****

**ANNEXE 2 - Dossier de candidature**

**Appel à projets**

**Structures expérimentales d’accompagnement et de soins palliatifs en Hauts-de-France**

1. **Présentation du demandeur**

|  |
| --- |
| **Entité juridique**  Nom de l’entité juridique porteuse du projet :  Adresse :  Statut juridique :  FINESS juridique :    Représentant légal :   * Nom, Prénom : * Fonction : * Adresse mail : * Téléphone :   Personne en charge du dossier   * Nom, Prénom : * Fonction : * Adresse mail : * Téléphone : |

|  |
| --- |
| **Site géographique** (site sur lequel sera réalisée l’activité, si différent de l’entité juridique)  Nom :  Adresse : |

1. **Présentation du projet**
2. **Synthèse du projet**

*Préciser notamment en quoi le projet répond au contexte global du territoire, notamment par une analyse des besoins non couverts*

|  |
| --- |
|  |

1. **Typologie du public accueilli (âge, niveau de perte d’autonomie)**

|  |
| --- |
|  |

1. **Implantation de la structure**

*La structure est-t-elle adossée à une structure sanitaire ou médico-sociale ? Si oui, précisez*

|  |
| --- |
|  |

*Décrire les modalités d’accès à la structure (urbain/rural, accès transport public, places de parking, etc.)*

|  |
| --- |
|  |

*Indiquer la capacité d’accueil de la structure (nombre de places)*

|  |
| --- |
|  |

*Décrire l’agencement de la structure (joindre un plan ou tout autre document, préciser la date de construction ou rénovation du bâti, les normes d’accessibilité, les différents lieux de vie et d’hébergement pour les résidents et leurs proches)*

|  |
| --- |
|  |

1. **Accompagnement des personnes**

*Décrire l’organisation et les modalités prévues pour l’accompagnement des personnes relatives :*

* *à leur* ***admission*** *(modalités d’accueil pour l’hébergement temporaire et pour l’hébergement permanent, procédure et protocole d’admission)*

|  |
| --- |
|  |

* *au* ***projet d’accompagnement pluridisciplinaire personnalisé***

|  |
| --- |
|  |

* *à l****’organisation de la continuité et de la permanence des soins***

|  |
| --- |
|  |

1. **Partie relative aux personnels**

*Cette partie doit décrire l'état des effectifs, notamment médicaux et paramédicaux exerçant ou appelés à exercer dans la structure, et faire apparaître les engagements du demandeur en ce qui concerne les effectifs, la qualification des personnels, leur temps de présence en ETP, et leurs missions au sein de la structure, nécessaires à la mise en place du projet.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nom, Prénom** | **Nb ETP** | **Indiquer le diplôme en lien avec les soins palliatifs et l’accompagnement de la fin de vie** | **Missions** |
| Directeur |  |  |  |  |
| Agent administratif |  |  |  |  |
| Agent de service général (buanderie, cuisine) |  |  |  |  |
| Agent de service hospitalier |  |  |  |  |
| Médecin |  |  |  |  |
| Infirmier diplômé d’état (IDE) |  |  |  |  |
| Accompagnant éducatif et social / auxiliaire de vie |  |  |  |  |
| Aide-soignant |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |  |
| Autres professionnels |  |  |  |  |

1. **Articulation prévue avec les réseaux de soins et d’accompagnement existants**

*Dans cette partie, il est demandé notamment :*

* *De décrire et d’identifier les partenariats en lien avec le tableau ci-dessous*
* *De transmettre les lettres d’engagement relatives à ces partenariats*

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom des partenaires** | **Type de structure** | **Nom / fonction du contact** | **Objet du partenariat** | **Lettre d’engagement** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |
|  |  |  |  | **□** |

1. **Partie technique et financière**

Préciser le calendrier relatif à la création de la maison d’accompagnement et de soins palliatifs et aux conditions de sa pérennité à 3 ans et au-delà

|  |
| --- |
|  |

Indiquer la date prévisionnelle d’accueil des premiers résidents

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

*Adresser un budget prévisionnel pluriannuel (2026-2029) global de la structure (fonctionnement et investissement) faisant état des dépenses et des recettes prévisionnelles relatives à la création de la maison d’accompagnement et de soins palliatifs*

*(selon modèle-type joint)*

1. **Indicateurs de suivi et évaluation**

Afin d’assurer une cohérence nationale à l’expérimentation, les indicateurs ci-dessous seront recueillis auprès de la structure par l’ARS Hauts-de-France et transmis au niveau national

|  |  |
| --- | --- |
| **Caractéristiques de la structure** | Nombre de places (répartition séjours longs / temporaires)  Typologie des professionnels / intervenants extérieurs  Nombre de bénévoles  Nombre de partenariats conclus  Nombre d’intervenants extérieurs  Projet d’établissement |
| **Accueil des personnes – données annuelles** | Durée moyenne/minimale/maximale de séjour  Nombre de personnes accueillies (file active) par modalité d’accueil  Accompagnement proposé aux proches  Part des sorties vers une USP / une hospitalisation autre  Part des sorties vers le domicile  Part des décès dans la structure  Part des résidents bénéficiant de l’HAD au sein de la structure  Part des résidents accompagnés par des EMSP / EMG  Typologie du public accueilli : âge, GIR |
| **Financement – données annuelles** | Budget de fonctionnement prévisionnel  Budget de fonctionnement réalisé, dont charges de personnel |
| **Réponse aux besoins – données annuelles** | Satisfaction des usagers  Satisfaction des proches  Satisfaction des professionnels |

1. **Engagement du demandeur**

Transmettre à l’ARS-Hauts-de-France :

* Les conventions ou projets de convention avec les professionnels extérieurs amenés à intervenir au sein de la structure (professionnels de santé et autres professionnels)
* Les conventions ou projets de convention avec une / des associations de bénévoles d’accompagnement en soins palliatifs et autres associations amenées à intervenir dans la MASP
* Un rapport d’activité annuel relatif à l’activité de la maison d’accompagnement et de soins palliatifs de l’année N, au plus tard à la fin du 1er trimestre soit le 31 mars de l’année N+1, comprenant notamment les indicateurs décrits dans la partie VI ;
* Dans un délai de 6 mois à partir de la date d’ouverture de la maison d’accompagnement :
  + Projet d’établissement ou de service
  + Charte des droits et libertés de la personne accueillie
  + Livret d’accueil
  + Contrat de séjour
  + Règlement de fonctionnement

Date : Signature du représentant

légal de la structure