sont définies, le cas échéant, par décret. »* [↑](#footnote-ref-2)
3. « Les aspirations endo-trachéales ne peuvent être pratiquées, chez des malades trachéotomisés depuis plus de trois semaines dont l'état ne justifie pas leur admission dans un établissement sanitaire et qui ne peuvent, en raison d'affections invalidantes chroniques, assurer eux-mêmes ce geste d'urgence nécessaire à leur survie immédiate, que sur prescription médicale précisant en particulier les modèles de sonde d'aspiration pouvant être utilisés et, en l'absence d'infirmier, par des personnes ayant validé une formation spécifique définie par arrêté du ministre chargé de la santé. » [↑](#footnote-ref-3)