**Appel à Projets (AAP)**

**2024**

**Organisation des appuis territoriaux de soins palliatifs pédiatriques**

**Dossier de candidature 2024**

**Les dossiers de candidature sont à envoyer par mail à l’ARS :** ARS-HDF-SP@ars.sante.fr

**Date limite des projets : 20 septembre 2024**

**Procédure de candidature**

* **Calendrier de mise en œuvre**
* Date de soumission des projets : 20 septembre 2024
* Mise en œuvre de l’astreinte : 01 janvier 2025

L’établissement porteur devra mettre en œuvre effectivement le dispositif d’appui aux soins palliatifs pour le 1° janvier 2025.

Le dernier trimestre 2024 sera donc consacré à la formalisation et l’organisation de l’appui territorial pour une effectivité en janvier 2025. Il est demandé aux porteurs de présenter des projets établis et solides, pouvant être rapidement mis en œuvre. A l’inverse, les projets demandant une maturation complémentaire pourront être déposés ultérieurement.

Les crédits délégués en année N serviront à couvrir les frais de création de ce dispositif.

* **Date de dépôt des demandes de subvention**

Pour cet appel à projet, la fenêtre de dépôt des dossiers est ouverte du **15 juillet 2024 au 20 septembre 2024** inclus.

L’objectif de l’ARS Hauts-de-France est de couvrir l’ensemble du territoire régional avec ce type de dispositif d’appui. Pour y arriver, l’appel à projet pour labelliser ces dispositifs se reproduira tous les ans jusqu’à couverture complète des Hauts-de-France.

* **Envoi des documents**

L’ensemble des pièces nécessaires à l’instruction de votre demande est à envoyer par courriel à l’adresses suivants : ARS-HDF-SP@ars.sante.fr

* **Critère de recevabilité et de sélection**

Seuls seront instruits les dossiers respectant les critères suivants :

* satisfaction des principes généraux du cahier des charges ;
* projet suffisamment détaillé et complet, notamment sur les ressources disponibles ;
* dossier déposé dans les délais.

L’accompagnement financier pourra être apporté dans la limite de l’enveloppe allouée à la région.

**Organisation des appuis territoriaux de soins palliatifs pédiatriques**

**Dossier de candidature**

|  |
| --- |
| **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 :
 |

|  |
| --- |
| **Composition prévisionnelle de l’équipe (fournir les CV)** |
| **Nombre de personnels qualifiés participant aux appuis 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) : |

|  |
| --- |
| **Plages d’intervention et organisation prévisionnelle de l’appui**  |
| * **Préciser les plages horaires choisies (périmètre socle ou étendu**) :
* **Un changement de périmètre est-il envisagé à terme ?**
* **Fournir un roulement prévisionnel n+1 des astreintes pour ce dispositif**
* **Justifications du périmètre horaire choisi** :
 |

|  |
| --- |
| **Territoire d’intervention et modalités de communication** |
|  |

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

**Transmettre à l’ARS les procédures internes définissant les modalités d’intervention des personnels médicaux et soignants dans le cadre de l’appui de soins palliatifs pédiatriques. Joindre les conventions de partenariat entre l’établissement porteur du dispositif et les éventuels 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.**