20100406_SICOM_ImageTerritoires_BasseDef.jpg



**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Présence IDE de nuit en EHPAD**

**Remarques préalables :**

Ce dossier de candidature a été constitué sur la base d'un formulaire électronique. En pratique il s'agit d'un document qui comporte des espaces réservés à la saisie de texte, des cases à cocher, des listes déroulantes dans lesquelles seront saisies différentes réponses prédéterminées. Il peut être envoyé par tout moyen (page web, courriel, supports divers) et **rempli directement à l'écran** par le destinataire de manière confortable (opérations de Copier-Coller possibles). Cet outil est relativement bien adapté à un travail collaboratif (échanges entre partenaires pour corrections, relecture, etc...). Il permet en outre de créer des documents dont la présentation normalisée est plus aisée à consulter. Enfin ces formulaires peuvent alimenter une base de données.

**Rappel du calendrier:**

Appel à candidature : *19 juillet 2018*

Délai pour le dépôt des dossiers : *28 septembre 2018 (minuit)*

Instruction des candidatures et décision : *octobre 2018*

Démarrage : *1 février 2019 dernier délai*

**Dossier de candidature à transmettre par voie électronique à :**

*🖰 : ars-ara-da-qualite@ars.sante.fr*

Pour toute précision et / ou complément d'information, vous pouvez contacter, durant les mois de juillet et septembre, la personne en charge du suivi de ce dossier :

*Martial DANGIN*

*Direction de l'Autonomie*

*Pôle Qualité des Prestations Médico-Sociales*

*🖰 : martial.dangin@ars.sante.fr*

*🕿 : 04.81.10.60.92*

1. **TYPE DE DISPOSITIF**

**Indiquez si, le dispositif proposé à la candidature correspond à** (*cochez la case*) :

* un dispositif existant (qui requiert ou non des adaptations)
* un projet à mettre en place 
  1. **Si le dispositif est déjà existant :**

Précisez si, pour répondre au cahier des charges, le dispositif existant (*cochez la case*) **:**

* requiert des adaptations mineures
* requiert des adaptations majeures
* ne nécessite pas d'adaptation

**Si le dispositif proposé à la candidature est déjà existant, indiquez :**

|  |  |
| --- | --- |
| Année de mise en place |  |
| Type de financement | *Choisissez dans la liste* |
| Montant annuel (€) |  |
| Date de fin de financement |  |

 Si le dispositif proposé à la candidature est déjà existant et qu'il requiert des adaptations pour répondre au cahier des charges, **il sera nécessaire de préciser dans certains tableaux :**

* les caractéristiques du dispositif proposé à la candidature (1ère colonne) ;
* les caractéristiques avant l'appel à candidature (2ème colonne).

Les différences entre ces 2 colonnes permettront de caractériser les principales évolutions du dispositif.

* 1. **S'il s'agit d'un projet à mettre en place ou d'un dispositif existant qui ne nécessite pas d'adaptation :**

Dans les tableaux qui comportent une colonne " caractéristiques du dispositif proposé à la candidature" et une colonne " caractéristiques avant l'appel à candidature", seule la colonne "caractéristiques du dispositif proposé à la candidature" est à renseigner.

1. **LES DIFFERENTS ETABLISSEMENTS DU DISPOSITIF**

Remarques : ne remplir la partie "prestataire" que si des prestations IDE de nuit sont confiées à des structures extérieures aux EHPAD et aux SSIAD. Capacité HP = nb de places d'hébergement permanent. Le GMP et le PMP moyen seront calculés uniquement pour les EHPAD. Comme stipulé dans le cahier des charges les conventions et/ou lettres d'intention devront être devront être annexées à la candidature.

Double cliquez dans le tableau et une fois celui-ci activé, remplissez les différents champs. La synthèse se calculera automatiquement

* 1. **Précisions concernant le porteur**
     1. Identité / caractéristiques

Adresse postale :

- rue : *Saisir votre texte ici*

- code postal : 

- commune : *Saisir la commune dans ce cadre*

Nom du responsable de la structure : *Saisir le nom dans ce cadre*

Téléphone : *Saisir dans ce cadre* .

Email : *Saisir dans ce cadre*

|  |  |
| --- | --- |
| Statut juridique | *Choisissez dans la liste* |
| ETP du médecin Co / attaché |  |

* 1. **Intégration du dispositif dans son territoire** 
     1. Principales caractéristiques du périmètre géographique couvert par le dispositif :
* Département (liste déroulante) : *Choisissez le département dans la liste*
* Type de territoire : *Choisissez le type de territoire dans la liste*
* Périmètre géographique :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nom de commune | Distance entre ces communes (en minutes, menu déroulant) |
| Commune la plus à l'Est | *Cliquez ici pour taper du texte.* | *Choisissez un élément.* |
| Commune la plus à l'Ouest | *Cliquez ici pour taper du texte.* |
| Commune la plus au Sud | *Cliquez ici pour taper du texte.* | *Choisissez un élément.* |
| Commune la plus au Nord | *Cliquez ici pour taper du texte.* |

* Si des EHPAD ne sont pas inclus dans le dispositif proposé à la candidature, et que le périmètre de 300-500 places d'hébergement permanent d'EHPAD n'est pas atteint, précisez :
  + le nombre d'EHPAD du périmètre non inclus : *Choisissez un élément.*
  + pourquoi (Saisissez votre texte dans le cadre ci-dessous)
    1. La permanence des soins ambulatoires et le service des urgences sur ce territoire :
* Localisation du service des urgences le plus proche :
  + Commune :  *Cliquez ici et saisissez la commune*
  + Nom de l'Hôpital : *Cliquez ici pour taper le nom de Nom de l'Hôpital*
  + Nb d'établissements du dispositif dont la distance / urgences est > 30min 
* Fonctionnement de la Permanence des Soins Ambulatoires sur ce territoire (horaire semaine et WE, visites, point fixe de consultation, transport, effectivité lors de la nuit profonde…): Saisissez votre texte dans le cadre ci-dessous
  + 1. Commentaires (saisie libre dans le cadre ci-dessous):

Cliquez ici pour taper du texte.

1. **ESTIMATION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DES PLUS-VALUES DU DISPOSITIF**

Veuillez détailler (cf. cadre ci-dessous) les estimations qualitatives et quantitatives des plus-values que pourraient apporter le dispositif IDE de nuit proposé à la candidature (besoins en soins et pertinence de l'orientation de nuit). Cette démarche peut s'appuyer sur l'analyse (par établissement), des dossiers médicaux, des demandes d'admissions en établissements, du suivi des hospitalisations non programmées, des retours d'hospitalisations, des motifs de recours à la PDSA, au SAMU-Centre 15…. Une réflexion spécifique peut être menée sur les soins palliatifs. **Une estimation chiffrée du nombre de sollicitations de l'IDE de nuit / mois pour l'ensemble du dispositif est attendue**.

1. **MISSIONS DEVOLUES AUX IDE DE NUIT** 
   1. **Assurer la continuité des soins la nuit**

Le dispositif a-t-il été conçu pour que les IDE assurent une mission de continuité des soins la nuit auprès de tous les établissements partenaires (cochez la case) ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Dispositif proposé à la candidature | Dispositif déjà existant avant appel à candidature |
| Oui |  |  |
| Non |  |  |

* 1. **Pertinence de l'orientation nocturne des résidents**

Le dispositif a-t-il été conçu pour que les IDE apportent une réponse aux sollicitations des équipes en poste de nuit (ex: AS, AMP, ASH…) pour favoriser la « bonne orientation », au « bon moment », « au bon endroit » du résident auprès de tous les établissements partenaires ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Dispositif proposé à la candidature | Dispositif déjà existant avant appel à candidature |
| Oui |  |  |
| Non |  |  |

* 1. **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Veuillez préciser dans le cadre ci-dessous le périmètre d'intervention des IDE de nuit (motifs de recours), les critères d'exclusion et indiquez si les missions de l'IDE ont été formalisées au sein d'une fiche de poste, d'un cahier des charges ou d'une procédure (si oui, veuillez annexer le document au dossier de candidature).

1. **ORGANISATION DU DISPOSITIF IDE DE NUIT**
   1. **Capacité de recrutement / mobilisation d'IDE sur le territoire**

Comment qualifiez-vous la capacité (liste déroulante de choix) :

* de recrutement d'IDE de nuit sur le périmètre géographique du dispositif : *Choisissez dans la liste*
* de mobilisation des IDE des structures appartenant au dispositif : *Choisissez dans la liste*
  1. **Description de l'organisation du dispositif proposé à la candidature**

Veuillez décrire le mode organisationnel du dispositif IDE proposé à la candidature en précisant le fonctionnement :

* garde sur place d'IDE (présentiel), astreintes (à domicile et se déplaçant si nécessaire), combinaison de ces 2 modalités …
* à partir d'une structure ("toujours" la même) et pouvant se déplacer dans les autres établissements si besoin ou sur la base d'une rotation entre certains ou tous les établissements du dispositif…
* recours ou non à des prestations extérieures (hors EHPAD et SSIAD) d'IDE de nuit (ex: IDE d'un CH)
* sur l'année (continuité du dispositif lors de congés, absence pour maladie, pour formation permanente…), hebdomadaire (jours de semaine et week-end) et quotidien (horaires de fonctionnement)…
* basé sur le recrutement spécifique d'IDE de nuit et/ou sur la mobilisation du personnel IDE déjà en place.
* le nombre d'IDE de nuits concernés (préciser les ETP)
* rattachement administratif des IDE : une seule structure, certaines ou toutes les structures du dispositif…

Pour les dispositifs déjà existant et requérant des adaptations précisez les modifications par rapport au projet initial

Le dispositif proposé a-t-il été conçu pour être fonctionnel 365/an, sauf cas de force majeure (ex: intempéries empêchant les déplacements) et absence pour maladie ou formation permanente ? (cochez la case)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Dispositif proposé à la candidature | Dispositif déjà existant avant appel à candidature |
| Oui |  |  |
| Non |  |  |

* 1. **Moyens dédiés au dispositif IDE de nuit**

Détailler dans la cadre ci-après, les moyens mis à disposition des IDE de nuit pour assurer leurs missions auprès de tous les établissements partenaires (ex : mise à disposition d’un véhicule ou véhicule personnel, d’un téléphone portable, d'un accès informatique aux dossiers patients au sein des établissements partenaires [voire à partir du domicile], aux différents locaux et notamment à la pharmacie des établissements et au matériel infirmier…).

1. **PROCESSUS A METTRE EN PLACE POUR MAXIMISER LE ROLE DES IDE DE NUIT** 
   1. **Procédures harmonisées entre les établissements partenaires** 
      1. Organiser les coordinations entre les équipes médicales de jour et l'IDE de nuit

Un document définissant le mode d'organisation des coordinations entre les équipes médicales de jour des différents établissements et l'IDE de nuit (transmissions) et inversement est-il :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Dispositif proposé à la candidature | Dispositif déjà existant avant appel à candidature |
| Opérationnel |  |  |
| En cours |  |  |
| Prévu |  |  |
|  | Date prévisionnelle |  |
| Non prévu |  |  |

Si un mode de coordination entre les équipes médicales de jour des différents établissements et l'IDE de nuit a été établi ou en cours, décrivez succinctement dans le cadre ci-dessous la procédure et précisez les partenaires impliqués dans son élaboration. Si ce document est disponible il devra être associé au dossier de candidature.

* + 1. Guider l'IDE de nuit dans sa gestion des problèmes de santé imprévus et les équipes en poste de nuit en définissant les motifs de recours à l'IDE

Décrivez dans le cadre ci-dessous les procédures visant à guider l'IDE de nuit et/ou les équipes en poste de nuit dans les établissements, les protocoles "d’urgence", les partenariats existants ou sollicités. L'implication du SAMU-centre 15, des services des urgences, des dispositifs de permanence des soins ambulatoires et de la filière gériatrique dans ces procédures devront être précisées. Les conventions éventuelles, les protocoles mis en œuvre dans les établissements devront être transmis.

* + 1. Connaissance des établissements partenaires

Décrivez dans le cadre ci-dessous les modalités retenues ou envisagées pour les IDE de nuit connaissent les établissements partenaires, le système d'information, les patients, l'organisation de la pharmacie…. Précisez la fréquence de passage dans chaque établissement partenaire.

* 1. **Reconnaissance du rôle de l'IDE de nuit auprès des services hospitaliers et les acteurs de la permanence des soins ambulatoires.**

Mentionnez dans le cadre ci-dessous le mode opératoire retenu ou mis en œuvre ainsi que le calendrier prévisionnel pour que le dispositif IDE de nuit (établissements impliqués, missions dévolues, mode de recours) soit connu et reconnu auprès du SAMU-centre 15, du service des urgences, des dispositifs de permanence des soins ambulatoires (gestion et orientation des résidents dans le cas de problèmes de santé nocturnes) et de la filière gériatrique (retour d'hospitalisation).

* 1. **Mise en place de protocoles et incitation des praticiens libéraux à rédiger des prescriptions anticipées**

Indiquez dans le cadre ci-dessous, les protocoles élaborés, le mode opératoire retenu ou mis en œuvre ainsi que le calendrier prévisionnel pour les médecins libéraux intervenant dans les établissements partenaires soient incités à rédiger des prescriptions anticipées

1. **COMMENTAIRES LIBRES**

Veuillez taper votre texte ici

1. **BUDGET PREVISIONNEL 2019 (année pleine)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | **Montant en € (1)** | **Produits** | **Montant en € (1)** | Subvention(s) : Accordée(s) = A  Attendue(s) = T |
| **60 Achats** |  | **70 Rémunération des services** |  |  |
| Prestations de services |  | Rémunération pour prestations de services |  |  |
| Achats matières et fournitures |  | Participation des usagers |  |  |
| Autres fournitures |  | Autres (à préciser) |  |  |
| **61 Services externes** |  | **74 Subventions** |  |  |
| Locations immobilières et mobilières |  | Etat (à détailler) |  |  |
| Entretien et réparation |  | CNSA (à détailler) |  |  |
| Assurance |  | Région(s) : |  |  |
| Documentation |  | ARS |  |  |
| Autres |  | Département(s) : |  |  |
|  |  | Commune(s) : |  |  |
| **62 Autres services externes** |  | Organismes sociaux : (à détailler) |  |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Fonds européens |  |  |
| Publicités et publications |  | ASP (emplois aidés) |  |  |
| Déplacements et missions |  | Autres établissements publics : |  |  |
| Services bancaires, autres |  | Aides privées : |  |  |
|  |  | Autres (à préciser) |  |  |
| **63 Impôts et taxes** |  | **75 Autres produits de gestion courante** | 0 |  |
| Impôts et taxes sur rémunérations |  | Cotisations des adhérents |  |  |
| Autres impôts et taxes |  | Autres (à préciser) |  |  |
| **64 Frais du personnel (2)** |  |  |  |  |
| Rémunération des personnels |  | **76 Produits financiers** | 0 |  |
| Charges sociales |  | (Préciser) |  |  |
| Autres charges de personnel |  |  |  |  |
| **65 Autres charges de gestion** |  | **77 Produits exceptionnels** | 0 |  |
| (Préciser) |  | (Préciser) |  |  |
| **66 Charges financières** |  |  |  |  |
| (Préciser) |  |  |  |  |
| **67 Charges exceptionnelles** |  | **78 Reprises** | 0 |  |
| (Préciser) |  | Reprise sur amortissement |  |  |
| **68 Dotation aux amortissements et aux provisions** |  | Reprise sur provision |  |  |
| (Préciser) |  |  |  |  |
| CHARGES INDIRECTES | |  |  |  |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |  |
| **Frais financiers** |  |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |  |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES (3)** | | | | |
| **86 Emplois des contributions volontaires en nature** | **0** | **87 Contributions volontaires en nature** | **0** |  |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature |  |  |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  |  |
| **TOTAL** | **0** | **TOTAL** | **0** |  |