**Appel à candidatures (AAC)**

**Reconnaissances des Hôpitaux de jour en soins palliatifs**

**Dossier de candidature 2025**

**Les dossiers de candidature sont à envoyer par mail à l’ARS :**

[ARS-HDF-SP@ars.sante.fr](mailto:ARS-HDF-SP@ars.sante.fr)

**Date limite de dépôt des dossiers : 20 septembre 2025**

* **Calendrier de mise en œuvre**
* La fenêtre de dépôt des dossiers est ouverte du **24 juin 2025 au 20 septembre 2025 inclus**

L’objectif de l’ARS Hauts-de-France est de mailler le territoire régional avec au moins un HDJ reconnu par zone d’activité de soins pour permettre un accès à des hôpitaux de jour (HDJ) de soins palliatifs en proximité. L’appel à candidatures sera ainsi reconduit annuellement jusqu’à couverture globale de la région.

L’établissement porteur devra mettre en œuvre effectivement un HDJ de soins palliatifs en 2025.

* **Critère de recevabilité et de sélection**

Les critères de sélection retenus pour les reconnaissances 2025 sont les suivants :

* la complétude du dossier de candidature ;
* la conformité avec les conditions d’implantation des HDJ de soins palliatifs ;
* les moyens mis à disposition et l’organisation des équipes ;
* les partenariats déjà existants sur le territoire ;
* la maturité du projet et sa capacité de mise en œuvre opérationnelle dans l’année.

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissement de santé porteur du dispositif :** | |
| * Nom de la structure porteuse : * Statut juridique : * Adresse : * N° FINESS juridique : * Nom et qualité du responsable juridique : * Nom et fonction du responsable administratif du projet : * Téléphone : * Courriel :   **Site géographique** (**site sur lequel sera réalisée l’activité)**  Nom :  Adresse :  N° FINESS géographique : | |
| **L’établissement est-il autorisé à l’activité de médecine ?** | Oui  Non |
| **L’établissement dispose-t-il ?** | D’une Unité de Soins Palliatifs (USP) reconnue par l’ARS  D’une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) reconnue par l’ARS |

1. **Présentation du projet :**

**Préciser en quoi un HDJ de soins palliatifs répond au contexte global du territoire, notamment par une analyse des besoins non couverts :**

1. **Offre de soins proposée par l’HDJ de soins palliatifs**

**Nombre de places dédiées à l’hospitalisation de jour en soins palliatifs et évolution prévisionnelle du nombre de places le cas échéant :**

**Décrire la nature des prises en charge que l’établissement souhaite développer dans son HDJ de soins palliatifs :**

1. **Partie relative aux personnels**

*Dans cette partie, doit être décrit l'état des effectifs, notamment médicaux et paramédicaux, exerçant ou appelés à exercer dans l'établissement, et faisant apparaître les engagements du demandeur en ce qui concerne les effectifs et la qualification des personnels dédiés, notamment médicaux, nécessaires à la mise en place du projet.*

Pour l’activité, il convient de préciser les qualifications et temps de présence en ETP du personnel dédié à l’HDJ de médecine palliative.

* **Médecin responsable de l’activité d’HDJ de soins palliatifs**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et qualification** | **ETP** | **Diplôme de soins palliatifs** | **Participation à une équipe de soins palliatifs (EMSP, USP, …)** | **Commentaires**  **(*date de prise de poste si recrutement*)** |
|  |  |  | USP  EMSP  Non  **ETP dédiés à ces activités :** |  |

* **Personnel médical dédié à l’activité d’HDJ de soins palliatifs**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et qualification** | **ETP** | **Diplôme de soins palliatifs** | **Participation à une équipe de soins palliatifs (EMSP, USP, …)** | **Commentaires**  **(*date de prise de poste si recrutement*)** |
|  |  |  | USP  EMSP  Non  **ETP dédiés à ces activités :** |  |
|  |  |  | USP  EMSP  Non  **ETP dédiés à ces activités :** |  |

* **Personnel paramédical dédié à l’activité d’HDJ de soins palliatifs**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et qualification** | **ETP** | **Diplôme de soins palliatifs** | **Participation à une équipe de soins palliatifs (EMSP, USP, …)** | **Commentaires**  **(*date de prise de poste si recrutement*)** |
|  |  |  | USP  EMSP  Non  **ETP dédiés à ces activités :** |  |
|  |  |  | USP  EMSP  Non  **ETP dédiés à ces activités :** |  |
|  |  |  | USP  EMSP  Non  **ETP dédiés à ces activités :** |  |

* **Personnel paramédical non dédié et autre catégorie de personnels intervenant au sein de l’HDJ de médecine palliative**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **ETP** | **Diplôme de soins palliatifs** | **Participation à une équipe de soins palliatifs (EMSP, USP, …)** | **Commentaires**  **(*date de prise de poste si recrutement*)** |
|  |  |  | USP  EMSP  Non  **ETP dédiés à ces activités :** |  |
|  |  |  | USP  EMSP  Non  **ETP dédiés à ces activités :** |  |
|  |  |  | USP  EMSP  Non  **ETP dédiés à ces activités :** |  |

1. **Organisation/fonctionnement de la structure d’HDJ de soins palliatifs**

Dans cette partie, il est demandé de transmettre tout document objectivant l’organisation/le fonctionnement de l’HDJ de soins palliatifs (protocole, procédure, convention etc.).

**Jours et heures d’ouverture :**

**Continuité des soins en dehors des heures d’ouverture :**

**Modalité d’accueil des patients :**

**Modalité d’accueil des proches :**

**Modalités d’articulation de l’activité HDJ de soins palliatifs avec l’offre de soins territoriale (USP, EMSP, LISP…) et les autres services potentiellement adresseurs de patients :**

**Accès à un plateau technique de radiologie et de biologie :**

**Accès à un lit d’hospitalisation complète au sein de l’établissement :**

**Accès à une HAD :**

**Partenariat et intervention d’une association de bénévoles en soins palliatifs :**

1. **Equipements et locaux**

**Lieu d’implantation de l’HDJ de soins palliatifs (joindre un plan détaillant les locaux dédiés à l’HDJ de soins palliatifs), justification du lieu d’implantation :**

**Les chambres sont-elles dédiées à l’activité d’HDJ :**

**Les locaux sont-ils adaptés pour accueillir : des patients en mode allongé, leurs proches, dans une chambre individuelle ?**

**L’HDJ dispose-t-il de locaux dont un espace de confidentialité et d’espaces collectifs lorsque les activités le nécessitent ?**

1. **Partenariats**

A noter : il est particulièrement attendu des partenariats avec les USP, les EMSP, les ESPED, les HAD, les établissements disposant de LISP, les appuis territoriaux de soins palliatifs, les DAC ainsi que les CPTS.

**Décrire les partenariats existants ou à venir et leurs modalités de mise en œuvre avec les acteurs du territoire**

1. **Calendrier de mise en œuvre**

**Préciser les délais de mise en œuvre du projet présenté, en identifiant clairement la date de début de l’activité, les différentes phases de mise en œuvre et de montée en charge :**

1. **Financement du projet**

**Estimation des dépenses et des recettes prévisionnelles du développement de l’activité d’HDJ de la structure (notamment identifier individuellement le coût de personnel, les coûts d’investissement le cas échéant, et les recettes prévisionnelles par rapport au nombre de journées prévisionnelles):**

**Date : Signature du représentant**

**légal de l’établissement**