

**Appel à Projet 2022**

**Parcours de soins globaux après traitement d’un cancer en Auvergne-Rhône-Alpes**

**Dossier de candidature**

**La date limite de dépôt des candidatures est fixée**

**au 24 juin 2022**

Les dossiers de candidature complets sont à adresser

à l’ARS Auvergne-Rhône-Alpes

**Par voie postale à :**

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Direction de la stratégie et des parcours

241 rue Garibaldi

CS 93383 – 69418 Lyon Cedex 03

**ET**

**Par mail à :**

[**ars-ara-strategie-parcours-direction@ars.sante.fr**](mailto:ars-ara-strategie-parcours-direction@ars.sante.fr)

**Table des matières**

[Préambule 2](#_Toc101364893)

[1. Demandeur 3](#_Toc101364894)

[2. Présentation du territoire d’intervention choisi 4](#_Toc101364895)

[2.1 Territoire d’intervention (Faire un dossier de candidature par territoire d’intervention) 4](#_Toc101364896)

[2.2 Descriptif du territoire 4](#_Toc101364897)

[3. Descriptif de votre organisation du parcours sur ce territoire 5](#_Toc101364898)

[3.1 Coordinateur du parcours 5](#_Toc101364899)

[3.2 Votre organisation 5](#_Toc101364900)

[3.3 Professionnels et/ou structures intervenants dans le parcours que vous allez proposer (APA, diététique et psychologue) 5](#_Toc101364901)

[**3.3.1** **Professionnels salariés** 5](#_Toc101364902)

[**3.3.2** **Professionnels sous contrats** **(joindre le(s) projet(s) de contrat(s))** 5](#_Toc101364903)

[**3.3.3** **Structures réalisant les soins par convention (joindre la (les) projet(s) convention(s))** 5](#_Toc101364904)

[3.4 Présentation des partenaires impliqués dans votre dispositif 6](#_Toc101364905)

[3.5 Préparation de la mise en œuvre du parcours 6](#_Toc101364906)

[4. Suivi et évaluation du dispositif 7](#_Toc101364907)

[4.1 Vos modalités éventuelles de gouvernance (comité de suivi territorial, composition, rythmicité …) 7](#_Toc101364908)

[4.2 Organisation du recueil et de la transmission des bilans et des comptes rendus de consultations (Cf. cahier des charges P8) 7](#_Toc101364909)

[4.3 Modalités d’évaluation du dispositif 7](#_Toc101364910)

[4.4 Suivi de la consommation de la subvention allouée par l’ARS 7](#_Toc101364911)

[Annexe : Liste des pièces à joindre avec la demande de subvention 8](#_Toc101364912)

# **Préambule**

* Lire attentivement l’appel à candidatures ainsi que le cahier des charges qui précisent les conditions d’éligibilité.
* Pour mémo, rappel de l’arborescence (Cf. cahier des charges) détaillant les conditions du portage de projet :

Absents ou non accessibles

partiels

présents

partiels

***\*****« Domaines de l’offre de parcours en ville » renvoient aux trois soins de support : bilan et suivi nutritionnel et psychologique, bilan activité physique adaptée (APA) et leur présence hors Etablissements de santé*

***\*\**** *en son sein et/ou par contrat type avec des professionnels et/ou convention avec une association ou toute autre structure de ville*

# **Demandeur**

**Nom et coordonnées de la structure porteuse**

**NOM :**

Adresse :

Code postal :

Ville :

**Nom et coordonnées du responsable légal :**

Adresse mail :

Téléphone :

**Présentation synthétique de la structure (statuts, historique de la structure, ancrage territorial, capacité à porter le projet, pratique de soins de support existante (si oui, nb de patients pris en charge, temps dédiés…):**

# **Présentation du territoire d’intervention choisi**

## **Territoire d’intervention (Faire un dossier de candidature par territoire d’intervention)**

**Territoire N° : …**  *(Se référer au tableau en annexe du cahier des charges)*

## **Descriptif du territoire**

* Communes couvertes :
* Particularités géographiques du territoire :
* Problématiques éventuelles du territoire en matière :
* de patientèle à accueillir dans votre structure :
* Public vulnérable : □ Isolé □ précaire □ âgées □ autres (à détailler) : ……
* Autre particularité : …
* d’accès aux soins de proximité : …
* de couverture hospitalière : …
* de couverture en structures de ville et/ou associations qui couvrent les domaines du présent appel à projet : …
* autres : …
* Disponibilité des domaines de l’offre de soins de support (APA, diététique, psychologue) **en ville** :

Présente : Oui □ Non □ si oui, où : …

Partielle : Oui □ Non □ si oui, où : …

Absente : Oui □ Non □

Non accessible : Oui □ Si oui, pourquoi ? :

* Disponibilité des domaines de l’offre de soins de support (APA, diététique, psychologue) en Etablissements de santé :

Présente : Oui □ Non □ si oui, où : …

Partielle : Oui □ Non □ si oui, où : …

Absente : Oui □ Non □

Non accessible : Oui □ Si oui, pourquoi ? : …

* Détaillez la structuration du parcours ville/hôpital si elle existe pour ces trois domaines de soins de support : …
* Détaillez l’organisation de ces trois domaines soins de support sur le territoire (lieux, accessibilité, activités mises en place, utilisation de consultation en Visio ou non, …) : …

# **Descriptif de votre organisation du parcours sur ce territoire**

## **Coordinateur du parcours**

Nom et prénom du coordinateur :

Fonction au sein de la structure :

Adresse mail :

Téléphone :

## **Votre organisation**

* Vous disposez des professionnels intervenants nécessaires à la réalisation du parcours :

Oui  Non  Partiellement

Si oui et partiellement → compléter la partie 3.3.1 voire 3.3.3 et 3.3.2 si besoin complémentaire

Si non → complétez la partie 3.3.2 voire 3.3.3

* Allez-vous couvrir toutes les EPCI et/ou communes de votre territoire ?

Oui  Non

Si non, lesquelles ? : … Pourquoi ? : …

## **Professionnels et/ou structures intervenants dans le parcours que vous allez proposer (APA, diététique et psychologue)**

### **Professionnels salariés**

**(Détails à reproduire pour chaque professionnel)**

Nom et prénom :

Diplôme (A joindre) :

Soins de support proposés :

### **Professionnels sous contrats** **(joindre le(s) projet(s) de contrat(s))**

**(Détails à reproduire pour chaque professionnel)**

Nom et prénom :

Lieu d’exercice :

Diplôme :

Soins de support proposés :

### **Structures réalisant les soins par convention (joindre la (les) projet(s) convention(s))**

**(Détails à reproduire pour chaque structure conventionnée)**

Nom de la structure :

Type (association, CPTS, Ets…) :

Soins de support proposés :

Lieux d’intervention :

## **Présentation des partenaires impliqués dans votre dispositif**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Organismes (DAPAP, réseaux polyvalents, Ets de santé…) | Territoire d’intervention | Apport du partenaire dans le dispositif |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## **Préparation de la mise en œuvre du parcours**

**3.5.1 Information du patient sur l’organisation de son parcours de soins**

* Qui l’informe ? : …
* Y-aura-t-il des supports de communication ? : …

**3.5.2 Description de l’accès au dispositif**

* Expliciter la manière dont vous allez faire connaître votre dispositif auprès des prescripteurs (oncologue, médecins traitants, pédiatres…) :

…..

* Comment allez-vous garantir une prise en charge de proximité aux patients ? :

…..

# **Suivi et évaluation du dispositif**

## **4.1 Vos modalités éventuelles de gouvernance (comité de suivi territorial, composition, rythmicité …)**

## **4.2 Organisation du recueil et de la transmission des bilans et des comptes rendus de consultations (Cf. cahier des charges P8) et de la saisie des indicateurs de suivi du dispositif**

* Décrire l’organisation prévue pour la réception des bilans et comptes rendus réalisés par les professionnels (salariés, contractuels ou structures conventionnées) :
* Décrire l’organisation prévue pour la transmission aux prescripteurs des bilans et comptes rendus réalisés par les professionnels et pour la saisie des indicateurs de suivi :

## **4.3 Suivi de la consommation de la subvention allouée par l’ARS**

* Décrire les modalités de suivi de la subvention

Date et signature du représentant légal de la structure :

# **Annexe : Liste des pièces à joindre avec la demande de subvention**

* **Un courrier officiel de demande de subvention,**
* **Les statuts de la structure (s’il s’agit d’une association) datés et signés avec le n° de SIRET**
* **Engagement au respect des bonnes pratiques professionnelles intégrant la validation de protocoles d’intervention avant le démarrage du projet**
* **Les projets de conventions et/ou de contrats type avec les professionnels et/ou structures**
* **Les diplômes ou certificats ou titres de formation et justificatifs d’expérience des professionnels**
* **Un R.I.B tamponné et signé**