**DOSSIER DE DEMANDE D’AUTORISATION**

**D’UN SERVICE PRESTATAIRE**

**D’AIDE ET D’ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE (SAAD)**

**Référence :**

Code de l’action sociale et des familles ; notamment les articles L311-1 à L331-9 relatifs à l’action sociale et médico-sociale mise en œuvre par les établissements et services, et plus précisément les articles L312-1, L313-1-2, L313-1-3, L347-1 à L347-2.

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’Adaptation de la Société au Vieillissement (articles 47 et 48) apporte une réforme juridique des services d’aide et d’accompagnement à domicile et créé un régime unique d’autorisation des SAAD qui interviennent en mode prestataire.

Le décret n° 2016-502 du 22 avril 2016, entré en vigueur le 1er juillet 2016, fixe, sous la forme d’un cahier des charges, les conditions techniques minimales d’organisation et de fonctionnement applicables aux services d’aide et d’accompagnement à domicile autorisés, qui interviennent auprès des personnes âgées de plus de 60 ans, des personnes handicapées et des familles fragiles, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l’autonomie dans l’exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l’entourage. Ce cahier des charges figure à l’annexe 3-0 du CASF (partie réglementaire).

Le décret n°2016-750 du 6 juin 2016 définit la liste des activités de services à la personne soumises à agrément ou à autorisation ou à déclaration.

**Si vous souhaitez assurer, en mode prestataire, des activités d’aide personnelle à domicile (assistance dans les actes quotidiens de la vie ou aide à l’insertion sociale) ou d’aide à la mobilité dans l’environnement de proximité ou une prestation de conduite du véhicule personnel au bénéfice :**

* **Des personnes âgées de plus de 60 ans (au regard du 6° du I de l’article L312-1 du CASF),**
* **Et/ou des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques (au regard du 7° du I de l’article L312-1 du CASF),**
* **Et/ou des familles fragiles (au regard du 1° et du 16° du I de l’article L312-1 du CASF),**

**alors vous devez procéder à une demande d’autorisation auprès du Département de la Haute-Loire.**

Remarque : La déclaration reste dans tous les cas nécessaire pour bénéficier des avantages fiscaux. Pour pouvoir se déclarer, les organismes prestataires devront le faire en ligne via NOVA munis de leur autorisation délivrée par le Président du Département.

**Composition du dossier :**

* Volet 1 - Identification de l’organisme
* Volet 2 - Modes d’intervention, zone géographique et activités envisagées soumises à autorisation
* Volet 3 - Conformité au cahier des charges

**Pièces à joindre au dossier :**

Pièces obligatoires à fournir par tous les organismes :

* Dossier de demande d’autorisation rempli et signé (3 volets)
* Pour les entreprises : les statuts ou Kbis ; pour les auto-entrepreneurs : la déclaration ; pour les associations : récépissé de déclaration à la Préfecture et statuts
* Projet de service
* Règlement de fonctionnement du service
* Livret d’accueil et ses annexes (document précisant l’offre de services…)
* Modèle de devis
* Modèle de contrat type précisant notamment la durée, le rythme et le coût des prestations (avec une annexe relative aux tarifs généraux et aux conditions de facturation de chaque prestation du service)
* Modèle de proposition d’intervention individualisée ou document individuel de prise en charge (DIPC)
* Modèle de facture
* Modèle de contrat de travail
* Modèle d’attestation fiscale
* Cadre d’enquête qualité
* Modèle d’outil ou de canevas d’évaluation globale et individualisée des besoins des bénéficiaires/clients
* Document d’information des bénéficiaires/clients en matière fiscale
* Modèle de cahier de liaison
* Budget prévisionnel
* Tableau des moyens humains et, éventuellement, copie des CV
* Copies des diplômes certifiées conformes
* Copie de la pièce d’identité du dirigeant
* Liste éventuelle des sous-traitants
* Pour les organismes ayant plusieurs établissements : la charte qualité
* En cas de démarchage à domicile : modèle de contrat avec bordereau de rétractation
* 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.

**Dépôt du dossier :**

*Vous pouvez télécharger ce dossier de demande d’autorisation directement sur le site internet du Département de la Haute-Loire (www.hauteloire.fr).*

Vous pouvez transmettre le dossier de demande d’autorisation :

* soit par lettre recommandée avec accusé de réception,
* soit en le déposant directement auprès du service,

à Hôtel du Département de la Haute-Loire

Direction de la Vie Sociale

Service des Etablissements Médico-Sociaux

1, Place Monseigneur de Galard

CS20310 – 43 009 Le Puy-en-Velay Cédex

Dans les deux cas vous devez également transmettre un exemplaire par voie électronique à l’adresse mail suivante : sems@hauteloire.fr

Pour plus de renseignements, vous pouvez prendre l’attache du Service des établissements sociaux et médico-sociaux – Direction de la Vie Sociale – du Département de la Haute-Loire. Tél : 04 71 07 42 73

Mail : sems@hauteloire.fr

A réception de votre dossier, vous allez recevoir :

* Un courrier accusant réception de votre dossier, qui précisera le cas échéant les informations et documents manquants.
* Un courrier vous indiquant la date à partir de laquelle est calculé le délai de trois mois durant lequel l’administration doit statuer sur votre demande d’autorisation (si votre dossier est complet). Le silence de l’administration à l’issue de ce délai vaut rejet.

**SOMMAIRE**

[Volet 1 – Identification de l’organisme 5](#_Toc464482142)

[Volet 2 - Modes d’intervention, zone d’intervention et activités envisagées soumises à autorisation 7](#_Toc464482143)

[Volet 3 – Conformité au cahier des charges 8](#_Toc464482144)

[Accueil 10](#_Toc464482145)

[2. Accueil, affichage et documentation écrite 10](#_Toc464482146)

[3. Accueil téléphonique 10](#_Toc464482147)

[Eléments contractuels 12](#_Toc464482148)

[4. Projet individualisé d’aide et d’accompagnement, prenant en compte la demande du bénéficiaire et de l’entourage 12](#_Toc464482149)

[5. Information sur les financements potentiels et les démarches à effectuer 12](#_Toc464482150)

[6. Devis, modèle de contrat, liste des documents laissés aux bénéficiaires 13](#_Toc464482151)

[7. Contrat de prestation avec droit de rétractation 13](#_Toc464482152)

[8. Signature du contrat 13](#_Toc464482153)

[9. Facturation claire et détaillée et attestation fiscale annuelle 14](#_Toc464482154)

[Lancement de la prestation 15](#_Toc464482155)

[1. Le référent de l’intervention 15](#_Toc464482156)

[2. Information des intervenants 15](#_Toc464482157)

[3. Identification des intervenants 15](#_Toc464482158)

[4. Un livret d’accueil, une information sur les droits et libertés individuels 15](#_Toc464482159)

[Organisation, management et coordination 17](#_Toc464482160)

[1. Modalités d’organisation, d’encadrement et de coordination des interventions 17](#_Toc464482161)

[2. Continuité des interventions 18](#_Toc464482162)

[3. Le remplacement 18](#_Toc464482163)

[4. Situations d’urgence 19](#_Toc464482164)

[Suivi individualisé 21](#_Toc464482165)

[1. Modalités du dispositif de suivi individualisé 21](#_Toc464482166)

[2. Le respect de la prestation, de ses horaires, l’information sur les changements éventuels 22](#_Toc464482167)

[Bientraitance, prévention de la maltraitance et dispositif de signalement 23](#_Toc464482168)

[1. Relation de dialogue, respect de la confidentialité et de l’intimité des personnes par les intervenants 23](#_Toc464482169)

[2. Délégation de pouvoir sur les avoirs, biens ou droits, ou donations 23](#_Toc464482170)

[3. Prévention de la maltraitance 23](#_Toc464482171)

[4. Soutien aux intervenants 24](#_Toc464482172)

[5. Signalement 25](#_Toc464482173)

[Contrôles, traitements des réclamations et gestion des conflits 26](#_Toc464482174)

[1. Contrôles internes réguliers sur l’application du cahier des charges 26](#_Toc464482175)

[2. Enquête qualité annuelle 26](#_Toc464482176)

[3. Charte qualité 26](#_Toc464482177)

[4. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l’ANESM 26](#_Toc464482178)

[5. Traitement des réclamations et gestion des conflits 26](#_Toc464482179)

[Recrutement et qualification 28](#_Toc464482180)

[1. Processus de recrutement 28](#_Toc464482181)

[2. Qualification des intervenants, des encadrants et des personnes assurant la fonction de direction 28](#_Toc464482182)

[Connaissance du secteur 30](#_Toc464482183)

[1. Bonne connaissance du contexte local social et médico-social correspondant au public bénéficiaire 30](#_Toc464482184)

## Volet 1 – Identification de l’organisme

**IDENTITE DE L’ORGANISME**

Nom de l’organisme : Cliquez ici pour taper du texte.

Raison Sociale : Cliquez ici pour taper du texte.

Statut : Cliquez ici pour taper du texte.

N° SIRET : Cliquez ici pour taper du texte. En cours d’immatriculation :  oui  non

N° FINESS : Cliquez ici pour taper du texte.

Situation particulière : Cliquez ici pour taper du texte.

**ADRESSE DE L’ORGANISME**

Adresse : Cliquez ici pour taper du texte.

CP : Cliquez ici pour taper du texte. Ville : Cliquez ici pour taper du texte.

Tél : Cliquez ici pour taper du texte. Adresse mail : Cliquez ici pour taper du texte.

Identique à celle du siège social :  oui  non

Si vous avez coché « non », précisez les coordonnées du siège : Cliquez ici pour taper du texte.

Adresse : Cliquez ici pour taper du texte.

CP : Cliquez ici pour taper du texte. Ville : Cliquez ici pour taper du texte.

Tél : Cliquez ici pour taper du texte. Adresse mail : Cliquez ici pour taper du texte.

**CARACTERISTIQUES DE L’ORGANISME**

Date de création : Cliquez ici pour taper du texte.

Code APE/NAF : Cliquez ici pour taper du texte.

Identifiant CNAV (si conventionné) : Cliquez ici pour taper du texte.

Organisme sans salarié :  oui  non

L’organisme est-il autorisé dans un ou plusieurs autres départements ?  oui  non

**Locaux :**

Locaux dédiés :  oui  non

Disponibilité :  permanente  temporaire

Occupant :  propriétaire  locataire  mise à disposition

Surface totale : Cliquez ici pour taper du texte.m²

Dont : accueil du public : Cliquez ici pour taper du texte. m²

réunion du personnel : Cliquez ici pour taper du texte. m²

**Réseaux :**

Si votre organisme est membre de réseaux, indiquez lesquels :

Réseau : Cliquez ici pour taper du texte.

Fédération : Cliquez ici pour taper du texte.

Enseigne : Cliquez ici pour taper du texte.

Franchise : Cliquez ici pour taper du texte.

**DIRIGEANT DE L’ENTREPRISE, DE L’ASSOCIATION OU DE L’ORGANISME**

Titre, fonction : Cliquez ici pour taper du texte.

NOM : Cliquez ici pour taper du texte. Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Personne chargée des contacts avec l’administration :

NOM : Cliquez ici pour taper du texte. Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Fonction : Cliquez ici pour taper du texte.

Tél : Cliquez ici pour taper du texte. adresse mail : Cliquez ici pour taper du texte.

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

Avez-vous signé des conventions avec des mutuelles ou d’autres acteurs institutionnels (CAF, CNAV…) ?

oui  non

Si oui, précisez avec lesquels : Cliquez ici pour taper du texte.

Etes-vous titulaire d’une certification ?

oui  non

Si oui, précisez laquelle : Cliquez ici pour taper du texte.

## Volet 2 - Modes d’intervention, zone d’intervention et activités envisagées soumises à autorisation

**Dénomination de l’organisme :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Indiquez le ou les modes d’intervention de votre organisme :**

*(cf. Article L7232-6 du Code du travail)*

* prestataire (fourniture de prestations de services aux personnes physiques – les intervenants sont salariés de la structure)
* mise à disposition (recrutement de travailleurs pour les mettre, à titre onéreux, à la disposition de personnes physiques. Dans ce cas, l’activité des associations est réputée non lucrative au regard des articles L8231-1 et L8241-1 du Code du travail)
* mandataire (le bénéficiaire/client de la prestation est l’employeur de l’intervenant)

prestataire  prestataire et mandataire

**Indiquez la zone géographique d’intervention de votre organisme :**

Totalité du département de la Haute-Loire

Zone du département de la Haute-Loire (ou liste des communes où vous souhaitez intervenir) : Cliquez ici pour taper du texte.

**Cocher les activités, soumises à autorisation, que vous souhaitez exercer en mode prestataire :**

Auprès des Auprès des Auprès des

personnes-âgées personnes handicapées familles fragiles

de plus de 60 ans ou pathologies chroniques

assistance à domicile \*  assistance à domicile \*  aide personnelle

à domicile \*

aide à la mobilité dans  aide à la mobilité dans

l’environnement de proximité l’environnement de proximité

conduite du véhicule  conduite du véhicule

personnel personnel

**\*** Actes quotidien de la vie ou aide à l’insertion sociale, soutien ou accompagnement de familles (soutien de la fonction parentale, facilitation des relations parents / enfants), 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 L1111-6-1 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.

Toutes ces activités doivent être réalisées au domicile du bénéficiaire ou de/vers son domicile.

Fait à :Cliquez ici pour taper du texte.

Le : Cliquez ici pour taper du texte.

Nom et Signature : Cliquez ici pour taper du texte.

## Volet 3 – Conformité au cahier des charges

**Dénomination de l’organisme :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Engagement au respect du cahier des charges :**

Je m’engage à respecter le cahier des charges des conditions techniques minimales d’organisation et de fonctionnement applicables aux services d’aide et d’accompagnement à domicile autorisés, qui interviennent auprès des personnes âgées de plus de 60 ans, des personnes handicapées et des familles fragiles (cf. décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d’aide et d’accompagnement à domicile et modifiant le code de l’action sociale et des familles, publié au Journal officiel du 24 avril 2016) :

Oui  Non

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

Oui  Non

Et notamment la loi 2002-2 qui prévoit 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 document individuel de prise en charge,
* Un règlement de fonctionnement,
* Un projet de service.

Je note que le passage sous le régime de l’autorisation unique implique l’obligation de réaliser des évaluations (article L312-8 du CASF) :

* 3 évaluations internes à intervalles de 5 ans au cours des 15 ans d’autorisation,
* Et 2 évaluations externes, la première au cours des 7 ans suivant l’autorisation et la seconde au plus tard avant le renouvellement de cette autorisation,
* La transmission des évaluations conditionne le renouvellement de l’autorisation.

Fait à : Cliquez ici pour taper du texte.

Le : Cliquez ici pour taper du texte.

Nom et Signature : Cliquez ici pour taper du texte.

**Mise en application du cahier des charges de l’autorisation :**

*Pour remplir correctement ce questionnaire, il vous est recommandé de vous référer aux prescriptions du cahier des charges de l’autorisation précité.*

*Pour des raisons de lisibilité, ces prescriptions ont été regroupées par thèmes dans le présent questionnaire et les références de ces prescriptions précèdent chacun de ces thèmes.*

*Votre attention est attirée sur la qualité des réponses à fournir et la qualité des pièces à joindre à ce questionnaire. Ce sont des éléments déterminants pour l’instruction de votre demande d’autorisation.*

Accueil

# Accueil, affichage et documentation écrite

Points 4.1.1, 4.1.3, 4.1.4 et 5.3.1 du cahier des charges

Disposez-vous de locaux d’accueil du public ouvert au moins deux demi- journées par semaine, à jours et heures fixes ?



oui  non

La confidentialité des échanges est-elle garantie ?

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) :

Cliquez ici pour taper du texte.

Les prix des prestations proposées sont-ils affichés dans le local d’accueil du public (et sur le site internet lorsqu’il existe) 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

1. les tarifs des prestations TTC avant déduction d’aide ou de conventionnement :

oui  non

1. les modalités d’intervention :

oui  non

1. les conditions de remplacement et d’intervention en cas d’urgence :

oui  non

1. le recours à la sous-traitance :

oui  non

1. les modes de financement potentiels :

oui  non

# Accueil téléphonique

Point 4.1.2 et 5.3.5 du cahier des charges

L’accueil téléphonique est-il assuré :

1. au minimum 5 jours sur 7 ?

oui  non

1. sur une plage horaire de 7 heures par jour ?

oui  non

Une procédure de gestion des messages téléphoniques est-elle organisée ?

oui  non

Avez-vous une procédure vous permettant d’assurer une permanence téléphonique afin de pouvoir répondre aux situations d’urgence durant les plages horaires de délivrance des services, le cas échéant par des moyens mutualisés avec d’autres organismes autorisés ou de téléassistance ?

oui  non

Précisez laquelle :

Cliquez ici pour taper du texte.

Eléments contractuels

# Projet individualisé d’aide et d’accompagnement, prenant en compte la demande du bénéficiaire et de l’entourage

Points 4.2.1, 4.2.2, 4.2.4, 4.2.5, 4.2.6 et 4.2.7 du cahier des charges

Utilisez-vous des outils ou canevas d’évaluation globale et individualisée de la demande et des besoins adaptés à votre public ?

oui  non

**JOINDRE LE ou LES MODELES UTILISES**

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

oui  non

Précisez lesquelles :

Cliquez ici pour taper du texte.

Si la prestation attendue n’est pas en adéquation avec les compétences et les moyens que vous pouvez mettre en œuvre, en faites-vous connaître les raisons au bénéficiaire ?

oui  non

En substitution ou en complément, l’orientez-vous vers une structure plus adaptée?

oui  non

Un projet d’intervention individualisé est-il établi ?

oui  non

Le projet d’intervention individualisé est-il réalisé avec le bénéficiaire et/ou son entourage ?

oui  non

Le projet d’intervention individualisé prend-il en compte, si elle existe, l’évaluation réalisée par l’équipe médico-sociale du Conseil Départemental ou de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?

oui  non

Le projet d’intervention individualisé prend-il en compte les modalités de coordination avec d’éventuelles autres interventions (ex : plans d’aide ou de compensation élaborés par les équipes spécialisées APA ou MDPH ou à la demande des financeurs des prestations – Département, CAF, caisses de retraite, mutuelles…) ?

oui  non

# Information sur les financements potentiels et les démarches à effectuer

Points 4.1.6 et 4.2.3 du cahier des charges

Connaissez-vous les financements potentiels, les démarches à effectuer pour vos bénéficiaires par rapport à votre secteur et à votre activité, les recours possibles en cas de litige ?

oui  non

Les faites-vous connaître à vos bénéficiaires ?

oui  non

Disposez-vous d’un document d’information à remettre aux bénéficiaires à ce sujet, distinct du livret d’accueil ?

oui  non

# Devis, modèle de contrat, liste des documents laissés aux bénéficiaires

Points 4.1.5 et 4.3.2 du cahier des charges

Établissez-vous gratuitement un devis pour :

1. Toute prestation dont le prix mensuel est égal ou supérieur à 100 € TTC ?

oui  non

1. Tout bénéficiaire qui en fait la demande ? :

oui  non

**JOINDRE UN EXEMPLAIRE**

Quels autres documents communiquez-vous au bénéficiaire ?

1. un modèle de contrat-type (contrat de prestation) :

oui  non

**JOINDRE UN EXEMPLAIRE**

1. la proposition d’intervention individualisée (ou DIPC) :

oui  non

**JOINDRE UN EXEMPLAIRE TYPE**

# Contrat de prestation avec droit de rétractation

Point 4.3.3 du cahier des charges.

En cas de démarchage à domicile, le contrat comporte-t-il un bordereau de rétractation (dont les conditions de présentation et les mentions sont précisées en annexe de l’article R121-1 du code de la consommation) ?

oui  non

# Signature du contrat

Point 4.3.2, 4.4.2 et 4.5.2 du cahier des charges.

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

oui  non

Lorsque cette information est disponible, l’estimation du montant restant à charge de la personne accompagnée est-elle jointe au contrat initial ?

oui  non

Le contrat précise-t-il les conditions et modalités de changements éventuels des horaires d’intervention, de mise en œuvre et évolution des prestations (dont les conditions générales de remplacement) ?

oui  non

Le contrat définit-il les conditions et modalités de réactualisation de l’intervention individualisée ?

oui  non

# Facturation claire et détaillée et attestation fiscale annuelle

Point 4.4.4 du cahier des charges

**JOINDRE UN MODELE DE FACTURE**

**JOINDRE UN MODELE D’ATTESTATION FISCALE**

Lancement de la prestation

# Le référent de l’intervention

point 4.5.1 du cahier des charges

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

oui  non

Communiquez-vous ses coordonnées au bénéficiaire ou 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

1. les consignes d’accès :

oui  non

1. les éléments techniques utiles sur le contenu de l’intervention :

oui  non

1. 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 quel(s) moyen(s) le bénéficiaire peut-il identifier l’intervenant ?

Cliquez ici pour taper du texte.

# Un livret d’accueil, une information sur les droits et libertés individuels

point 4.3.1 du cahier des charges

Remettez-vous un livret d’accueil à vos bénéficiaires lors de la signature du contrat ?

oui  non

Comporte-t-il toutes les informations prévues au minimum au point 4.3.1 du cahier des charges ?

oui  non

**JOINDRE UN EXEMPLAIRE**

Organisation, management et coordination

# Modalités d’organisation, d’encadrement et de coordination des interventions

Points 3.5, 4.4.3, 4.5.3 et 5.3.3 du cahier des charges

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

oui  non

1. fiches de poste ou de fonction détaillées

oui  non

1. référentiel d’intervention (détail des prestations par type de mission)

oui  non

1. autres, précisez :

Cliquez ici pour taper du texte.

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

oui  non

Précisez la fréquence :

Cliquez ici pour taper du texte.

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

oui  non

Préciser :

Cliquez ici pour taper du texte.

Les modalités d’association des intervenants à la coordination avec les autres intervenants et aux réflexions entraînant des modifications d’intervention sont-elles définies ?

oui  non

Préciser :

Cliquez ici pour taper du texte.

Avez-vous défini des procédures pour :

1. le recrutement :

oui  non

1. la planification :

oui  non

1. les astreintes ou permanences de l’encadrement (soir, week-end et jours fériés) :

oui  non

Cahier de liaison :

Utilisez-vous un cahier de liaison ou système équivalent ?

oui  non

**JOINDRE UN MODELE DU CAHIER DE LIAISON**

# Continuité des interventions

points 5.3.2 et 5.3.3 du cahier des charges

Nombre d’heures prévues par an :

Cliquez ici pour taper du texte.

Quels sont vos jours d’intervention :

du lundi au vendredi  du lundi au samedi  7 jours / 7

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

oui  non

Préciser lesquels :

Cliquez ici pour taper du texte.

Assurez-vous la continuité des interventions ?

oui  non

Le faites-vous avec vos moyens propres ?

oui  non

Précisez le dispositif :

Cliquez ici pour taper du texte.

Si vous vous y êtes engagé, assurez-vous la continuité des interventions les samedis, dimanches et jours fériés ?

oui  non

Le faites-vous avec vos moyens propres ?

oui  non

Précisez le dispositif :

Cliquez ici pour taper du texte.

Grâce à une organisation avec d’autres structures autorisées ?

oui  non

Précisez le dispositif :

Cliquez ici pour taper du texte.

Le bénéficiaire est-il informé de l’intervention d’un autre organisme autorisé ?

oui  non

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

oui  non

Par le biais d’un sous-traitant autorisé ?

oui  non

# Le remplacement

Point 5.3.4 du cahier des charges

Avez-vous mis en place une procédure de remplacement en cas d’absence de l’intervenant habituel ?

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

oui  non

Précisez laquelle :

Cliquez ici pour taper du texte.

1. En cas d’absence inopinée de l’intervenant à l’heure prévue :

oui  non

Précisez laquelle :

Cliquez ici pour taper du texte.

1. Pendant les congés annuels de l’intervenant :

oui  non

Précisez laquelle :

Cliquez ici pour taper du texte.

Dans le cas de personnes accompagnées nécessitant un accompagnement continu pour leur maintien à domicile, le remplacement est-il organisé sans délai ?

oui  non

Informez-vous le bénéficiaire des conditions générales de remplacement ?

oui  non

Précisez comment :

Cliquez ici pour taper du texte.

# Situations d’urgence

Points 4.5.3 et 5.3.5 du cahier des charges.

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 :

Cliquez ici pour taper du texte.

1. S’il s’agit d’un cas de maltraitance avérée :

oui  non

Précisez :

Cliquez ici pour taper du texte.

1. S’il s’agit de la mise en danger d’un intervenant :

oui  non

Précisez :

Cliquez ici pour taper du texte.

1. Lorsque l’entourage habituel (indispensable à la vie quotidienne) d’un bénéficiaire fait défaut :

oui  non

Précisez :

Cliquez ici pour taper du texte.

1. Autres modalités :

oui  non

Précisez :

Cliquez ici pour taper du texte.

Suivi individualisé

# Modalités du dispositif de suivi individualisé

Points 4.5.2, 4.5.3 et 5.4.1 du cahier des charges

Avez-vous mis en place un dispositif de suivi individualisé des prestations à travers :

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

oui  non

1. Des remontées d’informations écrites par l’intervenant :

oui  non

1. Des réunions de suivi des situations avec l’ensemble des intervenants :

oui  non

1. Donnent-elles lieu à des comptes rendus ?

oui  non

1. Des retours du bénéficiaire et du proche aidant ?

oui  non

1. D’autres modalités ?

oui  non

Précisez la fréquence :

Cliquez ici pour taper du texte.

Ce suivi est-il prévu :

1. Systématiquement après le démarrage de la première intervention ?

oui  non

1. En continu au jour le jour ?

oui  non

1. Avec un point une fois par mois ?

oui  non

1. Lors d’une visite à échéance prévue ?

oui  non

1. Autres ?

oui  non

Précisez :

Cliquez ici pour taper du texte.

1. Par qui est-il réalisé ?

Cliquez ici pour taper du texte.

Ce dispositif prévoit-il une réactualisation du projet d’intervention individualisé ?

oui  non

1. Au moins une fois par an ?

oui  non

1. À un rythme plus fréquent pour des situations le justifiant ?

oui  non

1. Autres ?

oui  non

Précisez :

Cliquez ici pour taper du texte.

1. Qui réalise cette réactualisation ?

Cliquez ici pour taper du texte.

Tenez-vous à jour l’historique des interventions ?

oui  non

De quelle manière ?

Cliquez ici pour taper du texte.

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

Point 4.4.2 du cahier des charges

Quels moyens avez vous mis en place pour contrôler le respect par les intervenants du contenu des prestations défini préalablement ? Décrivez-les :

Cliquez ici pour taper du texte.

Réalisez-vous des visites inopinées chez vos clients lorsqu’une prestation est en cours de réalisation?

oui  non

**Avez-vous défini une procédure en cas d’absence inopinée d’un intervenant à l’heure prévue :**

oui  non

Bientraitance, prévention de la maltraitance et dispositif de signalement

# Relation de dialogue, respect de la confidentialité et de l’intimité des personnes par les intervenants

Points 3.1, 3.2 et 5.2.2 du cahier des charges

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

1. Leur faites-vous signer un engagement par écrit à ce sujet ?

oui  non

1. Abordez-vous ce sujet en groupes d’échanges de pratiques ?

oui  non

1. Insistez-vous sur la confidentialité des informations médicales ?

oui  non

1. Sécurisez-vous les dossiers «papier» et les dossiers informatisés ?

oui  non

De quelle manière ? :

Cliquez ici pour taper du texte.

# Délégation de pouvoir sur les avoirs, biens ou droits, ou donations

Point 5.2.4 du cahier des charges

Informez-vous les intervenants et les encadrants de l’interdiction de recevoir toute délégation de pouvoirs sur les avoirs, biens ou droits, toute donation, tout dépôt de fonds… de la part des bénéficiaires auprès desquels ils interviennent ?

oui  non

De quelle manière :

Cliquez ici pour taper du texte.

# Prévention de la maltraitance

Points 5.2.3 du cahier des charges

Organisez-vous des réunions de prévention de la maltraitance ?

oui  non

Existe-t-il une traçabilité de ces réunions (ordre du jour, liste des participants) ?

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

1. Mise en situation pour analyse des réactions du candidat ?

oui  non

1. Suivi durant la période d’essai ?

oui  non

1. Autres ?

oui  non

Précisez :

Cliquez ici pour taper du texte.

Organisez-vous, à minima, une formation des encadrants et des intervenants à la prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance ?

oui  non

Préciser :

Cliquez ici pour taper du texte.

# **Soutien aux intervenants**

Points 5.2.1 et 5.2.2 du cahier des charges

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

oui  non

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

oui  non

Précisez par quels moyens et selon quelle fréquence :

Cliquez ici pour taper du texte.

**Proposez-vous des actions de formation permettant une meilleure qualification des salariés et une valorisation des parcours professionnels ?**

oui  non

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

oui  non

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

Cliquez ici pour taper du texte.

# Signalement

Points 4.5.3 du cahier des charges

En cas de situation de maltraitance avérée, transmettez-vous un signalement aux autorités compétentes ?

oui  non

En informez-vous la personne accompagnée ou son proche aidant ?

oui  non

Contrôles, traitements des réclamations et gestion des conflits

# Contrôles internes réguliers sur l’application du cahier des charges

Point 5.4.3 du cahier des charges

**Procédez-vous à des contrôles réguliers en interne portant sur l’application du cahier des charges national ?**

oui  non

**Quelle est la périodicité de ces contrôles ?**

Cliquez ici pour taper du texte.

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

Cliquez ici pour taper du texte.

# **Enquête qualité annuelle**

Point 5.4.4 du cahier des charges.

Procédez-vous, au moins une fois par an, à une enquête auprès des personnes accompagnées sur leur perception de la qualité des interventions ?

oui  non

**JOINDRE UN EXEMPLAIRE**

Comment avez-vous prévu de l’exploiter ?

Cliquez ici pour taper du texte.

# **Charte qualité**

Points 5.4.2 et 5.4.3 du cahier des charges

Adhérez-vous à la charte nationale qualité des services à la personne ?

oui  non

# Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l’ANESM

Point 5.4.5 du cahier des charges

Avez-vous pris connaissance des recommandations de bonnes pratiques de l’ANESM pour l’intervention auprès des personnes âgées, des personnes handicapées ou des familles fragiles ?

oui  non

# **Traitement des réclamations et gestion des conflits**

Point 4.5.3 du cahier des charges

**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 :

Cliquez ici pour taper du texte.

La liste des personnes qualifiées, auxquelles le bénéficiaire peut faire appel pour l’aider à faire valoir ses droits en cas de conflit non résolu, figure-t-elle dans le livret d’accueil ?

oui  non

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

oui  non

Recrutement et qualification

# **Processus de recrutement**

Point 5.1.5 du cahier des charges

Avez-vous prévu une procédure d’entretien d’embauche permettant de recevoir physiquement chaque candidat afin de vérifier ses motivations, qualifications et expérience professionnelle ?

oui  non

# Qualification des intervenants, des encadrants et des personnes assurant la fonction de direction

Points 5.1.1 à 5.1.4 et 6.2 du cahier des charges et article 5 du décret n°2016-502 du 22 avril 2016

**TABLEAU DES MOYENS HUMAINS   
(joindre un tableau pour chaque département d’activité)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GESTIONNAIRE / ENCADRANT**  NOM Prénom | DIPLÔME/EXPERIENCE  PROFESSIONNELLE (ou CV) | DATE DE  RECRUTE  MENT | CDI | AUTRE  CONTRAT(préciser) | BENEVOLES (pour les associations) |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **INTERVENANT**  NOM Prénom | DIPLÔME/EXPERIENCE  PROFESSIONNELLE (ou CV) | DATE DE  RECRUTE  MENT | CDI | AUTRE  CONTRAT(préciser) |  |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |  | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |

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 (fiches de poste) et des pré-requis exigés pour ces emplois.

Connaissance du secteur

# Bonne connaissance du contexte local social et médico-social correspondant au public bénéficiaire

Point 3.3 du cahier des charges

Travaillez-vous avec le Relais gérontologique et la MAIA, la MDPH, les autres établissements et services médico-sociaux ou autres dispositifs ?

oui  non

Précisez lesquels : Cliquez ici pour taper du texte.

Connaissez-vous le schéma départemental en faveur des personnes âgées ?

oui  non

Connaissez-vous le schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap ?

oui  non

Disposez-vous des connaissances pour aider vos clients dans leurs démarches administratives (demande d’allocation personnalisée d’autonomie, etc...) ?

oui  non