**ANNEXE 3 :**

**Dossier de candidature**

***-----***

***CREATION DE 2 FOIS 6 PLACES D ’ACCUEIL DE JOUR***

***POUR PERSONNES AGEES EN EHPAD***

**Date limite de dépôt du dossier : + 90 jours à compter publication avis AAP**

|  |
| --- |
| **Territoire visé par le projet (cocher la case correspondant au territoire):**🞏 Pau-Agglomération🞏 Sud-Labourd  |

|  |
| --- |
| **Etablissement concerné :**Nom :Adresse :CP – Ville : N° FINESS :  |

|  |
| --- |
| **Organisme gestionnaire :** Nom : Adresse : CP – Ville : N° FINESS :  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Capacité de fonctionnement** | Capacité autorisée (*nombre de places*) | Capacité installée (*nombre de places*) |
| **Hébergement permanent** (tout public)- Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées- Dont capacité d’accueil en pôles d’activités et de soins adaptés |  |  |
| **Hébergement temporaire** (tout public)- Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées |  |  |
| **Accueil de jour** (tout public)- Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées |  |  |
| **TOTAL (tout public)****-Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées** |  |  |
| Date du dernier arrêté d’autorisation fixant la capacité globale :  | Jj/mm/aa |
| **Contractualisation :**  |
| Dernier GMP  | \_ \_ \_ validé le : jj/mm/aa |
| Dernier PMP | \_ \_ \_ validé le : jj/mm/aa |
| Date du conventionnement tripartite | jj/mm/aa |
| Option tarifaire  | 🞎 Tarif partiel sans PUI🞎 Tarif global sans PUI🞎 Tarif partiel avec PUI🞎 Tarif global avec PUI |

|  |
| --- |
| **Démarche d’évaluation :**  |
| Date de la dernière évaluation interne | jj/mm/aa |
| Date de l’évaluation externe  | jj/mm/aa |

|  |
| --- |
| **Capacité d’accueil de jour sollicitée :** \_ \_ places |

|  |  |
| --- | --- |
| Personne référente du dossier (nom/fonction) |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |

**OPPORTUNITE ET MOTIVATION DE LA DEMANDE :**

* Présentation de la demande :

|  |
| --- |
|  |

* Opportunité du projet au regard des besoins identifiés :

*Démontrer l’opportunité du projet à travers une analyse des besoins auxquels le projet accueil de jour a vocation à répondre*

|  |
| --- |
|  |

* Objectifs poursuivis au regard de l’inscription du projet d’accueil de jour dans le projet global de l’établissement :

*Présenter comment le projet accueil de jour s’inscrit dans le projet global de l’établissement*

|  |
| --- |
|  |

**PROJET DE L’ACCUEIL DE JOUR :**

* Cible du public accompagné :

Personne âgées dépendantes  🞎 oui 🞎 non

Capacité dédiée 🞎 oui 🞎 non Place : \_ \_

Personnes âgées malades Alzheimer ou maladie apparentés 🞎 oui 🞎 non

Personnes âgées autres pathologies neuro-dégénératives 🞎 oui 🞎 non

Capacité dédiée 🞎 oui 🞎 non Place : \_ \_

* Modalités de fonctionnement :

Nombre de jours d’ouvertures sur l’année : \_ \_ \_ jours

Jours et horaires d’accueil du service accueil de jour :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** | **Samedi** | **Dimanche** |
| Plages d’accueil |  |  |  |  |  |  |  |

Adaptation possible des horaires d’ouverture de l’accueil de jour  🞎 oui 🞎 non

Plafond de fréquentations sur la semaine pour un accueilli 🞎 oui. 🞎 non

Si oui, lequel ?

Possibilité d’accueil à la demi-journée 🞎 oui 🞎 non

Période de fermeture du service : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Réponse lors de la fermeture du service :

|  |
| --- |
|  |

* Territoire de l’accueil de jour (zone et critères de délimitation) :

|  |
| --- |
|  |

* Organisation du transport des usagers :

Transport interne 🞎 oui 🞎 non

Transport externe 🞎 oui 🞎 non

Défraiement direct des usagers 🞎 oui 🞎 non

Transport mixte - interne/externe 🞎 oui 🞎 non

 - interne/défraiement 🞎 oui 🞎 non

 - externe/défraiement 🞎 oui 🞎 non

*Modalités envisagées d’organisation du transport interne, coût et reste à charge pour l’usager, zone de desserte :*

|  |
| --- |
|  |

*Modalités envisagées d’organisation du transport externe, coût et reste à charge pour l’usager, zone de desserte :*

|  |
| --- |
|  |

*Modalités envisagées de gestion du transport interne hors zone de desserte (interne/externe) :*

|  |
| --- |
|  |

**MODALITES DE PRISE EN CHARGE :**

* Admission, accueil et fin de l’accompagnement

*Préciser les critères d’admission et les critères d’exclusion :*

|  |
| --- |
|  |

**Si accueil de jour Alzheimer et apparenté :**

Diagnostic Alzheimer posé : 🞎 oui 🞎 non

Stade de la maladie : 🞎 oui 🞎 non

Conditionnement de l’admission au diagnostic : 🞎 oui 🞎 non

Conditionnement de la poursuite de l’accompagnement au diagnostic : 🞎 oui 🞎 non

*Détailler la procédure d’admission : entretien avec le résident et l’entourage, évaluation des besoins, recueil*

*des habitudes de vie, décision pluridisciplinaire, coordination avec le médecin traitant, liens avec les intervenants*

*extérieurs de la personne, période probatoire :*

|  |
| --- |
|  |

* Retour, fin d’accompagnement et sortie

*Préciser les critères de sortie (tout public et/ou public spécifique) et les critères de réorientation :*

|  |
| --- |
|  |

*Détailler la procédure de sortie : décision en équipe avec le médecin traitant, outils de transmission*

*des informations sur le résident, référent à la sortie, organisation des relais :*

|  |
| --- |
|  |

* Prestations d’accompagnement

*Préciser les activités et actions prévues : objectifs, activités individuelles/collectives, programmation,*

*rythmes, encadrement) :*

|  |
| --- |
|  |

*Préciser le mode de constitution envisagé des groupes homogènes :*

|  |
| --- |
|  |

*Décrire une journée type à l’accueil de jour :*

|  |
| --- |
|  |

* Accompagnement et soins adaptés :

*Préciser le mode d’élaboration, d’évaluation et réévaluation, de coordination et de suivi du projet*

*d’accompagnement individualisé (incluant l’association des familles, le lien avec le médecin traitant,*

*la consultation mémoire ou le médecin spécialiste, le lien avec les intervenants à domicile et intégrant*

*des accompagnements spécifiques) :*

|  |
| --- |
|  |

*Indiquer les modalités de constitution et de gestion du dossier usager :*

|  |
| --- |
|  |

* Droits des usagers

*Préciser les modalités de recherche du consentement de la personne :*

|  |
| --- |
|  |

*Présenter les modalités de participation de la famille et de l’entourage : entretien, rencontres, enquête de*

*satisfaction, implication dans le projet de vie du résident, outils d’information… :*

|  |
| --- |
|  |

* Actions en faveur des aidants :

*Préciser les actions mises en place en faveur des aidants par l’accueil de jour (informations, conseils, appui / partenariats mis en œuvre) :*

|  |
| --- |
|  |

**COOPERATIONS :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Partenaires | Identification | Convention existante | Convention à signer | Objectifs\* et modalités opérationnelles de coopération au titre de l’accueil de jour |
| Service d’aide etd’accompagnement à domicile |  |  |  |  |
| Service de soins infirmiers àdomicile |  |  |  |  |
| Equipe spécialiséeAlzheimer à domicile |  |  |  |  |
| Accueil de jour |  |  |  |  |
| Hébergement temporaire |  |  |  |  |
| Plateforme de répit |  |  |  |  |
| EHPA / Résidence-Autonomie |  |  |  |  |
| EHPAD |  |  |  |  |
| Court séjour gériatrique /hôpital de jour |  |  |  |  |
| Soins de suite et deréadaptation (SSR) / unitéscognitivo-comportementalesen SSR (UCC) |  |  |  |  |
| Consultation mémoirehospitalière ou libérale /neurologues libéraux |  |  |  |  |
| Hôpital de jour neurologique |  |  |  |  |
| Equipe de secteur ou deliaison psychiatrique |  |  |  |  |
| Associations spécialisées |  |  |  |  |
| CLIC/réseau gérontologique |  |  |  |  |
| Equipes médico-socialesAPA |  |  |  |  |
| Autres |  |  |  |  |

*\*(Repérage et file active, coordination, suivi fin prise en charge)*

*Commentaires :*

|  |
| --- |
|  |

**PERSONNEL DE L’ACCUEIL DE JOUR :**

* Organigramme prévisionnel :

 ⮚**Joindre les fiches de poste, l’organigramme fonctionnel, le planning d’intervention.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ETP | Effectifs dédiés à l’accueil de jour | Effectifs autre de l’établissement | Effectifs totaux | Modalités de recrutement (création / redéploiement) |
| Direction |  |  |  |  |
| Administration |  |  |  |  |
| Services généraux (cuisine, entretien) |  |  |  |  |
| Animation/service social |  |  |  |  |
| ASH/AVS |  |  |  |  |
| AES |  |  |  |  |
| AS/AMP |  |  |  |  |
| ASG |  |  |  |  |
| IDE |  |  |  |  |
| IDEC |  |  |  |  |
| Médecin coordonnateur |  |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |
| Autre personnel paramédical *(préciser)* |  |  |  |  |

*Justifier les profils de personnels recherchés :*

|  |
| --- |
|  |

* Formation des personnels

⮚ **Joindre le plan de formation prévisionnel**

*Décrire les modalités de formation des personnels intervenant au sein de l’accueil de jour : formations*

*thématiques, communes EHPAD, inter-établissement :*

|  |
| --- |
|  |

* Soutien du personnel

*Préciser les dispositifs prévus pour accompagner le personnel dans son travail : appui d’un*

*psychologue, réunion d’équipe, évaluation des pratiques, supervision d’équipe :*

|  |
| --- |
|  |

**LOCAUX :**

* Descriptifs des locaux d’activité

**⮚Joindre les plans des locaux avec indication de leur fonction, leur surface, leur équipement et mobilier**

*Préciser l’implantation de l’accueil de jour dans la cité (proximité commerces / centre bourg / transport en*

*commun / espaces publics) :*

|  |
| --- |
|  |

Typologie d’implantation (à cocher) :

|  |  |
| --- | --- |
| Unité spécifique au sein de l’établissement de rattachement avec accès spécifique  |  |
| Unité spécifique sur le site de l’établissement dans un bâtiment distinct |  |
| Unité spécifique sur un autre site que l’établissement de rattachement |  |
| Places spécifiques au sein d’une unité d’hébergement complet de l’établissement de rattachement |  |
| Places spécifiques au sein d’une unité d’accueil de jour interne (mixité PASA) |  |
| Places non spécifiques au sein de l’établissement de rattachement |  |
| Unité autonome d’un établissement  |  |

Structure de plain-pied : 🞎 oui 🞎 non

Structure en étage : 🞎 oui 🞎 non

Aménagement des espaces (si spécifique) : 🞎 oui 🞎 non

Salle de vie : 🞎 oui 🞎 non

Coin cuisine : 🞎 oui 🞎 non

Espace repos : 🞎 oui 🞎 non

Salle de bain : 🞎 oui 🞎 non

Salles d'activité : 🞎 oui 🞎 non

Sanitaires : 🞎 oui 🞎 non

Locaux de service : 🞎 oui 🞎 non

Espaces de déambulation : 🞎 oui 🞎 non

Vestiaires usagers : 🞎 oui 🞎 non

Bureau pour le personnel et l'accueil des familles : 🞎 oui 🞎 non

Espaces rangement : 🞎 oui 🞎 non

Accès direct jardin clos : 🞎 oui 🞎 non

Accès direct terrasse sécurisée: 🞎 oui 🞎 non

Modularité des espaces : 🞎 oui 🞎 non

Système détection sortie : 🞎 oui 🞎 non

Supports visuels : 🞎 oui 🞎 non

**COMMUNICATION :**

*Préciser les modalités de communication prévues pour faire connaitre le projet d’accueil de jour auprès des*

*partenaires (missions, objectifs d’accompagnement, limites) et des usagers (personnes*

*âgées/aidants) :*

|  |
| --- |
|  |