

ANNEXE 1: cahier des charges des PLACES D'APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE A DOMICILE

Définition

Le présent cahier des charges a pour but de préciser les objectifs et le champ de l'expérimentation (création de places d'ACT à domicile), le fonctionnement attendu des projets pilotes ainsi que le processus de sélection et d'évaluation des projets.

Les appartements de coordination thérapeutique, dispositif médico-social défini au L.312-1 (9°) du code de l'action sociale et des familles (CASF) « hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique, sociale nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à garantir l'observance des traitements, à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

En pratique, les ACT accueillent des personnes atteintes de maladies chroniques ne jouissant pas d'un domicile fixe.

L'expérimentation « *ACT à domicile* » propose, à contrario, d'accompagner des personnes malades en situation d'invalidité et de précarité bénéficiant d'un logement. Ces patients ne nécessitent pas une hospitalisation, mais présentent une dépendance importante dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne et souffrent de vulnérabilités psychiques, économiques et/ou sociales.

Sur le plan opérationnel, cet accompagnement se veut multidimensionnel. Il s'appuie sur la combinaison de différents outils dont l'objectif est d'accroître l'autonomie sanitaire et sociale des bénéficiaires :

- coordination médicale et orientation vers des structures spécifiques si besoin;
- information sur la maladie chronique et ses conséquences ;
- éducation thérapeutique du patient, promotion en santé notamment via l'approche communautaire et l'éducation par les pairs ;
- médiation en santé;
- groupe de supports, participation des bénéficiaires aux ateliers et activités organisés par l'ACT ;
- soutien pour l'accès aux droits aux prestations et aux dispositifs de droit commun ;
- aide dans les gestes de la vie quotidienne ;
- soutien psychologique.

I. Objectifs, périmètre du logement et publics bénéficiaires

1- Objectifs de l'expérimentation

Ce dispositif propose donc un accompagnement global. Les objectifs principaux étant :

- la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé en favorisant l'accès aux soins ;
- le travail de suivi social et de réinsertion professionnelle dès lors que c'est envisageable ;
- l'aide et le soutien à la vie quotidienne des usagers (de la gestion du budget à l'organisation des repas) dans une dynamique de co-construction avec les bénéficiaires concernés ;

- le maintien dans le logement, la prévention des expulsions locatives ou la recherche d'un logement si la type d'habitat dans lequel se trouve la personne suivie est jugé indigne ou insalubre ;
- l'observance des soins, la prévention en santé, l'éducation thérapeutique du patient et in fine le renforcement de l'autonomie et de la capacité à agir des individus concernés (empowerment). L'empowerment est défini comme un « processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique ».

Sur le plan des valeurs, « l'ACT à domicile » doit aider à l'autonomie de l'individu et repose sur les principes suivants :

- l'inconditionnalité de l'accueil du bénéficiaire et ce quel que soit son statut administratif,
- le respect absolu de la volonté de la personne et de ses libertés de choix,
- la confiance dans sa capacité de mobilisation ou d'acquisition de compétences,
- la reconnaissance et la valorisation de l'expérience des personnes en santé,
- le respect du secret professionnel, le respect de la confidentialité des données médicales et de la vie privée de l'utilisateur.

2- Le logement du bénéficiaire : définition

Un logement est un lieu d'habitation. C'est un local, un appartement ou une maison et plus généralement tout endroit où une ou plusieurs personnes peuvent s'abriter, en particulier pour se détendre, dormir, manger et vivre en privé. C'est un endroit pour s'abriter de jour comme de nuit.

Il existe des logements ayant des caractéristiques particulières, mais qui font tout de même partie des logements au sens de l'Insee : les foyers, les chambres meublées, les hôtels, les habitations précaires ou de fortune (caravanes, mobile home, voire campement etc.).

3- Les bénéficiaires

L'expérimentation s'adresse aux personnes souffrant d'une maladie chronique invalidante bénéficiant d'un logement et présentant une ou plusieurs vulnérabilités : fragilité psychique, précarité économique, environnement administratif et juridique inexistant, éloignement du système de santé, isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques et ou addictives.

La file active du projet se constitue de 50 places par an pour l'ensemble des terrains d'expérimentation et de 10 places par région expérimentatrice.

II. Modalités de fonctionnement et d'organisation

1. Durée de l'expérimentation

Le déroulement de l'expérimentation est prévu sur trois ans. A l'issue de l'expérimentation, une évaluation sera réalisée afin de tirer les principaux enseignements de ce projet et d'évaluer la pertinence d'une généralisation nationale du dispositif.

2. Définition du territoire concerné

L'expérimentation doit être délimitée territorialement et être en cohérence avec le projet régional de santé. Le projet doit tenir compte de la proximité et l'accessibilité des services, incluant le cas échéant la mobilité des équipes projets et des actions vers les populations concernées. Cette cohérence sera examinée par l'agence régionale de santé.

3. Composition de l'équipe « ACT à domicile »

Ce dispositif propose un accompagnement médico-social. Pour assurer leurs missions, les gestionnaires des appartements de coordination thérapeutique ont recours à une équipe pluridisciplinaire. Celle-ci comprend au moins un médecin exerçant, le cas échéant à temps partiel :

En sus d'un temps médical, l'équipe peut comprendre :

- Infirmier (s) ;
- Médiateur en santé ;
- Psychologue ;
- Educateur (s) spécialisé (s) ;
- Médiateurs en santé ;
- Conseiller (s) en économie sociale et familiale ;
- Aide à domicile ;
- Auxiliaire de vie,

Un coordonnateur est désigné au sein de l'équipe. Il est chargé du suivi de l'activité et de l'expérimentation.

La composition et l'effectif du personnel sont adaptés aux besoins locaux et à l'activité prévisionnelle.

4. Prises en charge et services proposés aux personnes bénéficiaires

L'équipe mise en place et structurée autour de l'expérimentation « ACT à domicile » s'assurera de déployer des stratégies d'accompagnement visant à atteindre l'autonomie en santé. Il s'agira d'impliquer le patient à la co-construction et la mise en œuvre d'un programme s'appuyant sur des prestations diversifiées et cela dans une dimension *d'empowerment*.

Les usagers devront bénéficier à minima :

- **D'une coordination médicale** et d'un accompagnement aux soins si nécessaire. La coordination médicale est assurée par un médecin, qui ne peut être le médecin traitant. Il est éventuellement assisté par du personnel paramédical. Elle comprend :
 - 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 (hospitalisation à domicile,

- service de soins infirmiers à domicile, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes...)
- l'aide à l'observance thérapeutique,
- la prise en compte éventuelle des addictions en lien avec les dispositifs spécialisés,
- le respect des conditions de sécurité (élimination des déchets...),
- le soutien psychologique des malades.
- **D'actions de promotion, d'information, d'éducation et de prévention permettant d'acquérir des compétences en santé**, le cas échéant en s'appuyant par la mobilisation communautaire et l'éducation par les pairs.
- **D'un accompagnement psycho social** assuré par le personnel psycho-socio-éducatif qui vise
 - à une réinsertion professionnelle dès lors qu'elle est envisageable ;
 - à l'accès aux droits et la facilitation des démarches administratives ;
 - à une aide dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne (éducation à l'autonomie domestique, gestion du budget, courses, alimentation, ménage)
 - l'accompagnement lors des déplacements en cas de besoins.
- **D'activités et de lieux de sociabilité visant à lutter contre l'isolement.** Il appartient donc à l'équipe de créer et de favoriser les liens entre patients en incluant ces « nouveaux usagers » à la vie de l'établissement soit au travers : de groupes de paroles, des sorties ou d'ateliers. Il est essentiel d'innover ou de mobiliser l'ensemble des dispositifs existants afin de briser l'exclusion sociale et la solitude des usagers. L'objectif étant de favoriser l'entraide, les relations, l'échange entre patients et de participer ainsi au renforcement de l'estime de soi des bénéficiaires.

5. La participation de l'utilisateur

De fait, le projet doit prévoir la participation de l'utilisateur.

L'article D.311-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise que lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation. Par ailleurs, l'article D.311-21 du CASF précise que la participation peut également s'exercer selon les modalités suivantes :

- par l'institution de groupes d'expression au niveau de l'ensemble de l'établissement du service ou du lieu de vie et d'accueil ;
- par l'organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge ;
- par la mise en œuvre d'enquête de satisfaction.

Par ailleurs, il conviendra de créer dans le cadre de cette expérimentation des nouveaux lieux de sociabilité et d'échange favorisant l'implication des utilisateurs :

- Groupes de paroles ;
- Sorties culturelles ;
- Ateliers d'activités physiques ;
- Ateliers diététiques et culinaires ;
- Repas et petits déjeuners en groupe ;
- Et toutes autres activités jugées intéressantes pour la vie du groupe et la lutte contre l'isolement social des patients.

6. Modalités et durée de prise en charge des bénéficiaires

L'ACT traditionnelle propose aux résidents un hébergement provisoire. Pareillement, « l'ACT à domicile » est une offre médico-sociale à caractère temporaire. Et ce d'autant plus, qu'il existe déjà de nombreux dispositifs de soins, d'aide et d'accompagnement à domicile sur le long terme.

Il est donc important que « l'ACT à domicile » ne propose pas une prestation semblable aux offres médico-sociales déjà existantes, ni même qu'elle soit cumulée avec un autre service d'accompagnement social. Ainsi, un usager domicilié en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ne pourra pas émarger simultanément sur un dispositif « d'ACT à domicile ». Certes, la coordination médicale n'est pas proposée en CHRS, il appartient donc aux équipes d'orienter leurs bénéficiaires vers les structures médicales dédiées.

Ainsi, il ne s'agit pas d'accompagner des personnes déjà inscrites dans un « *process* » de suivi social ou médico-social (CHRS, SPASAD, SAAD) mais bel et bien de prendre en charge des individus isolés ne profitant d'aucun soutien régulier quel qu'il soit.

L'expérimentation « ACT à domicile » doit être conçue comme une aide complémentaire à la prise en charge médicale du patient. Elle doit permettre aux bénéficiaires d'être accompagnés, de s'autonomiser d'un point de vue social et médical ; et doit favoriser l'accès aux dispositifs de droits communs.

La durée de l'accompagnement sera définie par la structure en lien avec la personne prise en charge sur la base d'un projet individuel. La durée moyenne d'accompagnement est fixée à deux ans. Si un suivi plus long paraît souhaitable, l'équipe fixera périodiquement des objectifs à atteindre avec l'usager en veillant à ne pas lui laisser craindre une rupture et une fin brutale de l'aide apportée.

7. Coopération et partenariat.

Le projet doit donc être complémentaire de l'offre de soins existante et 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 spécialistes libéraux ;
- Les réseaux de santé concernant les pathologies des personnes accueillies ;
- Les services sanitaires intervenant à domicile (HAD, infirmiers libéraux, SIAD) ;
- Les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) ;
- Les associations de patients atteints de maladies chroniques. La structure gestionnaire pourra travailler en coordination avec les acteurs œuvrant sur le territoire de santé, dans la mesure où les actions conduites et partagées sont connexes et répondent aux besoins des publics cibles.

Le projet devra identifier les partenariats, les décrire et analyser les obligations réciproques afin de favoriser la complémentarité et de garantir la qualité ainsi que la

continuité de la prise en charge. L'intégralité des éléments de coopération (convention, lettre d'intention, protocole...) devra être jointe au dossier de candidature.

8. Le respect du droit des usagers

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rappelle les droits fondamentaux des usagers dans les établissements, services sociaux et médico-sociaux et à ce titre, prévoit la mise en place de documents obligatoires.

- **Le livret d'accueil** auquel sont annexés (art L.311-4 du CASF) : une charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement de l'établissement ;

- **Le contrat de séjour** comporte :

1°- La définition avec l'utilisateur ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge et de son projet de sortie ;

2°- La mention des prestations d'action sociale ou médico-sociale, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat ;

3°- La description des conditions d'accueil ;

4° - Selon la catégorie de prise en charge concernée les conditions de participation financière du bénéficiaire.

La définition des objectifs et des prestations est régulièrement réactualisée via un avenant. Le contrat est établi, le cas échéant, en tenant compte des mesures et décisions administratives de justice, les décisions médicales et thérapeutiques ou d'orientation, préalablement ordonnées, adoptées ou arrêtées par les instances ou autorités compétentes. Dans ce cas, les termes du contrat mentionnent ces mesures ou décisions.

- **Le document individuel de prise en charge**

Le document individuel de prise en charge (pour les séjours inférieurs à deux mois, article D311-II du CASF). L'article L311-4 du CASF dispose qu'un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

9. La participation financière du bénéficiaire et les financements du projet.

La contribution financière de l'utilisateur ne pourra excéder 2€, soit 10% du montant du forfait journalier conformément à l'arrêté du 21 décembre 2017 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale.

L'instruction N° DGCS/SD5C/DSS/DGS/2017/142 du 27 avril 2017 relative à « *la campagne budgétaire pour l'année 2017 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques* » fixe le

cout de la place « ACT à domicile » à 8 500€ en Métropole et à 10 200€ en Outre-Mer.

Le projet présentera les documents suivants :

- le plan de financement de l'opération ;
- le budget prévisionnel en année pleine de la structure en précisant le taux d'occupation prévisionnel des places « d'ACT à domicile » ;
- les comptes annuels consolidés de l'organisme gestionnaire.

Sur la base de ces éléments, sera notamment examiné :

- la cohérence du budget prévisionnel au regard du poste budgétaire dédiée au personnel et de la qualité de la prise en charge ;
- les autres aspects financiers tels que le respect du cout à la place.

III. Le contenu du dossier de candidature

1. Structure porteuse du projet pilote

Les structures médico-sociales gestionnaires d'ACT.

2. La capacité à faire du candidat

Le candidat apportera des informations sur :

- son projet associatif et son projet d'établissement ;
- son historique ;
- son organisation et la composition de son équipe (organigramme, dépendance vis-à-vis du siège ou d'autres structures, ses partenariats et ses conventions) ;
- sa situation financière (bilan et compte de résultat) ;
- son activité dans le domaine médico-social et la situation financière de cette activité ;
- son équipe de direction (qualifications, tableau d'emplois de direction) ;
- ses connaissances du territoire et du public cible qu'il souhaite toucher.

Par ailleurs, le promoteur devra indiquer le nombre et la diversité d'établissements et services médico-sociaux gérés. Il apportera également les informations relatives à l'expérience qu'il a pu acquérir pour la prise en charge des publics cibles des ACT.

Le promoteur devra garantir la capacité à mettre en œuvre le projet sur la durée de l'expérimentation. Il lui est demandé :

- un exposé écrit exhaustif du projet tenant compte de l'ensemble des directives et indications mentionnées dans ce cahier des charges ;
- et d'élaborer un calendrier prévisionnel précisant les jalons clés et les délais pour accomplir les différentes étapes.

3. Délai de mise en œuvre

L'appel à projet pourra donner lieu à une autorisation délivrée en 2018 avec prévision d'ouverture à partir de septembre 2018.

IV. Processus de sélection des projets et évaluation de l'expérimentation

1. Critères d'éligibilité et d'évaluation des projets

Pour être éligibles et retenus dans le cadre de l'appel à projets, les candidats doivent déposer leur dossier auprès de leur ARS de référence.

-L'exposé du projet pilote doit être soumis à l'ARS. Il devra mentionner et contenir :

- Un descriptif exhaustif et précis du projet ;
- Les outils d'intervention, les modalités d'action, le suivi et la prise en charge proposés aux usagers;
- la catégorie de bénéficiaires retenus dans un territoire donné,
- la composition de l'équipe dédiée au projet ;
- une présentation du montage budgétaire ;
- un calendrier prévisionnel des étapes clés.

- Seront favorisés les projets proposant des actions innovantes, favorisant la mutualisation des ressources et la solidité des partenariats.

-Seront appréciés :

- La cohérence du projet avec les objectifs du cahier des charges ;
- L'aptitude de la structure porteuse à diriger le projet ;
- L'intégration du projet dans l'environnement sanitaire, social et médico-social du territoire ainsi que sa complémentarité avec le secteur ;
- La présentation des résultats attendus pour les bénéficiaires ;
- La participation et l'implication des usagers au sein de la vie de l'établissement ou de l'association ;
- L'impact sur les inégalités sociales de santé ;
- La description des modes d'action et des outils d'intervention ;
- Les modalités de suivi et l'évaluation interne du déroulé de l'expérimentation.

2. Processus de sélection

Les agences régionales de santé apprécient la recevabilité et l'éligibilité des projets pilotes déposés, notamment au regard de la population cible, du territoire retenu, de la faisabilité du projet.

A l'issue de l'examen des projets, l'ARS sélectionne le ou les candidats retenus. Cette expérimentation fera l'objet d'une convention entre l'ARS et le porteur de projet.

V. Evaluation de l'expérimentation

1. Evaluation de l'expérimentation

Cette expérimentation fera l'objet d'une évaluation à l'issue des trois années écoulées. Cette évaluation sera réalisée par le Ministère chargé de la santé et plus particulièrement la Direction Générale de la Santé et fera l'objet d'un rapport.

Cette évaluation sera réalisée à partir des données fournies par les ARS, sur la base des indicateurs suivants :

- Nombre de places créées,
- Nombre de personnes accompagnées et accueillies au sein du dispositif,
- Nombre de demandes déposées par patient en vue d'intégrer le dispositif,
- Nombre de refus de candidatures de patients,
- Nombre de patients ayant bénéficié d'éducation thérapeutique,
- Durée moyenne de l'accompagnement des usagers,
- Nombre de conventions ou de partenariats signés avec le secteur hospitalier, des structures médico-sociales, des établissements sociaux, des associations caritatives, ou des administrations publiques.
- Nombre d'entretiens individuels dans le cadre de l'accompagnement médico-sociale

	Nombre d'entretiens individuels
Médecin	
Infirmier	
Educateur	
Psychologue	
Conseiller en économie sociale et familiale	
Total	

- Nombre d'ateliers ou de moments de convivialité organisés autour des bénéficiaires ;
- Condition de logement des patients : hôtel, appartement individuel, habitations précaires ou de fortune (caravanes, mobile home, voire campement etc.).

Logement	Situation à l'entrée	Situation à la sortie
Nombre de personnes bénéficiant d'un appartement individuel		
Nombre de personnes hébergées chez un tiers		
Nombre de personnes domiciliées dans un Hôtel		
Nombre de personnes en foyer logement		
Nombre de personnes en caravanes		
Nombre de personnes en Mobile home		
Nombre de personnes vivant dans un Campement		

- Situation de la protection maladie des personnes à l'entrée et à la sortie :

Couverture Maladie	à l'entrée	Situation des personnes à la sortie
--------------------	------------	-------------------------------------

Nombre de personnes affiliées au régime général		
Nombre de personnes affiliées à un autre régime d'assurance maladie obligatoire		
Nombre de personnes bénéficiant de la Couverture maladie universelle		
Nombre de personnes bénéficiant de l'aide médicale d'état		
Nombre de personnes n'ayant aucune couverture sociale		
Total		

➤ Origine des ressources à l'entrée et à la sortie des patients

Ressources	Situation des personnes à l'entrée	Situation des personnes à la sortie
Nombre de personnes touchant un salaire		
Nombre de personnes bénéficiant de revenus de remplacement (pension de retraite, invalidité, allocation chômage, allocation spécifique de solidarité)		
Nombre de personnes bénéficiant d'un revenu de solidarité active		
Nombre de personnes bénéficiant de Prestations sociales (allocation familiale...)		
Nombre de personnes bénéficiant d'une formation rémunérée, bourse étudiant		
Nombre de personnes bénéficiant de l'Allocation pour demandeur d'asile (ADA)		
Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation temporaire d'attente (ATA)		

➤ Suivi financier du dispositif « ACT à domicile ».

ANNEXE 2 : CRITERES DE SELECTION ET MODALITES DE NOTATION.

Thèmes	Critères	Coefficient Pondérateur	Cotation (Note de 0 à 3)	Total
1/ Projet de service	Modalités de conception, mise en œuvre et évaluation du projet individuel, coordination entre les volets pédagogique, thérapeutique et éducatif	4		
	Modalités d'intervention: équilibre entre accompagnement individuel/ de groupe, intervention sur les lieux de vie			
	Proposition d'actions et dispositifs innovants en réponse aux besoins			
2/ Organisation	Modalités d'organisation : plages d'ouverture, couverture géographique, organisation des transports	2		
	Coordination des compétences et des interventions de l'équipe pluridisciplinaire			
3/ Stratégie, gouvernance pilotage du projet	Modalités de gouvernance du projet (expérience du promoteur, connaissance du territoire, modalités de pilotage interne)	3		
	Respect de l'enveloppe dédiée et analyse des propositions budgétaires			
	Modalités de pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité dont l'évaluation de la qualité du service rendu aux usagers, mise en œuvre des droits des usagers			
	Coordination avec le milieu scolaire, autres partenaires, autres SESSAD, degré de formalisation de la coordination			
4/ Capacité de mise en œuvre	Capacité de mise en œuvre du projet (calendrier, niveau d'avancement du projet, plan de recrutement du personnel)	1		

ANNEXE 3 : LISTE DES DOCUMENTS DEVANT ETRE TRANSMIS PAR LES CANDIDATS (Article R 313-4-3 du code de l'action sociale et des familles)

1° Concernant la Candidature :

Documents permettant l'identification du candidat, notamment un exemplaire de ses statuts s'il s'agit d'une personne morale de droit privé ;

Déclaration sur l'honneur du candidat certifiant qu'il n'est pas l'objet de l'une des condamnations devenues définitives mentionnées au livre III du code de l'action sociale et des familles ;

Déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est l'objet d'aucune des procédures mentionnées aux articles L313-16, L331-5, L471-3, L472-10 , L472-2 ou L474-5 ;

Copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu en vertu du code de commerce ;

Eléments descriptifs de son activité dans le domaine médico-social et de la situation financière de cette activité ou de son but médico-social tel que résultant de ses statuts lorsqu'il ne dispose pas encore d'une telle activité.

2° Concernant la réponse au projet :

Tout document permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux besoins décrits par le cahier des charges ;

Un état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire :

→ Un dossier relatif aux démarches et procédures propres à garantir la qualité de la prise en charge comprenant :

- Un avant-projet du projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L 311-8 ;
- L'énoncé des dispositions propres à garantir les droits des usagers en application des articles L 311-3 à L 311-8 ;
- La méthode d'évaluation prévue pour l'application du premier alinéa de l'article L 312-8 ou le résultat des évaluations faites en application du même article dans le cas d'une extension ou d'une transformation ;
- Le cas échéant, les modalités de coopération envisagées en application de l'article L 312-7

→ Un dossier relatif aux personnels comprenant :

- Une répartition prévisionnelle des effectifs par type de qualification

→ Selon la nature de la prise en charge ou en tant que de besoin, un dossier relatif aux exigences architecturales comportant : une note sur le projet architectural décrivant avec précision l'implantation, la surface et la nature des locaux en fonction de leur finalité et du public accueilli ou accompagné ;

En cas de construction nouvelle, des plans prévisionnels qui peuvent, conformément à la réglementation qui leur est applicable, ne pas être au moment de l'appel à projet obligatoirement réalisés par un architecte ;

→ Un dossier financier comportant outre le bilan financier du projet et le plan de financement de l'opération mentionnés au 2° de l'article R 313-4-3 du même code :

- Les comptes annuels consolidés de l'organisme gestionnaire lorsqu'ils sont obligatoires ;
- Le programme d'investissement prévisionnel précisant la nature des opérations, leurs coûts, leurs modes de financement et un planning de réalisation ;
- En cas d'extension ou de transformation d'un établissement ou d'un service existant, le bilan comptable de cet établissement ou service ;
- Les incidences sur le budget d'exploitation de l'établissement ou du service du plan de financement mentionné ci-dessus ;
- Le budget prévisionnel en année pleine de l'établissement ou du service pour sa première année de fonctionnement ;
- Les modèles des documents relatifs au bilan financier, au plan de financement et au budget prévisionnel sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'action sociale.

→ Le cas échéant, l'exposé précis des variantes proposées et les conditions de respect des exigences minimales que ces dernières doivent respecter.

→ Dans le cas où plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s'associent pour proposer un projet, un état descriptif des modalités de coopération envisagées.

→ Un document de synthèse (4 pages minimum) reprenant les principaux axes du projet (projet de service, organisation, gouvernance, capacité de mise en œuvre).

Attention : Des précisions complémentaires concernant l'ensemble du dossier pourront être demandées jusqu'à huit jours avant la date limite de dépôt des dossiers : (Article R 313-4-2 alinéa 2 CASF)