



**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Appel à candidature 2023**

**Création de 39 places de Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**

**Dans le département de la Charente-Maritime**

# Identité du promoteur

Raison sociale :................................................................................................................

N° FINESS juridique :

N° FINESS géographique :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone :

Courriel :

**Identification du représentant légal**

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

**Identification de la personne chargée du dossier**

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

# Caractéristiques et fonctionnement actuel du SSIAD/SAD mixte

|  |
| --- |
| 2.1. Capacité totale du SSIAD/SAD mixte (en places) |
|  |

|  |
| --- |
| 2.2. Nombre de places « personnes âgées » |
|  |

|  |
| --- |
| 2.3. Nombre de places «  personnes en situation de handicap » |
|  |

|  |
| --- |
| 2.4. Nombre de places ESA |
|  |

|  |
| --- |
| 2.5. Nombre de places autres |
|  |

|  |
| --- |
| 2.6. Le SSIAD est-il organisé en SPASAD (oui/ non) ? Si oui, s’agit-il d’un SPASAD autorisé ou expérimental (réputé autorisé comme SAD mixte depuis le 30/06/23)? |
|  |

2.7. Concernant uniquement les places « personnes âgées » :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2021 | 2022 | 2023 |
| File active (nombre de patients différents pris en charge par le service au cours de l'année)  |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour (en jours)  |  |  |  |
| GIR moyen pondéré |  |  |  |
| Taux d’occupation |  |  |  |

|  |
| --- |
| 2.8. Au 31 décembre 2023, combien de personnes âgées étaient en attente d’une prise en charge par votre SSIAD/SAD mixte ? |
|  |

|  |
| --- |
| 2.9. Au 31 décembre 2023, quelle est la durée d'attente (en jours) estimée avant accès à une prise en charge par votre SSIAD/ SAD mixte ? |
|  |

|  |
| --- |
| 2.10. Détailler les horaires d’ouverture du SSIAD/SAD mixte en distinguant semaine, WE et jours fériés |
|  |

***Joindre le projet de service***

|  |
| --- |
| 2.11. Effectifs ***(joindre un état des effectifs)*** |
| Nombre d’ETP d’Infirmier(es) coordinateurs/trices |  |
| Nombre d’ETP d’Infirmier(e)s soignant(e)s |  |
| Nombre d’ETP d’Aide-soignant(e)s |  |
| Nombre d’autres ETP (préciser lesquels) |  |

|  |
| --- |
| 2.12. Le SSIAD/ SAD mixte intervient-il dans une ou plusieurs communes considérée(s) comme sur-dotée(s) en infirmiers libéraux (oui/non) ? Si oui, lister lesquelles |
|  |

# Le projet

|  |
| --- |
| 3.1. Combien de places pour personnes âgées souhaitez-vous créer au total ? |
|  |

|  |
| --- |
| 3.2. Sur ce total, combien de places souhaitez-vous dédier à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes ? |
|  |

|  |
| --- |
| 3.3. Sur ce total, combien de places souhaitez-vous dédier au renforcement de l’offre de soins pour les personnes âgées en perte d’autonomie ?  |
|  |

|  |
| --- |
| 3.4. Objectivation des besoins Décrire ici les constats et les problématiques qui vous amènent à solliciter une extension de places pour la ou les catégories de public envisagée(s) (problématiques d’amont et d’aval, augmentation de l’activité, sollicitation des partenaires du champ du handicap...)?   |
|  |

|  |
| --- |
| 3.5. Si votre service intervient dans une ou plusieurs communes considérée(s) comme sur-dotée(s) en infirmiers libéraux, objectivez le plus précisément possible les besoins que l’offre de soins existante n’est pas en mesure de prendre en charge et qui justifieraient une extension de places   |
|  |

|  |
| --- |
| 3.6. Si votre projet d’extension vise à couvrir une zone blanche, listez ici les communes à couvrir   |
|  |

|  |
| --- |
| 3.7. Partenariats et coopérations territorialesA l’heure actuelle, comment travaillez-vous déjà avec les partenaires du territoire (en particulier avec ceux du handicap concernant les PHV) pour améliorer et fluidifier l’accès à l’offre ? A l’occasion de cette ENI, décrivez les nouvelles modalités d’action que vous proposez de mettre en œuvre avec vos partenaires pour répondre aux besoins non couverts.Le cas échéant, ***joindre les conventions de partenariat, lettres d’intention, protocoles partagés...***  |
|  |

|  |
| --- |
| 3.8. Organisation et modalités de prise en chargeDétaillez ici les modalités précises de prise en charge des personnes âgées et/ou handicapées vieillissantes qui seront mises en œuvre par le SSIAD/SAD mixte : modalités d’inclusion et d’évaluation des besoins individualisés, organisation des tournées, types de compétences mobilisées, organisation de la continuité des soins, coordination des soins et modalités d’échanges d’information avec les partenaires, organisation des relais d’aval...***Joindre un projet de service spécifique pour les places à destination des PHV*** (le cas échéant)  |
|  |

|  |
| --- |
| 3.9. Réforme des SADUne stratégie pour l’évolution du SSIAD en SAD mixte est-elle d’ores et déjà envisagée ? Si oui, décrire cette stratégie et son état d’avancement, et situer le projet d’extension dans ce contexte (mise en adéquation des zones d’intervention du SSIAD et du SAAD, mise en adéquation du niveau d’activité du SSIAD et du SAAD, couverture d’une zone blanche, nouvelle répartition des places autorisées entre les services partenaires…).  |
|  |

# Capacité à faire

|  |
| --- |
| 4.1. Combien d’ETP seront nécessaires pour la mise en œuvre de cette extension de capacité et sur quels types de postes ?   |
|  |

|  |
| --- |
| 4.2. Décrivez ici les démarches effectuées pour que les recrutements envisagés soient opérationnels dans le calendrier imparti   |
|  |

|  |
| --- |
|  4.3. Serez-vous en capacité d'opérer cette extension pour le 1er septembre 2024 ? si non, à quelle date ? |
|  |

|  |
| --- |
| 4.4. Décrire ici les compétences et les qualifications mobilisées pour le fonctionnement des nouvelles places, ainsi que le plan de formation envisagé, en particulier pour la prise en charge des PHV ? |
|  |

|  |
| --- |
| 4.5. Décrire ici les modalités de gestion, de management et de supervision des équipes mises en œuvre par le SSIAD/ SAD mixte, en particulier pour l’équipe dédiée aux PHV ?  |
|  |

|  |
| --- |
| 4.6. L’extension de capacité sollicitée est-celle compatible avec les locaux actuels ?Si non, préciser les solutions envisagées  |
|  |

|  |
| --- |
| 4.7. Précisions et commentaires éventuels  |
|  |