

# Cahier des Charges 2020 de l'appel à candidatures relatif à

## **la troisième tranche de pérennisation / mise en place de dispositifs "Présence d'un personnel infirmier la nuit en EHPAD"**

# SOMMAIRE

|  |    |
|--|----|
| <b>1. CONTEXTE</b> .....   | 3  |
| 1.1. Mise en place et généralisation des dispositifs "IDE de nuit en EHPAD" .....  | 3  |
| 1.2. Principaux types de dispositifs "IDE de nuit en EHPAD" .....  | 4  |
| <b>2. OBJECTIFS DE L'APPEL A CANDIDATURES</b> .....  | 5  |
| <b>3. CRITERES D'ELIGIBILITE</b> .....   | 5  |
| <b>4. MISSIONS DEVOLUES AUX IDE DE NUIT EN EHPAD</b> .....   | 5  |
| 4.1. Missions principales .....  | 5  |
| 4.2. Autres missions .....   | 6  |
| 4.3. Missions exclues .....  | 6  |
| <b>5. MODALITES ORGANISATIONNELLES DES DISPOSITIFS IDE DE NUIT</b> .....   | 7  |
| 5.1. Des dispositifs IDE de nuit en EHPAD fonctionnels 365 jours par an .....  | 7  |
| 5.2. Des dispositifs IDE de nuit mutualisés entre EHPAD géographiquement proches. ..   | 7  |
| 5.3. Calibration des dispositifs IDE de nuit par rapport au nombre de résidents. ....  | 7  |
| 5.4. Choix du mode d'organisation .....  | 8  |
| <b>6. FACTEURS DE REUSSITE POUR METTRE EN PLACE ET PERENNISER LES DISPOSITIFS</b> .....  | 10 |
| 6.1. Mise en place de protocoles et incitation des praticiens libéraux à rédiger des prescriptions anticipées. ....                                | 10 |
| 6.2. Elaboration de procédures harmonisées entre les établissements.....   | 11 |
| 6.3. Formation continue des personnels de nuit soignant et non soignant de l'EHPAD.  | 12 |
| 6.4. Reconnaissance du rôle de l'IDE de nuit en EHPAD auprès des services hospitaliers et les acteurs de la permanence des soins ambulatoires..... | 12 |
| <b>7. UN DISPOSITIF SUJET A DE POTENTIELLES EVOLUTIONS</b> .....   | 12 |
| <b>8. MODALITES DE MISE EN OEUVRE</b> .....  | 12 |
| <b>9. FINANCEMENT ET MODELES ECONOMIQUES</b> .....   | 13 |
| 9.1. Financement.....  | 13 |
| 9.2. Modèle économique .....   | 13 |
| <b>10. Evaluations et indicateurs de suivi des dispositifs</b> .....   | 14 |
| 10.1. Une évaluation ex-ante .....   | 14 |
| 10.2. Le suivi et les indicateurs .....  | 14 |
| 10.3. Les évaluations.....   | 14 |
| <b>11. PROCEDURE DE L'APPEL A CANDIDATURES</b> .....   | 15 |
| 11.1. Publicité et modalités d'accès.....  | 15 |
| 11.2. Porteurs .....   | 15 |
| 11.3. Calendrier .....   | 15 |
| 11.4. Dossier de candidature et grille d'analyse .....   | 15 |
| 11.5. Modalités de réponse à l'appel à candidature .....   | 16 |

## 1. CONTEXTE

La gestion des problèmes de santé nocturnes repose, en première intention et dans une large majorité d'EHPAD, sur du personnel non médical (ex : AS), qui ne peut pas s'appuyer immédiatement sur l'avis du médecin traitant, du médecin coordonnateur, ou du personnel infirmier de l'EHPAD. Ce phénomène peut conduire à des hospitalisations inappropriées et/ou évitables<sup>1</sup>. Or, ces types d'hospitalisations ont des effets délétères pour les résidents tels que déclin fonctionnel, aggravation de la dépendance... De plus, ces hospitalisations inappropriées et/ou évitables induisent des dépenses de santé non négligeables.

Des résultats d'expérimentations de personnel infirmier (IDE) de nuit dans les EHPAD, indiquent que ces IDE améliorent le parcours de santé, la qualité de la prise en charge et les pratiques<sup>23</sup>. Ainsi, des travaux font état d'une réduction des hospitalisations non programmées des résidents d'EHPAD, du recours aux services des urgences et/ou au SAMU-centre15. Des résultats indiquent également une diminution de la durée d'hospitalisation et une amélioration de la prise en charge palliative<sup>2-3</sup>. Enfin, ces IDE de nuit permettent une réassurance des résidents, des familles et du personnel de nuit.

### 1.1. Mise en place et généralisation des dispositifs "IDE de nuit en EHPAD"

Compte tenu des effets positifs des dispositifs permettant l'intervention d'IDE de nuit en EHPAD, un plan triennal de financement a été mis en œuvre au niveau national en 2018 pour pérenniser les dispositifs existants et/ou mettre en place de nouveaux dispositifs. Ces financements ont été calibrés sur la base d'astreintes d'IDE de nuit mutualisés entre plusieurs EHPAD. En pratique, 36 millions d'euros (M€ : 10 M€ en 2018, 10 M€ en 2019 et 16 M€ en 2020) ont été consacrés en trois ans à la généralisation de ces dispositifs<sup>4</sup>.

La région Auvergne-Rhône-Alpes a bénéficié de 1,34 M€ en 2018 et 1,27 M€ en 2019. En 2020, pour la troisième et dernière tranche de financement, il est alloué à la région Auvergne-Rhône-Alpes une somme de 1,98 M€. Cependant, il faut retrancher à ce montant une somme de 0,74 M€ destinée à pérenniser les dispositifs ayant bénéficié d'un financement anticipé ponctuel en 2019. De ce fait, en 2020, *la dotation disponible pour financer de nouveaux dispositifs s'élève à 1,24 M€*.

Bien que les financements reposent sur un modèle d'astreinte, il a été laissé la possibilité aux ARS d'adapter les modalités de mise en œuvre concrète de ces dispositifs. Cette latitude permet de mieux prendre en compte, notamment, les spécificités territoriales (ex : nombre d'EHPAD sur un secteur géographique donné, capacité de mobilisation ou de recrutement des professionnels infirmiers) et l'hétérogénéité des dispositifs existants en termes organisationnels et interventionnels ainsi que leurs impacts respectifs.

Pour 2020, le cahier des charges a été revu par rapport à celui de l'an dernier. Les principales modifications concernent l'adjonction de critères de priorisation des candidatures destinés, d'une part, à respecter une équité de répartition interdépartementale des dispositifs et, d'autre part, à favoriser leur déploiement auprès du plus grand nombre d'EHPAD. C'est pourquoi, il sera privilégié, en première intention, les départements les plus faiblement dotés

<sup>1</sup> Note méthodologique et de synthèse documentaire : Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD. Haute Autorité de Santé (HAS), juillet 2015.

<sup>2</sup> Mutualisation d'IDE de nuit en EHPAD - Retour d'expériences des territoires PAERPA, ANAP, Avril 2019

<sup>3</sup> INSTRUCTION N°DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2018/121 du 15 mai 2018 relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

<sup>4</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_grandage-autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_grandage-autonomie.pdf).

(cf. § 11.4.2., p 16) et les candidatures qui respectent un coût annuel à la place (places d'hébergement permanent et temporaire) inférieur ou égal à 120 € (cf. § 9.2).

## 1.2. Principaux types de dispositifs "IDE de nuit en EHPAD"

Au niveau national, différents dispositifs "IDE de nuit en EHPAD" ont été mis en place. Ils reposent tous sur un socle commun : la mise à disposition d'*IDE mutualisés sur plusieurs EHPAD toutes les nuits de l'année*. Ces IDE peuvent intervenir auprès des résidents sur sollicitation des équipes des EHPAD partenaires afin d'éviter un appel au 15 ou au médecin de garde, et/ou un passage aux urgences non justifié. Les principaux modèles sont présentés ci-après.

### 1.2.1. Les astreintes d'IDE de nuit

L'IDE occupe son poste principal de jour et effectue des astreintes, selon un calendrier défini en amont, pendant une plage horaire de nuit. Lors de sa période d'astreinte l'agent, qui est la plupart du temps à son domicile, doit être en mesure d'intervenir sur sollicitation des équipes de nuit en EHPAD et auprès de tous les EHPAD bénéficiaires du dispositif. Dans ce type de dispositif, les motifs d'interventions sont essentiellement centrés sur les "situations d'urgences non vitales" (cf. § 4.1.).

Deux principaux types d'astreintes existent :

- ✓ *Astreintes de nuit d'IDE d'EHPAD*. Les IDE d'astreintes sont employés par un ou plusieurs EHPAD du dispositif. C'est le type de dispositif le plus largement déployé en France dans le cadre des 2 précédentes tranches de financement, notamment, en raison de son adéquation entre l'enveloppe allouée et son coût annuel à la place.
- ✓ *Astreinte d'un groupement d'IDE libéraux*. Le portage du dispositif par un groupement d'IDE libéraux peut permettre de mobiliser un grand nombre d'infirmiers disposant d'une expérience en gestion de situations inconnues, et ainsi de pallier d'éventuelles difficultés de mobilisation des IDE des EHPAD.

Une association de ces 2 types d'astreintes pourrait également être envisagée.

### 1.2.2. Les gardes d'IDE de nuit

L'IDE de garde occupe un temps plein de nuit. C'est la principale activité professionnelle de l'IDE. Comme dans le dispositif précédent, l'IDE intervient sur sollicitation des équipes de nuit et auprès de tous les EHPAD bénéficiaires du dispositif pour des "situations d'urgences non vitales". Dans certains dispositifs l'IDE peut également être mobilisé pour des interventions programmées.

La localisation des IDE de garde, les missions réalisées, le périmètre d'intervention (nombre de places d'EHPAD) et le coût annuel à la place peuvent être très différents. En pratique, les principaux types de garde sont :

- ✓ *Garde de nuit d'IDE postés en EHPAD*. Avec ce dispositif les IDE de garde effectuent un temps plein de nuit en EHPAD et interviennent le plus souvent pour des motifs d'urgences non vitales et des gestes programmés.
- ✓ *Garde de nuit d'IDE postés au CH*. L'IDE de garde occupe un temps plein de nuit dans un service hospitalier, par exemple au service des urgences. L'IDE intervient auprès de tous les EHPAD bénéficiaires du dispositif pour des "situations d'urgences non vitales", pour soulager des douleurs de fin de vie et pour réaliser dans l'EHPAD

les soins requis suite à l'admission d'un résident admis aux urgences. En général, son intervention est réglée par le médecin du SAMU-centre 15.

Des variantes à ces types de dispositif existent également. Par exemple, les porteurs des dispositifs peuvent être des services d'Hospitalisation A Domicile (HAD) ou des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) qui disposent d'une activité de nuit.

## 2. OBJECTIFS DE L'APPEL A CANDIDATURES

Les objectifs poursuivis par l'ARS ARA dans le cadre de cet appel à candidatures sont de pérenniser des dispositifs existants et/ou mettre en place de nouveaux dispositifs de présence d'infirmier (IDE) la nuit en EHPAD permettant :

- d'améliorer la qualité, la sécurité, la continuité des soins et la qualité de vie des résidents d'EHPAD,
- de réduire les hospitalisations non programmées inadaptées ou évitables,
- de diminuer le recours au médecin de garde et/ou au centre 15,
- de soutenir et accompagner les équipes de nuit présentes en EHPAD et rassurer les résidents ainsi que les familles,

Par ailleurs, un objectif de l'appel à candidatures est de disposer de données permettant, notamment, l'analyse des effets des IDE de nuit en EHPAD selon le mode organisationnel.

## 3. CRITERES D'ELIGIBILITE

L'appel à candidatures s'adresse à tout groupement d'EHPAD qui, en lien ou non avec le secteur sanitaire et/ou le secteur libéral, a mis en œuvre ou souhaite mettre en place un dispositif "présence d'IDE de nuit en EHPAD" respectant le présent cahier des charges et, notamment, les contraintes relatives :

- aux missions dévolues,
- au choix du mode organisationnel et aux contraintes y afférentes en termes d'interventions des IDE, de mutualisation entre EHPAD (nombre d'EHPAD adhérents au dispositif et nombre de places d'EHPAD couvertes),
- au fonctionnement du dispositif,
- à la couverture territoriale,
- à la formalisation de procédures, d'outils harmonisés,
- à la dynamique de coopération / co-construction entre les partenaires,
- aux règles budgétaires et au modèle économique.

Les différents types de dispositifs précités sont donc éligibles à cet appel à candidatures. Des variantes à ces modèles peuvent également être envisagées dès lors qu'elles répondent au cahier des charges. Il est à noter que des critères de priorisation seront pris en compte pour effectuer la sélection finale (cf. § 9.2 et 11.4.2).

## 4. MISSIONS DEVOLUES AUX IDE DE NUIT EN EHPAD

### 4.1. Missions principales

Les IDE de nuit en EHPAD doivent impérativement pouvoir intervenir pour "*situations d'urgences non vitales*", *dénommées également "situations d'urgence relatives"* telles que définies ci-après.

En dehors des urgences vitales ou estimées comme telles par le personnel de nuit en poste dans les EHPAD (cf. § 4.3.), l'IDE peut être amené à intervenir de façon imprévue. Dans ce cadre, l'intervention de l'IDE pourrait être bénéfique au résident. L'exemple type est le

problème médical nocturne pour lequel le personnel en fonction soit s'interroger sur la conduite à adopter, soit estime qu'un avis ou que l'intervention d'un IDE est nécessaire. Dans cette situation, l'IDE de nuit via l'observation, le recueil de données cliniques et les soins ou activités à visée diagnostique (pouls, tension, température...), l'analyse de la situation de soin et/ou une première estimation de l'état de santé d'une personne peut permettre d'apporter un premier avis sur l'urgence de la situation et/ou des informations essentielles au SAMU-centre15 ou aux services d'urgence.

Par ailleurs, en l'absence d'un médecin, l'IDE est habilité, après avoir reconnu la situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique à mettre en place des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable (art. R.4311-5 du Code de Santé Publique). L'intervention de l'IDE de nuit pourrait donc permettre de diminuer les hospitalisations non programmées inadaptées en favorisant la nuit, la « bonne orientation », au « bon moment », « au bon endroit » du résident en EHPAD victime d'un problème de santé.

Quelles que soient les modalités organisationnelles choisies, un personnel infirmier de nuit doit permettre la dispensation nocturne de soins et de traitements. La dispensation de traitement doit se réaliser sur la base de prescriptions médicales écrites et signées (prescriptions anticipées, prescription du médecin intervenant la nuit, protocoles médicaux) ce qui peut contribuer, notamment, à une meilleure prise en charge palliative de la douleur (morphiniques...). Dans le cadre de cet appel à candidature, *la prise en charge de la douleur des personnes en fin de vie est considérée comme une situation d'urgence non vitale et, de ce fait constitue une des missions des IDE.*

Dans certains modèles cette dispensation nocturne peut permettre de réaliser des interventions programmées. Ces interventions peuvent éviter des hospitalisations ou faciliter le retour à l'EHPAD en cas d'hospitalisation diminuant ainsi la durée de séjour.

Dans le cadre des dispositifs de garde de nuit au service des urgences, il est impératif que les *missions des IDE soient exclusivement dédiées aux personnes âgées et prioritairement aux résidents d'EHPAD (interventions dans les EHPAD, puis auprès des résidents d'EHPAD aux urgences) puis enfin aux personnes de 75 ans et plus.*

Une formalisation du rôle de l'IDE de nuit (ex : fiche de poste), réalisée en lien avec les équipes déjà présentes, est attendue. Le document établi devra indiquer que l'IDE de nuit assurera une réponse à toutes les sollicitations et devra se déplacer pour toute situation qui à la fois relève des missions décrites ci-dessus (sauf cas particulier empêchant la réponse et/ou l'intervention ; ex: maladies, intempéries...) et qui le nécessite.

#### **4.2. Autres missions**

Deux autres missions sont confiées aux IDE de nuit en EHPAD :

- ✓ *Proposer, participer et/ou mettre en œuvre toute disposition susceptible d'améliorer la continuité des soins et la pertinence de l'orientation nocturne des résidents.*
- ✓ *Remplir et/ou recueillir, en lien, notamment, avec les personnels en fonction la nuit, les données permettant l'évaluation du dispositif mis en place (cf. § 10.2.).*

#### **4.3. Missions exclues**

Les urgences vitales "évidentes" ou estimées comme telles par le personnel de nuit sont exclues du dispositif de recours à l'IDE de nuit. Elles requièrent de faire appel aux services

d'urgences dans les plus brefs délais et l'appel vers l'IDE ne doit pas entraîner de perte de chance. L'IDE de nuit sera donc informé dans un second temps.

De même, sauf cas exceptionnels, l'IDE de nuit n'a pas vocation à pallier le travail d'infirmiers exerçant le jour. Enfin, compte tenu des motifs d'interventions (cf. § 4.1.) et du périmètre interventionnel (cf. § 5.2.), elle ne doit pas remplacer le personnel de nuit (ex : AS, AMP, ASH), sauf cas très particulier qui devra être explicité dans la candidature.

## 5. MODALITES ORGANISATIONNELLES DES DISPOSITIFS IDE DE NUIT

### 5.1. Des dispositifs IDE de nuit en EHPAD fonctionnels 365 jours par an

Quelles que soient les modalités organisationnelles, les dispositifs devront permettre d'assurer *la présence quotidienne, 365 jours par an*, d'un IDE de nuit (hors absentéisme pour maladie et formation permanente).

### 5.2. Des dispositifs IDE de nuit mutualisés entre EHPAD géographiquement proches.

Un enjeu essentiel est que les dispositifs IDE de nuit soient déployés auprès du plus grand nombre d'EHPAD en respectant l'enveloppe totale allouée à l'issue du plan national.

Dans ce contexte, les retours des expérimentations sur les dispositifs IDE de nuit en EHPAD indiquent, qu'un personnel IDE de nuit peut, dans une très large majorité des cas, intervenir auprès de plusieurs EHPAD. De ce fait, sauf cas très particulier à expliciter, une *mutualisation entre plusieurs EHPAD du dispositif IDE de nuit est attendue*.

Par ailleurs, pour que le dispositif IDE de nuit soit efficace, il est nécessaire que ces IDE soient en capacité d'intervenir rapidement dans les différents établissements. Dans ce cadre, le périmètre géographique retenu est *un temps de trajet maximal pour l'IDE de nuit de 30-40 minutes* entre les établissements, y compris l'hiver.

L'association des 2 contraintes précitées (déployer ces dispositifs auprès d'un maximum de résidents et sur un périmètre géographique proche) suppose donc *une approche territoriale*. Cette approche territoriale doit primer par rapport aux autres considérations (ex: intégration préférentielle d'EHPAD appartenant au même organisme gestionnaire). Par ailleurs, elle impose de s'assurer que, sur le territoire considéré, des EHPAD ne se retrouveront pas isolés et dans l'incapacité d'intégrer un futur dispositif d'IDE de nuit. Dans certains cas, cela peut justifier l'extension du temps de trajet entre établissements. Enfin, pour des territoires limitrophes d'un autre département (de la région ARA), il peut être envisagé des dispositifs trans-départementaux.

### 5.3. Calibration des dispositifs IDE de nuit par rapport au nombre de résidents et aux types d'interventions.

Les retours expérimentiels indiquent que, selon le type de dispositif, les capacités d'interventions des IDE sont différentes.

#### 5.3.1. L'astreinte de nuit d'IDE d'EHPAD :

C'est le modèle qui répond le mieux aux objectifs de déploiement auprès du plus grand nombre d'EHPAD. Il peut être adapté aux problématiques rurales ou urbaines. Toutefois, pour être soutenable sur le long terme - l'IDE d'astreinte de nuit ayant déjà effectué une

journée de travail - le nombre de sollicitation et d'intervention nocturne ne doit pas dépasser un certain seuil.

Les retours d'expérience indiquent que pour des *interventions centrées sur les situations d'urgences non vitales, un dispositif d'astreinte peut couvrir 350-500 places d'hébergement permanent (HP) et temporaire (HT)*. Ce cadre (motifs d'interventions et nombre de places d'EHPAD) est à considérer prioritairement quand c'est possible. *Ce modèle est le modèle de choix, quand la densité d'EHPAD sur un secteur géographique n'atteint pas ce seuil*. Toutefois, dans ce cas, il peut être envisagé d'étendre les motifs d'interventions à des gestes programmés. Enfin, les urgences non vitales requérant une intervention rapide, le domicile de l'IDE doit être proche des EHPAD.

### 5.3.2. Les dispositifs basés sur la garde de nuit d'IDE :

Les dispositifs basés sur la garde d'IDE, notamment ceux reposant sur le recrutement de personnel (ex : garde de nuit d'IDE postés au CH ou en EHPAD), présentent un coût plus élevé que le précédent modèle mais avec des capacités d'interventions très supérieures. Par conséquent, pour respecter le modèle économique cible ( $\leq 120$  €), il est nécessaire d'augmenter le nombre places d'hébergement (permanent et temporaire) à couvrir.

Dans ce cadre, quand les missions dévolues aux IDE sont centrées sur des "situations d'urgences non vitales" et pour soulager des douleurs de fin de vie, les retours d'expériences indiquent qu'*un dispositif peut couvrir plus de 2 000 places d'HP d'EHPAD*. Dans ces conditions, cette approche respecte le modèle économique cible. Elle a essentiellement été utilisée par les dispositifs de type "*garde d'IDE postés au service des urgences*". Cependant, elle ne leur est pas réservée. La principale limite est la forte densité d'EHPAD nécessaire à sa mise en place.

Pour optimiser l'efficacité des dispositifs, il peut également être envisagé d'élargir les missions dévolues aux IDE à des actes programmés. Toutefois, cette seule modalité ne permet pas de répondre au modèle économique cible. En effet, les retours d'expériences indiquent que, pour ces missions, de l'ordre de 800 places d'hébergement permanent (HP) peuvent être couvertes par un dispositif, ce qui représente un coût annuel à la place généralement supérieur ou égal à 200 €. En conséquence, il est nécessaire de recourir à une augmentation du nombre de places d'EHPAD à couvrir et à une limitation des actes programmés (ex : que certains actes).

Enfin, il est également possible de dédier *aux EHPAD un pourcentage d'une activité d'IDE de nuit de garde*. Ce modèle a été proposé par des structures qui disposent déjà d'IDE de nuit (ex: HAD, SSIAD de nuit) dont une part de leur activité peut être réservée à un dispositif "IDE de nuit en EHPAD". Le nombre de places d'EHPAD pouvant être couvertes sera alors essentiellement fonction du temps disponible de l'IDE dans le cadre de son activité "classique".

## 5.4. Choix du mode d'organisation

Le choix d'un mode d'organisation est un élément prépondérant qui requiert de prendre en compte de nombreux paramètres. Ainsi, il doit à la fois être en capacité de répondre aux besoins des résidents, de s'adapter aux spécificités territoriales en termes, notamment, de nombre d'EHPAD sur un secteur géographique restreint, de capacité de mobilisation ou de recrutement d'IDE au sein des EHPAD, de ressources en IDE...

Le mode d'organisation du travail de l'IDE devra être exposé précisément dans la candidature (garde ou astreinte, nombre d'IDE, recrutement de personnel ou non, rotation du personnel, horaires, organisation semaine et week-end, implication ou non des IDE des EHPAD partenaires, de prestataires...). Il devra également être précisé le nombre total, la raison sociale, la localisation des EHPAD partenaires ainsi que leur nombre de places d'Hébergement permanent et temporaire.

#### 5.4.1. Modes d'organisation du dispositif IDE de nuit possibles.

Comme évoqué précédemment, 2 principaux régimes de travail peuvent être utilisés : *l'astreinte ou la garde*. Ces régimes de travail peuvent conduire soit *au recrutement d'IDE de nuit*, soit à *l'emploi du personnel IDE déjà en fonction* et qui vont ou non effectuer des rotations entre du travail de jour et de nuit sous la forme de gardes ou d'astreintes de nuit.

Les IDE de nuit peuvent être salariés de différentes structures :

- ✓ *Du porteur* (il s'agit d'une structure médico-sociale du secteur personne âgée et le destinataire unique des financements relatifs aux dispositifs "IDE de nuit en EHPAD"). Dans ce cadre, le porteur d'un dispositif peut donc être un EHPAD ou un SSIAD ;
- ✓ *D'EHPAD partenaires* du dispositif (ex : IDE volontaires des différents EHPAD partenaires effectuant une astreinte ou une garde à tour de rôle). Remarque : un SSIAD peut également être considéré comme partenaire, s'il n'est pas "porteur" ;
- ✓ *Un ou plusieurs prestataires* (le prestataire étant une structure distincte d'un EHPAD et d'un SSIAD qui assure la prestation "IDE de nuit" pour les EHPAD du dispositif). Le prestataire peut être un établissement de santé, un groupement d'infirmiers libéraux... ;
- ✓ *Une combinaison de différents employeurs* (ex : IDE du porteur les jours ouvrés et IDE des EHPAD partenaires le dimanche et les jours fériés).

En conséquence le dispositif IDE de nuit pourra s'appuyer sur les ressources du territoire en IDE et, notamment, des EHPAD, des SSIAD, des centres hospitaliers, etc.

*Si tous les personnels IDE de nuit participant au dispositif ne sont pas employés directement par le porteur, une convention devra être établie entre le porteur et chacun des employeurs (EHPAD partenaires et/ou prestataires). Cette convention précisera, notamment, les montants et leurs modalités de versement, les modalités d'exécution de l'action, les obligations du contractant, le suivi et le contrôle de l'action.*

De plus, elle devra tenir compte des points suivants :

- ✓ *si des IDE des partenaires participent*, il doit être envisagé un mode de financement qui permette d'éviter qu'il existe, au sein d'un même dispositif, des rémunérations différentes selon le statut de l'employeur (ex: rémunération forfaitaire par le porteur ou rémunération différenciée par le porteur des astreintes et des "actes" effectués par les IDE).
- ✓ *si des IDE de prestataires sont mobilisés*, la convention précisera le mode de financement du prestataire (ex : rémunération forfaitaire ou rémunération différenciée de l'astreinte et de l'acte de l'IDE) et que ce financement sera du ressort exclusif du porteur pour tous les EHPAD inclus dans le dispositif. La réglementation, notamment, celle relative aux "prestations extérieures" par les EHPAD devra être respectée.

#### 5.4.2. Prendre en compte les besoins des résidents

Prendre en compte les besoins des résidents suppose d'*identifier les besoins en soins de nuit, les difficultés rencontrées et les motifs de recours aux dispositifs de permanence des soins ambulatoires, au SAMU-Centre15 et aux urgences*. Cette identification peut être réalisée sur la base des dossiers médicaux des résidents, du suivi des hospitalisations non programmées, des retours d'hospitalisations.... Une réflexion spécifique est également à mener sur les soins palliatifs.

Ces données pourront être utilisées pour objectiver les besoins en IDE de nuit, choisir le modèle organisationnel, pour calibrer le dispositif (nombre de places d'EHPAD), pour mettre en place des protocoles, pour développer des procédures...

Elles pourront également être utiles pour établir des collaborations avec *les services de l'hôpital de proximité* (services des urgences, de gériatrie, de soins palliatifs, équipes mobiles, HAD) *et avec les acteurs de la permanence des soins ambulatoires* (cf. § 6.4.).

#### 5.4.3. Prendre en compte la ressource en IDE.

Prendre en compte la ressource en IDE est *un élément prépondérant car les échecs de mise en place répertoriés sont essentiellement liés à ce paramètre.*

Ainsi, il a été constaté, sur certains territoires, des difficultés de recrutement des personnels infirmiers de nuit du fait d'une "pénurie" et/ou d'une moindre attractivité du travail de nuit. Cependant ces propos sont peut-être à nuancer car le caractère non pérenne des expérimentations qui a conduit à des recrutements sous forme de contrats à durée déterminée, peut également être incriminé.

Il a également pu être observé des difficultés de mise en place du dispositif quand le mode d'organisation était basé soit sur le report d'IDE de jour pour assurer une présence de nuit soit sur des astreintes en plus de la présence de jour. En effet, certains établissements ont été confrontés à des difficultés avec une carence d'IDE volontaires parmi le personnel des EHPAD (travail de nuit et rémunération remis en cause) et à la gestion d'un planning plus complexe : absentéisme, congés, répercussions sur le planning de jour (gestion des temps de repos et réorganisation du planning).

Par conséquent, la sélection d'un mode d'organisation doit résulter d'une analyse fine du contexte local, notamment en termes de capacité de recrutement ou de mobilisation du personnel infirmier. Elle doit également respecter la législation relative au temps de travail.

## **6. FACTEURS DE REUSSITE POUR METTRE EN PLACE ET PERENNISER LES DISPOSITIFS**

Ce type de dispositif requiert un engagement important de la part des participants. Une formalisation rigoureuse et une communication régulière auprès des différentes parties prenantes mobilisées apparaissent comme des leviers essentiels de succès et de pérennité pour les dispositifs.

Dans ce cadre, et bien que l'implication du porteur soit décisive dans la dynamique du projet, il semble nécessaire que les directions, les médecins coordonnateurs et les IDE des différentes structures impliquées participent à élaborer ensemble ce dispositif de manière, notamment, à mettre en place des procédures harmonisées entre établissements et établir des conventions de partenariat (§ 6.2.).

Pour confirmer la volonté des différents partenaires d'entrer dans le dispositif, les conventions établies entre les différents acteurs et/ou les lettres d'intention devront être annexées à la candidature.

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

La dispensation de traitement par les IDE de nuit ne peut être effectuée que si les médecins libéraux intervenants dans ces établissements rédigent des prescriptions anticipées et/ou si

des protocoles médicaux sont établis. Dans ce cadre, l'implication des médecins coordonnateurs, des IDE et des médecins libéraux, est essentielle.

## **6.2. Elaboration de procédures harmonisées entre les établissements.**

Cette formalisation doit permettre de sécuriser, organiser et cadrer l'intervention de l'IDE de nuit dans tous les EHPAD concernés par le dispositif IDE de nuit. Quand le périmètre d'intervention comprend des interventions programmées, elle doit également permettre une coordination efficace avec l'équipe médico-sociale de jour.

- ✓ *guider l'IDE de nuit dans sa gestion des problèmes de santé (hors urgence vitale).* La place de l'IDE de nuit dans la gestion des problèmes de santé est un point essentiel. Elle est à définir en fonction du type de problème, du degré estimé d'urgence, du mode d'organisation et du contexte territorial (ex : effectivité ou non d'une permanence des soins ambulatoires, éventuel accord du médecin traitant du résident d'être contacté...). A ce titre, la collaboration avec les services hospitaliers (SAMU-centre15, service des urgences, gériatres...) et le personnel de permanence des soins ambulatoires peut apporter une importante plus-value pour cadrer le périmètre d'intervention, définir les procédures à mettre en place, objectiver les moyens nécessaires (ex : dotation en soins urgents) et articuler les différents acteurs. Pour guider l'intervention de l'IDE de nuit, il est utile de mettre à disposition ou d'élaborer des outils d'aide à la décision et à l'orientation (guides, protocoles...). Dans ce cadre, il faut souligner l'existence du livret dénommé "*Prise en charge des résidents d'EHPAD en situation d'urgence*" et d'un programme de formations à destination des EHPAD développé par les réseaux des urgences de la région ARA et soutenu par l'ARS<sup>5</sup>.
- ✓ *guider les équipes en poste de nuit en définissant les motifs et modalités de recours à l'IDE de nuit.* Il s'agit de guider les équipes en poste de nuit (AS, AMP ou ASH) pour que, face à un problème de santé, elles effectuent la meilleure orientation du résident dans les meilleurs délais au bon endroit. Comme pour les IDE de nuit, des outils d'aide à la décision et à l'orientation sont utiles.
- ✓ *connaître les établissements partenaires, le système d'information, les dossiers patients, l'organisation de la pharmacie...* Cette connaissance est une étape préalable qui conditionne l'efficacité de l'IDE de nuit. Pour que cette connaissance perdure, l'IDE de nuit devra régulièrement passer dans les établissements inclus dans le projet, même si aucune sollicitation n'a été formulée.
- ✓ *déterminer les moyens d'intervention de l'IDE de nuit* (ex : mise à disposition d'un véhicule, 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...). Il doit également être prévu la dotation en soins urgents. Cette dotation est à établir au regard des protocoles médicaux. A ce titre, une réflexion devra également être menée sur d'éventuelles dotations en lien avec une demande d'actes infirmiers par le SAMU-centre 15 lors d'urgences (à établir en lien avec les services concernés). Le dossier médical du résident et le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) devront être à jour, bien détaillés, et accessibles au personnel travaillant de nuit.
- ✓ *organiser les coordinations entre les équipes médicales des EHPAD et l'IDE de nuit.* Ce point est plutôt réservé aux interventions programmées et peut concerner la problématique de la gestion de la douleur de fin de vie. Dans ce cadre, l'organisation des transmissions de chacune des équipes médicales des établissements partenaires vers l'IDE de nuit et le retour des IDE de nuit vers les équipes médicales est un aspect

---

<sup>5</sup> Document téléchargeable à partir du lien suivant : [https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2020-02/2020\\_Guide\\_EHPUR\\_web.pdf](https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2020-02/2020_Guide_EHPUR_web.pdf)

important du dispositif. Cette organisation doit permettre de répondre aux questions : Qui transmet à l'IDE de nuit ?, Quand et Où s'effectuent ces transmissions ?, Comment s'effectuent ces transmissions (appel téléphonique, déplacement systématique, consignation dans le dossier patient, fiche d'appel type...)...

### **6.3. Formation continue des personnels de nuit soignant et non soignant et du personnel de jour de l'EHPAD.**

Pour le personnel de nuit, cette formation continue concourt à une meilleure gestion et prise en charge des problèmes de santé. Pour le personnel de jour, la formation continue est prépondérante pour repérer les situations à risque à transmettre à l'IDE de nuit (cas ou les dispositifs intègrent des interventions programmées). Dans ce cadre, il est à noter que des formations destinées à apporter une aide à la décision diagnostique, thérapeutique et d'orientation du résident d'EHPAD en situation d'urgence sont mises en place à partir de cette année pour une durée de 3 ans par les réseaux des urgences de notre région.

Enfin, l'organisation de temps d'échanges entre le personnel de jour et de nuit peut contribuer à faire évoluer les pratiques et aboutir à une meilleure coordination voire à une amélioration de la qualité de la prise en charge.

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

Pour être le plus efficace possible, le dispositif IDE de nuit en EHPAD doit être connu des services hospitaliers (surtout du SAMU-centre15) et des acteurs de la permanence des soins ambulatoires en termes :

- ✓ de missions dévolues au personnel IDE de nuit et de moyens dont il bénéficie ;
- ✓ de mode de recours (par exemple pour organiser un retour d'hospitalisation) ;
- ✓ d'EHPAD qui bénéficient de ce dispositif.

Ainsi, pour le SAMU-centre15 et les services des urgences, cette connaissance peut permettre une prise en charge par l'IDE de nuit sur la base de prescriptions et éviter un passage aux urgences. Pour les autres services hospitaliers (ex: gériatrie), cette connaissance peut permettre de réduire la durée de séjour à l'hôpital (cas des dispositifs comportant des gestes programmés).

Bien évidemment, l'implication de ces professionnels en amont de la mise en place du dispositif est à privilégier car elle peut, notamment, concourir à un meilleur cadrage du projet et une meilleure coordination des acteurs.

## **7. UN DISPOSITIF SUJET A DE POTENTIELLES EVOLUTIONS**

Le dispositif IDE de nuit est vraisemblablement destiné à évoluer dans les prochaines années en lien, notamment, avec les réformes en matières de *télémédecine*, *d'activités et de compétences des infirmières (Infirmières de Pratiques avancées : IPA)* ou des Aides-soignantes, ou avec les expérimentations liées aux innovations organisationnelles (art. 51 de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018).

## **8. MODALITES DE MISE EN OEUVRE**

Le dispositif devra être opérationnel *en février 2021* et l'ARS devra être informée de sa mise en œuvre (délégation départementale et messagerie : [ars-ara-da-qualite@ars.sante.fr](mailto:ars-ara-da-qualite@ars.sante.fr))

Un calendrier prévisionnel de lancement de l'activité intégrant l'information et/ou des temps d'échanges avec les différents acteurs (EHPAD partenaires, personnels des EHPAD, médecin libéraux intervenant en EHPAD, SAMU-centre15, acteurs de la PDSA) peut être utile.

## 9. FINANCEMENT ET MODELE ECONOMIQUE

### 9.1. Financement

Les fonds mobilisés pour le déploiement des dispositifs IDE de nuit en EHPAD seront versés depuis l'ONDAM médico-social relatif aux personnes âgées à une **structure porteuse unique appartenant impérativement à une catégorie d'établissement ou de service médico-social du secteur personne âgée (donc EHPAD ou SSIAD) identifié par les acteurs du projet**. Ces fonds peuvent couvrir tout ou partie du budget nécessaire à la mise en œuvre du dispositif.

Comme la structure porteuse sera le destinataire unique des financements, les EHPAD partenaires inclus dans le dispositif candidat devront pouvoir bénéficier des **interventions du personnel IDE de nuit à titre gratuit** quel que soit le mode d'organisation retenu (ex : implication d'un prestataire, participation des EHPAD partenaires...). Enfin, comme précisé dans le paragraphe 5.4.1, quand **tous les personnels IDE de nuit participant au dispositif ne sont pas employés directement par le porteur, une convention devra être établie entre le porteur et chacun des employeurs (EHPAD partenaires et/ou prestataires)**.

### 9.2. Modèle économique

Un enjeu essentiel est que les dispositifs IDE de nuit soient déployés auprès du plus grand nombre d'EHPAD en respectant l'enveloppe totale allouée à l'issue du plan national triennal.

Dans ce contexte, sur la base du type de dispositif, du nombre de résidents que peut couvrir un dispositif et des financements accordés, un modèle économique préférentiel a été défini sur la base de "frais de personnels" (coût d'une astreinte 365 jours /an ou coût d'une garde nécessitant 2,4 ETP d'IDE confirmés, d'indemnités pour travail de nuit à raison de 10h par nuit et pour travail les dimanches et jours fériés), de frais liés aux déplacements, au téléphone portable, à l'assurance...

**Coût annuel à la place d'HP\* et HT\*\***

**≤ 120 €**

HP\* = Hébergement permanent ; HT\*\* = Hébergement temporaire.

Toutefois, comme ce type d'approche ne prend pas en compte d'éventuelles spécificités de certains EHPAD (pathologies de certains résidents, niveau de dépendance...) ou territoriales, une légère souplesse pourrait être envisagée.

A titre d'information, la majorité des dispositifs basés des astreintes sont compris entre 62 et 100 € annuel à la place.

Dans ce cadre, il appartient à chaque structure porteuse de préciser les besoins financiers au regard du mode d'organisation du travail de l'IDE sélectionné, lui-même fonction de nombreux paramètres tels que les besoins estimés des résidents, du nombre de lits d'établissements concernés, etc... Ces besoins financiers devront être détaillés dans la candidature (personnels, frais de déplacements, assurances transports et interventions ...).

## 10. Evaluations et indicateurs de suivi des dispositifs

L'effectivité de la mise en place du dispositif, du recours au dispositif par les différents établissements partenaires, l'activité des IDE de nuit et les effets du dispositif seront suivis et évalués régulièrement comme suit :

### 10.1. Une évaluation ex-ante

*Pour les projets*, un état des lieux préalable à l'implantation du dispositif IDE de nuit est attendu. Il est à réaliser sur une période de 3 mois. Il recensera pour chacun des établissements impliqués dans le projet :

- ✓ le descriptif quantitatif et qualitatif du « public » concerné ;
- ✓ les hospitalisations non programmées de jour et de nuit (nombre, motifs, période diurne ou nocturne, durée des hospitalisations) ;
- ✓ les décès qui ont eu lieu dans et hors de chacun des établissements.

*Pour les dispositifs existants*, un état des lieux est également attendu. Il est à établir préférentiellement sur une période de 1 an. Si les données sur cette période ne sont pas disponibles, il est demandé de recueillir des données sur une période minimale de 3 mois. Cet état des lieux comportera, *a minima* :

- ✓ une information quant au fonctionnement du dispositif (missions dévolues aux IDE, mode organisationnel, fonctionnement 365/an ou non, astreinte ou garde, nombre d'IDE, nombre d'EHPAD et nombre de places HP et HT, type de financement, durée du financement) ;
- ✓ pour chacun des établissements partenaire, la quantification des hospitalisations non programmées de jour et de nuit (nombre, motifs, période diurne ou nocturne, durée des hospitalisations) ainsi que les décès qui ont eu lieu dans et hors des établissements ;
- ✓ pour chacun des établissements partenaires, le nombre de sollicitations pour activer le dispositif (établissement appelant, motifs, heure, données liées au résident) et les réponses apportées par l'IDE.

### 10.2. Le suivi et les indicateurs

Durant la première année, le suivi sera organisé sur la base de remontées semestrielles. Par la suite, le suivi sera annuel. Ce suivi concerne :

- ✓ Des indicateurs relatifs à la mise en place du dispositif, (ou son maintien) et ses éventuelles évolutions/adaptations (date de mise en place opérationnelle du dispositif, nombre d'EHPAD concernés, adaptation du dispositif...) ;
- ✓ Des indicateurs relatifs aux hospitalisations, aux durées de séjour, aux retours d'hospitalisation et aux décès dans et hors de chacun des établissements ;
- ✓ Un suivi au fil de l'eau tracé dans un tableau de bord fourni par l'ARS et à remonter permettant de caractériser :
  - les appels pour activer le dispositif (établissement appelant, motifs, heure, données liées au résident) ;
  - les réponses apportées par l'IDE (conseils téléphoniques, déplacements, gestes techniques réalisés, appel à la permanence des soins, au service des urgences, temps requis, hospitalisation) ;

Un rapport d'activité annuel viendra compléter les indicateurs recensés dans les tableaux de bord ANAP.

### 10.3. Les évaluations.

Une revue régionale de chaque dispositif sera réalisée, notamment, sur la base des rapports et indicateurs transmis. *La poursuite de l'organisation mise en œuvre pourra être revue en fonction de l'atteinte des indicateurs définis (cf. § 10.2) et des réformes susceptibles de faire évoluer le dispositif IDE de nuit en EHPAD (cf. § 7.).*

Dans ce cadre, la restitution à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes de tout ou partie des financements accordés pourra également être demandée dans le cas *de non mise en place du dispositif IDE de nuit*. De même, l'interruption des financements sera envisagée en cas *de mise en place partielle et/ou non conforme par rapport au dossier de candidature sélectionné*.

## 11. PROCEDURE DE L'APPEL A CANDIDATURES

### 11.1. Publicité et modalités d'accès

L'appel à candidatures fait l'objet d'une publication sur le site internet de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

### 11.2. Porteurs

Compte tenu des règles budgétaires, le financement sera accordé à une **structure porteuse unique appartenant impérativement à une catégorie d'établissement ou de service médico-social du secteur personne âgée (donc EHPAD ou SSIAD) identifié par les acteurs du projet.**

### 11.3. Calendrier

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Appel à candidature :  | 10 juillet 2020            |
| Délai pour le dépôt des dossiers :   | 18 septembre 2020 (minuit) |
| Instruction des candidatures et décision :   | octobre 2020               |
| Préparation des conventions et financement :   | novembre 2020              |
| Opérationnalité du dispositif :  | février 2021 dernier délai |
| Contrôle de la mise en œuvre du dispositif et de son effectivité dans les établissements partenaires : | <i>bilan annuel.</i>       |

### 11.4. Dossier de candidature et grille d'analyse

#### 11.4.1. Contenu du dossier de candidature

Un modèle de dossier de candidature est à compléter par le porteur. En pratique, ce dossier de candidature se compose d'une première partie qui permettra de détailler le dispositif proposé et de vérifier sa cohérence avec le cahier des charges. La seconde partie concerne la demande de financement proprement dite.

#### 11.4.2. Grille d'analyse et critères de sélection

Complétude du dossier : il conditionne la recevabilité du dossier proposé par le promoteur et déclenche le processus d'instruction. Afin de respecter l'équité, aucune pièce complémentaire ne sera demandée. Les dossiers déclarés incomplets ne seront pas instruits.

Prise en compte du cahier des charges : L'instruction des dossiers s'attachera en premier lieu à vérifier l'adéquation du dossier déposé par rapport au cahier des charges, notamment, en termes des missions dévolues à l'IDE de nuit, des modalités organisationnelles (ex : mutualisation entre établissements, fonctionnement 365 jours/an, du nombre de places d'hébergement couvert par un dispositif), concertation / coordination entre acteurs, mise en place des procédures harmonisées ... Une attention particulière sera portée sur la réflexion territoriale menée et le respect du modèle financier. Cette instruction effectuée au moyen d'une grille d'analyse permettra de caractériser les points positifs, les points de vigilances, les interrogations, les recommandations, et ainsi de fournir un avis global (défavorable, plutôt défavorable, plutôt favorable, favorable, très favorable).

Critères de sélection : Le coût de l'ensemble des dispositifs sélectionnés ne pourra excéder la somme dévolue aux dispositifs IDE de nuit en EHPAD. Dans ce cadre, il est rappelé que la somme disponible en 2020 pour mettre en place de nouveaux dispositifs s'élève à 1,24 Million d'€. Pour respecter cette contrainte financière, une sélection sera effectuée sur la base de la qualité de la candidature (estimée par l'avis global déterminé à l'issue de la procédure d'instruction), et de critères de priorisation.

Une des priorités sera d'obtenir une certaine équité de répartition géographique des dispositifs. Dans ce cadre, sur la base des niveaux actuels de couverture et des sommes consommées au niveau des départements, 3 niveaux de priorités seront considérés :

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| <b>Priorité Haute</b>   | Taux de couverture départementale faible * | Cantal, Savoie, Ain, Isère               |
| <b>Priorité Moyenne</b> | Taux de couverture départementale moyen *  | Rhône, Haute-Savoie, Puy de Dôme, Allier |
| <b>Priorité Basse</b>   | Taux de couverture départementale élevé *  | Haute-Loire, Ardèche, Loire, Drôme       |

\* Taux de couverture départementale = pourcentage de places d'hébergement permanent et temporaire couverts par les dispositifs IDE de nuit pour chaque département

Une attention particulière sera également portée aux dossiers présentés sur des territoires où les services des urgences sont considérés comme particulièrement sous tension.

Enfin, si le processus précité n'est pas suffisant pour sélectionner les dispositifs, il sera pris en compte, le coût du dispositif, le nombre de lits où l'IDE sera susceptible d'intervenir, le PMP et GMP moyen des établissements partenaires, le niveau de maturité des projets et les données relatives à l'état des lieux s'il a pu être effectué.

### **11.5. Modalités de réponse à l'appel à candidature**

Les dossiers de candidature complets devront être adressés, au plus tard le **18 septembre 2020 à minuit**, par voie électronique à l'adresse suivante : [ars-ara-da-qualite@ars.sante.fr](mailto:ars-ara-da-qualite@ars.sante.fr)

Les informations relatives au présent appel à candidature sont publiées sur le site internet de l'agence [www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr](http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr) dans la rubrique appel à candidature.

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](mailto:martial.dangin@ars.sante.fr)

☎ : 04.81.10.60.92