

**Annexe n° 3**

**Direction de l’Offre de Soins et de l’Autonomie**

**Pôle Offre de Soins**

**Dossier de candidature pour l’expérimentation d’un protocole d’intervention au domicile de personnes atteintes d’une maladie de parkinson ou de sclérose en plaques (ou maladies apparentées) par une équipe spécialisée Maladies Neuro-Dégénératives (MND), rattachée à un SSIAD dans le cadre de l’appel à candidatures départemental de la Gironde 2019**

**de la région Nouvelle-Aquitaine**

 **« SSIAD ES expérimentale MND »**

## Présentation du candidat-porteur

## Identification de la structure gestionnaire

Nom de la structure :

Numéro FINESS entité juridique :

Numéro FINESS entité établissement :

Statut de la structure : …………………..……………………………………………………………….......

Activités principales du gestionnaire (autorisations/agréments) :

Adresse :

Code postal : ……………………………………………………………………………………………………….

Commune : ………………………………………………………………………………………………………....

Courriel de la structure : .………………………………………………………………………………………....

Adresse site internet : …………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………….............................

## Identification du représentant légal de la structure

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone : ……………………………………………………………………………………………………….

Courriel : …..………………………………………………………………………………………………………

## Identification de la personne responsable du projet

Nom :

Prénom :

Fonction :

Lieu d’exercice : ………………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ……………………………………………………………………………………………………….

Courriel : ……..……………………………………………………………………………………………………

## Identification de la structure porteuse du « SSIAD ES expérimentale MND »

## Nature juridique du porteur

1. [ ]  SSIAD « personnes âgées » – si oui, préciser la capacité autorisée /\_ \_/ et installée / \_ \_ / \*
* [ ]  SSIAD « personnes âgées », disposant d’un dispositif « ESA » autorisé (préciser la date d’installation : /\_ \_/\_ \_/\_ \_/) \*\*

\*\* avec intégration des personnes atteintes de maladies Alzheimer / maladies apparentées : 🞏 oui 🞏 non

\*\* avec intégration de personnes non atteintes de maladies Alzheimer / maladies apparentées : 🞏 oui 🞏 non (préciser lesquelles) :……………………................................

* [ ]  SSIAD « personnes âgées », ne disposant pas d’un dispositif « ESA »

1. [ ]  SSIAD « personnes handicapées » – si oui, préciser la capacité autorisée /\_ \_/ et installée / \_ \_ / \*

 \* 1/ Pour les SSIAD « personnes âgées » et/ou « handicapées », préciser si des personnes diagnostiquées de la maladie de Parkinson / apparentées et/ou Sclérose en Plaques sont actuellement prises en charge (au jour de la constitution du dossier en précisant la date) :

🞏 oui (préciser le nombre de patients /\_ \_ / et le nombre de maladies chroniques en rapport avec le présent AAC (ALD 16 / \_ \_ / et ALD 25 / \_ \_ /

🞏 non

 \* 2/ Pour les SSIAD « personnes âgées », bénéficiant d’une dérogation en cours de prise en charge de personnes intuitu personae de moins de 60 ans, préciser le nombre de patients /\_ \_ / et le nombre de maladies chroniques en rapport avec le présent AAC (ALD 16 / \_ \_ / et ALD 25 / \_ \_ /) au jour de la constitution du dossier en précisant la date

1. [ ]  SPASAD – si oui, préciser pour chaque service les autorisations et agréments autorisés : / \_ \_ / + /\_ \_/ et installés /\_ \_/ + /\_ \_/ \*\*\*
2. [ ]  SPASAD expérimental – si oui, préciser pour chaque service les autorisations et agréments autorisés/installés : / \_ \_ / + /\_ \_/ et installés /\_ \_/ + /\_ \_/ \*\*\*
3. Pour c) et d), préciser la date du dernier arrêté d’autorisation conjoint : / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / et compléter :

 \*\*\* 1/ Pour les SSIAD « personnes âgées » et/ou « handicapées », préciser si des personnes diagnostiquées de la maladie de Parkinson / apparentées et/ou Sclérose en Plaques sont actuellement prises en charge (au jour de la constitution du dossier en précisant la date) :

🞏 oui (préciser le nombre de patients /\_ \_ / et le nombre de maladies chroniques en rapport avec le présent AAC (ALD 16 / \_ \_ / et ALD 25 / \_ \_ /

🞏 non

 \*\*\* 2/ Pour les SSIAD « personnes âgées », bénéficiant d’une dérogation en cours de prise en charge de personnes intuitu personae de moins de 60 ans, préciser le nombre de patients /\_ \_ / et le nombre de maladies chroniques en rapport avec le présent AAC (ALD 16 / \_ \_ / et ALD 25 / \_ \_ /) au jour de la constitution du dossier en précisant la date

## Identification du porteur

Nom de la structure porteuse :

Numéro FINESS entité juridique :

Numéro FINESS entité établissement :

Adresse :

Code postal : ……………………………………………………………………………………………………

Commune : ……………………………………………………………………………………………………..

Courriel de la structure : ……………………………………………………………………………………….

Adresse site internet : ………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………………………………

## Modalités d’organisation et de fonctionnement du service

1. Description synthétique du projet de service *(10 lignes maximum)*

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

1. Description des locaux du service

 *(Joindre un plan en format A4 couleur au dossier de candidature)*

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

1. Zone de couverture du service

*(Une cartographie en format A4 couleur peut être jointe au dossier de candidature)*

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

##

## Zone d’implantation du dispositif « SSIAD ES expérimentale MND »

## Territoire d’intervention (cochez la case correspondante)

[ ]  Bordeaux

[ ]  Métropole, dont :

[ ]  Urbain

[ ]  Rural

[ ]  Mixte

## Couverture des communes d’intervention (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

## Modalités de l’intervention géographique du dispositif « SSIAD ES expérimentale MND »

* Préciser la distance temps et/ou kilométrique de la tournée d’intervention

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

* Préciser la zone géographique couverte en détaillant les communes

*(Une cartographie en format A4 couleur peut être jointe au dossier de candidature)*

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

* Préciser si des démarches du gestionnaire du SSIAD candidat auprès des autres gestionnaires de SSIAD avec accord de principe permettant l’intervention du « SSIAD ES expérimentale MND » sur leur zone d’implantation : [ ]  oui [ ]  non

*(Joindre les lettres d’engagement des SSIAD acceptant la mission du « SSIAD ES expérimentale MND » sur leur zone d’intervention)*

## Description du projet « SSIAD ES expérimentale MND »

## Motivations du porteur (*5 lignes maximum)*

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

## Modalités d’articulation du dispositif avec le service

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

##

## Connaissance et/ou repérage des besoins du territoire d’intervention proposé

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

## File active cible annuelle « SSIAD ES expérimentale MND » proposée

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

## Synthèse du projet de service « SSIAD ES expérimentale MND » (10 lignes maximum)

##

*(Projet du protocole d’intervention de 20 pages maximum à joindre au dossier de candidature intégrant les modalités d’organisation et de fonctionnement de l’équipe dédiée)*

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

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

## Modalités organisationnelles et fonctionnelles du « SSIAD ES expérimentale MND »

* 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 du dispositif expérimental dans l’année : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Droits des usagers

* Préciser les modalités d’information des patients et les outils formalisant la prise en charge (document d’engagement personnalisé, plan d’intervention de prévention et de réadaptation, fiche synthétique standardisée de fin de programme, bilan de synthèse à trois mois).

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

## Coopérations 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 CHU de Bordeaux, ainsi qu’avec un service en gériatrie du territoire ;
* Préciser les autres partenariats sanitaires, médico-sociaux et sociaux envisagés sur le territoire d’intervention, tout particulièrement avec les aidants professionnels ;
* Préciser les modalités d’information du médecin prescripteur et du médecin traitant sur le plan
d’action de prévention et de réadaptation, la fiche synthétique standardisée de fin de
programme et le bilan de synthèse à 3 mois ;
* Préciser les modalités d’articulation et de concertation avec les acteurs libéraux, en particulier pour les kinésithérapeutes et les orthophonistes.

*(Joindre les courriers d’engagement avec délai de formalisation des conventions)*

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

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

## Tableau prévisionnel des effectifs et des ETP dédiés « SSIAD ES expérimentale MND »

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Catégorie socio-professionnelle** | **Fonction** | **Effectif total prévu** | **ETP total prévu** | **ETP prévu** | **Planning du recrutement envisagé** | **Coûts chargés** |
| **Par redéploiement / mutualisation du SSIAD** | **Par création (sur l’enveloppe dédiée)** |
| Infirmier coordonnateur |  |  |  |  |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |  |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |  |  |  |  |
| Psychologue clinicien |  |  |  |  |  |  |  |
| Neuropsychologue |  |  |  |  |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |  |  |  |  |
| Secrétaire |  |  |  |  |  |  |  |
| Autres (à préciser)  |  |  |  |  |  |  |  |

## Modalités managériales du « SSIAD ES expérimentale MND »

*(Joindre l’organigramme – mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels et les fiches de poste / tâches)*

* Décrire le rôle et les missions des autres professionnels composant l’équipe spécialisée
* Préciser les modalités de remplacement des personnels pendant les congés ou les absences (programmées/non programmées)

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

## Plan de formation prévisionnel pour les professionnels dédiés au « SSIAD ES expérimentale MND »

* Préciser les formations nécessaires et les modalités de formation pour chaque CSP avec rétro-planning
* Préciser les compétences déjà acquises et celles à acquérir (notamment avec l’appui des services ou des CEP et CRC SEP)
* Préciser l’option de formation ou de stage particulier envisagé auprès du centre expert Parkinson et CR SEP du CHU de Bordeaux et/ou des services MRP…

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

## Le porteur s’engage à ce que tous les professionnels de l’équipe dédiée suivra sa formation / son stage en amont de la mise en fonctionnement « SSIAD ES expérimentale MND » : Oui [ ]  Non [ ]

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

[ ]  Oui (préciser notamment si intégration des situations complexes d’handicaps rares)

[ ]  Non

## Budget prévisionnel en année pleine

*(Renseigner l’annexe n° 4)*

## Plan des locaux situant les espaces mis à disposition du « SSIAD ES expérimentale MND »

*(Joindre un plan des locaux situant les espaces dédiés en format A4 couleur au dossier de candidature)*

## Plan de communication (avec rétro-planning)

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

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

## Evaluation du dispositif

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

oui [ ]  non [ ]

Le porteur s’engage à répondre à toutes autres demandes d’indicateurs ou d’enquêtes en complément du rapport d’activité : oui [ ]  non [ ]

Le porteur s’engage à intégrer toute étude de recherche régionale ayant trait à ce dispositif expérimental : oui [ ]  non [ ]

## Calendrier et délai de la mise en œuvre

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