****

**APPEL A PROJET 2024**

**Renforcement régional de l’accueil familial thérapeutique (AFT) pour les enfants et les adolescents**

***Fiche projet récapitulative à renseigner par le GHT***

**Dossier à retourner complété avant le 15 juin 2024**

**A:**

emmanuelle.carreau@ars.sante.fr;

helene.delacroix-maillard@ars.sante.fr;

ARS-CVL-DIRECTION-OFFRE-SANITAIRE@ars.sante.fr

**CAS 1: Le territoire ne dispose pas de places d’AFT infanto juvénile**

**DEMANDE 1 :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissement porteur de la demande :** |  |
| **Identification du service porteur :** Chef de service, cadre, médecin référent du projet. |  |

**Nombre de places envisagées**

**Public cible du projet**

**Tranche d’âge :**

**Indications d’AFT et typologie de troubles mentaux qui pourront y être accueillis :**

**Territoire ciblé par le projet**

 Secteur

 Inter-secteurs, infra-départemental

 Départemental

 Régional

**Organisation et fonctionnement**

*adresseurs, évaluation de la pertinence de l’indication, modalité du premier accueil et conditions d’arrivée en AFT, modalités de soutien thérapeutique et de suivi de la famille d’accueil ainsi que de la famille de l’enfant, fréquences des visites à domicile, conditions de suivi de l’enfant au cours de son séjour en AFT par l’équipe responsable de l’AFT comme par le secteur de pédopsychiatrie avec répartition des rôles, modalités de réévaluation périodiquement du bien-fondé de l’accueil, modalités d’arrêt de l’AFT, formation et soutien des familles d’accueil, modalités de coordination avec les équipes de l’ASE pour certains enfants,*

**Moyens**

**Personnels :**

*Composition de l’équipe de l’AFT en ETP et missions de chaque type de professionnel ; modalité de la coordination médicale de l’équipe d’AFT; rattachement éventuel de l’équipe d’AFT à une autre structure ;*

**Equipement :**

**Locaux :**

**Familles d’accueil :**

*Rôle et obligations de la famille d’accueil; critères de sélection des familles accueillantes, conditions de recrutement des familles d'accueil, notamment les agréments préalables requis;*

**Information /association des CD**

*Préciser ce qui est prévu*

**Activité prévisionnelle**

**File active cible annuelle:**

**Nombre de journées annuelles :**

**Nombre de jours moyen par patient :**

**Calendrier**

*Calendrier prévisionnel de mise en œuvre, avec le cas échéant un découpage par tranches*

**Chiffrage financier**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Coût projeté** | **Autofinancement/ redéploiement** | **Moyens demandés** |
| **Charges de personnel** |  |  |  |
| **Charge à caractère médical** |  |  |  |
| **Charge à caractère hôtelier et général** |  |  |  |
| **Amortissements, charges financières et provisions** |  |  |  |
| **Investissements** |  |  |  |

**DEMANDE 2 :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissement porteur de la demande :** |  |
| **Identification du service porteur :** Chef de service, cadre, médecin référent du projet. |  |

**Nombre de places envisagées**

**Public cible du projet**

**Tranche d’âge :**

**Indications d’AFT et typologie de troubles mentaux qui pourront y être accueillis :**

**Territoire ciblé par le projet**

 Secteur

 Inter-secteurs, infra-départemental

 Départemental

 Régional

**Organisation et fonctionnement**

*adresseurs, évaluation de la pertinence de l’indication, modalité du premier accueil et conditions d’arrivée en AFT, modalités de soutien thérapeutique et de suivi de la famille d’accueil ainsi que de la famille de l’enfant, fréquences des visites à domicile, conditions de suivi de l’enfant au cours de son séjour en AFT par l’équipe responsable de l’AFT comme par le secteur de pédopsychiatrie avec répartition des rôles, modalités de réévaluation périodiquement du bien-fondé de l’accueil, modalités d’arrêt de l’AFT, formation et soutien des familles d’accueil, modalités de coordination avec les équipes de l’ASE pour certains enfants,*

**Moyens**

**Personnels :**

*Composition de l’équipe de l’AFT en ETP et missions de chaque type de professionnel ; modalité de la coordination médicale de l’équipe d’AFT; rattachement éventuel de l’équipe d’AFT à une autre structure ;*

**Equipement :**

**Locaux :**

**Familles d’accueil :**

*Rôle et obligations de la famille d’accueil; critères de sélection des familles accueillantes, conditions de recrutement des familles d'accueil, notamment les agréments préalables requis;*

**Information /association des CD**

*Préciser ce qui est prévu*

**Activité prévisionnelle**

**File active cible annuelle:**

**Nombre de journées annuelles :**

**Nombre de jours moyen par patient :**

**Calendrier**

*Calendrier prévisionnel de mise en œuvre, avec le cas échéant un découpage par tranches*

**Chiffrage financier**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Coût projeté** | **Autofinancement/ redéploiement** | **Moyens demandés** |
| **Charges de personnel** |  |  |  |
| **Charge à caractère médical** |  |  |  |
| **Charge à caractère hôtelier et général** |  |  |  |
| **Amortissements, charges financières et provisions** |  |  |  |
| **Investissements** |  |  |  |

**CAS 2: Le territoire dispose déjà de places d’AFT infanto-juvénile**

**DEMANDE 1 :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Demande *(cocher)* :** |  Création de places d’AFT infanto-juvénile  Renforcement de la prise en charge en AFT infanto-juvénile  |
| **Etablissement porteur de la demande :** |  |
| **Identification du service porteur :** Chef de service, cadre, médecin référent du projet. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SITUATION ACTUELLE** | **PROJET** |
| **Nombre de places installées** |  |  |
| **Public accueilli :** |  |  |
| **Tranche d’âge** |  |  |
| **Indications d’AFT et typologie de troubles mentaux accueillis** |  |  |
| **Périmètre d’intervention** |  Secteur Inter-secteurs, infra-départemental Départemental Régional |  Secteur Inter-secteurs, infra-départemental Départemental Régional |
| **Organisation et fonctionnement** | *adresseurs, évaluation de la pertinence de l’indication, modalité du premier accueil et conditions d’arrivée en AFT, modalités de soutien thérapeutique et de suivi de la famille d’accueil ainsi que de la famille de l’enfant, fréquences des visites à domicile, conditions de suivi de l’enfant au cours de son séjour en AFT par l’équipe responsable de l’AFT comme par le secteur de pédopsychiatrie avec répartition des rôles, modalités de réévaluation périodiquement du bien-fondé de l’accueil, modalités d’arrêt de l’AFT, formation et soutien des familles d’accueil, modalités de coordination avec les équipes de l’ASE pour certains enfants* | *adresseurs, évaluation de la pertinence de l’indication, modalité du premier accueil et conditions d’arrivée en AFT, modalités de soutien thérapeutique et de suivi de la famille d’accueil ainsi que de la famille de l’enfant, fréquences des visites à domicile, conditions de suivi de l’enfant au cours de son séjour en AFT par l’équipe responsable de l’AFT comme par le secteur de pédopsychiatrie avec répartition des rôles, modalités de réévaluation périodiquement du bien-fondé de l’accueil, modalités d’arrêt de l’AFT, formation et soutien des familles d’accueil, modalités de coordination avec les équipes de l’ASE pour certains enfants* |
| **Moyens :** |  |  |
| **Personnels** | *Composition de l’équipe de l’AFT en ETP et missions de chaque type de professionnel ; modalité de la coordination médicale de l’équipe d’AFT; rattachement éventuel de l’équipe d’AFT à une autre structure ;* | *Composition de l’équipe de l’AFT en ETP et missions de chaque type de professionnel ; modalité de la coordination médicale de l’équipe d’AFT; rattachement éventuel de l’équipe d’AFT à une autre structure ;* |
| **Equipement** |  |  |
| **Locaux** |  |  |
| **Familles d’accueil** | *Rôle et obligations de la famille d’accueil; critères de sélection des familles accueillantes, conditions de recrutement des familles d'accueil, notamment les agréments préalables requis;*  | *Rôle et obligations de la famille d’accueil; critères de sélection des familles accueillantes, conditions de recrutement des familles d'accueil, notamment les agréments préalables requis;*  |
| **Information / association des CD** |  | *Préciser ce qui est prévu* |
| **Activité :**  |  |  |
| **File active** | *2023* | *Prévisionnel* |
| **Nombre de journées réalisées** | *2023* | *Prévisionnel* |
| **Nombre de jours moyen par patient** | *2023* | *Prévisionnel* |
| **Calendrier** |  | *Calendrier prévisionnel de mise en œuvre, avec le cas échéant un découpage par tranches* |

**Chiffrage financier**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Coût projeté** | **Autofinancement/ redéploiement** | **Moyens demandés** |
| **Charges de personnel** |  |  |  |
| **Charge à caractère médical** |  |  |  |
| **Charge à caractère hôtelier et général** |  |  |  |
| **Amortissements, charges financières et provisions** |  |  |  |
| **investissements** |  |  |  |

**DEMANDE 2 :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Demande *(cocher)* :** |  Création de places d’AFT infanto-juvénile  Renforcement de la prise en charge en AFT infanto-juvénile  |
| **Etablissement porteur de la demande :** |  |
| **Identification du service porteur :** Chef de service, cadre, médecin référent du projet. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SITUATION ACTUELLE** | **PROJET** |
| **Nombre de places installées** |  |  |
| **Public accueilli :** |  |  |
| **Tranche d’âge** |  |  |
| **Indications d’AFT et typologie de troubles mentaux accueillis** |  |  |
| **Périmètre d’intervention** |  Secteur Inter-secteurs, infra-départemental Départemental Régional |  Secteur Inter-secteurs, infra-départemental Départemental Régional |
| **Organisation et fonctionnement** | *adresseurs, évaluation de la pertinence de l’indication, modalité du premier accueil et conditions d’arrivée en AFT, modalités de soutien thérapeutique et de suivi de la famille d’accueil ainsi que de la famille de l’enfant, fréquences des visites à domicile, conditions de suivi de l’enfant au cours de son séjour en AFT par l’équipe responsable de l’AFT comme par le secteur de pédopsychiatrie avec répartition des rôles, modalités de réévaluation périodiquement du bien-fondé de l’accueil, modalités d’arrêt de l’AFT, formation et soutien des familles d’accueil, modalités de coordination avec les équipes de l’ASE pour certains enfants* | *adresseurs, évaluation de la pertinence de l’indication, modalité du premier accueil et conditions d’arrivée en AFT, modalités de soutien thérapeutique et de suivi de la famille d’accueil ainsi que de la famille de l’enfant, fréquences des visites à domicile, conditions de suivi de l’enfant au cours de son séjour en AFT par l’équipe responsable de l’AFT comme par le secteur de pédopsychiatrie avec répartition des rôles, modalités de réévaluation périodiquement du bien-fondé de l’accueil, modalités d’arrêt de l’AFT, formation et soutien des familles d’accueil, modalités de coordination avec les équipes de l’ASE pour certains enfants* |
| **Moyens :** |  |  |
| **Personnels** | *Composition de l’équipe de l’AFT en ETP et missions de chaque type de professionnel ; modalité de la coordination médicale de l’équipe d’AFT; rattachement éventuel de l’équipe d’AFT à une autre structure ;* | *Composition de l’équipe de l’AFT en ETP et missions de chaque type de professionnel ; modalité de la coordination médicale de l’équipe d’AFT; rattachement éventuel de l’équipe d’AFT à une autre structure ;* |
| **Equipement** |  |  |
| **Locaux** |  |  |
| **Familles d’accueil** | *Rôle et obligations de la famille d’accueil; critères de sélection des familles accueillantes, conditions de recrutement des familles d'accueil, notamment les agréments préalables requis;*  | *Rôle et obligations de la famille d’accueil; critères de sélection des familles accueillantes, conditions de recrutement des familles d'accueil, notamment les agréments préalables requis;*  |
| **Information / association des CD** |  | *Préciser ce qui est prévu* |
| **Activité :**  |  |  |
| **File active** | *2023* | *Prévisionnel* |
| **Nombre de journées réalisées** | *2023* | *Prévisionnel* |
| **Nombre de jours moyen par patient** | *2023* | *Prévisionnel* |
| **Calendrier** |  | *Calendrier prévisionnel de mise en œuvre, avec le cas échéant un découpage par tranches* |

**Chiffrage financier**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Coût projeté** | **Autofinancement/ redéploiement** | **Moyens demandés** |
| **Charges de personnel** |  |  |  |
| **Charge à caractère médical** |  |  |  |
| **Charge à caractère hôtelier et général** |  |  |  |
| **Amortissements, charges financières et provisions** |  |  |  |
| **Investissements** |  |  |  |