

**Expérimentation relative
aux Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile intégrés
(SPASAD)**

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	
Demande de financement au titre de l'instruction du 4/12/15 (oui/non) ?	

Ce dossier est à renvoyer par courriel ET par voie postale à l'ARS Martinique et à la Collectivité Territoriale de Martinique.

1. Déclaration de candidature

1.1. Identification des structures engagées dans le projet de SPASAD

<u>Service 1</u>
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 :
<u>S'il s'agit d'un SAAD :</u>
Habilitation à l'aide sociale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>S'il s'agit d'un SSIAD, nombre de places :</u>
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 :

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

Le SPASAD intégré est-il :

Existant. Date de création :

En cours de constitution. Date prévisionnelle de création :

En projet. Date prévisionnelle de création :

Rappel : La conclusion du CPOM, qui signe l'entrée de la structure dans l'expérimentation, doit avoir lieu au plus tard le 30 juin 2017. Elle ne peut intervenir que si le SPASAD est pleinement constitué.

1.3. Participation à d'autres expérimentations

Le SPASAD participe-t-il à d'autres expérimentations :

Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019

PAERPA

Autres (préciser) :

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, d'ici le 30 juin 2017, 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 des 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 conventions 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.

.....
.....
.....
.....