**Appel à Projets (AAP)**

**2025**

**Organisation des appuis territoriaux en soins palliatifs à destination des professionnels de santé en Nouvelle Aquitaine**

**Dossier de candidature 2025**

**Les dossiers de candidature sont à envoyer par mail à l’ARS :** ars-na-offre-de-soins-sse@ars.sante.fr

**Date limite de dépôt des projets : 30 octobre 2025**

Les dossiers de candidatures doivent obligatoirement être visés par le directeur de l’établissement.

|  |
| --- |
| **Etablissement de santé porteur du dispositif :** |
| * Nom de la structure porteuse :
* Statut juridique :
* Adresse postale :
* Nom et qualité du responsable juridique :
* Nom et fonction du responsable administratif du projet :
* Téléphone :
* Courriel :
 |
| **Structures partenaires du dispositif :** |
| **Partenariats effectifs :**Pour chaque partenariat, préciser : * Nom de la structure porteuse :
* Statut juridique :
* Adresse postale :

Nom et qualité du responsable juridique : * Nom et fonction du responsable administratif du projet :
* Téléphone :
* Courriel :
* Modalités et formalisation du partenariat :

**Partenariats envisagés :**Pour chaque partenariat, préciser : * Nom de la structure porteuse
* Statut juridique :
* Adresse postale :
* Nom et qualité du responsable juridique :
* Nom et fonction du responsable administratif du projet :
* Téléphone :
* Courriel :
* Modalités du partenariat :
* Etat d’avancement du partenariat :
 |

|  |
| --- |
| **Composition prévisionnelle de l’équipe (fournir les CV)** |
| **Nombre de personnels qualifiés participant aux appuis territoriaux à date :**Pour chaque personnel, préciser :* Nom et qualité :
* Formation :
* Etablissement et service de rattachement :
* Téléphone :
* Courriel :

**Autres professionnels envisagés** (décrire si d’autres professionnels ont été identifiés pour participer à l’appui, les contacts pris, les engagements pris ou envisagées etc.) : |

|  |
| --- |
| **Organisation territoriale du projet**  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Plage d’intervention et organisation prévisionnelle de l’appui territorial** |
| * **Préciser les plages horaires choisies (périmètre socle et/ou étendu**) :
* Plages horaires socles : les week-ends et jours fériés, de 8 h à minuit
* Selon les besoins des territoires : en semaine, de 18h30 à minuit
* **Un changement de périmètre est-il envisagé à terme ?**
* **Fournir un roulement prévisionnel n+1 des appuis territoriaux pour ce dispositif**
* **Justifications du périmètre horaire choisi** :
 |
|  |

|  |
| --- |
| **Territoire d’intervention et modalités de communication** |
| **Préciser et justifier le périmètre du territoire d’intervention** |

|  |
| --- |
| **Calendrier de mise en œuvre**  |
| **Décrire les étapes de mise en œuvre des appuis territoriaux et le calendrier prévisionnel** |

**Joindre les conventions de partenariat entre l’établissement porteur du dispositif et les établissements du territoire dont les professionnels participent au dispositif signées à date et transmettre à l’ARS toutes nouvelles conventions relatives au dispositif d’appui signées a posteriori.**