 ****

****

**Expérimentation « Spasad » 2020**

**-**

**Dossier de candidature**

|  |  |
| --- | --- |
| **Département d’implantation du projet de Spasad** |  |
| **Territoire couvert par le projet de Spasad** |  |
| **Nom des différents services impliqués dans le projet de Spasad** |  |
|  |
|  |
| **Nom de la ou des entités juridiques gestionnaires des services engagés dans le projet de Spasad** |  |
|  |
|  |
| **Le dossier comporte-t-il une demande de financement  (oui/non) ?** |  |

*Ce dossier est à renvoyer par courriel ET par voie postale à la Délégation départementale de l’ARS et au conseil départemental du territoire concerné.*

**1. Déclaration de candidature**

**1.1. Identification des structures engagées dans le projet de Spasad**

***Service 1***

**Raison sociale :**

**Coordonnées postales :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Raison sociale du gestionnaire :**

**Coordonnées postales :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**Autres établissements et services en gestion :**

**-**

**-**

**-**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Capacité du service :**

**Nombre d’ETP :**

**Zone d’intervention :**

**Date de l’autorisation/agrément :**

**S’il s’agit d’un Saad :**

**Habilitation à l’aide sociale :** [ ]  Oui [ ]  Non

**S’il s’agit d’un Ssiad, nombre de places :**

**PA :**

**PH :**

**ESA :**

**Sorties d’hospitalisation :**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Nom/prénom de la personne responsable du projet de Spasad :**

**Fonction :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

***Service 2***

**Raison sociale :**

**Coordonnées postales :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Raison sociale du gestionnaire :**

**Coordonnées postales :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**Autres établissements et services en gestion :**

**-**

**-**

**-**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Capacité du service :**

**Nombre d’ETP :**

**Zone d’intervention :**

**Date de l’autorisation/agrément :**

**S’il s’agit d’un Saad :**

**Habilitation à l’aide sociale :** [ ]  Oui [ ]  Non

**S’il s’agit d’un Ssiad, nombre de places :**

**PA :**

**PH :**

**ESA :**

**Sorties d’hospitalisation :**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Nom/prénom de la personne responsable du projet de Spasad :**

**Fonction :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

***Service 3***

**Raison sociale :**

**Coordonnées postales :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Raison sociale du gestionnaire :**

**Coordonnées postales :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**Autres établissements et services en gestion :**

**-**

**-**

**-**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Capacité du service :**

**Nombre d’ETP :**

**Zone d’intervention :**

**Date de l’autorisation/agrément :**

**S’il s’agit d’un Saad :**

**Habilitation à l’aide sociale :** [ ]  Oui [ ]  Non

**S’il s’agit d’un Ssiad, nombre de places :**

**PA :**

**PH :**

**ESA :**

**Sorties d’hospitalisation :**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Nom/prénom de la personne responsable du projet de Spasad :**

**Fonction :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

*Remarque : Créer autant d’entrées qu’il y a de structures participant au projet de Spasad*

**1.2. Modalités de création du Spasad intégré et statut du projet**

[ ]  Spasad relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, **déjà autorisé**

[ ]  Spasad relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, **en cours de constitution (fusion de services)**
[ ]  Ssiad + Saad en groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS)

[ ]  Ssiad + Saad en convention

[ ]  Ssiad/Saad + Spasad autorisé ou en cours d’autorisation

[ ]  Ssiad/Saad + Spasad en groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS)

[ ]  Ssiad/Saad + Spasad en convention

**La Spasad intégré est-il :**

[ ]  **Existant**. Date de création : …………………

[ ]  **En cours de constitution**. Date prévisionnelle de création : ……………………..

[ ]  **En projet.** Date prévisionnelle de création : ……………………..

**1.3. Participation à d’autres expérimentations**

 Si oui, décrire l’action en question :

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

**2. Caractéristiques du projet**

*Si le Spasad est en projet ou en cours de constitution, il s’agit de décrire son activité et ses modalités de fonctionnement prévisionnelles, en accord avec les différents promoteurs du projet. Ces éléments serviront de base à l’élaboration du CPOM qui sera signé avec l’ARS et le conseil départemental.*

**2.1. Activité du Spasad**

* **Capacité globale** : ……………………………….
* **Catégories de personnes prises en charge**

 - Nombre de places PA : ………………………………

 - Nombre de places PH : ……………………………..

 - Cette activité recouvre-t-elle l’ensemble du champ de l'activité des services qui constituent le Spasad ?

 [ ]  Oui [ ]  Non

 Si non, préciser pourquoi : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………

* **Territoire desservi**

 - Siège du Spasad : ……………………………………….

 - Zone d’intervention : ……………………………………….

 - Liste communes concernées : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………

 - Cette activité recouvre-t-elle l’ensemble des territoires desservis par les services qui constituent le Spasad ?

 [ ]  Oui [ ]  Non

 Si non, préciser pourquoi : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………

* **Amplitude d’ouverture sur la semaine (jours et horaires)** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* **Objectifs du service**

*Décrire ici le projet de service du Spasad et ses objectifs en matière d’accompagnement global des personnes accompagnées*

………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **Actions mises en place :**

- *en matière de soins :* ………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- *en matière d’aide et d’accompagnement à domicile :* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- *en matière de prévention :* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- *en matière de repérage, d'alerte et de signalement des situations d'isolement, de fragilités, de perte d'autonomie ou d'aggravation de celle-ci* : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2.2. Modalités d’intégration des prestations**

*Joindre tout document permettant de décrire de manière plus complète le projet d’intégration (protocoles, procédures, avant-projet de service…)*

* **Modalités communes d’accueil et d’information du public (accueil physique commun, numéro unique, supports d’information communs….)**

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

* **Modalités d’évaluation globale des besoins d’aide et de soin à domicile**

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

* **Modalités d’élaboration et de mise en œuvre du projet individualisé d’aide, d'accompagnement et de soins**

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

* **Modalité de gestion des urgences**

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

* **Modalités de gestion de la continuité de l’aide et des soins, notamment les dimanches et jours fériés**

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

* **Modalités de tenue du dossier patient unique**

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

* **Procédure en matière de secret professionnel et de partage d'informations entre les professionnels du soin et de l’aide**

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

* **Modalités d’association de la personne accompagnée et de ses proches aidants à l'organisation et à la mise en œuvre des prestations du Spasad, tant en matière d’aide que de soins**

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

* **Démarche qualité globale**

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

* **Modalités de coordination du Spasad avec les autres professionnels, établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux du territoire, dont les centres de santé, pour assurer la continuité des prises en charge et favoriser le maintien à domicile des personnes**

*(joindre les éventuelles convention de partenariat)*

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

**2.3. Modalités d’intégration des personnels**

* **Nombre d’ETP d’encadrement et de coordination :**

- avant la création du Spasad : …………………………

- après la création de Spasad :………………………….

* **Identité et rôle du responsable du Spasad :**

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

* **Identité et rôle de l'infirmier coordonnateur du Spasad**

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

L'infirmier coordonnateur se fait-il assister dans ses missions par d'autres personnels ?

[ ]  Oui [ ]  Non

L'infirmier coordonnateur remplit-il également les fonctions de responsable du Spasad ?

[ ]  Oui [ ]  Non

* **Identité et rôle du responsable de secteur :**

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

* **Modalités de gestion commune des plannings (intervention commune à domicile,…)**

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

* **Modalités de coordination et d’échanges entre les professionnels de l’aide et du soin**

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

* **Objectifs du Spasad en matière de formation et de promotion professionnelles**

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

**2.4. Modalités d’intégration des outils**

*Joindre une copie de ces documents s’ils existent déjà*

* **livret d'accueil spécifique** :

[ ]  Oui [ ]  Non

* **projet de service spécifique :**

[ ]  Oui [ ]  Non

* **contrat de prestations commun**

[ ]  Oui [ ]  Non

* **règlement de fonctionnement commun**

[ ]  Oui [ ]  Non

* **grille unique d'évaluation des besoins d’aide et de soins**

[ ]  Oui [ ]  Non

* **Dossier patient commun**

[ ]  Oui [ ]  Non

* **Outil de liaison à domicile commun**

[ ]  Oui [ ]  Non

- Cet outil se présente-t-il sous format papier ou informatisé ? **............................................**

- Est-il partagé avec les professionnels de santé libéraux et les autres partenaires

[ ]  Oui [ ]  Non

* **Existence d’un progiciel de gestion intégré ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

 Si non, le Spasad dispose-t-il d’un système d'information sécurisé, permettant notamment le partage des plannings d'intervention et le suivi des projets individualisés d'aide et d'accompagnement et de soins ?

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, décrire ses fonctionnalités. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2.5. Modalités d’intégration des fonctions support**

*Indiquer ici les fonctions support mutualisées : facturation, paie, communication..*

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

**2.6. Sources de financement du Spasad**

*Indiquer ici le budget prévisionnel du Spasad incluant la dotation globale de soins pour les activités de soins et les activités de coordination de l'infirmier coordonnateur, la tarification horaire  pour les activités d’accompagnement et d’aide, les éventuels financements complémentaires, au titre des actions de prévention notamment.*

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

**3. Demande de financements complémentaires**

*Rappel* *: Il s’agit de crédits non reconductibles destinés à prendre en charge les dépenses d’accompagnement de projets de création et de consolidation du Spasad. Aucune dépense pérenne de fonctionnement ne sera prise en compte dans ce cadre.*

**3.1. Les structures impliquées dans le projet de Spasad ont-elles perçu de l’ARS ou du conseil départemental, les années précédentes, des crédits dédiés à la constitution du Spasad ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, indiquer le ou les montant(s) perçu(s) et l’état d’avancement de la ou des actions financée(s)

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

**3.2. Catégorie de la ou des actions sur lesquelles porte la demande de financement**

[ ]  Charges de renfort ponctuel de personnel liées à l’accompagnement de la mise en place de l’organisation intégrée

[ ]  Frais d’ingénierie, de prestataires externes

[ ]  Frais d’achat de logiciel ou de surcoût d’adaptation de logiciel aux fonctions SAAD ou SSIAD

[ ]  Autres charges de fonctionnement ponctuelles liées au démarrage du service polyvalent. Préciser : ……………………………………

**3.3. Description de la ou des actions concernées :**

* **Action 1 :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* **Action 2 :**

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

* **Action 3 :**

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

*Remarque : Créer autant d’entrées qu’il y a d’actions à financer*

**3.4. Organisation et déroulement**

*Indiquer ici les modalités de mise en œuvre de l’action, de mobilisation des équipes, le recours éventuel à des prestataires…*

* **Action 1 :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* **Action 2 :**

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

* **Action 3 :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3.5. Durée et calendrier de mise en œuvre**

* **Action 1 :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* **Action 2 :**

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

* **Action 3 :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3.6. Modalité de suivi et de traçabilité du projet ;**

* **Action 1 :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* **Action 2 :**

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

* **Action 3 :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3.7. Budget prévisionnel (transmettre les justificatifs : devis, facture, documents budgétaires…)**

* **Action 1 :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Montant sollicité dans le cadre de la présente demande : ………….**

* **Action 2 :**

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

**Montant sollicité dans le cadre de la présente demande : ………………**

* **Action 3 :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Montant sollicité dans le cadre de la présente demande : …………………..**