****

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Appel à candidatures**

**Attribution d’une dotation complémentaire aux Services Autonomie à Domicile (SAD) pour le financement d’actions améliorant la qualité du service rendu à l’usager**

La solidarité entre les Loirétains et entre les territoires est un axe structurant des politiques publiques portées par le Conseil départemental. Le nouveau Schéma Départemental de Cohésion Sociale 2022-2026 s’inscrit dans une volonté d’amélioration de l’offre médico-sociale, en lien avec les orientations nationales, afin de répondre au besoin de qualité de prise en charge des usagers vivant à domicile et permettre aux personnes d’être accompagnées dans leur autonomie, en se fondant sur leur désir du droit commun et pour lutter contre l’isolement.

Dans ce cadre, le Département du Loiret a fait le choix d’accompagner la mise en place de la dotation complémentaire prévue par la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2022 en lançant un quatrième appel à candidatures (AAC) visant à sélectionner les SAD du territoire pouvant bénéficier de cette dotation pour le financement d’actions répondant aux objectifs prioritaires du Département.

**PRESENTATION DU SERVICE CANDIDAT ET ELEMENTS DE DIAGNOSTIC PREALABLE**

**Présentation de l’organisme gestionnaire et du/des service(s) couvert(s) par le présent CPOM**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Statut juridique : ………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse du siège social : ……………………………………………………………………………………………………………

Code postal et commune : …………………………………………………………………………………………………………

Courriel et téléphone : ………………………………………………………………………………………………………………

N° SIRET/SIREN : …………………………………………………………………………………………………………………………

N° d’identification au répertoire national des associations : ………………………………………………………

N° FINESS : …………………………………………………………………………………………………………………………………

Identification du responsable légal de la structure

Nom et prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………

Fonction : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Courriel et téléphone : …………………………………………………………………………………………………………………

Identification de la personne chargée du dossier (si différente du responsable)

Nom et prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………

Fonction : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Courriel et téléphone : …………………………………………………………………………………………………………………

Date de la première autorisation (ou ex. agrément) : …………………………………………………………………

Date d’autorisation effective (ou d’agrément valant autorisation) : ……………………………………………

Date de la dernière évaluation interne/externe/qualité ou certification : ……………………………………

Durée minimale d’intervention consécutive : …………………………………………………

Amplitude horaire d’intervention : …………………………………………………

Zone d’intervention autorisée/effective du service (liste des communes / carte des communes sur lesquelles le service prestataire intervient) :

Autres activités (activités hors interventions en mode prestataire auprès des bénéficiaires de l’APA et de la PCH) : …………………………………………………………………………………………………………………………………

Effectif total du service (en nombre d’ETP) : ………………………………………………………………………………

* Personnel d’intervention (en ETP) : ………………………………………………………………………………
* Personnel d’encadrement (en ETP) : ………………………………………………………………………………

Pourcentage d’intervenants

* En CDI : …………………………………………………………………………………………………………………………
* En CDD : …………………………………………………………………………………………………………………………
* À temps complet : …………………………………………………………………………………………………………
* Ayant un diplôme en lien avec leur activité : …………………………………………………………………

Pour les CDD, durée moyenne des contrats : ……………………………………………………………………………

Recours à l’intérim : …………………………………………………………………………………………………………………

Taux d’absentéisme constaté sur les 2 dernières années : ………………………………………………………

Nombre de nouvelles embauches par an : ………………………………………………………………………………

Télégestion :

Description du système de télégestion appliqué dans la structure, ou qui est envisagé d’acquérir par la structure (nom du logiciel, équipement mobile ou non, date de mise en place, % de bénéficiaires couverts…) : …………………………………………………………………………………………………………………

**Données chiffrées sur l’activité 2023**

**Données globales intégrant l’activité en semaine, nuits, dimanches et jours fériés :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Année 2023** | **Nombre d’heures** | **Nombre de bénéficiaires** |
| **APA** |  |  |
| *Dont :*  *-GIR 1* |  |  |
| *-GIR 2* |  |  |
| *-GIR 3* |  |  |
| *-GIR 4* |  |  |
| Nombre de bénéficiaires APA avec un taux de participation inférieur à 20 % |  |  |
| **PCH** |  |  |
| **Autres** :  -Au titre des financements à destination de PA de plus de 60 ans ou de PH (CARSAT, MSA, mutuelles, individuels en complément de plans d’aide…)  -Au titre des activités non destinées à des PA de plus de 60 ans ou de PH |  |  |
| **Total Activité Année 2023** |  |  |

**Focus sur les interventions des dimanches, jours fériés et nuits :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Année 2023** | **Nombre d’heures**  **(APA+PCH)** | **Nombre de bénéficiaires** |
| Dimanches / Jour fériés |  |  |
| Nuits |  |  |
| **Total Activité Année 2023** |  |  |

**Données prévisionnelles sur l’année 2025 [[1]](#footnote-1)**

Nombre d’heures APA et PCH cumulées : …………………………………………………………………………………………

(dont ……. heures APA et ……. heures PCH)

**Partenariats formalisés**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissements/services partenaires** | **Nature du partenariat** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Points forts et axes d’amélioration en lien avec les objectifs couverts par le CPOM[[2]](#footnote-2)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Domaine** | **Points forts**  **(valorisation de l’existant)** | **Axes d’amélioration** |
| **Objectif n°1 « Accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités »** |  |  |
| **Objectif n°2 « Intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés »** |  |  |
| **Objectif n°3 « Apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées »** |  |  |
| **Objectif n°4 « Améliorer la qualité de vie au travail des intervenants »** |  |  |

Description libre du service et présentation de ses spécificités :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Actions proposées par le candidat**

**Consignes de remplissage**

Chaque action proposée doit faire l’objet de la rédaction d’une fiche action propre sur la base du modèle de fiche transmis dans le présent dossier 🡺 **1 action = 1 fiche action**

Pour rappel, en lien avec les orientations départementales et au regard des besoins identifiés sur le territoire, le Département a fait le choix de retenir principalement quatre des six objectifs énumérés à l’article L. 314-2-2 du CASF :

* Objectif 1 : Accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités
* Objectif 2 : Intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés
* Objectif 3 : Apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées
* Objectif 4 : Améliorer la qualité de vie au travail des intervenants

Dans le cadre de leur candidature, les services qui le souhaitent, peuvent toutefois proposer des actions visant à atteindre d’autres objectifs, parmi ceux listés par la loi :

* Objectif 5 : Contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire
* Objectif 6 : Lutter contre l'isolement des personnes accompagnées

**Contenu des fiches actions**

* « Eléments de diagnostic » : éléments et besoins amenant le service à proposer la mise en place de l’action
* « Description de l’action » : détail concernant l’action envisagée et ses modalités concrètes de mise en œuvre (nombre d’heure concernées, type de public concerné, quantité pour les achats, etc.)
* « Identification des acteurs à mobiliser » : personnel interne au service, intervenants extérieurs, organismes de formation …
* « Modalités de calcul sur 5 ans » : les formules de calcul permettant de justifier le montant total de l’action par année doivent impérativement être précisées
* « Points de vigilance » : points qui pourraient limiter ou empêcher la mise en œuvre de l’action.

A toutes fins utiles, deux modèles de fiches action pré-renseignés sont annexés au présent dossier *(cf. Annexe 4)*.

**Actions ne pouvant être retenues dans le cadre du présent AAC (liste non exhaustive) :**

* **Action de modernisation** 🡺 elles ne sont pas finançables par la dotation complémentaire (acquisition d’un logiciel de télégestion, acquisition de téléphones portables pour faciliter la mise en place de la télégestion…). En revanche, l’acquisition d’une flotte téléphonique ayant notamment pour objectif d’améliorer la QVT (accès au planning, GPS…) peut être financée par la DC.
* **Organisation d’événement ayant vocation à promouvoir les métiers du domicile** 🡺 action ne pouvant être financée par la dotation complémentaire, ce type d’événement ne bénéficiant pas directement aux salariés déjà en place.
* **La limitation du reste à charge** 🡺 Limitation ne pouvant pas faire l’objet d’une action directement financée par la dotation complémentaire, l’accessibilité financière ne figurant pas parmi les 6 objectifs visés par le CPOM.
* **Mise à disposition d’un personnel pour s’occuper d’un aidant dans le cadre d’une action proche aidant** 🡺 la dotation complémentaire peut venir en revanche financer la mise en place de l’action de soutien aux proches aidants.

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectif n°1 « Accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités »**  **Fiche Action N°1.1 : Intitulé de l’action** | |
| **Eléments de diagnostic** |  |
| **Description de l’action** |  |
| **Acteurs à mobiliser** |  |
| **Coût total de l’action sur 5 ans** | XXX € |
| **Modalités de calcul du coût total sur 5 ans** |  |
| **Répartition du coût par année** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ***2025***  ***(9 mois)*** | ***2026*** | ***2027*** | ***2028*** | ***2029*** | ***2030***  ***(3 mois)*** | |  |  |  |  |  |  | |
| **Points de vigilance** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectif n°2 « Intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés »**  **Fiche Action N°2.1 : Intitulé de l’action** | |
| **Eléments de diagnostic** |  |
| **Description de l’action** |  |
| **Acteurs à mobiliser** |  |
| **Coût total de l’action sur 5 ans** | XXX € |
| **Modalités de calcul du coût total sur 5 ans** |  |
| **Répartition du coût par année** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ***2025***  ***(9 mois)*** | ***2026*** | ***2027*** | ***2028*** | ***2029*** | ***2030***  ***(3 mois)*** | |  |  |  |  |  |  | |
| **Points de vigilance** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectif n°3 « Apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées »**  **Fiche Action N°3.1 : Intitulé de l’action** | |
| **Eléments de diagnostic** |  |
| **Description de l’action** |  |
| **Acteurs à mobiliser** |  |
| **Coût total de l’action sur 5 ans** | XXX € |
| **Modalités de calcul du coût total sur 5 ans** |  |
| **Répartition du coût par année** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ***2025***  ***(9 mois)*** | ***2026*** | ***2027*** | ***2028*** | ***2029*** | ***2030***  ***(3 mois)*** | |  |  |  |  |  |  | |
| **Points de vigilance** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectif n°4 « Améliorer la qualité de vie au travail des intervenants »**  **Fiche Action N°4.1 : Intitulé de l’action** | |
| **Eléments de diagnostic** |  |
| **Description de l’action** |  |
| **Acteurs à mobiliser** |  |
| **Coût total de l’action sur 5 ans** | XXX € |
| **Modalités de calcul du coût total sur 5 ans** |  |
| **Répartition du coût par année** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ***2025***  ***(9 mois)*** | ***2026*** | ***2027*** | ***2028*** | ***2029*** | ***2030***  ***(3 mois)*** | |  |  |  |  |  |  | |
| **Points de vigilance** |  |

1. *Données de référence pour le calcul de la dotation complémentaire prévisionnelle. Le candidat est invité à la plus grande rigueur dans l’estimation des heures prévisionnelles APA et PCH, celles-ci devant s’approcher le plus possible de l’activité réelle du service.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Il s’agit ici d’identifier les points forts de votre service et les axes d’amélioration que vous avez pu identifier concernant votre activité (ne pas renseigner ce tableau avec les actions que vous souhaitez mettre en place)* [↑](#footnote-ref-2)