



Dossier de demande d'autorisation
pour la création d'un Service Autonomie à Domicile
aide et soin (SAD mixte)

Région Normandie

Département d'implantation du SAD aide et soin :

Textes :

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

Trois prérequis pour déposer le dossier de demande de création :

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

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

- ❖ **Agence régionale de santé Normandie**
ars-normandie-direction-autonomie@ars.sante.fr et le cadre référent départemental

ET au Conseil départemental du territoire concerné par la demande :

- ❖ **Conseil départemental de l'Eure :**
aurelie.roussel@eure.fr
- ❖ **Conseil départemental de l'Orne**
mouterde.annabelle@orne.fr
busson.fanny@orne.fr
- ❖ **Conseil départemental de la Seine Maritime :**
da-sad@seinemaritime.fr
- ❖ **Conseil départemental du Calvados :**
emilie.beziers@calvados.fr
- ❖ **Conseil Départemental de la Manche**
serge.jardin@manche.fr

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

📌 Documents à transmettre avec le dossier (*liste non limitative / non exhaustive*)

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

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

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

Identification du / des SSIAD :

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

SSIAD 1			
Nom du service			
Nom du gestionnaire			
FINESS juridique			
FINESS géographique			
Statut juridique	<input type="checkbox"/> Organisme privé à but non lucratif <input type="checkbox"/> Organisme privé à but lucratif <input type="checkbox"/> Fonction publique hospitalière <input type="checkbox"/> Fonction publique territoriale <input type="checkbox"/> Autre, <i>préciser : ...</i>		
Convention collective en vigueur (si structure de droit privé)	<input type="checkbox"/> CCN de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (IDCC : 2941) <input type="checkbox"/> CCN des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (IDCC : 51) <input type="checkbox"/> CCN de l'hospitalisation privée (IDCC : 2264) <input type="checkbox"/> CCN du 15 mars 1966 (IDCC : 413) <input type="checkbox"/> CCN des entreprises de services à la personne (IDCC : 3127) <input type="checkbox"/> Autre, <i>préciser : ...</i>		
Précisions (<i>facultatif</i>)			
CPOM signé avec l'ARS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<i>Si oui, date de signature (la plus récente)</i>	JJ/MM/AAAA		
Le service fait-il partie d'un groupement sanitaire / médico-social ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<i>Si oui, préciser</i>			
Adhésion à une fédération	<table border="0"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> AD-PA <input type="checkbox"/> FEHAP <input type="checkbox"/> FNADEPA <input type="checkbox"/> FHF <input type="checkbox"/> Nexem <input type="checkbox"/> SYNERPA Domicile <input type="checkbox"/> Adédom <input type="checkbox"/> UNCCAS </td> <td> <input type="checkbox"/> Fédésap <input type="checkbox"/> UNADMR <input type="checkbox"/> FNAQPA <input type="checkbox"/> FNAAFP-CSF <input type="checkbox"/> UNA <input type="checkbox"/> UNASSI <input type="checkbox"/> Autre, <i>préciser : ...</i> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> AD-PA <input type="checkbox"/> FEHAP <input type="checkbox"/> FNADEPA <input type="checkbox"/> FHF <input type="checkbox"/> Nexem <input type="checkbox"/> SYNERPA Domicile <input type="checkbox"/> Adédom <input type="checkbox"/> UNCCAS	<input type="checkbox"/> Fédésap <input type="checkbox"/> UNADMR <input type="checkbox"/> FNAQPA <input type="checkbox"/> FNAAFP-CSF <input type="checkbox"/> UNA <input type="checkbox"/> UNASSI <input type="checkbox"/> Autre, <i>préciser : ...</i>
<input type="checkbox"/> AD-PA <input type="checkbox"/> FEHAP <input type="checkbox"/> FNADEPA <input type="checkbox"/> FHF <input type="checkbox"/> Nexem <input type="checkbox"/> SYNERPA Domicile <input type="checkbox"/> Adédom <input type="checkbox"/> UNCCAS	<input type="checkbox"/> Fédésap <input type="checkbox"/> UNADMR <input type="checkbox"/> FNAQPA <input type="checkbox"/> FNAAFP-CSF <input type="checkbox"/> UNA <input type="checkbox"/> UNASSI <input type="checkbox"/> Autre, <i>préciser : ...</i>		

Le SSIAD avait-il signé un SPASAD expérimental ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Si oui, est-ce avec un SAAD qui participe au projet de création de SAD mixte ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Lequel ?</i>

Localisation du siège	
Commune et code postal	

Représentant légal	
Nom + Prénom	
Fonction	

Numéro de téléphone	
E-mail	

SSIAD 2	
Nom du service	
Nom du gestionnaire	
FINESS juridique	
FINESS géographique	
Statut juridique	<input type="checkbox"/> Organisme privé à but non lucratif <input type="checkbox"/> Organisme privé à but lucratif <input type="checkbox"/> Fonction publique hospitalière <input type="checkbox"/> Fonction publique territoriale <input type="checkbox"/> Autre, <i>préciser</i> : ...
Précisions (<i>facultatif</i>)	
CPOM signé avec l'ARS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Si oui, date de signature (la plus récente)</i>	JJ/MM/AAAA
Le service fait-il partie d'un groupement sanitaire / médico-social ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Si oui, préciser</i>	
Adhésion à une fédération	<input type="checkbox"/> AD-PA <input type="checkbox"/> FEHAP <input type="checkbox"/> FNADEPA <input type="checkbox"/> FHF <input type="checkbox"/> Nexem <input type="checkbox"/> SYNERPA Domicile <input type="checkbox"/> Adédom <input type="checkbox"/> UNCCAS <input type="checkbox"/> Fédésap <input type="checkbox"/> UNADMR <input type="checkbox"/> FNAQPA <input type="checkbox"/> FNAAFP-CSF <input type="checkbox"/> UNA <input type="checkbox"/> UNASSI <input type="checkbox"/> Autre, <i>préciser</i> : ...

Le SSIAD avait-il signé un SPASAD expérimental ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Si oui, est-ce avec un SAAD qui participe au projet de création de SAD mixte ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Lequel ?</i>

Localisation du siège	
Commune et code postal	

Représentant légal	
Nom + Prénom	
Fonction	
Numéro de téléphone	
E-mail	

Identification du / des SAAD :

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

SAAD 1	
Nom du service	

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

Le SAAD avait-il signé un SPASAD expérimental ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Si oui, est-ce avec un SSIAD qui participe au projet de création de SAD mixte ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Lequel ?</i>

Localisation du siège	
Commune et code postal	

Représentant légal	
Nom + Prénom	
Fonction	
Numéro de téléphone	
E-mail	

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

Identification du / des SPASAD autorisé :

SPASAD autorisé (entité juridique unique)			
Nom du service			
Nom du gestionnaire			
N° FINESS juridique			
N° FINESS géographique			
Statut juridique	<input type="checkbox"/> Organisme privé à but non lucratif <input type="checkbox"/> Organisme privé à but lucratif <input type="checkbox"/> Fonction publique hospitalière <input type="checkbox"/> Fonction publique territoriale <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ...		
Convention collective en vigueur (si structure de droit privé)	<input type="checkbox"/> CCN de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (IDCC : 2941) <input type="checkbox"/> CCN des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (IDCC : 51) <input type="checkbox"/> CCN de l'hospitalisation privée (IDCC : 2264) <input type="checkbox"/> CCN du 15 mars 1966 (IDCC : 413) <input type="checkbox"/> CCN des entreprises de services à la personne (IDCC : 3127) <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ...		
Précisions (facultatif)			
CPOM signé avec l'ARS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, date de signature (la plus récente)	JJ/MM/AAAA		
CPOM signé avec le CD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, date de signature (la plus récente)	JJ/MM/AAAA		
Convention CNAV (Oscar)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, n° d'identifiant CNAV			
Le service fait-il partie d'un groupement sanitaire / médico-social ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, préciser			
Adhésion à une fédération	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> AD-PA <input type="checkbox"/> FEHAP <input type="checkbox"/> FNADEPA <input type="checkbox"/> FHF <input type="checkbox"/> Nexem <input type="checkbox"/> SYNERPA Domicile <input type="checkbox"/> Adédom <input type="checkbox"/> UNCCAS </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Fédésap <input type="checkbox"/> UNADMR <input type="checkbox"/> FNAQPA <input type="checkbox"/> FNAAFPP-CSF <input type="checkbox"/> UNA <input type="checkbox"/> UNASSI <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ... </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> AD-PA <input type="checkbox"/> FEHAP <input type="checkbox"/> FNADEPA <input type="checkbox"/> FHF <input type="checkbox"/> Nexem <input type="checkbox"/> SYNERPA Domicile <input type="checkbox"/> Adédom <input type="checkbox"/> UNCCAS	<input type="checkbox"/> Fédésap <input type="checkbox"/> UNADMR <input type="checkbox"/> FNAQPA <input type="checkbox"/> FNAAFPP-CSF <input type="checkbox"/> UNA <input type="checkbox"/> UNASSI <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ...
<input type="checkbox"/> AD-PA <input type="checkbox"/> FEHAP <input type="checkbox"/> FNADEPA <input type="checkbox"/> FHF <input type="checkbox"/> Nexem <input type="checkbox"/> SYNERPA Domicile <input type="checkbox"/> Adédom <input type="checkbox"/> UNCCAS	<input type="checkbox"/> Fédésap <input type="checkbox"/> UNADMR <input type="checkbox"/> FNAQPA <input type="checkbox"/> FNAAFPP-CSF <input type="checkbox"/> UNA <input type="checkbox"/> UNASSI <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ...		

Localisation du siège	
Commune et code postal	

Représentant légal	
Nom + Prénom	
Fonction	
Numéro de téléphone	
E-mail	

2. Activité des services actuels

Activité du/des SSIAD :

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

	SSIAD 1
Nom du service	
Gestionnaire	
N° FINESS juridique	

Périmètre du territoire soin autorisé <i>Liste des communes avec code postal</i>	
--	--

Nombre total de places autorisées	
<i>dont PA</i>	
<i>dont PH</i>	
<i>dont Autres (notamment ESA, places de nuit, d'urgence, etc.) - Préciser</i>	
<i>Activité de psychologue</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nombre total de patients suivi à date (file active)	
<i>dont PA</i>	
<i>dont PH</i>	
<i>dont Autres (notamment ESA, places de nuit, d'urgence, etc.) - Préciser</i>	
<i>Activité de psychologue</i>	

Taux d'occupation N-1 (en %)	
<i>dont PA N-1</i>	
<i>dont PH N-1</i>	
<i>Evolution du taux d'occupation PA sur les 3 dernières années</i>	<input type="checkbox"/> Augmentation importante <input type="checkbox"/> Augmentation modérée <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Diminution modérée <input type="checkbox"/> Diminution importante
<i>Evolution du taux d'occupation PH sur les 3 dernières années</i>	<input type="checkbox"/> Augmentation importante <input type="checkbox"/> Augmentation modérée <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Diminution modérée <input type="checkbox"/> Diminution importante
<i>Précisions / commentaires (facultatif)</i>	

<i>(facultatif) Autres dispositifs adossés au SSIAD : EHPAD / CRT / plateforme de répit / etc.</i>	
--	--

<i>(facultatif) Décrire le ou les éventuels impacts pour l'ESA dans le cadre du projet de SAD mixte (périmètres d'intervention distincts notamment)</i>	
---	--

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

Activité du/des SAAD prestataire(s) :

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

SAAD 1	
Nom du service	
Gestionnaire	
N° FINESS juridique	

Périmètre du territoire autorisé	<input type="checkbox"/> Département entier <input type="checkbox"/> Sectorisation
---	---

Volume total d'heures réalisées par le service d'aide prestataire en 2024	
<i>dont APA</i>	
<i>dont PCH</i>	
<i>dont aide sociale / aide ménagère</i>	
<i>dont Autres (OSCAR, heures hors plan d'aide, etc.)</i>	
Evolution du volume d'heure au cours des 3 dernières années (2022-2023-2024)	<input type="checkbox"/> Augmentation importante <input type="checkbox"/> Augmentation modérée <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Diminution modérée <input type="checkbox"/> Diminution importante
Précisions / commentaires (<i>facultatif</i>)	

Nombre total bénéficiaires à date de la demande	
<i>dont APA</i>	
<i>dont PCH</i>	
<i>dont Aide sociale</i>	
<i>dont Autres (OSCAR, heures hors plan d'aide, etc.)</i>	

<i>(facultatif)</i> Autres activités portées par le SAAD / adossées : portage de repas, CRT, etc.	
--	--

SAAD 2	
Nom du service	
Gestionnaire	
N° FINESS juridique	

Périmètre du territoire autorisé	<input type="checkbox"/> Département entier <input type="checkbox"/> Sectorisation
---	---

Volume total d'heures réalisées par le service d'aide prestataire en 2024	
<i>dont APA</i>	
<i>dont PCH</i>	
<i>dont aide sociale / aide ménagère</i>	
<i>dont Autres (OSCAR, heures hors plan d'aide, etc.)</i>	
Evolution du volume d'heure au cours des 3 dernières années (2022-2023-2024)	<input type="checkbox"/> Augmentation importante <input type="checkbox"/> Augmentation modérée <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Diminution modérée <input type="checkbox"/> Diminution importante
Précisions / commentaires (<i>facultatif</i>)	

Nombre total bénéficiaires à date de la demande	
<i>dont APA</i>	
<i>dont PCH</i>	
<i>dont Aide sociale</i>	
<i>dont Autres (OSCAR, heures hors plan d'aide, etc.)</i>	

(facultatif) Autres activités portées par le SAAD / adossées : portage de repas, CRT, etc.	
---	--

Identification du / des SPASAD :

	SPASAD autorisé
Nom du service	
Gestionnaire	
N° FINESS juridique	

Périmètre du territoire soin autorisé <i>Liste des communes avec code postal</i>	
Périmètre du territoire aide autorisé	<input type="checkbox"/> Département entier <input type="checkbox"/> Sectorisation

Nombre total de places soin autorisées	
<i>dont PA</i>	
<i>dont PH</i>	
<i>dont Autres (notamment ESA, places de nuit, d'urgence, etc.) - Préciser</i>	
<i>Activité de psychologue</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nombre total de patients suivi à date (file active)	
<i>dont PA</i>	
<i>dont PH</i>	
<i>dont Autres (notamment ESA, places de nuit, d'urgence, etc.) - Préciser</i>	
<i>Activité de psychologue</i>	

Nombre total bénéficiaires à date de la demande	
<i>dont APA</i>	
<i>dont PCH</i>	
<i>dont aide sociale / aide ménagère</i>	
<i>dont Autres (OSCAR, heures hors plan d'aide, etc.)</i>	

Taux d'occupation SSIAD N-1 (en %)	
<i>dont PA N-1</i>	
<i>dont PH N-1</i>	
Evolution du taux d'occupation PA sur les 3 dernières années	<input type="checkbox"/> Augmentation importante <input type="checkbox"/> Augmentation modérée

	<input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Diminution modérée <input type="checkbox"/> Diminution importante
Evolution du taux d'occupation PH sur les 3 dernières années	<input type="checkbox"/> Augmentation importante <input type="checkbox"/> Augmentation modérée <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Diminution modérée <input type="checkbox"/> Diminution importante
Précisions / commentaires (<i>facultatif</i>)	

Volume total d'heures réalisées par le service d'aide prestataire en 2024	
<i>dont APA</i>	
<i>dont PCH</i>	
<i>dont aide sociale / aide ménagère</i>	
<i>dont Autres (OSCAR, heures hors plan d'aide, etc.)</i>	
Evolution du volume d'heure au cours des 3 dernières années (2022-2023-2024)	<input type="checkbox"/> Augmentation importante <input type="checkbox"/> Augmentation modérée <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Diminution modérée <input type="checkbox"/> Diminution importante
Précisions / commentaires (<i>facultatif</i>)	

<i>(facultatif)</i> Autres activités portées par le SAAD / adossées : portage de repas, CRT, etc.	
<i>(facultatif)</i> Autres dispositifs adossés au SSIAD : EHPAD / CRT / plateforme de répit / etc.	
<i>(facultatif)</i> Décrire le ou les éventuels impacts pour l'ESA dans le cadre du projet de SAD mixte (périmètres d'intervention distincts notamment)	

3. Organisation des services actuels

Continuité de service :

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

SSIAD 1	
Nom du service	xxx
Le service assure-t-il une continuité de service 7j/7 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Interventions possibles le matin avant 7h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Interventions possibles le soir après 20h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisions / commentaires (<i>facultatif</i>)	

SSIAD 2	
Nom du service	xxx
Le service assure-t-il une continuité de service 7j/7 ?	<input type="checkbox"/> Oui

	<input type="checkbox"/> Non
Interventions possibles le matin avant 7h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Interventions possibles le soir après 20h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisions / commentaires (<i>facultatif</i>)	

SAAD 1	
Nom du service	xxx
Le service assure-t-il une continuité de service 7j/7 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Interventions possibles le matin avant 7h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Interventions possibles le soir après 20h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisions / commentaires (<i>facultatif</i>)	

SAAD 2	
Nom du service	xxx
Le service assure-t-il une continuité de service 7j/7 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Interventions possibles le matin avant 7h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Interventions possibles le soir après 20h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisions / commentaires (<i>facultatif</i>)	

SPASAD autorisé	
Nom du service	xxx
Soins	xxx
Le service assure-t-il une continuité de service 7j/7 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Interventions possibles le matin avant 7h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Interventions possibles le soir après 20h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisions / commentaires (<i>facultatif</i>)	

Aide	xxx
Le service assure-t-il une continuité de service 7j/7 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Interventions possibles le matin avant 7h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Interventions possibles le soir après 20h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisions / commentaires (<i>facultatif</i>)	

Coordination aide et soins :

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

Outillage numérique :

	SSIAD 1
Nom du service	
Utilisation du Dossier usager informatisé (DUI)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet
Nom du logiciel métier de suivi des patients	
Télégestion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet
Appui sur un financement ESMS numérique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet

	SSIAD 2
Nom du service	
Utilisation du Dossier usager informatisé (DUI)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet
Nom du logiciel métier de suivi des patients	
Télégestion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet
Appui sur un financement ESMS numérique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet

	SAAD 1
Nom du service	
Utilisation du Dossier usager informatisé (DUI)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet
Nom du logiciel métier de suivi des bénéficiaires	
Télégestion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet
Appui sur un financement ESMS numérique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet

SAAD 2	
Nom du service	
Utilisation du Dossier usager informatisé (DUI)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet
Nom du logiciel métier de suivi des bénéficiaires	
Télégestion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet
Appui sur un financement ESMS numérique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet

SPASAD autorisé	
Nom du service	
Utilisation du Dossier usager informatisé (DUI)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet
Nom du logiciel métier de suivi des patients	
Télégestion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet
Appui sur un financement ESMS numérique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> En projet

4. Situation budgétaire

Nom du service de SOINS	SSIAD 1 <i>xxx</i>	SSIAD 2 <i>xxx</i>
Evolution liée à la réforme de la tarification	FGS avec convergence <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Neutre	FGS avec convergence <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Neutre

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

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

	SPASAD 1
Nom du service (SPASAD autorisé)	xxx
Nom du service (Soins) (SPASAD expérimental)	xxx
Evolution liée à la réforme de la tarification	FGS avec convergence <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Neutre
Nom du service (Aide) (SPASAD expérimental)	xxx
Mode de tarification	<input type="checkbox"/> Habilité à l'aide sociale <input type="checkbox"/> NHAS
Si NHAS, encadrement du reste à charge par CPOM ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisions	xxx
Résultat net en année N de l'activité prestataire	... €
Résultat horaire (=résultat net / nombre d'heures réalisées)	... €

Comment l'équilibre financier a-t-il évolué sur les 3 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Amélioration importante <input type="checkbox"/> Légère amélioration <input type="checkbox"/> Légère dégradation <input type="checkbox"/> Dégradation importante
Le service a-t-il bénéficié du fond d'urgence mis en place par l'Etat ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaire (facultatif)	

Dossier de création de SAD aide et soin

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

Identité du SAD mixte <u>si entité juridique unique</u>	
Nom du SAD	
FINESS juridique	
FINESS géographique (1 par site) :	
Raison sociale du SAD mixte	
Statut juridique du SAD mixte	<input type="checkbox"/> Organisme privé à but non lucratif <input type="checkbox"/> Organisme privé à but lucratif <input type="checkbox"/> Fonction publique hospitalière <input type="checkbox"/> Fonction publique territoriale <input type="checkbox"/> Autre, <i>préciser</i> : ...
Convention collective <i>(si structure de droit privé)</i>	<input type="checkbox"/> CCN de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (IDCC : 2941) <input type="checkbox"/> CCN des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (IDCC : 51) <input type="checkbox"/> CCN de l'hospitalisation privée (IDCC : 2264) <input type="checkbox"/> CCN du 15 mars 1966 (IDCC : 413) <input type="checkbox"/> CCN des entreprises de services à la personne (IDCC : 3127) <input type="checkbox"/> Autre, <i>préciser</i> : ...
Adresse du site principal	
Code INSEE	
Code Postal + Commune	

Identité du représentant légal	
Nom + Prénom	
Fonction	
Téléphone	
E-mail	

Identité de la personne en charge du dossier (si différente du représentant légal) – TOUS PROJETS	
Nom + Prénom	
Fonction	
Téléphone	
E-mail	

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

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

2. Périmètre d'intervention cible du SAD aide et soin

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

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

Indiquer la zone d'intervention sur laquelle le SAD mixte propose d'intervenir	<i>Codes postaux + nom des communes qui seront repris dans l'autorisation</i>
Toutes les zones sollicitées sont-elles <u>déjà</u> couvertes pour les deux activités aide et soin ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

A renseigner que si nécessaire

Focus soins : Préciser les retraits de communes <u>demandés</u> sur le soin par rapport au territoire initial	<i>Codes postaux + nom des communes</i>
Ces retraits vont-ils entraîner des ruptures de prise en soin ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Précision(s) :</i>
<u>Préciser les ajouts de communes demandés</u> sur le soin par rapport au territoire initial	<i>Codes postaux + nom des communes</i>
Objectiver les besoins de la population / l'état de l'offre justifiant l'évolution du territoire d'intervention attendue dans votre projet / les échanges effectués avec les SSIAD limitrophes concernés	<i>Ne renseigner qu'en cas d'ajouts de communes</i>
Décrire les actions et engagements envisagés pour couvrir ces zones non couvertes actuellement et sur lesquelles il est désormais prévu d'intervenir dans le cadre de la présente demande d'autorisation	
Préciser les modalités d'information des patients et des bénéficiaires sur les changements opérés dans le cadre de la transformation en SAD mixte	

A renseigner que si nécessaire

Focus Aide : <u>Préciser les retraits de communes demandés</u> sur l'aide par rapport au territoire initial	Codes postaux + nom des communes
Ces retraits vont-ils entraîner des ruptures d'accompagnement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisions(s) :
<u>Préciser les ajouts de communes demandés</u> sur l'aide par rapport au territoire initial	Codes postaux + nom des communes
Objectiver les besoins de la population / l'état de l'offre justifiant l'évolution du territoire d'intervention attendue dans votre projet	
Décrire les actions et engagements envisagés pour couvrir ces zones non couvertes actuellement et sur lesquelles il est désormais prévu d'intervenir dans le cadre de la présente demande d'autorisation.	
Décrire les actions et engagements envisagés pour couvrir les zones déjà autorisées sur lesquelles aucune activité n'a été réalisée	
Préciser les modalités d'information des patients et des bénéficiaires sur les changements opérés dans le cadre de la transformation en SAD mixte	

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

Souhaitez-vous demander la création de places de soins ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Si oui, combien ? Et à quelle date ?</i>	
Souhaitez-vous engager une scission d'autorisation de soins ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Souhaitez-vous engager une scission d'autorisation d'aide ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaire(s) :	Facultatif

A renseigner que si ESA

ESA : Liste des communes à mentionner dans autorisation	Codes postaux + nom des communes
--	----------------------------------

3. Les effectifs

Le projet de SAD mixte fait-il évoluer le nombre d'ETP aide et soin ? (en comparaison avec l'organisation initiale)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Si oui, préciser ETP/fonction par SSIAD et SAAD concerné (augmentation, diminution, etc.)</i>	
En cas de volonté de développer une nouvelle activité d'aide, préciser les	

modalités de développement de l'activité cible (volume, mobilisation des ETP, inscription territoriale, temporalité, etc.)	
Des recrutements sont-ils prévus pour assurer l'activité cible ? <i>Si oui, préciser les volumes, profils et les actions envisagées pour y parvenir</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Précisions :</i>

4. Fonctionnement intégré

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

Les publics accompagnés : <ol style="list-style-type: none"> personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie ou malades; personnes présentant un handicap (suppression limite d'âge) personnes de moins de 60 ans atteintes des pathologies chroniques ou présentant une affection mentionnées dans le code de la SS 	<i>Détailler</i>
Les 4 missions socles <ol style="list-style-type: none"> Des prestations d'aide et d'accompagnement dans les actes quotidiens de la vie Une réponse aux besoins de soins Une aide à l'insertion sociale Des actions de prévention de la perte d'autonomie, de préservation, de restauration et de soutien à l'autonomie <i>Décrire les modalités de mise en œuvre de chaque mission</i>	<i>Détailler</i>
Envisagez-vous de proposer, une ou deux mission(s) facultative(s) :	
<i>Soutien des aidants</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Modalités</i>
<i>CRT</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Domicile élargi <i>(Décrire les modalités d'intervention)</i>	

Détailler les modalités d'accueil et information du public : <i>Amplitude des horaires d'accueil physique et téléphonique, messagerie électronique, astreintes.</i>	
Responsabilité de la coordination aide et soin et comment cela va s'organiser	
Préciser les outils de la coordination	
- <i>Des locaux servant à l'organisation de la coordination (formations, réunions d'équipes...)</i>	
- <i>Les modalités de réunion des équipes aide et soin, des responsables, ...</i>	
- <i>Une grille d'évaluation qui permet une évaluation globale identifiant les attentes et les besoins des personnes en matière d'aide et de soins</i>	
Outils de la loi 2002-2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <i>Calendrier prévisionnel de réalisation</i>
Projet de service	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <i>Calendrier prévisionnel de réalisation</i>
Est-il prévu des formations ainsi que des dispositifs d'accompagnement du personnel pour améliorer la qualité de vie au travail, la montée en compétences, l'accompagnement des professionnels dans le cadre du nouveau projet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Objet de la formation</i> <i>Calendrier de mise en œuvre</i>
Détailler les dispositions prévues pour la prévention de la maltraitance (<i>dispositif interne de gestion des risques, formations de l'ensemble des intervenants, etc.</i>).	
Décrire les modalités de gestion et les process de déclaration et de suivi des dysfonctionnements et évènement indésirables.	

5. Coopération

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