

**DIRECTION GENERALE**

**ADJOINTE DES SOLIDARITES**

**Département de la Vienne**

**Appel à candidatures**

**Attribution d’une dotation complémentaire aux services d’aide et d’accompagnement à domicile (SAAD) pour le financement d’actions améliorant la qualité du service rendu à l’usager**

Publié le 28 septembre 2022

DOSSIER DE REPONSE

**ANNEXE : TRAME DE REPONSE A L’APPEL A CANDIDATURE**

Le dossier transmis doit être succinct et ne pourra excéder 20 pages.

**Présentation du service**

**Identification de la structure**

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 : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Date de l’autorisation en cours (ou ex. agrément et numéro SAP) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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 : …………………………………………………………………………………………………………………..

**Activité 2021 :**

Total des heures réalisées au domicile des usagers (toute prestation confondue):

* Dont heures APA :
* Dont heures APA auprès de GIR 1 et 2 :
* Dont heures PCH :
* Dont heures Aide sociale :
* Taille moyenne des plans PCH :

Nombre de personnes suivies :

* Personne bénéficiaires de l’APA :

Dont GIR 1 :

Dont GIR 2 :

Dont GIR 3 :

Dont GIR 4 :

Dont bénéficiaires de l’APA n’ayant pas de reste à charge :

* Taux moyen de participation de la population des bénéficiaires de l’APA :
* Personnes bénéficiaires de la PCH :
* Dont Personnes dont le plan PCH est supérieur à 90h par mois :
* Dont personnes dont le plan PCH est supérieur à 80h par mois :
* Personnes bénéficiaires de l’Aide sociale :

Durée minimale d’intervention consécutive :

Amplitude horaire d’intervention :

Intervention en zone blanche et/ou dite rurale :

**Personnel :**

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

* Dont personnel d’intervention (en ETP) :
* Dont personnel d’encadrement (en ETP) :

Focus Personnel d’intervention :

Pourcentage d’intervenant.e.s en CDI ou titulaire :

Pourcentage d’intervenant.e.s à temps complet :

Pourcentage d’intervenant.e.s ayant un diplôme en lien avec leur activité :

Pourcentage d’intervenant.e.s ayant bénéficié d’une formation en 2021 :

Ancienneté moyenne des intervenant.e.s dans la structure :

Pyramide des âges :

Pourcentage d’intervenant.e.s en accident du travail ou maladie professionnelle en 2021 :

Pourcentage d’intervenant.e.s ayant bénéficier d’un mi-temps thérapeutique sur l’année 2021 :

Taux d’absentéisme :

Taux de turnover :

**Télégestion :**

Description du système de télégestion appliqué dans la structure, ou qu’il est envisagé d’acquérir par la structure (nom du logiciel, équipement mobile ou non, date de mise en place, système de pointage (badge, téléphone du bénéficiaire...), pourcentage de bénéficiaires couverts, pourcentage d’intervenant.e.s équipées d’un mobile …) :

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

**Description libre du service et présentation de ses spécificités (1 page maximum) dont :**

* Présentation du niveau d’engagement dans une démarche de qualité de vie au travail (Prévention des risques professionnels, temps collectifs, évaluation de la satisfaction, etc.)
* Présentation de la capacité à porter des actions pouvant bénéficier à d’autres services du territoire

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

**1° Améliorer la qualité de vie au travail des intervenants**

**Niveau de priorité pour le département :** Prioritaire

**Lien hypertexte vers la fiche objectif n° 1 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-5-qualite-de-vie-au-travail.pdf**

**2 pages maximum**

**Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif:**

Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.

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

**Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire (objectifs, modalités de réalisation, calendrier de mise en œuvre, indicateurs de suivi et de résultats) :** Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

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

**Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :**

Détailler au maximum les estimations. Indiquer le volume prévisionnel d’heures concernées par l’action ainsi que le nombre de bénéficiaires.

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

**2° Intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés**

**Lien hypertexte vers la fiche objectif n° 2 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-2-amplitude-horaire.pdf**

**2 pages maximum**

**Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif:**

Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.

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

**Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire (objectifs, modalités de réalisation, calendrier de mise en œuvre, indicateurs de suivi et de résultats) :** Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

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

**Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :**

Détailler au maximum les estimations. Indiquer le volume prévisionnel d’heures concernées par l’action ainsi que le nombre de bénéficiaires. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3° Contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire**

**Lien hypertexte vers la fiche objectif n° 3 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-3-couverture-territoriale.pdf**

**2 pages maximum**

**Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif:**

Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.

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

**Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire (objectifs, modalités de réalisation, calendrier de mise en œuvre, indicateurs de suivi et de résultats) :** Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

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

**Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :**

Détailler au maximum les estimations. Indiquer le volume prévisionnel d’heures concernées par l’action ainsi que le nombre de bénéficiaires.

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

**4° Apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées**

**Niveau de priorité pour le département :** (non prioritaire)

**Lien hypertexte vers la fiche objectif n° 4 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-4-aidants.pdf**

**2 pages maximum**

**Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif:**

Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.

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

**Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire (objectifs, modalités de réalisation, calendrier de mise en œuvre, indicateurs de suivi et de résultats) :** Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

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

**Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :**

Détailler au maximum les estimations. Indiquer le volume prévisionnel d’heures concernées par l’action ainsi que le nombre de bénéficiaires.

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

**5° Accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités**

**Lien hypertexte vers la fiche objectif n° 5 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-1-situations-specifiques.pdf**

**2 pages maximum**

**Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif:**

Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.

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

**Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire (objectifs, modalités de réalisation, calendrier de mise en œuvre, indicateurs de suivi et de résultats) :** Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

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

**Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :**

Détailler au maximum les estimations. Indiquer le volume prévisionnel d’heures concernées par l’action ainsi que le nombre de bénéficiaires. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**6° Lutter contre l'isolement des personnes accompagnées**

**Niveau de priorité pour le département :** (non prioritaire)

**Lien hypertexte vers la fiche objectif n° 6 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-6-isolement.pdf**

**2 pages maximum**

**Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif:**

Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.

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

**Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire (objectifs, modalités de réalisation, calendrier de mise en œuvre, indicateurs de suivi et de résultats) :** Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

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

**Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :**

Détailler au maximum les estimations. Indiquer le volume prévisionnel d’heures concernées par l’action ainsi que le nombre de bénéficiaires.

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