

**Dossier de candidature pour la création d’une équipe expérimentale spécialisée à domicile pour les personnes atteintes d’une maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques (ou maladies apparentées)**

**PORTEUR DE LA DEMANDE**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison Sociale : |  |
| Adresse : |  |
| N° SIRET : |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |
| Statut : |  |
| Représentant légal(Indiquer le nom, le prénom et la fonction) |  |

**PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, Prénom : |  |
| Fonction : |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |

**PRESENTATION DU SERVICE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du SSIAD / SPASAD |  |
| Adresse : |  |
| FINESS : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prises en charge** | **Capacités autorisées** | **Capacités installées** |
| Personnes Agées |  |  |
| Personnes handicapées |  |  |
| Equipes Spécialisées Alzheimer |  |  |

**MODALITES D’ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DU SERVICE**

Décrire les modalités actuelles d’organisation et de fonctionnement du service, le nombre de prises en charge annuelle

**TERRITOIRE D’INTERVENTION DE L’EQUIPE SPECIALISEE**

Territoire (cochez la case correspondante) :

[ ]  Urbain

[ ]  Rural

[ ]  Mixte

Mentionner les communes qui seront couvertes par l’équipe spécialisée

Le territoire d’intervention couvre  (cochez la case correspondante) :

[ ]  la zone d’intervention actuelle du SSIAD

[ ]  une zone d’intervention plus élargie que celle du SSIAD

[ ]  une partie de la zone d’intervention actuelle du SSIAD

**COMPOSITION DE L’EQUIPE SPECIALISEE**

* Préciser les effectifs et ETP des personnels dédiés à l’équipe spécialisée

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personnel** | **Effectif total prévu** | **ETP total prévu** | **ETP prévu** |
| **Par redéploiement** | **Par création** |
| Infirmier coordonnateur |  |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |  |
| Psychologue clinicien |  |  |  |  |
| Neuropsychologue |  |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |  |
| Secrétaire |  |  |  |  |
| Autres : à préciser en clair *(ajouter des lignes si nécessaire)* |  |  |  |  |

* Préciser les modalités de remplacement des personnels pendant les congés ou les maladies
* Préciser les formations nécessaires et les modalités de formation de tous les professionnels

Les professionnels de l’équipe bénéficieront d’une formation ou d’un stage particulier, auprès des centres experts Parkinson et SEP du CHRU de Tours et/ou du réseau Neuro Centre, en particulier sur la sélection des patients éligibles (échelles ADL/IADL) et l’adaptation de la prise en charge à la pathologie et aux besoins.

Le porteur s’engage à ce que tous les professionnels de l’équipe aillent se former auprès des centres experts Parkinson et SEP du CHRU de Tours et/ou réseau Neuro Centre Oui [ ]  Non [ ]

* L’infirmier coordonnateur est acculturé au handicap et à l’approche fonctionnelle des situations :

[ ]  Oui

[ ]  Non

* Détailler et préciser les missions de l’infirmier coordonnateur (conformément à l’article D312-3 du CASF) concernant l’organisation interne du SSIAD notamment :
* les modalités d’accueil et d’accompagnement des personnes prises en charge ainsi que de leur entourage,
* la coordination de l’équipe spécialisée
* Décrire le rôle et les missions des autres professionnels composant l’équipe spécialisée

**MODALITE D’ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DE L’EQUIPE SPECIALISEE**

* Décrire les locaux permettant d’assurer la mission de l’équipe spécialisée.
* Décrire les modalités d’organisation et de fonctionnement de l’équipe spécialisée
* Jours de fonctionnement de l’équipe (cochez les cases correspondantes) :

[ ]  Lundi

[ ]  Mardi

[ ]  Mercredi

[ ]  Jeudi

[ ]  Vendredi

[ ]  Samedi

[ ]  Dimanche

* Horaires : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Souplesse horaires possibles des interventions pour répondre aux périodes on/off dans la maladie de Parkinson : [ ]  Oui [ ]  Non
* Nombre total de jours de fonctionnement dans l’année : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nombre prévisionnel de patients pris en charge annuellement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organisation de la prise en charge des patients (modalités / outils…), modalités d’information du patient…

* Préciser les modalités de gestion et de management de l’équipe ainsi que les modalités d’articulation et de concertation avec les acteurs libéraux, en particulier pour les kinésithérapeutes, orthophonistes et médecins traitants des patients pris en charge, ainsi qu’avec les aidants professionnels

**COOPERATIONS ET PARTENARIATS**

* Préciser les modalités prévues pour formaliser un partenariat avec au moins un service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) ou Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) mention spécialisée en neurologie ou centres experts Parkinson et SEP du CHRU de Tours et le réseau Neuro Centre ainsi qu’avec un service en gériatrie de son territoire
* Préciser avec qui et sous quel délai les partenariats peuvent être formalisés
* Indiquer les modalités de communication qui seront mises en place auprès des différents partenaires pour faire connaître le dispositif et son organisation

**MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES USAGERS**

Préciser les outils mis en œuvre pour garantir l’effectivité des droits des usagers. Afin de prévenir et de traiter la maltraitance à domicile, le projet devra également prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques de l’ANESM ainsi que de celles de l’HAS. Ces recommandations sont téléchargeables sur le site de l’HAS (suite à la fusion de l’ANESM et de l’HAS) : <https://www.has-sante.fr/portail/>

**BUDGET PREVISIONNEL EN ANNEE PLEINE DE L’EQUIPE EXPERIMENTALE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | **Montant en Euros (1)** | **Produits** | **Montant en Euros (1)** |
| **60 Achats** | 0 | **70 Rémunération des services** | 0 |
| *A préciser* |   | *A préciser* |   |
|  |   |  |   |
|  |   |  |   |
| **61 Services externes** | 0 | **73 Produits de la tarification** | 0 |
| *A préciser* |   |  |   |
|  |   |  |   |
|  |   |  |   |
|  |   |  |   |
| **62 Autres services externes** | 0 | **74 Subventions** | 0  |
| *A préciser* |   | *A préciser* |   |
|  |   |  |   |
|  |   |  |   |
|  |   |  |   |
|   |   |  |   |
| **63 Impôts et taxes** | 0 | **75 Autres produits de gestion courante** | 0 |
| *A préciser* |   | *A préciser* |   |
|  |   |  |   |
| **64 Frais du personnel** | 0 |   |   |
| *A préciser* |   | **76 Produits financiers** | 0 |
|  |   | *A préciser* |   |
|  |   |   |   |
| **65 Autres charges de gestion** | 0 | **77 Produits exceptionnels** | 0 |
| *A préciser* |   | *A préciser* |   |
| **66 Charges financières** | 0 |   |   |
| *A préciser* |   |   |   |
| **67 Charges exceptionnelles** | 0 | **77 Produits exceptionnels** | 0 |
| *A préciser* |   | *A préciser* |   |
| **68 Dotation aux amortissements et aux provisions** | 0 | **78 Reprises sur amortissements et provisions** | 0  |
| *A préciser* |  | *A préciser* |  |
|  |  |  |  |
| CHARGES INDIRECTES |   |   |
| **Charges fixes de fonctionnement** |   |   |   |
| **Frais financiers** |   |   |   |
| **Autres** |   |   |   |
| **TOTAL DES CHARGES** | **0** | **TOTAL DES PRODUITS** | **0** |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES** |
| **86 Emplois des contributions volontaires en nature** | **0** | **87 Contributions volontaires en nature** | **0** |
| Secours en nature |   | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |   | Prestations en nature |  |
| personnel bénévole |   | Dons en nature |  |
| **TOTAL** | **0** | **TOTAL** | **0** |

 *(1) Ne pas indiquer les centimes d'euros, appliquez la règle de l'arrondi*

**CALENDRIER**

* Préciser le calendrier prévisionnel du projet (planning de recrutement des professionnels, formation, formalisation des partenariats, date d’entrée en fonctionnement de l’équipe…

**INDICATEURS - ENQUETES**

Le porteur s’engage à remplir et transmettre l’intégralité des indicateurs figurant en

annexe 1 du cahier des charges Oui [ ]  Non [ ]

* Le porteur s’engage à répondre à toutes autres demandes d’indicateurs

ou d’enquêtes et à fournir tous les élément s jugés nécessaires par l’ARS Oui [ ]  Non [ ]