

**ANNEXE 2 :**

***Dossier de demande***

***d’extension CAPACITAIRE***

***-----***

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

***POUR PERSONNES AGEES***

**Date limite de dépôt du dossier : 1er septembre 2023**

**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 places 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 |  |  |
| Accueil de nuit (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/CPOM | 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 sur le territoire :

*Démontrer l’opportunité du projet à travers une analyse des besoins auxquels le projet AJ a vocation à répondre.*

* Cible du public accompagné :

Personnes âgées dépendantes [ ]  oui [ ]  non

Capacité dédiée [ ]  oui [ ]  non Places : \_ \_

Personnes âgées malades Alzheimer ou maladie apparentées [ ]  oui [ ]  non

Personnes âgées autres pathologies neuro-dégénératives [ ]  oui [ ]  non

Capacité dédiée [ ]  oui [ ]  non Places : \_ \_

* Modalités de fonctionnement :

- Nombre de jours d’ouverture sur l’année : \_ \_ \_ jours

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

*AJ unifié au sein de l’EHPAD :*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 fréquentation 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 : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

-Réponses 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 AJ Alzheimer et apparenté :

-Critère : Diagnostic Alzheimer posé [ ]  oui [ ]  non

-Critère : Stade de la maladie (léger, modéré) [ ]  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’é(réé)valuation, 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) ainsi que 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’AJ (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’AJ |
| Service d’aide et d’accompagnement à domicile (SAAD) |  |  |  |  |
| Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) |  |  |  |  |
| Equipe spécialisée Alzheimer à domicile |  |  |  |  |
| Autre accueil de jour |  |  |  |  |
| Hébergement temporaire |  |  |  |  |
| Plateforme de répit et d’accompagnement |  |  |  |  |
| EHPAD avec unité d’hébergement renforcée |  |  |  |  |
| EHPAD avec unité d’hébergement classique |  |  |  |  |
| Unités cognitivo-comportementales en SSR (UCC) |  |  |  |  |
| Consultation mémoire hospitalière ou libérale  |  |  |  |  |
| Neurologues libéraux |  |  |  |  |
| Hôpital de jour neurologique |  |  |  |  |
| Equipe de secteur ou de liaison psychiatrique |  |  |  |  |
| Associations spécialisées de malades MAMA |  |  |  |  |
| Associations spécialisées de malades Parkinson |  |  |  |  |
| Espaces Autonomie Santé |  |  |  |  |
| Equipes médico-sociales APA |  |  |  |  |
| 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’AJ | Effectifs autres de l’établissement | Effectifstotaux | Modalités de recrutement(création / redéploiement) |
| Direction |  |  |  |  |
| Administration |  |  |  |  |
| Services généraux (cuisine, entretien) |  |  |  |  |
| Animation/service social |  |  |  |  |
| ASH/AVS |  |  |  |  |
| AS/AMP |  |  |  |  |
| ASG |  |  |  |  |
| IDE |  |  |  |  |
| IDEC |  |  |  |  |
| Médecin coordonnateur |  |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |
| Autre personnel paramédical : |  |  |  |  |

*Justifier les profils de personnel recherchés.*

* Formation des personnels :

**⌂ Joindre le plan de formation prévisionnel.**

*Décrire les modalités de formation des personnels intervenant au sein de l’AJ : 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 :**

* Descriptif 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’AJ 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) :

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’AJ auprès des partenaires (missions, objectifs d’accompagnement, limites de l’AJ) et des usagers (personnes âgées/aidants).*