**Appel à Projets (AAP)**

**2024**

**Organisation des appuis territoriaux de soins palliatifs – Public Adulte**

**Dossier de candidature 2024**

**Les dossiers de candidature sont à envoyer par mail à l’ARS :** [ARS-HDF-SP@ars.sante.fr](mailto:ARS-HDF-SP@ars.sante.fr)

**Date limite de dépôt des projets : 20 septembre 2024**

**Procédure de candidature**

* **Calendrier de mise en œuvre**
* Date de soumission des projets : 20 septembre 2024
* Mise en œuvre de l’astreinte : 01 janvier 2025

L’établissement porteur devra mettre en œuvre effectivement le dispositif d’appui aux soins palliatifs pour le 1° janvier 2025.

Le dernier trimestre 2024 sera donc consacré à la formalisation et l’organisation de l’appui territorial pour une effectivité en janvier 2025. Il est demandé aux porteurs de présenter des projets établis et solides, pouvant être rapidement mis en œuvre. A l’inverse, les projets demandant une maturation complémentaire pourront être déposés ultérieurement.

Les crédits délégués en année N serviront à couvrir les frais de création de ce dispositif.

* **Date de dépôt des demandes de subvention**

Pour cet appel à projet, la fenêtre de dépôt des dossiers est ouverte du **15 juillet 2024 au 20 septembre 2024** inclus.

L’objectif de l’ARS Hauts-de-France est de couvrir l’ensemble du territoire régional avec ce type de dispositif d’appui. Pour y arriver, l’appel à projet pour labelliser ces dispositifs se reproduira tous les ans jusqu’à couverture complète des Hauts-de-France.

* **Envoi des documents**

L’ensemble des pièces nécessaires à l’instruction de votre demande est à envoyer par courriel à l’adresses suivants : [ARS-HDF-SP@ars.sante.fr](mailto:ARS-HDF-SP@ars.sante.fr)

* **Critère de recevabilité et de sélection**

Seuls seront instruits les dossiers respectant les critères suivants :

* satisfaction des principes généraux du cahier des charges ;
* projet suffisamment détaillé et complet, notamment sur les ressources disponibles ;
* dossier déposé dans les délais.

L’accompagnement financier pourra être apporté dans la limite de l’enveloppe allouée à la région.

**Organisation des appuis territoriaux de soins palliatifs – Public Adulte**

**Dossier de candidature**

|  |
| --- |
| **Etablissement de santé porteur du dispositif :** |
| * Nom de la structure porteuse : * Statut juridique : * Adresse postale : * Nom et qualité du responsable juridique : * Nom et fonction du responsable administratif du projet : * Téléphone : * Courriel : |
| **Structures partenaires du dispositif :** |
| **Partenariats effectifs :**  Pour chaque partenariat, préciser :   * Nom de la structure porteuse : * Statut juridique : * Adresse postale :   Nom et qualité du responsable juridique :   * Nom et fonction du responsable administratif du projet : * Téléphone : * Courriel : * Modalités et formalisation du partenariat :   **Partenariats envisagés :**  Pour chaque partenariat, préciser :   * Nom de la structure porteuse * Statut juridique : * Adresse postale : * Nom et qualité du responsable juridique : * Nom et fonction du responsable administratif du projet : * Téléphone : * Courriel : * Modalités du partenariat : * Etat d’avancement du partenariat : |

|  |
| --- |
| **Composition prévisionnelle de l’équipe (fournir les CV)** |
| **Nombre de personnels qualifiés participant aux appuis à date :**  Pour chaque personnel, préciser :   * Nom et qualité : * Formation : * Etablissement et service de rattachement : * Téléphone : * Courriel :   **Autres professionnels envisagés** (décrire si d’autres professionnels ont été identifiés pour participer à l’appui, les contacts pris, les engagements pris ou envisagées etc) : |

|  |
| --- |
| **Plage d’intervention et organisation prévisionnelle de l’appui** |
| * **Préciser les plages horaires choisies (périmètre socle ou étendu**) : * **Un changement de périmètre est-il envisagé à terme ?** * **Fournir un roulement prévisionnel n+1 des astreintes pour ce dispositif** * **Justifications du périmètre horaire choisi** : |

|  |
| --- |
| **Territoire d’intervention et modalités de communication** |
| **Préciser et justifier le périmètre du territoire d’intervention** |

|  |
| --- |
| **Calendrier de mise en œuvre** |
| **Décrire les étapes de mise en œuvre des appuis et le calendrier prévisionnel** |

**Joindre les conventions de partenariat entre l’établissement porteur du dispositif et les établissements du territoire dont les professionnels participent au dispositif signées à date et transmettre à l’ARS toutes nouvelles conventions relatives au dispositif d’appui signées a posteriori.**