

Annexe 1

CAHIER DES CHARGES

POUR LA CREATION DE 5 PLACES D'APPARTEMENT DE COORDINATION THERAPEUTIQUE DANS LE DEPARTEMENT DES HAUTES-ALPES

1) Contexte

La création d'une offre dédiée sur le département des Hautes-Alpes vise à réduire les inégalités territoriales de santé par l'amélioration du maillage territorial en Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), en renforçant l'offre au bénéfice d'un territoire non couvert.

Actuellement, le département des Hautes-Alpes pour une population de 141 784 habitants (source Insee 2019) compte 18 places d'ACT installées réparties ainsi :

- 14 places ACT (9 places sur le Briançonnais et 5 places sur le Gapençais)
- 4 places ACT hors les murs (3 places sur le Gapençais et 1 place sur le Briançonnais)

Le portrait socio-sanitaire et environnemental des Hautes-Alpes établi par l'Observatoire Régional de la Santé en 2022 fait apparaître d'une part une offre en spécialistes de premier recours très inférieure à celle du niveau régional et d'autre part une inégale répartition des médecins spécialistes à l'échelle départementale. La densité médicale des spécialistes de premiers recours est de 101,6 pour 100 000 habitants dans les Hautes-Alpes contre 120,5 à l'échelle régionale. Dans les deux tiers des communes du département, il faut faire un trajet compris en 30 et 60 minutes pour se rendre chez des spécialistes du premier recours. Ces difficultés d'accès aux soins et le manque de proximité sont accrus pour les personnes en difficultés spécifiques.

Par ailleurs, le dispositif expérimental « Logement d'abord et santé », mis en œuvre à compter de l'année 2019 pour une capacité de 30 places, a accueilli 61 personnes. Le taux de renouvellement des prises en charge est de 21,3 % sur une période de quatre années. Le dispositif expérimental s'inscrit comme un point d'étape du parcours des personnes en difficultés spécifiques et vise à développer l'autonomie notamment pour l'accès au logement et aux soins.

Considérant que le dispositif des ACT concerne un public antérieurement hospitalisé pour des longues durées, accompagné par des établissements de santé type SSR, leur déploiement participera à la fluidification des lits d'aval.

Aussi, le développement de places d'ACT dans le département des Hautes-Alpes constitue une réponse dans le parcours de soins et l'accompagnement vers l'autonomie tant au niveau médical et social que pour l'accès au logement.

2) Territoire d'implantation et conditions d'installation

Les 5 places d'ACT devront obligatoirement être implantées sur le territoire de Gap.

Ouverts sur l'extérieur avec l'intervention des services ambulatoires et éventuellement de bénévoles, les appartements devront être situés à proximité d'un lieu de soins et bien intégrés dans la cité, afin de favoriser autant que possible l'insertion sociale et l'autonomie.

Ils devront être accessibles et adaptés à l'accueil des personnes malades, très fatigables et/ ou à mobilité réduite. Leur organisation et leur taille devront ainsi permettre un mode de vie le plus proche possible d'un mode de vie personnel et individualisé.



Le projet précisera la nature des locaux, les modalités d'organisation de l'hébergement, ainsi que l'organisation de l'espace de travail des personnels.

Le projet sera obligatoirement adossé à une structure médico-sociale ou sociale existante et respectera scrupuleusement le capacitaire de 5 lits. **La capacité n'est pas sécable.**

3) Personnels, aspects financiers et calendrier de mise en œuvre de l'autorisation

A) Le personnel

Les structures ACT sont gérées par un directeur et un personnel administratif. Elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire, composée d'au moins un médecin responsable, d'infirmiers, de travailleurs sociaux et de personnels en charge des prestations d'hébergement et d'entretien.

Les personnels peuvent être des salariés de la structure ou des intervenants extérieurs.
La mutualisation des personnels entre plusieurs structures peut être proposée.

Le candidat détaillera les effectifs prévisionnels, salariés ou vacataires, en précisant la qualification des personnels, leurs quotités de travail en équivalents temps plein (ETP) et les ratios de personnel par place.

Il précisera également les modalités de management et de coordination des professionnels, ainsi que les objectifs et les modalités d'intervention des prestataires extérieurs.

B) Cadrage financier et administratif

1. Cadrage financier

Le financement des ACT est assuré par une dotation globale (DGF) versée par douzième définie sur la base d'un forfait annuel (dans les conditions fixées par les articles R.174-16-1 à 5 du code de la sécurité sociale).

La DGF est versée sur présentation d'un budget prévisionnel par le gestionnaire, selon le cadre réglementaire normalisé, et à l'issue d'une procédure contradictoire en application des articles R314-4 à 314-27 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Les moyens budgétaires attachés à la création des 5 places d'ACT, objet du présent appel à projet, sont gagés au titre des mesures nouvelles 2021 destinées aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

La mise en œuvre de ces 5 places devra s'inscrire dans une enveloppe n'excédant pas en année pleine 165 163,30 euros (5 places x 33 032,66 €).

Le coût à la place pour un appartement de coordination thérapeutique est donc de **33 032,66 € par an.**

Le candidat doit strictement respecter en année pleine le niveau de l'allocation de l'Agence régionale de santé Provence Alpes Côte d'Azur. **Le non-respect de l'enveloppe financière ne sera pas recevable.**

Ces financements intègrent le complément de traitement indiciaire (CTI) prévu dans le cadre de la revalorisation salariale des métiers de l'accompagnement social et médico-social pour les catégories socio-professionnelles visées par l'instruction interministérielle N° DGCS/1B/3A/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2021/120 du 8 juin 2021, l'instruction interministérielle N° DGCS/1B/3A/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2021/231 du 17 novembre 2021 complémentaire à l'instruction N° DGCS/1B/3A/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2021/120 du 8 juin 2021, et l'instruction interministérielle N° DGCS/1B/5B/DGS/SP2/SP3/DSS/1A/2022/112 du 19 avril 2022.

2. Les coûts non couverts par la DGF

- Les consultations et soins ne pouvant être dispensés dans la structure ne sont pas couverts par la dotation globale, à l'exception de la participation restant éventuellement à la charge de la personne accueillie. L'Assurance maladie prend en charge les consultations de spécialistes et les soins dentaires (base de remboursement).

Avec deux cas de figure :

- Pour les personnes disposant d'une couverture sociale, les médicaments, les examens, les consultations et soins spécialisés, les transports réguliers sont pris en charge par la couverture sociale de la personne.
- Pour les personnes ne disposant d'aucune couverture sociale, les soins réalisés en externe (examens, médicaments...) sont pris en charge, dans l'attente d'une affiliation au titre de la protection universelle maladie et de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale d'Etat, par l'établissement. Lorsque les droits auront été ouverts, la structure pourra envisager une demande de rétrocession à la CPAM s'agissant des remboursements des actes qu'elle a avancés, à partir de la date de dépôt du dossier de demande d'affiliation.

- L'investissement

Les dépenses relatives à l'acquisition de matériel, de mobilier ou l'aménagement des locaux par exemple, ne seront pas couverts par la dotation pérenne journalière. Il appartiendra au promoteur de mobiliser des fonds associatifs ou de recourir à l'emprunt pour l'équipement des locaux. En fonction de l'opportunité et de la justification du projet, l'ARS pourra étudier un éventuel accompagnement financier par la tarification de crédits non reconductibles spécifiquement fléchés dans la limite de l'enveloppe budgétaire régionale annuelle disponible.

- La participation des personnes accueillies

La personne accueillie doit participer à ses frais d'hébergement, en vue de son inclusion sociale.

Les dépenses d'alimentation restent à la charge des personnes accueillies.

Il est également rappelé que les dépenses liées à l'accueil d'accompagnants ne peuvent pas être prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

3. Cadrage administratif

- **Durée d'autorisation :**

En application de l'article L313-1 du CASF, ces 5 places d'ACT seront autorisées pour une durée de quinze ans. Le renouvellement de cette autorisation sera subordonné aux résultats de l'évaluation mentionnée à l'article L312-8 du CASF dans les conditions prévues à l'article L313-5 du même code.

- **Bilan d'activité :**

Conformément à l'article R314-50 du CASF, un rapport d'activité sera joint au compte administratif envoyé chaque année à l'ARS. Il décrira l'activité et le fonctionnement de la structure ACT pour l'année concernée selon le modèle fourni par la réglementation. La nature, les modalités de recueil et de remontée des indicateurs d'activité auprès de l'ARS sont à décrire dans le dossier de réponse de l'appel à projet.

- **Evaluation et amélioration continue de la qualité :**

Le candidat devra inscrire le fonctionnement des ACT dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, en précisant dans son projet les modalités d'évaluation du dispositif conformément aux dispositions des articles L312-8 et D312-203 et suivants du CASF.

C) Calendrier d'installation

Le porteur de projet doit détailler le calendrier de montée en charge des 5 places d'ACT, dont l'autorisation impose un commencement d'exécution à compter de la date de notification. Un commencement avant le 31 décembre 2023 sera le bienvenu.

Le décret n°2017-1620 du 28 novembre 2017 relatif à la caducité de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L313-1 du code de l'action sociale et des familles fixe à quatre ans, à compter de la notification de l'autorisation, le délai à partir duquel l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux est réputée caduque à défaut d'ouverture au public. Un délai plus court peut-être fixé par l'arrêté d'autorisation, sauf lorsque le projet de l'établissement ou du service nécessite la construction d'un immeuble bâti ou des travaux sur des constructions existantes soumis à permis de construire. Ce délai est déterminé en fonction de l'importance du projet et de la nature des prestations fournies, sans pouvoir être inférieur à trois mois (article D313-7-2 du CASF).

Dans le cas présent, les places attribuées devront faire l'objet d'une installation effective dans les 6 mois suivant la notification d'attribution.

Le candidat présentera un calendrier prévisionnel pour accomplir les différentes étapes depuis l'obtention de l'autorisation jusqu'à l'ouverture du service.

4) Organisation et fonctionnement

1.1 Définition des ACT

Le décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique » précise ainsi :

- « Les appartements de coordination thérapeutique prévus au 9° du I de l'article L. 312-1 prennent en charge, quelle que soit leur situation administrative, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.
- Les établissements qui assurent la gestion des appartements de coordination thérapeutique assurent des missions d'hébergement à titre temporaire des personnes mentionnées au premier alinéa, ainsi que des missions d'accompagnement médico-social. Ils fonctionnent sans interruption. »

Les ACT sont des structures assurant des missions d'hébergement à titre temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical. Les ACT prennent en charge les personnes quelle que soit leur situation administrative. Fonctionnant sans interruption, de manière à optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance des traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux et l'aide à l'insertion sociale. Les ACT peuvent également assurer des missions complémentaires d'accompagnement médico-social sans hébergement pour les personnes.

Cette définition de leurs missions permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins des malades du VIH/SIDA, mais aussi des personnes atteintes de pathologies chroniques sévères.

Si la santé est une priorité en ACT, la stabilisation de l'état de santé devient un moyen au service des buts à plus long terme d'insertion sociale, de relogement, et d'insertion professionnelle. Ces différents aspects sont interdépendants. L'ACT, qui propose une prise en charge personnalisée par une équipe pluridisciplinaire (médecin, travailleur social, psychologue, animateur social, infirmier...), permet de commencer ou de continuer un traitement et d'en optimiser l'observance, de réguler la situation au niveau social, de permettre l'accès aux droits, de clarifier le projet (personne, professionnel, familial...) et de repartir sur des bases nouvelles.

2. Modalités d'organisation et de fonctionnement du dispositif

2.1 Publics cibles

Le dispositif ACT s'adresse aux personnes souffrant d'une maladie chronique, fréquemment associées à des comorbidités, notamment addictives ou psychiatriques :

- fragilité psychique,
- précarité économique,
- isolement géographique, familial ou social,
- environnement administratif et/ou juridique inexistant,
- éloignement du système de santé,
- pratiques à risques et/ou addictives,
- handicap (cognitif, psychique ou moteur).

Le projet détaillera de manière précise le fonctionnement de la structure et l'organisation des prises en charge individuelles.

2.2 Admission, sorties

2.2.1 Modalités d'admission

La décision d'accueillir une personne est prononcée par le responsable de la structure, après avis du médecin coordonnateur. La décision établie sur la base d'une évaluation médico-sociale de la situation de la personne tient compte de la capacité de la structure, des catégories de personnes accueillies et des orientations du projet d'établissement. Les procédures qui permettent de prendre la décision d'admission sont à décrire dans le projet ainsi que les modalités d'information qui permettront de faire connaître le dispositif (missions et fonctionnement de la structure, modalités d'admission, critères d'admission/de refus de prise en charge).

2.2.2 Modalités de sortie

Une attention particulière sera portée à la sortie du dispositif (description des modalités de préparation à la sortie, existence d'un suivi post-ACT...). Les critères et les modalités de fin de prise en charge devront être explicités.

2.3 Durée du séjour et amplitude d'ouverture

2.3.1 Durée du séjour

La prise en charge en ACT est temporaire. Le principe d'une durée de 18 à 24 mois, renouvelable une fois pour une durée maximale de 12 mois, par accord mutuel est retenu. La durée du séjour et les modalités d'information du patient sur ce point devront être précisées dans le contrat de séjour. Toutefois, la durée du séjour sera définie par la structure en lien avec la personne hébergée, sur la base d'un projet individuel. La structure fixera périodiquement des objectifs à atteindre avec la personne accompagnée en veillant à ne pas lui laisser craindre que la prise en charge puisse prendre fin brutalement.

2.3.2 Amplitude d'ouverture

Les ACT fonctionneront sans interruption, 7 jours sur 7, et 24 heures sur 24.

2.4 Le projet médical/projet de soins

Les ACT assurent une double coordination : médicale et psycho-sociale.

2.4.1 La coordination médicale et l'accompagnement au soins

Elle est assurée par un médecin (qui ne peut être le médecin traitant), éventuellement assisté par du personnel paramédical.

La coordination médicale comprend :

- La participation à la commission d'admission de la structure,
- La constitution et la gestion du dossier médical,
- Les relations avec les médecins prescripteurs libéraux, hospitaliers et les réseaux ville-hôpital,
- La coordination des soins (HAD, SSIAD, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes...)
- L'aide à l'observance thérapeutique,
- Le suivi de l'observance thérapeutique, y compris lors des périodes d'hospitalisation,
- L'éducation à la santé et à la prévention,
- Les conseils en matière de nutrition,
- La prise en compte éventuelle des addictions en lien avec les dispositifs spécialisés,
- Le soutien psychologique des malades,
- Le respect des conditions de sécurité sanitaire (élimination des déchets).

2.4.2 La coordination psycho-sociale

Elle est assurée par le personnel psycho-socio-éducatif et comporte :

- L'écoute des besoins et le soutien,
- L'accès aux droits et la facilitation des démarches administratives,
- L'aide à l'insertion sociale, professionnelle et l'accès au logement, en s'appuyant sur les réseaux existants ainsi que sur les ressources propres des personnes,
- L'accompagnement lors des déplacements en cas de besoin,
- La lutte contre l'isolement, le développement des liens sociaux, l'inscription dans la cité au travers des sorties, d'ateliers, de temps collectifs, de groupes de parole de manière à favoriser les relations, l'échange entre les patients, l'entraide, l'éducation par les pairs et renforcer l'implication et l'estime de soi des bénéficiaires.

Le projet décrira de façon détaillée les modalités de mise en œuvre de ces deux coordinations.

2.4.3 Recours à des prestations extérieures

En tant que de besoin, certaines personnes hébergées peuvent avoir recours à des prestations extérieures (paramédicales ou socio-éducatives) ou des soins de ville, soins et prestations liés à des besoins spécifiques en fonction de l'évolution de leur état de santé.

Ces soins ainsi que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription sont pris en charge à titre individuel dans le cadre du droit commun et font l'objet d'un remboursement à l'acte.

2.5 Astreintes et situations d'urgence

Une astreinte téléphonique devra être mise en place en dehors des heures de présence du personnel salarié. Le projet devra présenter les modalités de fonctionnement de cette astreinte.

Les modalités de prévention et de traitement des situations de crise et d'urgence devront être précisées. Les personnels sont chargés d'organiser avec les partenaires concernés, les modalités de recours à un ou des services hospitaliers pour répondre à des besoins spécifiques, des aggravations ou des complications devront faire l'objet d'une convention.

La structure doit être équipée pour répondre à des situations d'urgence et avoir mis en place une procédure de recours aux services d'urgence (centre 15) si besoin.

2.6 Projet d'établissement et projet de vie individualisé

2.6.1 Projet d'établissement

La structure ACT établit un projet d'établissement qui définit ses objectifs, ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les moyens médicaux, psychologiques et sociaux nécessaires à l'exercice de ses missions.

2.6.2 Projet de vie individualisé

L'équipe pluridisciplinaire de l'ACT élabore, avec chaque personne accueillie, un projet individualisé adapté à ses besoins qui définit les objectifs thérapeutiques, médicaux, psychologiques et sociaux nécessaires ainsi que les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Les modalités de mise en œuvre et de suivi de ce projet par la structure et avec les partenaires le cas échéant devront être décrites. Une attention particulière sera apportée à la sortie du dispositif.

Le projet personnalisé doit compléter le contrat de séjour, être un outil partagé entre l'usager et les professionnels, et une ressource pour l'usager au service de son pouvoir d'agir sur sa vie quotidienne, la prise en charge de sa maladie, son insertion, sa sociabilité (adapter les formes de communication à la langue et à la culture des personnes, être précis sur les moyens mobilisés et les échéances...). Le projet personnalisé doit être adapté à la temporalité de la prise en charge.

2.7 Accueil des proches

Afin de garantir le respect du droit à la vie familiale des personnes hébergées, les ACT peuvent également accueillir leurs proches. Les dépenses liées à l'accueil des proches ne peuvent être prises en compte par la DGF allouée à la structure.

2.8 Modalités de coopération

Il est nécessaire de mettre en place des liens avec les établissements de santé et les professionnels de soins de 1^{er} recours ainsi que de prévoir des partenariats avec les dispositifs des secteurs social et médico-social, plus particulièrement dans le cadre de la prise en charge en aval des ACT.

Il convient par conséquent de développer des partenariats avec des dispositifs adaptés et de s'intégrer dans une filière de prise en charge avec :

- Les établissements de santé prenant en charge des patients atteints de pathologies chroniques sévères
- Les médecins traitants et médecins libéraux spécialistes
- Les services sanitaires et sociaux intervenant à domicile
- Les structures de psychiatrie
- Les établissements et services médico-sociaux et hospitaliers d'addictologie
- Les réseaux de santé concernant les pathologies des personnes accueillies
- Les associations de patients de malades chroniques
- Les structures sociales et d'insertion

Il est également demandé une articulation avec les acteurs du secteur social (comité de veille sociale, SIAO...).

L'ensemble des partenaires et coopérations envisagés sont à décrire dans le projet :

- Identification des partenaires
- Modalités opérationnelles des collaborations
- Etat d'avancement de leur formalisation à la date du dépôt du projet
- Transmission le cas échéant du ou des projets de convention

2.9 Respect du droit des usagers

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux (article L311-3 du CASF).

Le projet s'attachera à détailler les modalités de mise en œuvre des outils prévus pour le respect de la personne et de ses droits avec notamment :

- Le livret d'accueil (article L311-4 du CASF) : il sera disponible pour tout résident et fera l'objet d'un travail d'explicitation adapté à chacun. La traduction de ce livret devra être réalisée en fonction des publics accueillis ; les expériences d'autres structures en la matière seront à intégrer pour faciliter la réutilisation des démarches similaires. A ce livret d'accueil doit être annexé :
 - o Le règlement de fonctionnement. Adapté à la population accueillie, il doit clairement indiquer les droits et devoirs des personnes accueillies et des personnes intervenantes ainsi que les règles de vie et de fonctionnement du dispositif (article L. 311-7 du CASF)
 - o La charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Le contrat de séjour (article L. 311-4 du CASF)
- Un avant-projet d'établissement ou de service propre à garantir la qualité de la prise en charge (article L311-8 du CASF)
- Les modalités de participation des usagers (article L311-6 du CASF)

Le livret d'accueil, le contrat de séjour ainsi que l'avant-projet d'établissement ou de service devront être joints au dossier. Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour pourront être présentés au stade de document de travail.

2.10 Le personnel

Le projet détaillera le rôle de chacun des professionnels à l'intérieur de la structure, les méthodes et l'organisation du travail.

L'équipe devra être pluridisciplinaire et assurer une prise en charge adaptée des personnes atteintes de maladies chroniques. Elle devra comprendre au moins un médecin exerçant le cas échéant à temps partiel.

Les éléments suivants devront figurer dans le dossier :

- La répartition des effectifs prévus par type de qualification et par catégorie professionnelle (en ETP et en nombre), en distinguant le personnel salarié de la structure et les intervenants extérieurs. Dans la mesure du possible, la structure précisera les noms et qualifications des personnes pressenties pour occuper les fonctions mentionnées ;
- Les objectifs, la qualité des intervenants / prestataires extérieurs et les modalités de leurs interventions (nature, valorisation en ETP, coût) seront précisément définis ;
- Les missions de chaque catégorie de professionnels ;
- Les données sur la mutualisation de certains postes avec d'autres structures et les modalités de mise en œuvre ;
- Les modalités de management, de coordination et de fonctionnement de l'équipe devront être précisées (organisation du travail, partage de l'information, outils de travail...) ;
- L'organigramme ;
- Le planning hebdomadaire type ;
- Les modalités de remplacement des personnels en cas d'absence ;
- Les modalités relatives aux astreintes ;
- Le calendrier relatif au recrutement ;
- Les modalités de supervision des pratiques professionnelles et de soutien de l'équipe pluridisciplinaire (ces aspects étant essentiels dans le cadre de la bientraitance des personnes accueillies par les professionnels) ;
- Le plan de formation des personnels : il doit prévoir des formations relatives à la promotion de la bientraitance/prévention de la maltraitance, et, en tant que de besoin, des formations spécifiques correspondant aux problématiques des publics accueillis (éducation thérapeutique du patient, pratiques addictives, troubles neurocognitifs et/ou psychiatriques, accompagnement en fin de vie, personnes sortant de prison...) ;
- Les délégations de signature et/ou de pouvoirs en cas d'absence ou d'empêchement du directeur.

Le projet devra s'articuler autour d'une équipe pluridisciplinaire composée de différents professionnels, détaillée dans le tableau ci-dessous (la liste est indicative, des variantes pourront être proposées par le promoteur).

Compte-tenu de la taille du projet (5 places), les effectifs pourront être mutualisés avec la structure porteuse.

Catégories professionnelles	Effectifs dédiés aux ACT financées via le présent AAP			Moyens mutualisés avec une structure ou un service existant (sans financement supplémentaire)	
	Nombre	ETP	Rémunération (coût chargé)	Nombre	ETP
Directeur					
Chef de service					
Secrétariat / personnel administratif					
Médecin coordonnateur					
IDE					
Psychologue					
Assistant de service social					
Educateur spécialisé					
Autres : à préciser					
Total général					

Annexe 2

Critères de sélection

de l'appel à projet pour la création de 5 places d'appartement de coordination thérapeutique dans le département des Hautes-Alpes

1. Critères d'éligibilité

Complétude du dossier :

Tous les documents mentionnés en page 3 de l'appel à projet doivent être joints au dossier de candidature

Conformité :

Les critères sur lesquels l'ARS PACA n'acceptera pas de variante sont les suivants :

- le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur (organisation et fonctionnement des établissements médico-sociaux, en l'occurrence ACT HLM)
- le respect du territoire d'implantation ;
- le respect des enveloppes financières indiquées.

Le candidat pourra proposer des variantes, sous réserve du respect de la législation et de la réglementation en vigueur relatives aux appartements de coordination thérapeutique. Il devra les détailler et préciser les conditions de respect des exigences minimales fixées. Toute variante au cahier des charges sera étudiée.

*Si les critères d'éligibilité sont remplis, la proposition sera évaluée sur le fond.
S'ils ne sont pas remplis, la proposition sera rejetée.*

2. Critères d'évaluation du projet

Ils feront l'objet d'une évaluation quantitative par l'attribution d'une note permettant un classement des candidatures.

THEMES	CRITERES	Coeff.	Cotation (de 0 à 5)	TOTAL	Commentaires/ Appréciations
I - APPRECIATION DE LA CAPACITE A METTRE EN ŒUVRE 60 points	Expérience du porteur, réalisations passées	8		40	Expérience du porteur dans la gestion de structures sociales et médico-sociales ; Expérience du porteur dans la prise en charge du public cible
	Connaissance des acteurs du territoire et du public	4		20	
II APPRECIATION DE LA QUALITE DU PROJET 150 points	Clarté et lisibilité du projet d'accompagnement	3		15	
	Cohérence du/des publics ciblés	3		15	Caractéristiques du public accueilli ; taux d'occupation prévisionnel ; évaluation du besoin médico-social sur le territoire considéré
	Couverture territoriale	2		10	
	Organisation de la prise en charge	6		30	Adaptation des modalités d'organisation et de fonctionnement aux besoins des usagers ; modalités d'admission et de sortie ; durée de la prise en charge ; amplitude d'ouverture ; modalités de prévention et de traitements des situations de crise et d'urgence ; modalités de prévention et de traitement des risques de maltraitance/promotion de la bientraitance
	Mise en œuvre du droit des usagers	3		15	Outils de la loi 2002-2, autres outils
	Modalités d'accompagnement proposées (prestations)	6		30	Pré-projet d'établissement (projet médical, de soins, social, psychologique, projet personnalisé, vie sociale, accueil des proches)
	Personnel	4		20	Composition de l'équipe ; pluridisciplinarité ; missions ; coordination ; convention collective applicable ; Intervenants extérieurs ; planning prévisionnel type
	Qualification, formation et soutien du personnel	2		10	Qualification du personnel ; plan de formation ; Expérience dans la prise en charge du public cible ; analyse des pratiques et supervisions
	Engagement dans les démarches qualité	1		5	Evaluation interne, externe ; démarche d'amélioration continue de la qualité ; autres critères (rapport type)
III- APPRECIATION DE L'INTEGRATION DU PROJET DANS SON ENVIRONNEMENT 30 points	Identification des organisations avec lesquelles la structure sera en lien	3		15	Diversité des partenaires et des adresseurs ; degré de formalisation des partenariats ; effectivité des partenariats ; capacité à travailler en réseau avec les structures en amont, en aval et au cours de l'accompagnement
	Complémentarité/collaboration formalisée avec les partenaires Intégration dans un réseau de services et d'établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, formalisation des partenariats	3		15	
IV APPRECIATION DE L'EFFICIENCE MEDICO-ECONOMIQUE 60 points	Respect de l'enveloppe budgétaire disponible	2		10	
	Cohérence des dépenses prévisionnelles relatives au personnel	4		20	Mutualisation des moyens (le cas échéant)
	Sincérité et soutenabilité du budget proposé en exploitation et en investissement	4		20	
	Capacité à rendre effectif le projet dans les délais définis	2		10	Calendrier de déploiement du projet dont plan de recrutement (dont part des recrutements en interne) ; faisabilité du calendrier proposé