

CAHIER DES CHARGES



**Cahier des charges régional de
« l'Organisation des appuis
territoriaux en soins palliatifs à
destination des professionnels de
santé en Nouvelle Aquitaine »**

Juillet 2025

1. Contexte

Ce cahier des charges a vocation à favoriser la **détermination de structures porteuses du dispositif d'appuis territoriaux en soins palliatifs en Nouvelle-Aquitaine**. Il prend en compte l'Instruction N° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022 relative à la pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs.

Il s'inscrit en complémentarité du cahier des charges régional des soins palliatifs pour les EMSP au domicile réalisé en 2019, pour garantir la continuité des prises en charge pour les filières territoriales. De plus, il vise à définir un cadre, élaboré suite aux réunions du groupe de travail régional spécifique mis en place par l'ARS-NA et qui s'est réuni à plusieurs reprises en 2023.

Le dispositif d'appui territorial de soins palliatifs est un dispositif de second recours, complémentaire aux organisations existantes dans chaque territoire (USP, EMSP, LISP, HDJ, HAD, DAC). Il n'a pas vocation à se substituer aux effecteurs de soins (médecins coordonnateurs, médecins traitants, praticiens d'HAD le cas échéant, filières de prise en charge des urgences). Il s'appuiera sur les dispositifs territoriaux déjà existants et retiendra des modalités qui s'adapteront à la grande région Nouvelle-Aquitaine.

En journée, l'appui palliatif est assuré par la filière palliative, notamment les équipes hospitalières et territoriales de soins palliatifs. Le dispositif envisagé est donc un appui territorial téléphonique, sans déplacement, ni effectif, visant à répondre aux besoins des professionnels de santé (médecins traitants, médecins coordonnateurs, IDE coordonnateurs, IDE de nuit, professionnels libéraux, etc.) d'accéder à l'expertise palliative pour des patients relevant d'une démarche palliative quel que soit le lieu dans lequel sont réalisés les soins et l'accompagnement de la fin de vie (établissement social, médico-social, domicile, établissement de santé sans équipe de soins palliatifs). Le dispositif apporte son expertise pour des situations urgentes et non-programmées en soins palliatifs hors heures ouvrables à minima les week-ends et jours fériés et éventuellement les nuits en semaine.

Un appel à projets (AAP) lancé en 2025 par l'ARS permettra de déterminer les structures porteuses de ce dispositif en Nouvelle-Aquitaine.

2. Constats partagés

a. Schéma régional de santé 2023 – 2028

Les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des personnes malades, adultes et enfants, et de leurs proches, notamment confrontés aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle. Ils visent à prévenir et à soulager les souffrances, identifiées précocement et évaluées avec précision, ainsi qu'à traiter la douleur et les autres dimensions (physiques, psychologiques, sociales, etc.) qui leur sont liées.

Compte tenu d'une plus grande vulnérabilité, les personnes âgées en fin de vie et notamment celles atteintes d'une maladie neurodégénérative sont davantage prédisposées soit à l'acharnement thérapeutique, soit au contraire au manque d'assistance ou à l'abandon thérapeutique.

Toute personne, y compris les personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative, doit bénéficier jusqu'aux ultimes instants de sa vie des soins et attentions appropriés. Conformément à la loi, le refus de traitements disproportionnés ne signifie pas un abandon.

Le schéma régional a identifié 5 leviers principaux visant à améliorer le développement des prises en charge en soins palliatifs et à répondre aux enjeux de lisibilité tant sur le plan du périmètre des interventions que sur la clarté du rôle de chacun :

- La cellule régionale CAPalliatif, financée par l'ARS, garantit la lisibilité régionale de l'offre en soins palliatifs.
- Les formations universitaires intégrées : 4 universités (Limoges, Bordeaux, Poitiers, Pau et Pays de l'Adour) ont permis la formation de professionnels de santé au travers du Diplôme Universitaire « D.U Soins Palliatifs et Accompagnement » ou « D.I.U. Approfondissement en soins palliatifs accompagnement ».
- La mise en place d'un dispositif d'appui territorial en application de l'instruction de février 2022 et s'appuyant sur l'expertise des professionnels des USP et EMSP et HAD à l'attention des libéraux pour les soins palliatifs qui représente un enjeu essentiel pour améliorer la coordination des parcours sur chaque territoire.
- Le développement des hôpitaux de jour en soins palliatifs : accueille les patients ayant besoin de soins durant la journée, et dont l'état de santé et le niveau d'autonomie leur permettent de passer la nuit à leur domicile. Ils ont toutefois besoin de soins spécifiques et/ou d'évaluer régulièrement leur état de santé, grâce aux ressources du plateau technique.
- La mise en place d'une Cellule d'information et de recueil des directives anticipées (CIRDA) au CHU de Poitiers : levier important de l'anticipation, visant à être régionalisé et déployé au bénéfice de l'ensemble des patients de la région.

b. Etat des lieux régional en soins palliatifs

- En 2024, **20 837 patients Néo-Aquitains** ont pu bénéficier de soins palliatifs (**+ 12,40 % par rapport à 2022**), dans un établissement ou à domicile, nombre en augmentation par rapport à 2023 (19 178 patients) et 2022 (18 537 patients).
- De plus, en 2024, **6 964 patients étaient suivis à domicile pour des soins palliatifs (+ 20,65 % par rapport à 2022)**, nombre en augmentation par rapport à 2022 (5 772 patients).
- Fin 2024, **l'ensemble des départements de Nouvelle-Aquitaine disposait de structures hospitalières dédiées à la prise en charge palliative.**
- **767 lits de soins palliatifs** en Nouvelle-Aquitaine fin 2024 (lits d'unités de soins palliatifs + lits en établissements de santé) soit **12,64 pour 100 000 habitants (contre 11,9 au niveau national)**, nombre en augmentation par rapport à 2022 (699 lits de soins palliatifs, soit 11,63 pour 100 000 hab., **+ 9,73% entre 2022 et 2024**).
- **15 lits de soins palliatifs pédiatriques** en 2023
- **17 Unités de soins palliatifs** disposant de **189 lits** (3,14 pour 100 000 habitants) fin 2024, **soit + 40% d'augmentation entre 2022 et 2024** (12 USP et 135 LUSP en 2022).
- **34 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et 3 équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) en 2024**
- 1 équipe rapide d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP)
- 28 HAD prennent en charge les soins palliatifs
- 13 hôpitaux de jour labélisés en soins palliatifs
- 16 associations de bénévoles d'accompagnement

3. Objectifs du dispositif

a. Objectif général

La mise en œuvre de l'organisation des appuis territoriaux en soins palliatifs à destination des professionnels a pour objectif général de compléter les dispositifs territoriaux existants afin de garantir la continuité de la prise en charge des patients en soins palliatifs et de mieux répondre aux besoins des professionnels de santé les accompagnant.

L'objectif est aussi de limiter le nombre d'hospitalisation en urgence en soins palliatifs grâce à la mise en œuvre de ce dispositif régional.

b. Objectifs secondaires

Cette organisation permettra notamment de déployer des dispositifs d'appui territorial sur chaque territoire pour toute personne le justifiant et de compléter des dispositifs d'offre de soins vers les EHPAD (équipes mobiles de gériatrie, structures d'hospitalisation à domicile).

Il participe à garantir la continuité des prises en charge, dans le respect du dispositif de droit commun existant déjà formalisé : dispositifs d'appui à la coordination (DAC), équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), HAD, établissement de santé mentale, équipes mobiles gérontologiques territoriales (EMGT) ainsi que les CPTS.

4. Organisation régionale du dispositif

a. Animation régionale du dispositif par CAPalliatif

Ce dispositif est animé, en application de l'INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/252 du 30 novembre 2022 relative au cadre d'orientation national des cellules d'animation régionale de soins palliatifs, par la cellule d'animation régionale des soins palliatifs de Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de ses missions spécifiques.

Pour mémoire, CAPalliatif contribue aux objectifs qui structurent les actions conduites au national et qui guident leur déclinaison en régions :

- L'égalité d'accès aux soins palliatifs par une couverture adaptée des territoires et un maillage adéquat en terme de soins, de recours à l'expertise et de coordination des parcours, quels que soient la situation, le lieu de soins et/ou de vie ;
- Le développement du maintien au domicile lorsque celui-ci est souhaité par le patient et dès lors que les conditions requises peuvent être réunies ;
- La garantie de soins palliatifs pertinents et de qualité, effectués conformément aux bonnes pratiques professionnelles ;
- La préservation de l'expertise palliative et la garantie de son accès par l'ensemble des professionnels et intervenants des soins palliatifs et de l'accompagnement ;
- La diffusion de la démarche palliative et l'information des concitoyens pour l'exercice libre et éclairé de leurs droits en tant que personne malade ou de proche aidant.

Conformément à l'instruction, la cellule régionale a pour mission d'animer les relations avec les acteurs de soins palliatifs en les mobilisant, en les fédérant et en les soutenant dans le cadre de leurs activités, de leurs projets et de leurs besoins.

L'enjeu précisé est d'améliorer la cohésion des acteurs et l'articulation des professionnels et de favoriser les coopérations et les complémentarités afin de garantir le fonctionnement des dispositifs de soins palliatifs comme celui des appuis territoriaux.

Ainsi l'ARS délègue à la cellule régionale la mission de veille sur le dispositif d'appui territorial mis en place pour chacun des 12 départements de Nouvelle-Aquitaine. Pour ce faire, un financement pérenne est alloué à la cellule pour le recrutement à hauteur de **0,5 ETP pour la coordination administrative des appuis territoriaux, moyens qui seront examinés annuellement en fonction de l'évaluation du dispositif.**

La fiche de poste du professionnel de coordination du dispositif d'appui territorial sera adaptée à cet effet et validée par l'ARS.

b. Structures porteuses du dispositif

Les structures porteuses du dispositif d'appuis territoriaux en soins palliatifs en Nouvelle-Aquitaine sont des établissements de santé publics et privés, à minima disposant d'une USP et/ou d'une EMSP ou d'une HAD sur chaque territoire de santé de Nouvelle Aquitaine.

L'établissement identifié et désigné comme structure porteuse de l'appui territorial veillera à associer tous les médecins expert pour la réalisation des appuis territoriaux selon la composition et le profil décrits dans le paragraphe suivant.

c. Composition et profil des professionnels effectuant l'appui territorial

Les professionnels effectuant l'appui territorial dans le cadre de ce dispositif sont des médecins de soins palliatifs exerçant au sein d'USP, d'EMSP, d'HAD, DAC ou d'un établissement et assurant régulièrement la gestion des LISP.

Les médecins réalisant l'appui territorial doivent justifier des formations et expériences suivantes :

- Médecins diplômés en soins palliatifs (+/- DU, +/- DIU, +/- DESC),
- Médecins expérimentés depuis plus de 2 ans, et volontaires pour participer à cet appui territorial téléphonique.

A défaut de ressources suffisantes disponibles sur un territoire, un médecin libéral disposant de l'expertise et des formations nécessaires pourra participer au dispositif d'appui territorial.

Tous les médecins devront signer une **charte d'engagement sur l'honneur** visant à partager les informations relatives au patient avec son accord et dont le modèle est proposé en annexe (collecte à réaliser par CAPalliatif).

NB : L'appui territorial repose sur une expertise médicale en soins palliatifs qui ne peut pas être remplacé par une expertise paramédicale.

5. Publics cibles

Ce dispositif d'appui territorial est dédié aux professionnels de santé soignants publics ou privés, des secteurs sanitaire, médicosocial et libéral de Nouvelle-Aquitaine concernés par les soins palliatifs (médecins généralistes ou spécialisés – médecin coordinateur d'EHPAD - infirmiers et IPA, autres professions ...).

Ces professionnels de santé peuvent appeler l'appui territorial pour des personnes atteintes d'une maladie grave, évolutive ou avancée ou terminale, au domicile (dont établissements médicosociaux) ou en établissement de santé en l'absence d'équipes de soins palliatifs disponibles, suivies ou non par une structure de soins palliatifs.

Pour tous les patients relevant de soins pédiatriques le médecin d'appui territorial se mettra en lien avec les services de pédiatrie relais ou pilotes les plus proches et les services d'urgence concernés. Une procédure régionale réalisée en lien avec les équipes ERRSPP des CHU de Bordeaux, Poitiers et Limoges leur sera proposée.

6. Missions au sein de l'organisation

Les dispositifs d'appui territorial qui assurent l'expertise en soins palliatifs doivent s'inscrire en complémentarité des dispositifs existants (USP, EMSP, HAD, HDJ) dans le système de droit commun afin d'éviter des hospitalisations en urgence non pertinentes.

a. Missions de l'ARS

L'ARS délèguera aux établissements porteurs les financements relatifs à ce nouveau dispositif d'appui territorial en soins palliatifs.

L'ARS pourra s'assurer en tant que de besoin à tout moment de l'année du bon fonctionnement du dispositif. Par ailleurs, la cellule régionale restituera un bilan semestriel de la gestion des appuis territoriaux régionales dont l'évaluation annuelle du dispositif à l'ARS lors du dialogue de gestion.

L'ARS évaluera la nécessité d'adapter l'organisation régionale du dispositif en fonction du déploiement et de l'usage des appuis territoriaux.

b. Missions de CAPalliatif

- Veiller à la complétude des plannings des médecins d'appui territorial sur chacun des territoires en région et informer l'ARS sans délai de tout désistement ;
- Proposer à l'ARS pour validation des adaptations du dispositif selon les ressources disponibles ;
- Veiller à la communication à tous les acteurs / professionnels de santé ambulatoires de la prise en charge en soins palliatifs de ce dispositif et des outils existants à partager (Fiche de synthèse pour les médecins d'appui territorial, fiche urgence pallia pour les Centre 15 ...) ;
- Rendre compte de façon annuelle du dispositif au comité de pilotage élargi de la Cellule CAPalliatif ;
- Assurer mensuellement, l'animation d'un groupe régional des établissements porteurs des appuis territoriaux, identifier les points forts, les points faibles et veiller à avoir des retours d'expérience pour transmission à l'ARS ;
- Aider et appuyer les établissements de santé porteurs de l'appui territorial ;
- Suivre les indicateurs d'évaluation définis dans le présent cahier des charges régional.

c. Missions des établissements de santé porteurs du dispositif d'appui territorial

- Transmettre le numéro dédié à l'appui territorial territoriale de chaque équipe habilitée par l'ARS à la cellule régionale CAPalliatif ;

- Garantir la complétude hebdomadaire des plannings d'appui territorial sur chaque territoire d'appui territorial tous les jours de l'année et notamment les week-end et jours fériés et éventuellement les nuits ;
- Assurer le contrôle de la formation et de l'expertise des médecins assurant les appuis territoriaux (DU et expérience en soins palliatifs suffisante) ;
- Veiller à un équilibre de l'offre médicale entre public et privé sur chaque territoire d'appui en tant que possible ;
- S'assurer d'un accès possible à « mon espace santé » pour tous les professionnels y compris hospitaliers avec les principaux éléments à communiquer (histoire de la maladie et projet de soins, prescriptions antérieure et anticipées, évaluation médicale en soins palliatifs, ordonnances, directives anticipées).

d. Missions des médecins réalisant l'appui territorial

Le dispositif d'appui territorial a pour mission de (Instruction DGOS du 7 février 2022 relative à la pérennisation des appuis en soins palliatifs) :

- **Conseiller, soutenir et orienter les professionnels de santé** des EHPAD ou ESMS ou les professionnels de santé exerçant en ville ou les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dans des situations nécessitant des soins non-programmés et pour conforter les professionnels dans l'établissement de prescriptions anticipées, et aider à des prises en charges spécifiques ;
- **Aider à la décision thérapeutique, participer à la procédure collégiale dans les conditions réglementaires requises en cas de situation critique d'accompagnement, en soins palliatifs ;**
- **Informers les DAC si nécessaire pour les parcours complexes** afin de contribuer à la continuité des soins (sortie d'hospitalisation, préparation du retour en EHPAD ou à domicile), en tenant compte des situations et des besoins individuels et en mobilisant les ressources territoriales pertinentes ;
- **Aider à l'orientation et guider sur la conduite à tenir** : conseiller sur l'indication d'hospitalisation, proposer des alternatives à l'hospitalisation et orienter vers les HAD ou les établissements du territoire en recourant lorsque possible à une admission directe en soins palliatifs sans passer par les urgences ;
- **Appuyer le SAMU-Centre 15, ou le SAS le cas échéant, et la permanence de soins ambulatoires (PDSA) pour une expertise en soins palliatifs** (hors situations de patients relevant de la pédiatrie palliative pour lesquelles il convient d'orienter vers les ERRSPP ou les équipes d'HAD ou les services de pédiatrie) et les réponses à apporter pour un juste soin en urgence, sur la base de protocoles de décisions d'orientation partagés.

Le conseil médical porte dans les domaines du soin, de l'évaluation des différentes composantes de la souffrance (somatique, sociale, psychologique et existentielle), du soulagement des symptômes physiques et psychiques, de la prévention des situations de crise (prescriptions et procédures anticipées), de la communication et de la relation, du soutien de l'entourage.

Une transmission écrite est réalisée en fonction des outils accessibles (plateforme informatique communicante PAACO Globule, logiciel du SAMU, ...). Elle comporte une synthèse du motif d'appel et les propositions d'actions détaillées.

Le médecin dans ce dispositif **ne doit pas se substituer aux effecteurs et faire de la prescription médicale ni se déplacer auprès du patient.**

7. Modalités de mise en œuvre des dispositifs d'appuis territoriaux de soins palliatifs

a. Couverture horaire de l'appui territorial

L'appui territorial s'organise de la façon suivante :

- Plages horaires socles : les week-ends et jours fériés, de 8 h à minuit ;
- Selon les besoins des territoires : en semaine, de 18h30 à minuit.

Elles s'organiseront par semaine complète et pourront être exceptionnellement partagées en fonction des disponibilités des médecins sous réserve que toutes les plages médicales soient assurées.

b. Numéro de téléphone spécifique de l'appui territorial en soins palliatifs

Les professionnels de santé de NA appelleront un numéro dédié spécifique aux soins palliatifs au niveau de leur territoire d'appui. L'annuaire actualisé sera transmis le jeudi de chaque semaine aux différents acteurs des territoires d'appui territorial : ES référent - SAMU-Centre 15 – URPS médecins -

Le SAMU / Centre 15 peut solliciter la permanence téléphonique de l'appui territorial en précisant qu'il n'y a pas de déplacement possible des médecins contactés en soins palliatifs. Le numéro d'appui peut être appelé directement sans passer par le SAMU-Centre 15.

Un outil régional sera utilisé par les médecins d'appui territorial en soins palliatifs pour permettre de répertorier le nombre d'appels et type de professionnels concernés.

c. Périmètre territorial d'intervention et de coordination

Le territoire d'appui territorial est défini en fonction du capital en ressources humaines existantes afin d'assurer un roulement médical suffisant dans les plannings du dispositif et de ne pas le mettre en tension.

Les structures souhaitant porter ce dispositif d'appui territorial, devront s'assurer d'un nombre suffisant de médecins disposant de l'expertise pour garantir annuellement la couverture du territoire prédéfini et en accord avec tous les acteurs visés. L'ARS veillera à l'intégration par la structure porteuse du plus grand nombre d'acteurs du territoire.

Il est envisagé un maximum de 15 territoires d'appui territorial en soins palliatifs au niveau régional en Nouvelle-Aquitaine. Néanmoins des regroupements interdépartementaux pourront être proposés / envisagés si nécessaire en fonction de la démographie des professionnels de santé disponibles et formés aux soins palliatifs.

d. Organisation territoriale d'aval

Conformément à l'instruction du 21 juin 2023, relative aux filières de soins palliatifs et afin de développer une prise en charge graduée en soins palliatifs et garantir le lien entre les équipes intervenant à domicile et les équipes hospitalières, un lit repli en USP doit être prévu et installé pour les situations d'urgence palliative.

Ainsi et pour une réponse organisée d'aval, au moins un établissement du territoire d'appui territorial disposant d'une USP devra disposer, dès le vendredi soir à 18h30, d'un lit de repli pour les urgences, les week-end et jours fériés. Celui-ci pourra être identifié parmi les lits vacants dès

le vendredi et sera identifié sur le répertoire opérationnel des ressources (ROR). L'établissement peut être différent pour chaque semaine. Cette information devra être renseignée et adressée en amont à la cellule régionale Capalliatif.

e. Outil de partage d'informations

- Outil spécifique aux soins palliatifs :
 - Urgences Pallia (outil SFAP) complété par l'EMSP pour les patients déjà connus et identifiés ;
 - DMP / « mon espace santé » : onglet directives anticipées – onglet prescriptions : en soins palliatifs et anticipées ;

- Outil support de coordination régionale :
 - L'usage de PAACO-GLOBULE, outil interprofessionnel, est utilisé sur les différents territoires de Nouvelle-Aquitaine ;
 - L'usage de la messagerie sécurisée doit être privilégié pour respecter la sécurité du transfert des informations médicales ;

Tout autre outil de partage d'informations peut être proposé.

f. Responsabilité des médecins dans l'appui territorial soins palliatifs

Le médecin d'appui territorial volontaire engage sa responsabilité médicale dans la pertinence des conseils transmis, conformes aux données acquises ou actuelles de la science ou de la législation. Il est couvert comme pour le modèle régional de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), par sa propre assurance en responsabilité civile professionnelle s'il est libéral.

Etant entendu que les **médecins d'appuis territoriaux en soins palliatifs ne sont pas effecteurs de soins** mais peuvent aider à la décision thérapeutique et être amenés à participer à la procédure collégiale (consultation d'avis avant décision médicale rendue par le médecin référent).

Concernant la participation du médecin d'appui territorial aux décisions collégiales, le prérequis indispensable est que le patient soit connu et identifié en soins palliatifs et qu'une prise en charge anticipée ait déjà été réalisée. Elle devra respecter la procédure nationale élaborée par la SFAP et le CNFVSP (annexe).

g. Communication

La communication aux acteurs de l'annuaire régional des appuis territoriaux en soins palliatifs stabilisée sera effectuée au niveau territorial par les établissements de santé porteurs habilités par l'ARS et au niveau régional par CAPalliatif par un mailing notamment aux SAMU-Centre 15 et aux URPS ainsi que sur son site internet et celui de l'ARS Nouvelle Aquitaine.

Elle fera aussi l'objet d'une communication à la Cellule de veille et d'alerte de gestion des signalements de l'ARS (CVAGS) pour les astreintes régionales de l'ARS.

8. Financement du dispositif

a. Animation régionale du dispositif par CAPalliatif

L'animation régionale du dispositif nécessite la présence de 0,5 ETP de chargé(e) de mission administratif(ive) financé(e) par l'ARS.

b. Coordination territoriale par les structures

Chaque établissement porteur du dispositif assurera l'organisation territoriale et la coordination pour son territoire. Ce temps de coordination (secrétariat administratif) est estimé à 0,2 ETP et 8k€/an. Ce financement est octroyé à l'établissement porteur de l'appui territorial.

Un projet regroupant plusieurs territoires sera valorisé en terme de coordination en fonction de la population et du nombre d'établissements concernés. Un établissement référent et porteur du dispositif d'appui territorial en soins palliatifs sera alors désigné.

Une convention à transmettre à l'ARS NA formalisera la coopération entre les établissements où les professionnels participent au dispositif, et définira leurs responsabilités respectives, les modalités d'organisation et de rémunération des professionnels.

NB : l'organisation de la gestion des plannings d'appui territorial en soins palliatifs est réalisée par l'établissement porteur de la coordination et sous sa responsabilité. Tout appui territorial non réalisé devra être signalé à l'ARS.

c. Rémunération de l'appui territorial

Les médecins pourront assurer des appuis territoriaux concomitants avec les présences dans le cadre de la continuité des soins réalisée pour leur établissement (USP – HAD ...), au bénéfice des professionnels de santé ambulatoire, des structures médicosociales, de SOS médecins, des centres de santé, des CPTS ... et bénéficieront alors de la rémunération de l'appui territorial en complément de leur rétribution habituelle.

Sur la base de leur participation effective, la rémunération des professionnels réalisant les appuis territoriaux est fixée à ce jour comme suit :

- Périmètre socle : 480 € (*) le samedi et le dimanche (week-end) de 8h00 à minuit,
- Périmètre socle : 240 € (*) les jours fériés de 8h00 à minuit,
- Périmètre étendu : 250 € (*) par semaine du lundi au vendredi de 18h30 à minuit (forfait jour de 50 €).

(*) – Montant net

Soit un coût annuel pour un appui territorial de territoire (périmètre socle et périmètre étendu) de 72 009 € (montant brut chargé).

Si plusieurs médecins se partagent une même semaine, la rémunération sera réalisée au prorata du nombre de jours effectués.

d. Un numéro unique pour les soins palliatifs dans chaque territoire d'appui territorial

Une enveloppe non pérenne est allouée à chaque établissement pour la mise en place d'un numéro unique.

Ce numéro est obligatoire et devra être transmis dans le dossier de candidature ainsi qu'à la cellule régionale CAPalliatif. L'annuaire renseignant ce numéro fera l'objet d'une transmission par la cellule Capalliatif à l'ensemble des acteurs de la région Nouvelle-Aquitaine.

Le financement, non reconductible, relatif à la mise en place d'un numéro unique est octroyé à l'établissement porteur de l'appui territorial à hauteur de 4 000€.

e. Modalités de versement

Le financement de ce dispositif relève du Fonds d'Intervention Régional de l'ARS et son évolution sera soumise à l'évaluation pluriannuelle.

L'établissement porteur de l'appui territorial pour le territoire percevra l'ensemble des financements pour la gestion administrative, le numéro unique d'appel ainsi que pour la rémunération des professionnels participant aux appuis territoriaux selon les couvertures horaires de l'appui territorial définies (périmètre socle +/- périmètre étendu). Il devra se charger de reverser directement aux professionnels ou le cas échéant aux établissements dont les professionnels participent au dispositif en fonction de leur mobilisation.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sera établi avec chaque établissement porteur pour une durée de 3 ans.

Un suivi des crédits alloués sera réalisé sur la base des plannings hebdomadaires complétés transmis à l'offre de soins de l'ARS par la cellule régionale Capalliatif.

9. Evaluation et indicateurs de résultats

Un rapport de l'activité du dispositif devra être transmis annuellement au plus tard le 30 mai à l'ARS pour l'année n-1 ainsi qu'à la cellule régionale des soins palliatifs.

Les indicateurs de suivi annuel seront les suivants :

- Nombre de médecins volontaires pour l'appui territorial par territoire
- Nombre d'interventions traitées provenant de professionnels de santé durant le week-end, les jours fériés et éventuellement la semaine
- Nombre d'établissements ayant mis en place un lit de repli par territoire d'appui territorial
- Nombre d'interventions de professionnels traitées provenant du SAMU-Centre15, d'EPHAD et d'ESMS
- Type de professionnels appelant : médecins ES publics – ES privés – libéraux / infirmiers / autres ...
- Nombre de participations à des décisions collégiales de sédation profonde et continue jusqu'au décès