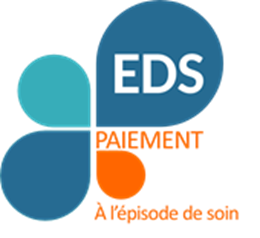
****

****

**APPEL A CANDIDATURES**

**Expérimentation d’un paiement à l’épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales (EDS)**

**PROTHESE TOTALE DE HANCHE & PROTHESE TOTALE DE GENOU**

**Dossier de manifestation d’intérêtà compléter et à renvoyer avant le 30 octobre 2019 :**

* **À l’adresse mail de votre Agence régionale de santé figurant en annexe**
* **À l’adresse suivante :** [**episodedesoins@sante.gouv.fr**](mailto:episodedesoins@sante.gouv.fr)

**Mentionner en objet du message : « *EDS-Orthopedie* »**

*Cas particulier* : *Lorsque plusieurs établissements appartenant à un même groupe de cliniques, le cas échéant implantés dans plusieurs régions, se portent candidats, chaque établissement est tenu de renseigner un dossier de candidature. L’ensemble des dossiers sont à transmettre directement par le représentant du groupe à l’adresse* [*episodedesoins@sante.gouv.fr*](mailto:episodedesoins@sante.gouv.fr)*. Les ARS concernées devront être destinataire en copie de l’envoi*

**Dossier de candidature**

**CANDIDATURE ORTHOPEDIE**

|  |
| --- |
| **Choix du / des épisode(s) de soins pour participer à l’expérimentation** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | *Positionnement souhaité*  *Double cliquer puis sélectionner : « case activée »* | | | **Prothèse totale de hanche** |  | | | **Prothèse totale de genou** |  | |  | | | |

|  |
| --- |
| **Etablissement de santé** |
| * Raison sociale : * Statut juridique : * Finess géographique : * Adresse : * Région :   Le cas échéant,   * Dénomination du groupe de groupement hospitalier de territoire duquel est membre l’établissement :   Le cas échéant,   * Dénomination du groupe de cliniques duquel dépend l’établissement : * Cette candidature est-elle associée à d’autres candidatures d’établissements du même groupe :   Oui  Non  Si oui, raison sociale et région d’implantation des autres établissements concernés : |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| **Directeur d’établissement signataire** |
| * Nom et Prénom : * Numéro de téléphone : * Adresse mail : * Signature : |
|  |
| **Représentant de l’équipe médicale** |
| * Nom et Prénom : * Adresse mail : * Numéro de téléphone : * Signature : |

|  |
| --- |
| **Coordonnées de la personne désignée en tant qu’interlocuteur référent des équipes nationale et régionale** |
| * Nom et Prénom : * Fonction : * Adresse mail * Téléphone : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identité des chirurgiens participants à l’expérimentation** | | | |
| EDS | Nom | Prénom | Signature |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identité des anesthésistes participants à l’expérimentation** | | | |
| EDS | Nom | Prénom | Signature |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identité des autres professionnels de l’établissement participants à l’expérimentation** | | | | |
| EDS | Nom | Prénom | Fonction | Signature |
| PTH /  PTG |  |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |  |
| PTH /  PTG |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Autres professionnels et structures intégrés à la candidature** |
| * Etablissement MCO :   + Oui Non   + Nombres d’établissements MCO intégrés à la candidature   + Raisons sociales et signatures éventuelles * Etablissement SSR :   + Oui Non   + Nombres d’établissements MCO intégrés à la candidature   + Raisons sociales et signatures éventuelles * Etablissement HAD :   + Oui Non   + Nombres d’établissements MCO intégrés à la candidature   + Raisons sociales et signatures éventuelles * Infirmière diplômée d’état :   + Oui Non   + Nom et prénom et signatures éventuelles * Masseur kinésithérapeute :   + Oui Non   + Nom et prénom et signatures éventuelles * Médecin de médecine physique et de réadaptation :   + Oui Non   + Nom et prénom et signatures éventuelles * Autres :   + Oui Non   + *A préciser* |
|  |

|  |
| --- |
| **Activité (à compléter selon les épisodes de soins retenus)**  **1/ PROTHESE TOTALE DE HANCHE**   * **Nombre (ou ETP ) total de chirurgiens ayant une activité de prothèse totale de hanche programmée** |
|  |
|  |
| * **Nombre (ou ETP) total de ces chirurgiens qui vont participer à l’expérimentation**   + ESTIMATION du pourcentage de l’activité totale de prothèses totales de hanche programmée de l’établissement réalisée par ces chirurgiens |
| **2/ PROTHESE TOTALE DE GENOU**   * **Nombre (ou ETP) total de chirurgiens ayant une activité de prothèse totale de genou** |
|  |
| * **Nombre (ou ETP) total de ces chirurgiens qui vont participer à l’expérimentation**   + ESTIMATION du pourcentage de l’activité totale de prothèses totales de genou de l’établissement réalisée par ces chirurgiens |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Brève description de l’état actuel de la prise en charge, pour chaque épisode de soins retenu, dans le contexte local** *(points forts et points faibles identifiés, freins/leviers et points d’amélioration possibles)*  *Préciser si vous réalisez une RAAC dans la prise en charge considérée, le cas échéant ; si vous faites partie d’un réseau identifié d’établissements mettant en œuvre la RAAC* |
|  |

|  |
| --- |
| **Présentation du projet d’organisation pour la prise en charge de prothèse totale de hanche / prothèse totale de genou** (*organisation envisagée, justification et écart par rapport à la pratique actuelle, acteurs et outils mobilisés, articulation avec le territoire)* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Actions déjà engagées coordonnant la/les prise(s) en charge au sein de l’établissement** | |
| Mise en place de la RAAC *(non mise en place, débutée, réalisée)* |  |
| Avec les équipes chirurgicales (anesthésie, chirurgiens, cadres de santé) : bloc, unité d’hospitalisation |  |
| Avec les équipes soignantes de l’unité de chirurgie |  |
| Avec les interlocuteurs hors du service de chirurgie (autres services de médecine ou de chirurgie, consultations, services social, diététicien, psychologue, plateau d’imagerie, logistique…) |  |
| Système d’information, outils éventuels |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Actions déjà engagées autour de la coordination de la / des prise(s) en charge et de l’articulation intra/extra hospitalière** | |
| Avec la ville (médecin traitant, kinésithérapeutes, IDEL…) en amont et en aval du séjour hospitalier |  |
| Avec les patients |  |
| Avec les structures d’HAD ou de SSR |  |
| Avec les réseaux de santé (cancer…)  Autres (selon la prise en charge) : médecins ou services de spécialités…) |  |
| Avec l’Assurance Maladie (dispositif Prado) |  |
| Système d’information, dispositifs/ outils éventuels |  |

|  |
| --- |
| **Cohérence de la démarche au regard des orientations de l’établissement et de son environnement externe** |
|  |

|  |
| --- |
| **Attentes envers le projet de financement à l’épisode de soins et cohérence avec le projet d’organisation envisagé** |
|  |

|  |
| --- |
| **Gouvernance envisagée pour permettre la mise en œuvre et le suivi de l’expérimentation** |
|  |

|  |
| --- |
| **Commentaires libres** |
|  |

**ANNEXE**

**Référents nationaux et régionaux (ARS)**

|  |
| --- |
| **EQUIPE PROJET NATIONALE** |
| [episodedesoins@sante.gouv.fr](mailto:episodedesoins@sante.gouv.fr) |

|  |  |
| --- | --- |
| **ADRESSES ÉLECTRONIQUES ARS** | |
| ARS Auvergne-Rhône-Alpes | [ARS-ARA-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-ARA-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Bourgogne-Franche-Comté | [ARS-BFC-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-BFC-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Bretagne | [ARS-BRETAGNE-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-BRETAGNE-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Centre-Val de Loire | [ARS-CVL-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-CVL-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Corse | [ARS-CORSE-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-CORSE-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Grand-Est | [ARS-GRANDEST-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Guadeloupe | [ARS-GUADELOUPE-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-GUADELOUPE-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Guyane | [ARS-GUYANE-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-GUYANE-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Hauts-de-France | [ARS-HDF-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-HDF-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Île-de-France | [ARS-IDF-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-IDF-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Martinique | [ARS-MARTINIQUE-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-MARTINIQUE-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Normandie | [ARS-NORMANDIE-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-NORMANDIE-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Nouvelle Aquitaine | [ARS-NA-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-NA-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Occitanie | [ARS-OC-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-OC-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Océan Indien | [ARS-OI-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-OI-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Pays de la Loire | [ARS-PDL-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-PDL-ART51@ars.sante.fr) |
| ARS Provence-Alpes-Côte d’azur | [ARS-PACA-ART51@ars.sante.fr](mailto:ARS-PACA-ART51@ars.sante.fr) |