

**Projets innovants de soutien renforcé permettant de bien vieillir à domicile**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Remarque préalable :**

**Rappel du calendrier :**

Appel à candidature :

Délai pour le dépôt des dossiers : 31 décembre 2019

Décisions : *1er trimestre 2020*

Démarrage : *1er trimestre 2020*

**Dossier de candidature à transmettre par voie électronique à :**

*🖰 :* ars-oc-dosa-appel-projets-ms@ars.sante.fr

Des demandes d’informations complémentaires pourront être sollicitées par les candidats par messagerie à l’adresse citée précédemment en mentionnant « projet innovant de soutien renforcé à domicile ».

**Description générale du projet**

|  |
| --- |
|  **Porteur du dispositif**  |
| Nom de (ou des)l’organisme gestionnaire :  |  |
| Ville /département |  |
| N° FINESS juridique : |  |
| N° FINESS géographique : |  |
| *Identification du représentant légal*  | Nom :Fonction :Coordonnées (téléphone et Email) : |
| *Référent(s) en charge de la coordination du projet :* | Nom du/des Référent(s) :Fonction :Coordonnées (téléphone et Email) : |

* *Lister dans le tableau ci-dessous les acteurs participant au dispositif*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partenaire(s) du projet**  | **Entité juridique et/ou statut ;****Adresse** | **Périmètre d’intervention** (professionnels de santé, structures partenaires, établissements, associations…). | **Coordonnées des contacts : nom, mail, téléphone** | **Nature du partenariat ou de la participation au projet d’expérimentation** (prestataire/partenaire[[1]](#footnote-1))**Préciser les coopérations existantes et conventions en cours** |
| *Renseignez* *1 ligne par partenariat*  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Contexte, constats et besoins identifiés ayant conduit à la formulation du projet** |
| *Pourquoi ce projet ?**Configuration de l’offre avant le projet :**- Description du contexte ayant conduit à l’identification du besoin. Listez et détaillez les différents éléments déclencheurs qui ont permis d’aboutir à la construction du projet.* *- Quels sont les atouts du territoire sur lequel sera mis en œuvre le projet ?**- Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?**- Quels sont les dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés ?* |

|  |
| --- |
| **Objectifs et finalité du projet** |
| *Intitulé du projet :**Décrire l’enjeu et le contenu du projet en répondant aux questions suivantes :**Quels sont les objectifs du projet ? Décrire :**- Les enjeux en termes d’adaptation aux besoins du territoire et de transformation de l’offre médico-sociale**- Le caractère innovant du projet (réponse nouvelle à un besoin préalablement identifié),**- La cohérence territoriale du projet, la complémentarité et la plus-value du projet par rapport aux autres dispositifs.**- Le cas échéant, la cohérence du projet avec les actions de prévention de la perte d’autonomie financées par les CFPPA**En quoi consiste le projet ?* *- Quelle est la pertinence du projet en termes de prévention et de préservation de l’autonomie**- Quels sont le/les facteurs de perte d’autonomie sur lesquels agissent les dispositifs proposés (isolement social, dénutrition, chutes, iatrogénie médicamenteuse, défaut de surveillance médicale et d’accès aux soins) ?* *- Quelles sont les actions mises en œuvre par le dispositif ?*  |

|  |
| --- |
|  **Public bénéficiaire** |
| *Quelles sont les typologies des personnes ciblées par ce projet (public fragile ou personnes âgées en risque de perte d’autonomie / personnes âgées dépendantes) ?* *Précisez le nombre de personnes concernées, la file active prévisionnelle sur une année*  |

|  |
| --- |
| **Zone géographique ou territoire d’intervention de l’action** **(commune, canton…)** |
| *Préciser le champ d’intervention territorial (cartographie…)* |

**Modalités d’organisation et de fonctionnement du dispositif projet**

|  |
| --- |
| **Admission et sortie dans le dispositif** |
| *Quelles sont les modalités de repérage/adressage des personnes ciblées**Quels sont les critères d’inclusion et d’exclusion ?**Comment est organisée la procédure d’admission dans le dispositif ?**Comment est organisée la sortie du dispositif ?* |

|  |
| --- |
| **Description précise du fonctionnement****du projet** |
| *Description des prestations (interventions) proposées par le dispositif**Modalités d’intervention des différents acteurs, rôle de chacun, effectifs dédiés* *Comment sont assurés le suivi et la coordination des prestations ?**Quelles sont les modalités d’animation et de pilotage du dispositif (organisation du travail, gouvernance du projet)?* |

|  |
| --- |
| **Partenariats et collaborations envisagées (démarche partenariale)** |
| *Description de la démarche partenariale engagée dans le cadre de l’élaboration du projet avec les différents acteurs de l’accompagnement des PA* *Quelle articulation avec les instances de coordination existantes (CLIC, PTA, CPTS, MAIA…) ? Ont-elles été associées dans le cadre de la concertation préalable à la mise en œuvre du dispositif ?* *Comment* *l’ensemble des acteurs de la prise en charge de la personne âgée (sanitaires, médico-sociaux, professionnels de santé…) ainsi que les instances de coordination territoriales existantes ont/auront connaissance du dispositif proposé afin d’orienter les patients ?* |

**Évaluation du projet**

|  |
| --- |
| **Indicateurs et modalités d’évaluation** |
| *Quelles sont les modalités prévues pour évaluer le projet ?**Quels sont les indicateurs de suivi proposés pour évaluer l’impact du projet qui sera déployé ?* *Par exemple :* * *Indicateurs de réalisation*
* *Indicateurs de moyens*
* *Indicateurs de résultat (caractère innovant, préservation des aptitudes fonctionnelles*

*de l’usager…)** *Indicateurs de satisfaction et «expérience» des usagers (et/ou de leurs aidants) ;*
 |

**Éléments budgétaires et financiers**

|  |
| --- |
| **Budget du projet** |
| *Préciser la nature, l’objet et le montant des postes de dépenses**Indiquer les co-financements envisagés. Le co-financement s’entend en numéraire mais également en nature (locaux, personnel…)**Si un reste à charge pour le bénéficiaire est envisagé, son montant doit apparaitre dans le dossier* |

|  |
| --- |
| **Calendrier de mise en œuvre** |
| *Indiquer le planning prévisionnel du projet en identifiant clairement la date de début de l’activité, les différentes phases de mise en œuvre et de montée en charge* |

1. 1- Le prestataire produit des services rendus par le dispositif. Le partenaire est un acteur du territoire avec lequel le dispositif entend travailler et avoir des liens de proximité [↑](#footnote-ref-1)