

**ANNEXE 2 :**

***Dossier de demande***

***d’extension CAPACITAIRE***

***-----***

***CREATION DE PLACES D’HEBERGEMENT TEMPORAIRE***

***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’hébergement temporaire 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 HT 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 : \_ \_

Hébergement temporaire :

Provenance du domicile direct [ ]  oui [ ]  non

Provenance de l’hôpital en relais d’une hospitalisation [ ]  oui [ ]  non

* Modalités de fonctionnement :

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

-Si ouverture < 365 jours, période de fermeture du service : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

-Plafond de fréquentation sur l’année pour un accueilli  : \_ \_ \_ jours

-Plancher de durée de séjour pour un accueilli  : \_ \_ \_ jours

* Objectifs poursuivis au regard de l’inscription du projet de renforcement de l’HT dans le projet global de l’établissement :

*Présenter comment le projet de places supplémentaires d’HT s’inscrit dans le projet global de l’établissement.*

**MODALITES DE PRISE EN CHARGE :**

* Admission et accueil :

*Préciser les critères d’admission (tout public et/ou public spécifique), les critères d’exclusion et les critères de réorientation.*

*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, référent à l’entrée. Préciser les critères de sortie et les critères de réorientation (réflexion sur les solutions alternatives, référent à la sortie et organisation des relais)*

Hébergement temporaire

* Accompagnement et soins adaptés :

*Préciser les modalités de mise en œuvre du projet de soins de l’établissement :*

*-modalités d’intervention et de coordination des personnels médicaux et paramédicaux en interne / extérieurs,*

*-formalisation et informatisation du dossier de soins,*

*-organisation des transmissions ciblées et de réunions de concertation,*

*-mise en place des procédures et protocoles de soins (bonnes pratiques : chutes, douleur, contention et autres : dénutrition, hydratation, escarres, incontinence, hygiène bucco-dentaire, soins palliatifs / accompagnements spécifiques),*

*-organisation et sécurisation du circuit du médicament,*

*-aménagement de la permanence des soins médicaux et la nuit.*

*Préciser le mode d’élaboration, d’évaluation, de coordination et de suivi du projet d’accompagnement en séjour temporaire intégrant la préparation de l’aide au retour à domicile*

* Droits des usagers

*Respect des droits fondamentaux et contractuels pour l’ensemble des résidents et actualisation des outils de la loi 2002-2 garantissant l’exercice de ces droits*

* Actions en faveur des aidants:

*Préciser les actions mises en place en faveur des aidants par l’HT (informations, conseils, appui / partenariats mis en œuvre).*

*Indiquer les modalités de traitement des réclamations et des signalements*

**COOPERATIONS :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Partenaires | Identification | Convention existante | Convention à signer  | Objectifs et modalités opérationnelles de coopération au titre de l’HT |
| Service d’aide et d’accompagnement à domicile |  |  |  |  |
| Service de soins infirmiers à domicile  |  |  |  |  |
| Equipe spécialisée Alzheimer à domicile |  |  |  |  |
| Accueil de jour |  |  |  |  |
| Hébergement temporaire |  |  |  |  |
| Plateforme de répit et d’accompagnement |  |  |  |  |
| EHPA(D) |  |  |  |  |
| HAD |  |  |  |  |
| Court séjour gériatrique / hôpital de jour |  |  |  |  |
| Soins de suite et de réadaptation (SSR) / unités cognitivo-comportementales en SSR (UCC) |  |  |  |  |
| Equipe de secteur ou de liaison psychiatrique |  |  |  |  |
| Equipe mobile soins palliatifs |  |  |  |  |
| Dispositif d’IDE hygièniste |  |  |  |  |
| Associations spécialisées |  |  |  |  |
| Espaces Autonomie Santé |  |  |  |  |
| Equipes médico-sociales APA |  |  |  |  |
| Autres |  |  |  |  |

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

Commentaires :

*-notamment sur les difficultés rencontrées avec certains partenaires*

**PERSONNEL DE L’HEBERGEMENT PERMANENT ET DE L’HEBERGEMENT TEMPORAIRE:**

* Organigramme prévisionnel :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ETP | ETP dédiés à l’HPavant l’extension | ETP à créer pour l’extension de l’HT | EffectifsTotaux après extension |
| Direction |  |  |  |
| Administration |  |  |  |
| Services généraux (cuisine, entretien) |  |  |  |
| Animation/social |  |  |  |
| ASH/AVS |  |  |  |
| AS/AMP |  |  |  |
| ASG |  |  |  |
| IDE |  |  |  |
| IDEC |  |  |  |
| Médecin coordonnateur |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Autre personnel paramédical : |  |  |  |

* Formation des personnels :

**⌂ Lister les formations envisagées pour l’ensemble du personnel**

*formations thématiques, inter-établissement, spécifiques à des accompagnements*

* 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 :**

Sur la base des organisations projetées en lien avec le projet d’établissement, vous présenterez un schéma organisationnel permettant d’estimer les surfaces à construire et de déterminer la faisabilité technique et financière (coût d’opération et plan de financement).

Typologie d'implantation (à cocher) :

Hébergement temporaire :

|  |  |
| --- | --- |
| Places regroupées dans une unité d’hébergement classique  | [ ]  |
| Places regroupées au sein d’une unité de vie protégée | [ ]  |
| Places disséminées dans l’établissement  | [ ]  |
| Places regroupées partiellement au sein d’une unité de vie protégée et disséminées dans l’établissement Nombre de places UVP : \_ \_  | [ ]  |

Commentaires :

**COMMUNICATION :**

*Préciser les modalités de communication prévues pour faire connaitre le projet d’HT auprès des partenaires (missions, objectifs d’accompagnement, limites de l’HT) et des usagers (personnes âgées/aidants).*