**Fiche de candidature – Phase d’expérimentation**

**Méthodologie de soutien et d’accompagnement des acteurs Franciliens dans leur démarche de transformation de l’offre médico-sociale**

**1 - Eléments d’information sur votre établissement**

**Nom de l’établissement et adresse :**

|  |
| --- |
|  |

**Préciser le finess géographique de l’établissement :**

|  |
| --- |
|  |

**Nom de l’organisme gestionnaire :**

|  |
| --- |
|  |

**Préciser le numéro finess juridique de l’organisme gestionnaire :**

|  |
| --- |
|  |

**Contact et fonction de la personne complétant la fiche candidature :**

|  |
| --- |
|  |

**Contact et fonction de la direction, si différente :**

|  |
| --- |
|  |

**Tranche d’âge du public accueilli**

|  |  |
| --- | --- |
| **Enfants** |  |
| **Adolescents** |  |
| **Jeunes adultes** |  |
| **Adultes** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Privé non lucratif** |  |
| **Public** |  |

**Statut de l’organisme gestionnaire**

|  |  |
| --- | --- |
| **MAS** |  |
| **IEM** |  |
| **IME** |  |
| **EAM (ex FAM)** |  |
| **ESAT** |  |
| **ITEP** |  |
| **SESSAD** |  |
| **CMP/CMPP** |  |
| **SAMSAH** |  |
| **SSIAD** |  |
| **EEAP** |  |
| **CAMPS** |  |
| **IDA/IDV** |  |
| **CRP** |  |

**Capacité d’accueil**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre**  |  |

**Type de structure d’accueil**

**Déficience des personnes accueillies**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Principale** | **Secondaire** |
| **Handicap moteur**  |  |  |
| **Handicap psychique** |  |  |
| **Déficience intellectuelle** |  |  |
| **Polyhandicap** |  |  |
| **Déficience visuelle** |  |  |
| **Déficience auditive** |  |  |
| **TSA** |  |  |
| **TCC** |  |  |
| **Handicaps Rares** |  |  |

*Merci de cocher les cases pertinentes*

**2 – Eléments de candidature**

**2.1 – Votre établissement est-il engagé une démarche de transformation de l’offre ?**

Oui □ Non□

|  |  |
| --- | --- |
| **Au niveau de l’établissement (personnels éducatifs et de soin, usagers, familles…)** |  |
| **Au niveau de l’organisme gestionnaire** |  |
| **Avec un autre établissement (hors OG) dans une logique de complémentarité territoriale** |  |
| **Autre** |  |

🞟 Si oui, à quelle échelle s’effectue votre projet (préciser le nom des co-acteurs du projet)

🞟 Si oui, décrivez en quelques lignes votre projet de transformation de l’offre, les actions déjà engagées, les outils mis en œuvre et les résultats obtenus :

|  |
| --- |
|  |

🞟 Si non, décrivez ce qui fait de ce sujet une préoccupation dans votre établissement et qui motive votre participation :

|  |
| --- |
|  |

**2.2– Indiquez le niveau d’avancement de votre établissement en terme de démarche de transformation de l’offre :**

* Aucun
* Sensibilisé au besoin d’évolution de l’offre
* Constat d’un besoin d’évolution formalisé
* Démarche élaborée
* Expérimentation réalisée
* Evaluation réalisée
* Pérennisation formalisée et déployée

**2.3– Décrivez les difficultés éventuelles rencontrées dans la mise en œuvre d’une démarche de transformation de l’offre dans votre établissement :**

|  |
| --- |
|  |

**2.4– Indiquez les personnes, au sein de l’établissement et de son environnement, engagées dans la transformation de l’offre :**

**Nombre :**

|  |
| --- |
|  |

* Aucune
* Direction/Membre du CODIR
* Salariés
* Représentants des salariés
* Représentants des familles
* Représentants des usagers

**3 – Eléments de motivation**

**3.1 – Quels motifs vous conduisent à vous engager dans la phase d’expérimentation ?**

|  |
| --- |
|  |

**3.2 – Savez-vous dès à présent les évolutions souhaitées dans le cadre de la démarche de transformation de l’offre ?**

Oui □ Non□

🞟 Si oui, décrivez en quelques lignes

|  |
| --- |
|  |

**3.3 - Pourquoi et sur quoi pensez-vous avoir besoin d’être accompagné dans le cadre de la transformation de l’offre ?**

|  |
| --- |
|  |

**3.4– Ressources mobilisables dans le cadre de ce projet :**

Les établissements qui participeront au projet seront représentés par un COPIL établissement comprenant :

1. Un membre de la Direction
2. Au moins un représentant des familles
3. Au moins un représentant des usagers
4. Deux représentants de l’équipe pluridisciplinaire
5. Un membre des instances de représentation du personnel

🞟 Merci d’indiquer les représentants pressentis

|  |
| --- |
| 1. **Nom, prénom, fonction,**
2. **Nom, prénom, fonction / Nom, prénom, fonction**
3. **Nom, prénom, fonction,**
4. **Nom, prénom, fonction,**
5. **Nom, prénom, fonction,**
 |

**4 – Engagements de l’Etablissement**

**L’établissement volontaire s’engage formellement à :**

* faire parvenir la lettre d’engagement, en annexe de cette fiche de candidature, co-signée par le directeur général de l’organisme gestionnaire.

Dans cette lettre d’engagement le directeur de l’établissement atteste avoir sollicité les futurs représentants du COPIL,

* ce que les acteurs désignés au sein du COPIL participent aux temps communs de l’accompagnement et travaillent ensemble au projet dans des temps d’intersession,
* compléter et à renvoyer les outils conçus pour évaluer la phase d’expérimentation,
* participer au temps de concertation autour du bilan et de l’ajustement de la démarche,
* participer au COPIL de pilotage régional de la transformation de l’offre.

**Plus particulièrement, le directeur d’établissement s’engage à :**

* veiller au bon déroulement des travaux du groupe au sein de son établissement,
* apporter du soutien au COPIL en cas de difficulté,
* libérer le temps nécessaire au COPIL, pour la réalisation de ses travaux,
* soutenir le COPIL dans la mobilisation d’autres acteurs internes de l’établissement pour la réussite du projet.

Date :

Signature du directeur d’établissement (+cachet):

Signature du directeur de l’organisme gestionnaire (+cachet):

Cette fiche est à retourner à l’ARS

au format pdf au plus tard le **15 juin 2021**

A l’adresse suivante : **ars-idf-transfo-offre-ph@ars.sante**