**Dossier de candidature**

Appel à candidatures 2023

Déploiement de la mission de centre de ressources territorial

pour les personnes âgées

**Description générale du projet**

|  |
| --- |
| **Porteur de la mission de CRT** |
| Nom de l’organisme gestionnaire  |  |
| N° FINESS juridique  |  |
| N° FINESS géographique de l’ESMS retenu pour la mission CRT |  |
| Représentant légal  | Nom – Prénom :Fonction :Téléphone :Courriel :  |
| Personne référente de ce dossier | Nom - Prénom : Fonction : Téléphone : Courriel :  |
| Présentation et expérience du porteur, connaissance du territoire et du public cible  |  |

* *Lister dans le tableau ci-dessous les acteurs participant à la mission de CRT*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partenaire(s)**  | **Entité juridique et/ou statut****Adresse** | **Périmètre d’intervention** (professionnels de santé, structures partenaires, établissements, associations…). | **Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone** | **Préciser les coopérations existantes et conventions en cours** | **Partenaire faisant l’objet d’une convention obligatoire**oui / non |
|  *Renseignez 1 ligne par partenariat* |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Annexer les engagements écrits des partenaires parties prenantes au projet, décrivant notamment les partenariats envisagés via les conventions obligatoires indiquées dans le cahier des charges CRT (arrêté du 27/4/2022).*

|  |
| --- |
| **Zone géographique ou territoire de réalisation de la mission de CRT - volets 1 et 2****(commune, quartier, EPCI,…)** |
| *Préciser le champ d’application territorial en listant les communes concernées**Insérer une cartographie* |

|  |
| --- |
| **Contexte / Diagnostic**  |
| *Description du contexte ayant conduit à la candidature et des éléments saillants du diagnostic partagé réalisé sur le territoire ciblé.* *- Contexte, constats et besoins identifiés et documentés ayant conduit à la proposition de 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 ?**- Quels sont les besoins insuffisamment ou non couverts sur le territoire ciblé ?*  |

|  |
| --- |
| **Objectifs du projet** |
|  |

|  |
| --- |
| **Publics bénéficiaires** |
| *Quelles sont les typologies des personnes ciblées par ce projet ?* *Précisez le nombre de personnes ou professionnels concernés, la file active prévisionnelle sur une année et les modalités de repérage ou d’association des publics cibles.* *Volet 1 :**Volet 2 :*  |

**Modalités d’organisation et de fonctionnement de la mission CRT**

|  |
| --- |
| **Ressources humaines**  |
| *Quelles sont les ressources humaines propres au dispositif ? (Qualifications, nb ETP, missions)**Comment est géré le volet ressources humaines du dispositif ? (Besoins de formations, d’évolution des compétences et d’accompagnement des équipes…)****Annexer l’organigramme et le tableau synthétique des effectifs par volet.***  |

|  |
| --- |
| **Modalités organisationnelles**  |
| *Quelles sont les modalités organisationnelles proposées pour la mise en œuvre des volets 1 et 2 ?* *Quelles sont les modalités d’animation et de pilotage de la mission CRT ?**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 mis en œuvre les droits des usagers ?**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 ?**Préciser les modalités spécifiques au volet 1 ou au volet 2 le cas échéant*  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prestations proposées au titre du volet 1** | **Prestations proposées par le porteur**  | **Prestations proposées par un acteur du territoire**  | **Partenariats envisagés pour la mise en œuvre** | **Calendrier de déploiement**  |
| *Favoriser l’accès des personnes âgées aux soins et à la prévention* | *Lister et décrire les prestations proposées dans le cadre du déploiement de la mission CRT (ne pas renseigner les prestations déjà existantes)* | *Lister et décrire les prestations proposées dans le cadre du déploiement de la mission CRT (ne pas renseigner les prestations déjà existantes)* |  |  |
| *Lutter contre l’isolement des personnes âgées et de leurs aidants* |  |  |  |  |
| *Contribuer à l’amélioration des pratiques professionnelles* |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prestations « socle » proposées au titre du volet 2** | **Prestations proposées par le porteur**  | **Prestations proposées par un acteur du territoire**  | **Partenariats envisagés pour la mise en œuvre** | **Calendrier de déploiement**  |
| *Sécurisation de l’environnement de la personne* *Lister et décrire les prestations*  | *Lister et décrire les prestations proposées dans le cadre du déploiement de la mission CRT (ne pas renseigner les prestations déjà existantes)* | *Lister et décrire les prestations proposées dans le cadre du déploiement de la mission CRT (ne pas renseigner les prestations déjà existantes)**Indiquer l’effecteur*  |  |  |
| *Gestion des situations de crise et soutien des aidants* |  |  |  |  |
| *Suivi renforcé autour de la personne* |  |  |  |  |
| *Continuité du projet de vie et lutte contre l’isolement*  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prestations optionnelles proposées au titre du volet 2** | **Prestations proposées par le porteur**  | **Prestations proposées par un acteur du territoire**  | **Partenariats envisagés pour la mise en œuvre** | **Calendrier de déploiement**  |
| *Lister et décrire les prestations* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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 ?**Volet 2 :*  |

|  |
| --- |
| **Collaborations existantes et à développer** |
| *Toutes les structures concernées par le projet sont-elles associées ? Reste-t-il des collaborations à mettre en place ? Les usagers et/ou leurs représentants sont-ils associés au projet ? Les professionnels concernés sont-ils associés* à ce projet ? *Quelle est l’articulation avec les partenaires et les instances de coordination (notamment DAC, MDA - CLIC, CPTS) ?* *Quelle coordination entre les acteurs du territoire pour la mise en place de l’accompagnement renforcé ?* |

|  |
| --- |
| **Résultats attendus à court et moyen terme du projet** |
| *Décrire les résultats :**- en termes d’amélioration du service rendu pour les usagers et les professionnels ;**- en termes d’organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services ;**- en termes d’efficience (ex : bénéfices identifiés/ coûts évités/ économies potentielles…).**Volet 1 :**Volet 2 :*  |

**Eléments budgétaires et financiers**

|  |
| --- |
| **Budget du projet** |
| *Annexer le budget prévisionnel de la mission de CRT en année pleine* *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* *Indiquer les dépenses facturées aux effecteurs pour la réalisation de prestations, le cas échéant*  |

|  |
| --- |
| **Calendrier de mise en œuvre** |
| *Indiquer le planning prévisionnel du projet en identifiant clairement la date de début de l’activité du volet 1 et du volet 2, les différentes phases de mise en œuvre et de montée en charge* |