|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Centre de ressources territoriaux pour les personnes âgées**

**Dossier de candidature - 2024**

#

1. Présentation du candidat
	1. **Identification**

Nom de l’EHPAD / du SAD du porteur :

N° FINESS géographique : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° FINESS juridique : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Adresse  :

Code Postal - Commune :

Uniquement pour le SAD : date du dernier arrêté d’autorisation

* 1. **Identification de la personne chargée du présent dossier**

Prénom et nom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

* 1. **Présentation du porteur**

*Présentation en quelques lignes du porteur et de son expérience*

* 1. **Information sur le porteur**

**S’il s’agit d’un EHPAD :**

* Temps de présence du médecin coordonnateur au 1er janvier 2024 :

Nom et prénom du médecin coordonnateur :

* Temps de présence de l’infirmier coordonnateur au 1er janvier 2024 :

Nom et prénom de l’infirmier coordonnateur :

Si l’EHPAD n’est pas habilité à 50% à l’aide sociale :

Nom de l’EHPAD avec lequel la coopération sera envisagée :

N° FINESS géographique : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° FINESS juridique : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

**S’il s’agit d’un SAD :**

Nom de l’EHPAD avec lequel la convention est envisagée :

N° FINESS géographique de l’EHPAD : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° FINESS juridique de l’EHPAD  : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

* Temps de présence du médecin coordonnateur de l’EHPAD au 1er janvier 2024 :

Nom et prénom du médecin coordonnateur de l’EHPAD :

* Temps de présence de l’infirmier coordonnateur de l’EHPAD au 1er janvier 2024 :

Nom et prénom de l’infirmier coordonnateur de l’EHPAD :

1. Présentation du projet

*Décrire :*

* *les objectifs poursuivis par le porteur,*
* *la façon d’appréhender le futur projet et les partenariats*
* *le territoire envisagé (avec listing détaillé es communes)*
* *l’identification des enjeux et des besoins du territoire*

*Décrire clairement les zones sur lesquelles le porteur souhaite intervenir*

* 1. **Volet 1**

**Axe 1 - Favoriser l’accès des personnes âgées aux soins et à la prévention**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actions envisagées - détaillées** | **Public cible** | **Liste détaillées des partenaires** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

# Possibilité de rajouter autant de lignes que possible

**Axe 2 - Lutter contre l’isolement des personnes âgées et de leurs aidants**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actions envisagées - détaillées** | **Public cible** | **Liste détaillées des partenaires** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

# Possibilité de rajouter autant de lignes que possible

**Axe 3 - Contribuer à l’amélioration des pratiques professionnelles et au partage des bonnes pratiques**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actions envisagées - détaillées** | **Public cible** | **Liste détaillées des partenaires** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

# Possibilité de rajouter autant de lignes que possible

* 1. **Volet 2**

**Axe 1 - Sécurisation du domicile et adaptation au logement**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actions envisagées** | **Descriptif détaillé des actions** | **Partenaires** |
| **Mise en place d'un SSIAD renforcé** | *Détailler notamment les modalités d’organisation et de coordination mais aussi mes modalités d’articulation avec le psychologue* | *Nom et numéro FINESS géographique du SSIAD :****OBLIGATOIRE*** |
| **Mise en place d’une assistance 24/24h 7j sur 7** |   |  |
|  |   |  |

# Possibilité de rajouter autant de lignes que possible

*Pour l’axe 1 : précisez les résultats globalement attendus*

**Axe 2 - Gestion des situations d'urgence ou de crise**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actions envisagées** | **Descriptif détaillé des actions** | **Partenaires** |
| **Développement de l’hébergement temporaire d’urgence** |  |  |
| **Mise en place d’une astreinte mutualisée d’IDE de nuit entre plusieurs EHPAD** |   |  |
|  |   |  |

# Possibilité de rajouter autant de lignes que possible

*Pour l’axe 2 : précisez les résultats globalement attendus et définir clairement comment sera mise en place l’astreinte de nuit*

**Axe 3 – Coordination renforcée**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actions envisagées** | **Descriptif détaillé des actions** | **Partenaires** |
|  |  |  |
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |

# Possibilité de rajouter autant de lignes que possible

*Pour l’axe 3 : précisez les résultats globalement attendus et particulièrement les partenariats avec les acteurs du territoire*

**Axe 4 – Continuité du projet de vie / lutte contre l'isolement**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actions envisagées** | **Descriptif détaillé des actions** | **Partenaires** |
| **Partenariat renforcé avec la Plateforme de répit du territoire** |  | *Nom et numéro FINESS géographique de la Plateforme de répit :* |
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |

# Possibilité de rajouter autant de lignes que possible

*Pour l’axe 4 : précisez les résultats globalement attendus*

**Axe5 – Soutien de l’aidant**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actions envisagées** | **Descriptif détaillé des actions** | **Partenaires** |
|  |  |  |
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |

# Possibilité de rajouter autant de lignes que possible

*Pour l’axe 5 : précisez les résultats globalement attendus*

|  |
| --- |
| **Admission et sortie dans le dispositif (volet 2)** |
| *Quels sont les critères d’inclusion et d’exclusion ?* *Comment est organisée la procédure d’admission dans le dispositif ?**Quels sont les critères de sortie du dispositif ? Comment est organisée la sortie du dispositif ?* |

* 1. **Volet 3 (optionnel)**

*Précisez les raisons qui vous amènent à développer ce volet :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actions envisagées** | **Descriptif détaillé des actions** | **Partenaires** |
|  |  |  |
|  |   |  |
|  |   |  |

1. Choix du modèle organisationnel
* *Comment comptez-vous mettre en place le CRT en respectant le principe de subsidiarité ?*
* *Précisez les modalités de partenariat avec le DAC du territoire*
* *Quelles sont les modalités organisationnelles proposées pour la mise en œuvre des volets 1, 2 et éventuellement 3 ?*
* *Quelles sont les modalités d’animation et de pilotage de la mission CRT ? Comment l’ensemble des ESMS seront impliqués dans la démarche ?*
* *Existe-t-il des prérequis spécifiques pour lancer ce projet (ex : formations médicales/paramédicales nécessaires, système d’information, recrutements etc.) ?*
* *Comment sont définies les responsabilités de chaque intervenant ?*
* *Comment est assurée la continuité du dispositif ? Comment sont assurés la coordination et le contrôle de l’effectivité et de la qualité des prestations ?*
* *Comment sont intégrées les nouvelles technologies ?*
* *Quelle solution numérique est proposée dans le respect de la feuille de route du numérique en santé ?*
* *Comment est centralisée et transmise l’information entre les partenaires ?*
* *Quelle modalité d’articulation avec le DAC du territoire ?*
1. Modalités de mise en œuvre opérationnelles et un calendrier prévisionnel

*Décrire les différents jalons du projet, des rencontres nécessaires, des outils complémentaires à développer, des modifications de l’organisation interne…*

1. Budget
* *Annexer le budget prévisionnel de la mission de CRT en année pleine avec le détail sur les 2 ou 3 volets*
* *Indiquer les co-financements envisagés avec d’autres partenaires et les moyens mis à disposition*
* *Préciser les postes de charges relevant de chaque volet et les postes mutualisés*
* *Indiquez obligatoirement le financement sollicité au titre du SSIAD renforcé*
* *Indiquez éventuellement les actions complémentaires envisagées (actions innovantes relatives aux aidants) et le détail des financements sollicités*
* *Préciser obligatoirement le temps de présence du médecin coordonnateur et l’augmentation envisagée (s’il y a lieu avec les financements afférents)*
* *Indiquez les financements sollicités pour chaque action du volet 3 (si celui-ci est envisagé)*
* *Indiquez les financements sollicités sur d’autres points (augmentation temps de medco, actions particulières à titre non pérenne conformément au cahier des charges)*

*Prévoir obligatoirement, dans le budget de 400 000 € :*

* *Le reversement de 20 000 € à la plateforme de répit du territoire*
* *30 000 euros au titre de l’HTU-SH : si le financement est déjà perçu par l’EHPAD candidat ou ayant conventionné avec le SAD, aucune mesure nouvelle ne sera allouée sur ce dispositif*
* *L’un des deux scénarios suivants :*
	+ *Si le futur porteur CRT dispose d’un SSIAD : le montant de 25 000 € sera alloué directement au SSIAD au titre du temps de psychologue*
	+ *Si le futur porteur CRT ne dispose pas d’un SSIAD :  le montant de 25 000 € sera alloué au SSIAD renforcé (ou ciblé par le CRT) au titre du temps de psychologue et viendra en déduction des 400 000 €*
1. Documents obligatoires à joindre
* Fiche de poste coordonnateur CRT
* Conventions avec les acteurs mentionnés en *annexe n°5*

A défaut des conventions, un engagement écrit des partenaires à signer une convention sera demandée. Ce document devra comporter la liste nominative des partenaires

* Pour les Centres de Ressources Territoriaux portés par un SAD, la convention conclue avec un EHPAD partenaire pour la réalisation de certaines prestations des volets 1, 2 et éventuellement 3.