

DOSSIER

DEMANDE D'AUTORISATION

Service d'aide et d'accompagnement à domicile exerçant en mode prestataire auprès de personnes vulnérables et familles fragiles

Références juridiques

- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement - articles 47, 48, 67.
- 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, entré en vigueur au 1er juillet 2016. Le cahier des charges national définit les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement applicables aux services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile relevant des 1°, 6°, 7°, ou 16° du I de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.
- Annexe au décret précité étant l'annexe 3-0 du code l'action sociale et des familles (partie réglementaire)
- Décret n°2016-750 du 6 juin 2016 relatif à la liste des activités de services à la personne soumises à agrément ou à autorisation dans le cadre du régime commun de la déclaration.

Ces services sont en outre soumis à l'ensemble des dispositions générales du Code de l'Action Sociale et des Familles relatives aux services sociaux et médico-sociaux.

POUR REMPLIR CORRECTEMENT CE DOSSIER IL VOUS EST RECOMMANDÉ DE VOUS RÉFÉRER AUX PRESCRIPTIONS DE LA PROCÉDURE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL D'INDRE ET LOIRE.

Ces prescriptions sont répertoriées dans le présent dossier et regroupées par thèmes. Votre attention est attirée sur la qualité des réponses à fournir et la qualité des pièces à joindre à ce questionnaire (liste en fin de dossier) Ce sont des éléments déterminants pour l'instruction de votre demande d'autorisation.

MERCI DE LISTER VOS ANNEXES EN FIN DE DOSSIER.

RAPPELS :

La délivrance de l'autorisation ne peut s'entendre qu'en mode prestataire. Les autres modes nécessitent un agrément ou une déclaration délivrés par l'Unité Territoriale de la DIRECCTE.

Aucune des activités soumises à autorisation préalable ne peut être exercée avant l'obtention de l'autorisation.

Aucune activité ne peut ouvrir droit aux avantages fiscaux si elle n'a pas été déclarée auprès de l'Unité Territoriale de la DIRECCTE.

SOMMAIRE

Votre structure : son organisation, son fonctionnement	p. 4
Identifiez votre organisme	p. 4
Accueil des personnes	p. 5
Organisation, management et coordination	p. 6
Connaissance du secteur	p. 6
Recrutement et qualification	p. 7
Enquêtes – bilans – évaluations	p. 7
Votre structure : l'accompagnement de la personne, le droit des usagers	p. 8
Éléments contractuels	p. 8
Lancement de la prestation	p. 8
Suivi individualisé	p. 9
Bienveillance prévention de la maltraitance et dispositif de signalement	p. 10
Contrôles - traitements des réclamations et gestion des conflits	p. 11
Liste des pièces à fournir	p. 12

VOTRE STRUCTURE : SON ORGANISATION, SON FONCTIONNEMENT

IDENTIFIEZ VOTRE ORGANISME

Identité de l'organisme

Dénomination sociale :

Nom commercial :

N° SIRET :

SIREN :

En cours d'immatriculation : oui non

Siège

Adresse :

CP :

ville :

pays :

Tél. :

Fax :

Service administratif – adresse identique à celle du siège

oui non

Adresse :

CP :

ville :

pays :

Tél. :

Fax :

Caractéristique de l'organisme

Date de création :

Année de début des services :

Code APE/NAF :

Organisme sans salarié : oui non

Siège – locaux

Local dédié oui non

Occupant : propriétaire locataire mise à disposition

Disponibilité : permanente temporaire

Surface totale : dont :

Surface accueil public : Accès handicap : oui non

Surface réunion du personnel : Accès handicap : oui non

Si votre organisme est membre d'un réseau, lesquels :

Réseaux : Fédérations :

Enseignes : Franchises :

DIRIGEANT de l'entreprise, de l'association ou de l'organisme :

Titre, fonction :

NOM :

Prénom :

Sexe : F H

Date de naissance :

lieu de naissance :

Département :

pays de naissance :

Personne chargée des contacts avec l'administration :

NOM :

Prénom :

FONCTION :

Courriel :

téléphone :

RESPECT DU CAHIER DES CHARGES

Je m'engage à respecter le cahier des charges de l'autorisation (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) dans le département d'Indre et Loire, sur les zones d'intervention ci-après (citez les communes) :

Le : Fait à :

Signature :

cachet de l'organisme

ACCUEIL DES PERSONNES

Accueil physique, affichage et documentation écrite

Disposez-vous de locaux d'accueil du public ouvert au moins deux demi-journées par semaine, à jours et heures fixes, avec une amplitude horaire minimale par demi-journée de trois heures ?

Vos horaires :

Sont-ils affichés à l'extérieur du local ? oui non

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

Décrivez ces locaux (adresse, surface, étage – et leurs modalités de disposition (mutualisé, en propre) :

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 :

Les prestations proposées ? oui non

Les tarifs des prestations TTC avant déduction d'aide ou de conventionnement ?

oui non

Les modalités d'interventions ? oui non

Les conditions de remplacement et d'intervention en cas d'urgence ? oui non

Le recours à la sous-traitance ? oui (quel organisme ?) non

Les modes de financement potentiels ? oui non

L'accueil téléphonique est-il assuré :

Au minimum 5 jours sur 7 ? oui non

Sur une plage horaire de 7 heures ? oui non

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

Situation d'urgence

Avez-vous une procédure vous permettant d'assurer une permanence téléphonique en dehors des horaires de cet accueil téléphonique ?

oui non

Précisez laquelle :

Avez-vous défini une procédure en cas d'absence inopinée d'un intervenant à l'heure prévue ? oui non

Avez-vous une procédure pour répondre aux situations d'urgence ? oui non

Si une situation nécessite l'intervention d'un service de secours ? oui non

Précisez :

S'il s'agit d'un cas de maltraitance avérée ? oui non

Précisez :

Lorsque l'entourage habituel (indispensable à la vie quotidienne) d'un bénéficiaire fait défaut ? oui non

Précisez :

Autres modalités ? oui non

Précisez :

ORGANISATION, MANAGEMENT ET COORDINATION

Avez-vous des **référentiels** ou des pratiques d'intervention formalisées ? oui non

Fiches de poste ou de fonction détaillées ? oui non

Référentiel d'intervention (détail des prestations par type de mission) ? oui non

Autres, précisez :

Organisez-vous des **réunions de service** (précisez la fréquence) :

Avec l'encadrement ? oui non

Avec les intervenants ? oui non

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

Avez-vous défini **des procédures** :

De recrutement ? oui non

De planification ? oui non

De gestion des remplacements ?

Prévus ? oui non

Non prévus ? oui non

De gestion des congés ? oui non

Précisez laquelle :

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

Précisez comment :

Des astreintes ou permanences de l'encadrement (soir, week-end, jours fériés) oui non

Assurez-vous la **continuité des interventions** ? oui non

Les samedis, dimanches, et jours fériés ? oui non

Avec vos propres moyens ? oui non

Grace à une mutualisation avec d'autres organismes (précisez le dispositif) ? oui non

Le bénéficiaire en est-il informé ? oui non

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

L'organisme concerné dispose-t-il de l'autorisation du Conseil Départemental d'Indre et Loire ? oui non

Par le biais d'un sous-traitant autorisé ? oui non

CONNAISSANCE DU SECTEUR

Connaissance du secteur local social et médico-social correspondant au public auquel l'organisme s'adresse

Travaillez-vous avec les CLIC, les Maisons Départementales de la Solidarité, les maisons des aînés, les coordinations autonomie, ou autres dispositifs ? oui non

Si oui (précisez lesquels) :

Connaissez-vous le schéma autonomie (personnes âgées – personnes handicapées) du département ? oui non

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

Connaissez-vous le site Touraine Repérage du Conseil Départemental ? oui non

RECRUTEMENT ET QUALIFICATION

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

Joindre un tableau des moyens humains (nom, catégorie/métier, diplôme/ expérience professionnelle/formation dans le champ d'activité de l'organisme, date de recrutement, type de contrat, bénévoles)

ENQUÊTES – BILANS – ÉVALUATIONS

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

Comment avez-vous prévu de l'exploiter ?

Si vous êtes un organisme appartenant à un réseau, une fédération, une enseigne, franchisé, disposez-vous d'une **charte de qualité** régissant les règles de fonctionnement ?

oui non

Avez-vous une procédure d'**évaluation interne** ?

oui non

Précisez :

Comment prévoyez-vous de faire réaliser l'évaluation externe ?

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

oui non

2.

VOTRE STRUCTURE : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE, LE DROIT DES USAGERS

ÉLÉMENTS CONTRACTUELS

Utilisez-vous un outil ou canevas d'**évaluation globale et individualisée des besoins** adaptés à votre public ? oui non

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

Précisez lesquelles :

Une proposition d'intervention individualisée est-elle établie ? oui non

La proposition d'intervention individualisée prend-elle en compte, s'il existe, le plan d'aide ou un diagnostic du prescripteur oui non

La proposition d'intervention individualisée est-elle réalisée avec le bénéficiaire et/ou son entourage ? oui non

La proposition d'intervention individualisée prend-elle en compte les modalités de coordination avec d'éventuelles autres interventions ? oui non

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

Les faites-vous connaître à vos bénéficiaires ? oui non

Etablissez-vous **un devis** pour :

Toute prestation dont le prix mensuel est égal ou supérieur à 100 € ? oui non

Tout bénéficiaire qui en fait la demande ? oui non

Un modèle de **contrat-type de prestation** est-il communiqué au bénéficiaire ? oui non

La **proposition d'intervention individualisée** ? oui non

Le contrat de prestation comporte-t-il un **bordereau de rétractation** ? oui non

Le contrat de prestation précise-t-il la durée, la fréquence, le type et le prix de la prestation avant toute prise en charge ? oui non

La **facture** présentée au bénéficiaire est-elle claire et détaillée ? oui non

L'attestation fiscale est-elle claire ? oui non

LANCEMENT DE LA PRESTATION

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 ou à l'entourage ? oui non

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

Les horaires d'intervention ? oui non

Les consignes d'accès ? oui non

Les éléments techniques utiles sur le contenu de l'intervention ? oui non

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

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 ?

Remettez-vous un **livret d'accueil** à la disposition de vos bénéficiaires ? oui non
Comporte-t-il toutes les mentions prévues par le cahier des charges ? oui non

SUIVI INDIVIDUALISÉ

Avez-vous mis en place **un dispositif de suivi individualisé des prestations, des liens avec l'intervenant** à travers :

Des remontées des informations orales par l'intervenant : oui non
Des remontées des informations écrites par l'intervenant : oui non
Des réunions de suivi des situations avec l'ensemble des intervenants : oui non
Donnent-elles lieu à des comptes rendus ? oui non
D'autres modalités ? oui non

Précisez la fréquence :

Ce suivi est-il prévu :

Systématiquement après le démarrage de la première intervention ? oui non

En continu au jour le jour ? oui non

Avec un point une fois par mois ? oui non

Lors d'une visite à échéance prévue ? oui non

Autre ? oui non

Précisez :

Par qui est-il réalisé ?

Une réactualisation du projet est-il prévu ? oui non

Au moins une fois par an ? oui non

A un rythme plus fréquent pour des situations le justifiant : oui non

Autres : oui non

Précisez :

Quels **moyens avez-vous mis en place pour contrôler le respect des prestations, de ses horaires, l'information sur les changements éventuels par les intervenants** ?

Décrivez-les :

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

Remettez-vous un **cahier de liaison** à la personne bénéficiaire ? oui non

Contient-il des informations nécessaires à la prestation ?

Pour le bénéficiaire ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Pour les intervenants ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Pour des partenaires ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

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.

Sensibilisez-vous les intervenants au **respect de la confidentialité et de l'intimité des personnes** ?

oui non

Au moment du recrutement, par des exercices de mise en situation ?

oui non

Faites-vous signer les candidats un engagement par écrit à ce sujet ?

oui non

Abordez-vous ce sujet en groupes d'échanges de pratiques ?

oui non

Insistez-vous sur la confidentialité des informations médicales ?

oui non

Insistez-vous sur la confidentialité des informations privées inutiles au suivi de la prestation ?

oui non

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

oui non

Délégation de pouvoir sur les avoirs, biens ou droits ou donation :

Avez-vous informé les intervenants qu'il 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 ?

Prévention de la maltraitance :

Connaissez-vous le guide d'intervention maltraitance des personnes vulnérables à domicile en vigueur au Conseil Départemental ?

oui non

Organisez-vous des réunions ?

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

Vérification des références ?

oui non

Mise en situation pour analyse des réactions du candidat ?

oui non

Suivi durant la période d'essai ?

oui non

Autres ? oui non

Précisez :

Soutien aux intervenants :

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 :

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 - TRAITEMENTS DES RECLAMATIONS ET GESTION DES CONFLITS

Contrôles internes réguliers sur l'application du cahier des charges

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

Quelle est la périodicité de ces contrôles ?

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

Traitement des réclamations et gestion des conflits

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 :

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

La liste des **personnes qualifiées** auxquelles le bénéficiaire peut faire appel en cas de conflit non résolu figure-t-elle dans le livret d'accueil ? oui non

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

- o Dossier d'autorisation complet,
- o Attestation INSEE/répertoire SIREN, déclaration pour les autoentrepreneurs, copie des statuts et déclaration au Journal Officiel pour les associations, déclaration de la DREETS (anciennement DIRECCTE,)
- o RIB,
- o Copie de la pièce d'identité du gestionnaire / responsable d'agence,
- o Organigramme de la structure,
- o Règlement intérieur, conformément à l'article L 1311-2 du Code du Travail, devant comporter les interdictions de recevoir toute délégation de pouvoirs sur les avoirs, biens ou droits, toute donation, tout dépôt de fonds, de valeur ou de bijoux,
- o Projet de service devant s'appuyer sur le contexte social et médico-social local et situer l'action du service en complémentarité et coordination avec d'autres intervenants et dispositifs,
- o Le cas échéant, convention(s) de partenariat,
- o Contrats types de travail pour chaque type de contrat envisagé (CDI, CDD, temps plein, temps partiel),
- o Fiches de postes pour l'ensemble des salariés,
- o CV, diplômes, certifications professionnelles, attestation de formation, justificatifs d'expériences professionnelles, des dirigeants et encadrants,
- o Documents d'information relatif aux financements auxquels le public est susceptible d'avoir droits, aux démarches à effectuer pour les obtenir, ainsi qu'aux recours possibles en cas de litige (ex : médiation, liste des personnes qualifiées par l'arrêté de 2018). Cette documentation est distincte du livret d'accueil,
- o Livret d'accueil devant comporter les interdictions de recevoir toute délégation de pouvoirs sur les avoirs, biens ou droits, toute donation, tout dépôt de fonds, de valeur ou de bijoux, et mentionner l'information en matière fiscale, ainsi que les coordonnées des services du Président du Conseil Départemental, la liste des personnes qualifiées par l'arrêté de 2018 en cas de litige, le formulaire pour nommer une personne de confiance,
- o Document d'évaluation des besoins de la personne aidée propre à votre service,
- o Document individuel de prise en charge ou projet individualisé d'aide et d'accompagnement,
- o Contrat type de prestation, avec bordereau de rétractation,
- o Modèle de devis avec la mention de transmission « gratuite »,
- o Modèle de facture,
- o Modèle d'attestation fiscale,
- o Fiche de présence de l'intervenant mentionnant les horaires d'intervention,
- o Cahier de liaison,
- o Engagement charte nationale qualité (pré-adhésion ou adhésion),
- o Rapport d'auto-évaluation au cahier des charges,
- o Enquête de satisfaction,
- o Charte des droits et libertés individuelles,
- o Tableau des moyens humains (cf. p7 du dossier de demande d'autorisation) ou le calendrier de recrutement.
- o Budget prévisionnel complet sur 3 ans du SAAD permettant d'évaluer l'équilibre économique du projet
- o Communication sur les tarifs pratiqués (avant réductions d'impôts et aides financières (APA/PCH))