

Direction de l’Organisation des Soins

Département de l’Offre Hospitalière

Personnes ressources AAP au sein de l’ARS-PACA

Dr Marie-Pierre VILLARUBIAS marie-pierre.villarubias@ars.sante.fr

Dr Elodie CRETEL-DURAND elodie.cretel-durand@ars.sante.fr

Gestionnaire : Carole BLANVILLAIN carole.blanvillain@ars.sante.fr

**APPEL A PROJET**

**Dispositif expérimental d’astreinte médicale mutualisée au sein des structures d’hospitalisation à domicile**

CAHIER DES CHARGES

Présentation

L’un des objectifs du Projet régional de Santé de l’ARS PACA vise à améliorer la qualité des prises en charge dans les structures d’hospitalisation à domicile (HAD), en particulier la nuit et le week-end. Un des axes de travail identifié pour y parvenir est l’expérimentation d’astreintes médicales de médecins coordonnateurs d’HAD, mutualisées entre plusieurs HAD, la nuit (ou partie de la nuit), les weekends et jours fériés.

En effet, lors d’une prise en charge en HAD, certains patients peuvent être brusquement orientés vers un service des urgences ou hospitalisés, en particulier la nuit et le week-end A posteriori, certaines de ces hospitalisations et passages aux urgences ne semblent pas toujours justifiées et peuvent entrainer des dysfonctionnements dans les prises en charge des patients,

Ce dispositif expérimental d’astreinte médicale, sera régulé par l’infirmier d’astreinte de chaque HAD concernée par ce dispositif expérimental.

Le rôle du médecin coordonnateur sera, compte tenu de la situation décrite par l’infirmier et de la situation médicale du patient, étayé par l’accès à son dossier médical, de prendre la meilleure décision pour accompagner le patient dans son parcours de soins. Le médecin d’astreinte pourra également être en appui d’un médecin présent au domicile du patient.

A noter que cette astreinte à titre expérimental ne sera pas inscrite au cahier des charges de la Permanence De Soins en Etablissement de Santé (PDSES) arrêtée chaque année par l’ARS.

|  |
| --- |
| Structures éligibles :Sont éligibles : les structures d’HAD de la région PACA. |
| Dépôt et date limite des candidatures :Les dossiers de candidature doivent être déposés jusqu’au vendredi 9 octobre 2020 inclus, par mail à l’adresse suivante : **ARS-PACA-DOS-DOH@ars.sante.fr**  |
| Critère d’éligibilité du dossier de candidature :Le dossier doit impérativement comprendre l’ensemble des éléments suivants :* Complétude du dossier
* Intérêt, pertinence du projet et objectifs
* Qualité des organisations envisagées
* Faisabilité technique du projet
* Qualité et faisabilité de la partie financière
* Le justificatif du coût du projet (devis, …)

Le projet doit également bénéficier d’un portage institutionnel. Le dossier de candidature devra être rempli conformément à la trame jointe et signé par le représentant légal de la structure* Le début de mise en œuvre du projet doit avoir lieu au cours de l’année N, ou au premier semestre de l’année N+1, soit en 2020/2021
* Le projet doit bénéficier d’un portage institutionnel. Une validation institutionnelle du projet constitue une garantie pour la mise en œuvre du projet (signature du Directeur).

Une attention toute particulière sera portée à la rigueur et à la cohérence institutionnelle et territoriale de votre dossier, ainsi qu’à la taille du bassin de population couvert par cette astreinte. |
| Processus de sélection des projets et notification :Sur la base des dossiers déposés complets au vendredi 9 octobre 2020, l’ARS-PACA procèdera à l’instruction des dossiers à l’issue de l’appel à projet.Critères de sélection : voir en fin de cahier des chargesLa priorité sera donnée : * aux projets proposant une astreinte médicale mutualisée entre plusieurs HAD d’un même territoire ou de territoires contigus s’appuyant sur une réelle dynamique de coopération.

A l’issue du processus de sélection régionale, le Directeur Général de l’ARS informera par courriel les promoteurs de projets, soit du montant de la subvention allouée, soit du rejet de leur dossier.La commission de sélection décidera du montant de la subvention allouée, en fonction de la qualité des dossiers déposés. |
| Financement octroyé : Le financement octroyé par l’ARS PACA est un accompagnement financier sur le Fond d’Intervention Régional (FIR) susceptible de ne pas couvrir le coût total de la demande présentée. Aucune dépense d’investissement ne sera prise en compte dans le cadre de cet appel à projet. En cas de financement partiel d’un projet, l’ARS prendra contact avec le promoteur afin de savoir s’il maintient son projet.Dans le cas d’un projet mutualisé entre plusieurs établissements, seul le porteur du projet bénéficiera des crédits. Il appartiendra à l’établissement bénéficiaire des fonds de procéder au reversement d’une partie des crédits aux autres établissements partenaires, par voie de convention. |
| Engagement de l’établissement :Les projets qui bénéficieront de subventions dans ce cadre, devront fournir les documents demandés par l’Agence dans les délais impartis et s’engagent à participer au dispositif d’évaluation, pour envisager une reconduction des crédits. A ce titre, l’établissement bénéficiaire de la subvention s’engage à fournir un rapport d’évaluation à l’ARS-PACA une fois le projet réalisé. En outre, l’ARS-PACA se réserve la possibilité de vérifier la mise en œuvre effective du projet. A défaut, l’ARS-PACA sera susceptible de récupérer les crédits versés.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CRITERES DE SELECTION DES DOSSIERS** | **OUI/NON** |
| Complétude du dossier |  |
| Clarté du dossier quant aux structures impliquées |   |
| Etat des lieux de l’année N-1 portant sur les indicateurs suivants ; la liste n’étant pas exhaustive. Les HAD pourront lister les indicateurs pertinents pour démontrer l’intérêt de bénéficier de cette expérimentation :* Volumétrie des appels entrants (weekends, jours fériés, et nuits de la semaine) vers l’infirmier d’astreinte
 |  |
| * Volumétrie des appels entrants émanant de l’infirmier d’astreinte (weekends, jours fériés, et nuits de la semaine) vers le centre 15, SOS médecins ou le médecin traitant
 |   |
| * Répertorier les motifs des appels qui auraient nécessité un avis médical ainsi que leur nombre
 |   |
| * Nombre d’hospitalisations non programmées la nuit, les week-ends et jours fériés
* Nombre de passages aux urgences sur la même période.
* Nombre d’hospitalisations ou de passages aux urgences jugées évitables à posteriori
 |   |
| L’accès à l’astreinte médicale est régulé par l'infirmier d'astreinte de chaque HAD |   |
| L'astreinte médicale couvre les weekends et jours fériés et toutes les nuits de la semaine ou une partie de la nuit |   |
| Durant l’astreinte, le médecin a accès aux informations médicales des patients:  |   |
| * Modalités d’accès aux données du dossier médical informatisé des patients des différentes HAD partenaires par tous les médecins participant à l’astreinte
* Organisation et mise en place d’un système d’information permettant un échange sécurisé d’informations à caractère médical et d’images entre médecins d’astreinte et infirmiers
 |   |
|  |   |
| Analyse éventuelle des bénéfices en termes médico économique |  |
| Précision quant aux modalités de l’astreinte : * Organisation,
* Faisabilité en termes de ressources humaines médicales (comprenant des mutualisations d’astreintes entre plusieurs HAD)
* Modalité de rémunération des médecins
 |   |
| **CRITERES D’EVALUATION** | **OUI/NON** |
| Calendrier de suivi du projet |   |
| Suivi annuel des indicateurs suivants :  |   |
| * Volumétrie des appels entrants émanant de l’infirmer d’astreinte (weekends, jours fériés, et nuits de la semaine) auprès du médecin d’astreinte
 |   |
| * Motifs des appels par grandes catégories
 |   |
| * Nombre d’hospitalisations non programmées la nuit, les week-ends et jours fériés par rapport à la période N-1.
* Nombre de passages aux urgences la nuit, les week-ends et jours fériés par rapport à la période N-1.
* Nombre d’hospitalisations évitées
 |   |

DOSSIER DE CANDIDATURE

REPONSE DE L’ETABLISSEMENT DE SANTE

XX (nom,adresse, Finess)….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM | PRENOM | FONCTION | TELEPHONE | MAIL |
|  |  |  |  |  |

A remplir par l’Etablissement (maximum 4 à 5 pages)

1. **IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DU PROJET**

A renseigner

**II. CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE**

A renseigner

**III. COUT PREVISIONNEL DU PROJET**

A renseigner

 **Date et Signature du représentant légal de l’établissement**