

|  |
| --- |
| Annexe 2: Dossier de candidature  Appel à candidature ARS/DAOSS/N°971-2023-12-18-00003  Agence de santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy  **Création de deux plateformes d’accompagnement et de répit en soutien aux proches aidants des personnes atteintes d’une Maladie Neuro-Dégénérative (MND), d’une Maladie Chronique Invalidante (MCI) ou âgée en perte d’autonomie dans les territoires de Marie-Galante et des Îles du nord** |

**Dossier de 30 pages maximum annexes comprises.**

**Date de dépôt des dossiers de candidature : Jeudi 28 Mars 2024 à 12h00 (Guadeloupe)**

Site de publication : [www.guadeloupe.ars.sante.fr](http://www.guadeloupe.ars.sante.fr)

Sommaire

[1. Présentation de l’établissement porteur du dispositif 3](#_Toc152842776)

[1.1. Identification de l’organisme gestionnaire 3](#_Toc152842777)

[1.2. Identification de l’établissement de rattachement 3](#_Toc152842778)

[1.3. Personne en charge du dossier de candidature 4](#_Toc152842779)

[2. Caractéristiques de l’établissement – porteur de la PFR 4](#_Toc152842780)

[2.1. Capacitaire 4](#_Toc152842781)

[2.2. Description des activités de l’établissement 4](#_Toc152842782)

[3. Description du projet 5](#_Toc152842783)

[3.1. Public cible 5](#_Toc152842784)

[3.2. Projet de service de la PFR 6](#_Toc152842785)

[3.3. Jours et heures de fonctionnement 6](#_Toc152842786)

[3.4. Le personnel 7](#_Toc152842787)

[3.5. Le plan de formation prévisionnel du personnel 7](#_Toc152842788)

[3.6. Les partenariats 8](#_Toc152842789)

[4. Plan de communication 8](#_Toc152842790)

[5. Locaux 9](#_Toc152842791)

[6. Calendrier de mise en œuvre 9](#_Toc152842792)

[7. Modalités de suivi et d’évaluation 9](#_Toc152842793)

[8. Budget prévisionnel en année pleine 10](#_Toc152842794)

# Présentation de l’établissement porteur du dispositif

## Identification de l’organisme gestionnaire

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’organisme gestionnaire |  |
| Adresse postale |  |
| N° SIRET |  |
| N° FINESS entité juridique |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |
| Représentant légal de l’organisme gestionnaire | Nom :  Prénom :  Fonction / Qualité :  Courriel :  Téléphone : |
| Description succinctes des principales activités de l’organisme gestionnaire |  |

## Identification de l’établissement de rattachement

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’établissement |  |
| N° FINESS entité établissement |  |
| Adresse postale |  |
| Courriel |  |
| Téléphone |  |
| Représentant légal de l’établissement | Nom :  Prénom :  Fonction :  Courriel :  Téléphone : |

## Personne en charge du dossier de candidature

|  |  |
| --- | --- |
| Nom / Prénom |  |
| Fonction |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |

# Caractéristiques de l’établissement – porteur de la PFR

## Capacitaire

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activité / Fonctionnement** | Nombre de places **autorisées** | Nombre de places **installées** | Nombre de places habilités à l’aide sociale (HAS) | Taux d’occupation (% sur 2022 et 2023) | |
| **Hébergement Permanent** |  |  |  |  |  |
| **Hébergement Temporaire** |  |  |  |  |  |
| **Accueil de Jour** |  |  |  |  |  |
| **Autres (préciser)** |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |

## Description des activités de l’établissement

|  |
| --- |
| *« Présentation synthétique du porteur de projet, de l’ESMS de rattachement de la PFR et des activités mises en place et répondre en cochant les case ».* |

Préciser si la structure porteuse de la PFR a une connaissance des recommandations HAS sur les maladies neurodégénératives :

Oui  Non

Préciser si la structure porteuse de la PFR accompagne des personnes atteintes de maladies neuro dégénératives:

Oui  Non

Si oui, précisez la pathologie :

Maladie d’Alzheimer ou maladie apparentée

Maladie de Parkinson

Sclérose en plaque

Préciser si la structure porteuse de la PFR accompagne des personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes:

Oui  Non

Si oui, précisez la (les) pathologie(s) :

|  |
| --- |
|  |

# Description du projet

## Public cible

|  |
| --- |
| *« Quels sont les profils des aidants visés dans le cadre de ce projet ? (Préciser les types de maladies chroniques invalidantes et neurodégénératives, identification des besoins prioritaires, zones d’intervention, modalités d’adressage et de repérage des aidants …) ».* |

## Projet de service de la PFR

|  |
| --- |
| *« Décrire le projet de service notamment :*  *- Modalités d’organisation et de fonctionnement, préciser comment sont pris en compte les aidants en activité et les aidants intergénérationnels (ex : possibilité d’adaptation des plages horaires)*  *- Prestations prévues (différentes formules d’accompagnement et de répit (prestations directes ou indirectes, actions individuelles et/ou collectives…) en indiquant leur finalité, la file active envisagée, leur fréquence, les modalités d’évaluation et le cas échéant le montant de la participation financière des aidants. Préciser également l’offre d’accompagnement en cas d’évènement majeur (ex : crise sanitaire, intempéries, cyclone), les modalités de participation des aidants accompagnés au projet (recueil des avis, enquête de satisfaction…).*  *-Préciser les modalités d’évaluation des besoins de l’aidant ou du couple aidé/aidant.*  *- Formalisation du projet d’accompagnement de l’aidant.*  *-Préciser les outils numériques utilisés entre les professionnels et mis à disposition pour les aidants pour un service à distance (plateforme téléphonique,… etc)».* |

## Jours et heures de fonctionnement

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jours  Horaires | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
| Matin |  |  |  |  |  |  |  |
| Après-midi |  |  |  |  |  |  |  |

## Le personnel

*« Précisez le personnel recruté, les intervenants extérieurs et le personnel en charge de la coordination. S’il est prévu de mutualiser certaines fonctions avec la structure porteuse, indiquer lesquelles, quel type de professionnel et le temps dédié à l’accueil de jour.*

***Joindre un organigramme et les fiches de poste correspondant aux effectifs salariés de la PFR*** *».*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Catégorie socio-professionnelle | Fonction / qualification | ETP | Coûts chargés | Personnel sur les crédits Assurance maladie (création) | Personnel de ESMS en mutualisation / redéploiement (oui / non) | Personnel sur cofinancement (à préciser) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

## Le plan de formation prévisionnel du personnel

|  |
| --- |
| *« Préciser ce qu’il est prévu en terme de formation pour le personnel. Proposer un plan de formation sur 5 années consécutives ».* |

## Les partenariats

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de la structure | Nom/prénom et coordonnées du référent | Localisation | Objet du partenariat | Statut du partenariat *(cochez la mention utile)* |
|  |  |  |  | Envisagé  En pourparlers  Existant |
|  |  |  |  | Envisagé  En pourparlers  Existant |
|  |  |  |  | Envisagé  En pourparlers  Existant |
|  |  |  |  | Envisagé  En pourparlers  Existant |
|  |  |  |  | Envisagé  En pourparlers  Existant |
|  |  |  |  | Envisagé  En pourparlers  Existant |

# Plan de communication

|  |
| --- |
| *« Indiquer les actions de communication prévues à destination des professionnels et des aidants*, *pour faire connaitre le dispositif par les acteurs et professionnels (Ville-Hôpital) du territoire ainsi que le grand public ».* |

# Locaux

|  |
| --- |
| *« Description des locaux, leur accessibilité. Joindre un plan des locaux avec identification et surface des pièces dédiées à la PFR ».* |

# Calendrier de mise en œuvre

|  |
| --- |
| *« Détailler le calendrier de réalisation du projet en précisant les grandes étapes de la montée en charge et les éventuels recrutement ».* |

# Modalités de suivi et d’évaluation

|  |
| --- |
| *« Description des modalités d’évaluation du dispositif, de la qualité du service rendu aux bénéficiaires en complément de l’évaluation de la qualité HAS et des indicateurs nationaux indérogeables mentionnés au sien du cahier des charges ».* |

# Budget prévisionnel en année pleine

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | **Montant en € (1)** | **Produits** | **Montant en € (1)** | Subvention(s) : Accordée(s) = A  Attendue(s) = T |
| **60 Achats** |  | **70 Rémunération des services** |  |  |
| Prestations de services |  | Rémunération pour prestations de services |  |  |
| Achats matières et fournitures |  | Participation des usagers |  |  |
| Autres fournitures |  | Autres (à préciser) |  |  |
| **61 Services externes** |  | **74 Subventions** |  |  |
| Locations immobilières et mobilières |  | Etat (à détailler) |  |  |
| Entretien et réparation |  | CNSA (à détailler) |  |  |
| Assurance |  | Région(s) : |  |  |
| Documentation |  | ARS | 135 800 |  |
| Autres |  | Département(s) : |  |  |
|  |  | Commune(s) : |  |  |
| **62 Autres services externes** |  | Organismes sociaux : (à détailler) |  |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Fonds européens |  |  |
| Publicités et publications |  | ASP (emplois aidés) |  |  |
| Déplacements et missions |  | Autres établissements publics : |  |  |
| Services bancaires, autres |  | Aides privées : |  |  |
|  |  | Autres (à préciser) |  |  |
| **63 Impôts et taxes** |  | **75 Autres produits de gestion courante** | 0 |  |
| Impôts et taxes sur rémunérations |  | Cotisations des adhérents |  |  |
| Autres impôts et taxes |  | Autres (à préciser) |  |  |
| **64 Frais du personnel (2)** |  |  |  |  |
| Rémunération des personnels |  | **76 Produits financiers** | 0 |  |
| Charges sociales |  | (Préciser) |  |  |
| Autres charges de personnel |  |  |  |  |
| **65 Autres charges de gestion** |  | **77 Produits exceptionnels** | 0 |  |
| (Préciser) |  | (Préciser) |  |  |
| **66 Charges financières** |  |  |  |  |
| (Préciser) |  |  |  |  |
| **67 Charges exceptionnelles** |  | **78 Reprises** | 0 |  |
| (Préciser) |  | Reprise sur amortissement |  |  |
| **68 Dotation aux amortissements et aux provisions** |  | Reprise sur provision |  |  |
| (Préciser) |  |  |  |  |
| CHARGES INDIRECTES | |  |  |  |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |  |
| **Frais financiers** |  |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** | **135 800** | **TOTAL DES PRODUITS** | **135 800** |  |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES (3)** | | | | |
| **86 Emplois des contributions volontaires en nature** | **0** | **87 Contributions volontaires en nature** | **0** |  |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature |  |  |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  |  |
| **TOTAL** | **0** | **TOTAL** | **0** |  |