

Cahier des Charges 2018 de l'appel à candidatures

Dispositif "Présence d'un personnel infirmier la nuit en EHPAD"

SOMMAIRE

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'APPEL A CANDIDATURES	3
1.1. Contexte	3
1.2. Objectifs de l'appel à candidatures	3
2. CAHIER DES CHARGES	4
2.1. Missions dévolues aux IDE de nuit en EHPAD	4
2.1.1. Mission principale	4
2.1.2. Autres missions dévolues aux IDE de nuit en EHPAD	5
2.1.3. Missions exclues	5
2.2. Modalités organisationnelles du dispositif IDE de nuit	5
2.2.1. Un dispositif IDE de nuit en EHPAD fonctionnel 365 jours par an	5
2.2.2. Des dispositifs IDE de nuit respectant une approche territoriale et, si possible, un périmètre interventionnel de 300-500 places d'hébergement permanent	5
2.2.3. Prendre en compte les besoins des résidents pour sélectionner le mode d'organisation ..	6
2.2.4. Choix des modes d'organisation du dispositif IDE de nuit.	7
2.3. Facteurs de réussite pour organiser les missions de l'IDE de nuit en EHPAD	8
2.3.1. Mise en place de protocoles et incitation des praticiens libéraux à rédiger des prescriptions anticipées.	8
2.3.2. Elaboration de procédures harmonisées entre les établissements partenaires.	8
2.3.3. Formation continue du personnel de jour de l'EHPAD et des personnels de nuit soignant et non soignant.	9
2.3.4. Reconnaissance du rôle de l'IDE de nuit en EHPAD auprès des services hospitaliers et les acteurs de la permanence des soins ambulatoires.	10
2.4. Un dispositif sujet à de potentielles évolutions	10
2.5. Modalités de mise en œuvre	10
2.6. Modèle économique de chaque organisation	10
2.7. Evaluations et indicateurs de suivi des dispositifs	11
2.7.1. Une évaluation ex-ante	11
2.7.2. le suivi et les indicateurs	12
2.7.3. Les évaluations	12
3. PROCEDURE DE L'APPEL A CANDIDATURES	12
3.1. Publicité et modalités d'accès	12
3.2. Porteurs	13
3.3. Calendrier	13
3.4. Dossier de candidature et grille d'analyse	13
3.4.1. Contenu du dossier de candidature	13
3.4.2. Grille d'analyse et critères de sélection	13
3.5. Modalités de réponse à l'appel à candidature	14

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'APPEL A CANDIDATURES

1.1. Contexte

La gestion des problèmes de santé nocturnes repose, dans une très large majorité d'EHPAD, sur du personnel non médical (ex : AS / ASH), qui ne peut pas s'appuyer sur l'avis du médecin traitant, du médecin coordonnateur, ou des infirmières de l'EHPAD. Ce phénomène peut conduire à des hospitalisations inappropriées et /ou évitables¹. Or, ces types d'hospitalisations ont des effets délétères pour les résidents. En effet, il est bien décrit que les hospitalisations représentent, pour les résidents, une source de déstabilisation, de déclin fonctionnel et d'aggravation de la dépendance². De plus, ces hospitalisations inappropriées et/ou évitables concourent à un engorgement des urgences et 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 pratiques³. 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. Enfin, ces IDE de nuit permettent une réassurance des résidents, des familles et du personnel de nuit.

Dans ce contexte, au titre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, une enveloppe de 1,3 millions d'euros a été allouée au niveau régional afin de financer la première tranche d'un plan pluriannuel de mise en place d'astreintes d'IDE de nuit dans les EHPAD. Ces financements ont vocation à pérenniser des dispositifs expérimentaux existants et/ou mettre en place de nouveaux dispositifs. Ils doivent également permettre une évaluation plus détaillée de l'impact de ces dispositifs³.

Enfin, bien que ces financements aient été calibrés selon l'hypothèse d'un financement d'astreintes d'IDE de nuit dans les EHPAD, il a été laissé aux ARS la possibilité d'adapter les modalités de mise en œuvre concrète de ces dispositifs, par exemple : la garde sur place. Cette latitude est, notamment, liée :

- à l'hétérogénéité des dispositifs existants (astreinte à domicile ou garde sur place),
- à l'insuffisance de données permettant de comparer l'impact et l'efficacité des différents types de dispositifs,
- aux différences territoriales en termes de capacité de mobilisation ou de recrutement des professionnels infirmiers,
- à des différences de besoins selon la population accueillie (ex : une astreinte qui se déplace toutes les nuits, plusieurs fois par nuit pour un même établissement pourrait justifier d'une garde sur place).

1.2. Objectifs de l'appel à candidatures

Pérenniser des dispositifs existants et/ou mettre en place de nouveaux dispositifs de présence d'infirmier(e) la nuit en EHPAD sous la forme d'astreinte à domicile ou de garde sur place permettant d'assurer un premier niveau de médicalisation la nuit dans ces

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

² Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée: une vie de mouvements...Etude épidémiologique descriptive en EHPAD. Roland Y. Toulouse: Toulouse Gérontopôle; 2010.

³ 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

établissements. Trois effets majeurs sont attendus de la mise en œuvre de ce premier niveau de "médicalisation" la nuit :

- ✓ améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge nocturnes, notamment, en sécurisant les équipes, en réalisant des soins appropriés si nécessaire et en contribuant à la formation des personnels de nuit en EHPAD ;
- ✓ améliorer l'orientation des résidents aux horaires nocturnes en contribuant à mieux déceler les situations à risques, favoriser le recours au SAMU-centre15 le cas échéant et éviter les hospitalisations inappropriées en urgence ;
- ✓ diminuer le nombre de journée d'hospitalisation des résidents d'EHPAD et sécuriser leur prise en charge en sortie d'hospitalisation.

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.

2. CAHIER DES CHARGES

Le cahier des charges décrit ci-dessous a été établi, notamment, au regard des retours des différentes expérimentations menées sur le territoire national; retours qui ont fait l'objet d'un rapport publié en annexe de la circulaire budgétaire médico-sociale 2018³.

L'appel à candidatures s'adresse aux dispositifs "présence d'IDE de nuit en EHPAD" déjà existants ou à mettre en place.

2.1. Missions dévolues aux IDE de nuit en EHPAD

Le périmètre interventionnel des IDE de nuit en EHPAD doit être en adéquation avec les effets attendus de ce dispositif (cf. § 1.2.).

2.1.1. Mission principale

Quelles que soient les modalités organisationnelles choisies, les IDE de nuit en EHPAD doivent impérativement pouvoir intervenir pour améliorer :

- ✓ *la qualité et la sécurité des soins la nuit* : La présence d'un personnel infirmier de nuit permet 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...), faciliter le retour à l'EHPAD en cas d'hospitalisation diminuant ainsi la durée de séjour. Cette dispensation nocturne pourrait également favoriser l'admission en EHPAD de patients nécessitant des soins la nuit.
- ✓ *la pertinence de l'orientation nocturne des résidents* : en dehors des urgences vitales ou estimées comme telles par le personnel de nuit en poste dans les EHPAD (cf. § 2.2.3), l'IDE peut être amené à intervenir de façon imprévue. Dans ce cadre, l'intervention d'un infirmier pourrait être bénéfique au résident. L'exemple type est le problème médical nocturne pour lequel le personnel en fonction soit hésite sur la conduite à adopter, soit estime qu'un avis ou que l'intervention d'un infirmier 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 (article R.4311-5 du Code de Santé Publique). L'intervention de l'IDE de nuit pourrait donc permettre de diminuer les hospitalisations inadaptées en urgence ou anticipées (hospitalisations de jour pour pallier d'éventuels problèmes de nuit) en favorisant la nuit, la « bonne orientation », au « bon moment », « au bon endroit » du résident en EHPAD victime d'un problème de santé.

Dans ce cadre, une formalisation du rôle de l'IDE de nuit (fiche de poste et/ou d'un cahier des charges), 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.

2.1.2. Autres missions dévolues aux IDE de nuit en EHPAD

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. § 2.7.).*

2.1.3. 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 pour vocation de pallier le travail d'infirmiers exerçant le jour. Enfin, compte tenu de son périmètre interventionnel (cf. §2.3.2), l'IDE de nuit, sauf cas particulier qui devra être explicité dans la candidature, ne doit pas remplacer le personnel de nuit (ex : AS, AMP, ASH) ; notamment, lorsque l'IDE de nuit doit se déplacer sur plusieurs établissements.

2.2. Modalités organisationnelles du dispositif IDE de nuit

2.2.1. Un dispositif IDE de nuit en EHPAD fonctionnel 365 jours par an

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

2.2.2. Des dispositifs IDE de nuit respectant une approche territoriale et, si possible, un périmètre interventionnel de 300-500 places d'hébergement permanent.

Les retours des expérimentations sur les dispositifs IDE de nuit en EHPAD indiquent, qu'en termes d'activité, un personnel IDE de nuit peut intervenir auprès de *300-500 places d'hébergement permanent d'EHPAD*. De ce fait, en l'absence de données permettant de caractériser les interrelations entre l'activité d'une IDE de nuit et le profil des résidents, et

pour déployer ce dispositif auprès d'un maximum de résidents d'EHPAD de la région Auvergne-Rhône-Alpes, cet ordre de grandeur est à considérer dans l'élaboration des dispositifs.

En pratique, comme très peu d'EHPAD sur la région disposent de 300-500 places d'hébergement permanent, cette notion de nombre implique donc, *dans une très large majorité des cas, une mutualisation des dispositifs IDE de nuit entre plusieurs établissements.*

Par ailleurs, pour que le dispositif IDE de nuit soit efficace, il est nécessaire que les IDE de nuit 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 minutes* entre les établissements, y compris l'hiver.

L'association des 2 contraintes précitées (déployer le maximum de ce dispositif auprès d'un maximum de résidents et sur un périmètre géographique proche) suppose donc *une réflexion territoriale*. Dans ce cadre il doit être envisagé, selon les territoires :

- ✓ la mutualisation du dispositif IDE de nuit entre *plusieurs établissements géographiquement proches*, quand l'effectif de 300-500 places d'hébergement permanent peut être atteint.
- ✓ la mutualisation du dispositif IDE de nuit entre *le maximum d'établissements géographiquement proches* quand cet effectif de 300-500 places d'hébergement permanent ne peut être atteint.
- ✓ un EHPAD isolé des autres établissements médico-sociaux médicalisés, présentant *à la fois* un fort besoin en soin (PMP), un fort niveau de dépendance (GMP), une distance supérieure à 30 minutes des urgences les plus proches et un fonctionnement discontinu (ex: nuit profonde) de la permanence des soins ambulatoires peut également être éligible.

Dans le cadre de mutualisations, 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 (§ 2.3.2.). 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.

2.2.3. Prendre en compte les besoins des résidents pour sélectionner le mode d'organisation

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, des demandes d'admissions en établissements, du suivi des hospitalisations non programmées, des retours d'hospitalisations.... Une réflexion spécifique peut également être menée sur les soins palliatifs.

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

Elles pourront également être utile 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. § 2.3.2 et 2.3.4.).

2.2.4. Choix des modes d'organisation du dispositif IDE de nuit.

Les modes d'organisation qui peuvent être utilisés pour les dispositifs "IDE de nuit en EHPAD" sont très variées (cf. schéma ci-dessous).

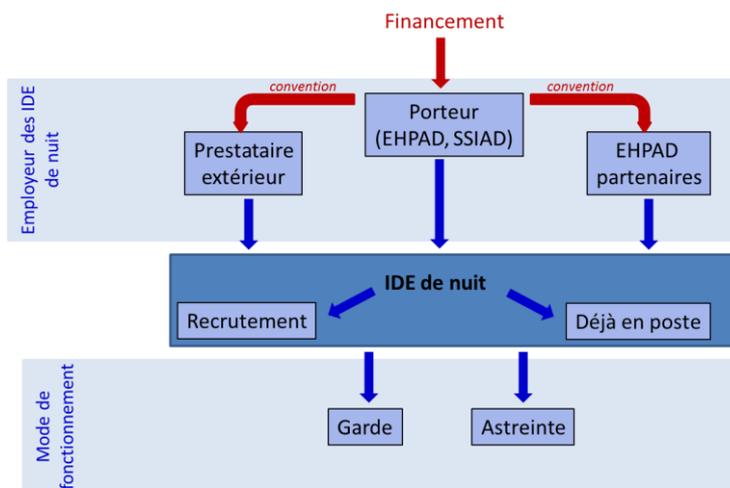


Schéma 1 : Représentation schématique des différents modes d'organisation pouvant être mis en place dans le cadre des dispositifs "présence d'IDE de nuit en EHPAD".

Ainsi, au regard des retours des expérimentations IDE de nuit en EHPAD, deux principaux modes d'organisations peuvent être utilisés : *l'astreinte à domicile ou la garde sur place*. Il peut également être envisagé *une combinaison de ces 2 modes*.

Ces modes d'organisations peuvent conduire soit *au recrutement d'IDE de nuit*, soit à *l'emploi du personnel IDE déjà en fonction dans une ou plusieurs structures* et qui vont ou non effectuer des rotations entre du travail de jour et de nuit sous la forme de garde ou d'astreintes de nuit.

Les IDE de nuit peuvent être salariés de différentes structures :

- ✓ *du porteur* (cf. § 2.6. : le porteur étant une structure médico-sociale du secteur personne âgée et le destinataire unique des financements relatifs aux dispositifs "présence d'IDE de nuit en EHPAD"). Dans ce cadre, le porteur d'un dispositif peut donc être un EHPAD ou un SSIAD ;
- ✓ *des 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 inclus dans le dispositif). Le prestataire peut être un établissement de santé, voire un groupement d'infirmiers libéraux... ;
- ✓ *une combinaison de ces 3 types d'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, des groupements d'infirmiers libéraux, 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) et être annexée à la candidature. 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.

 *Le choix du modèle est un élément prépondérant car les échecs de mise en place répertoriés sont essentiellement liés à ce paramètre.* Ainsi, il a été remonté, 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 les IDE 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 capacités de recrutements ou de mobilisation des personnels infirmiers du territoire. Elle doit également respecter la législation relative au temps de travail et s'appuyer sur l'identification des besoins des résidents.

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...).

2.3. Facteurs de réussite pour organiser les missions de l'IDE de nuit en EHPAD

2.3.1. 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.

2.3.2. Elaboration de procédures harmonisées entre les établissements partenaires.

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. Elle doit également permettre une coordination efficace avec l'équipe médico-sociale de jour. A ce titre, ces

procédures doivent concerner à la fois les missions de l'IDE de nuit relatives à la continuité des soins et à la pertinence de l'orientation nocturne des résidents.

- ✓ *organiser les coordinations entre les équipes médicales de jour et l'IDE de nuit.* L'organisation des transmissions de chacune des équipes médicales de jour des établissements partenaires vers l'IDE de nuit et le retour des IDE de nuit vers les équipes médicales de jour est un aspect 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...) ?, Quelles informations doivent être transmises ?, Quelle traçabilité des interventions ?;
- ✓ *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, de l'existence ou non de gériatres de garde aux urgences...). A ce titre, la collaboration avec les services hospitaliers (ex : 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 d'élaborer ou de mettre à leur disposition des guides réflexes, des protocoles ou des fiches symptômes (ex: documents disponibles sur internet : 20 symptômes/20 fiches).
- ✓ *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, les guides réflexes, des protocoles ou les fiches symptômes précités 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 s'engager à passer au moins une fois par mois dans les établissements inclus dans le projet, même si aucune sollicitation n'a été formulée. Un calendrier prévisionnel devra être présenté dans la candidature.
- ✓ *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.

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

Pour le personnel de jour, la formation continue est prépondérante pour repérer les situations à risque à transmettre à l'IDE de nuit.

Pour le personnel de nuit, cette formation concourt à une meilleure gestion et prise en charge des problèmes de santé.

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 qualité de la prise en charge.

2.3.4. 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, à minima, 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.

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 (cf. § 2.2.4. et 2.3.2.).

2.4. Un dispositif sujet à de potentielles évolutions

Le dispositif IDE de nuit est vraisemblablement destiné à évoluer dans les prochaines années en lien, notamment, avec les réformes en matière 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).

2.5. Modalités de mise en œuvre

Pour tous les dispositifs IDE de nuit en EHPAD en projet ou existant mais nécessitant des adaptations pour se conformer au cahier des charges, un calendrier prévisionnel de lancement de l'activité devra être précisé, cette dernière devant être opérationnelle en février 2019. Ce calendrier précisera notamment :

- ✓ la phase de formation ou d'information des professionnels permettant la continuité des soins ainsi que des personnels des EHPAD,
- ✓ le temps d'accompagnement des professionnels,
- ✓ les temps d'échanges entre les acteurs de l'activité

2.6. Modèle économique de chaque organisation

Les fonds mobilisés pour le déploiement des dispositifs IDE de nuit en EHPAD sont des fonds qui seront versés depuis l'ONDAM médico-social relatif aux personnes âgées à un porteur unique appartenant à une catégorie d'établissement ou service médico-social du

secteur personne âgé (EHPAD, 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 le porteur 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.

Il appartient à chaque porteur 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 précisément dans la candidature (personnels, frais de déplacements, assurances transports et interventions ...).

A titre informatif, les ordres de grandeur des financements annuels estimés par l'ARS ARA pour mettre en place les dispositifs IDE de nuits sont différents selon les modes d'organisations (garde sur place ou astreinte) :

- ✓ *Pour des IDE de garde sur place la nuit* : la dotation de référence plafond (sauf cas particuliers qui seront à expliciter dans le dossier de candidature) s'élève à 120 000 € annuels (estimation effectuée sur la base sur 2,4 ETP d'IDE, un salaire brut mensuel d'une IDE confirmée, d'indemnités pour travail de nuit à raison de 10h par nuit et pour travail les dimanches et jours fériés, de frais liés aux transports, au téléphone portable)
- ✓ *astreinte IDE disponible la nuit* : 26 000 € annuel (min 17 500 ; max : 33 935 €; les différences étant liées en grande partie à des différences de nombre d'EHPAD couverts par un dispositif).

2.7. 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 :

2.7.1. 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 (EHPAD, établissement du secteur handicap) :

- ✓ 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 une période minimale de 3 mois. Cet état des lieux comportera, à minima :

- ✓ une information quant au fonctionnement du dispositif (missions dévolues aux IDE, mode organisationnel, fonctionnement 365/an ou non, permanence ou garde, nombre d'IDE, nombre d'EHPAD et nombre de places en hébergement permanent, 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.

2.7.2. le suivi et les indicateurs

Durant la première année, le suivi sera organisé sur la base de remontées trimestrielles.

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 réalisées, 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.

En pratique, un premier Comité de pilotage régional, permettra de fixer avec les acteurs les critères d'évaluation à transmettre.

2.7.3. 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. § 2.7.1) et des réformes susceptibles de faire évoluer le dispositif IDE de nuit en EHPAD (cf. § 2.5.).*

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 au dossier de candidature sélectionné*.

3. PROCEDURE DE L'APPEL A CANDIDATURES

3.1. 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.

3.2. Porteurs

L'appel à candidature s'adresse à tout porteur appartenant au secteur médico-social qui souhaite mettre en place ou a mis en place dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, "*un dispositif où une IDE de nuit peut intervenir au quotidien durant toute l'année pour assurer un premier niveau de médicalisation la nuit auprès, si possible, de 300-500 places d'EHPAD*".

3.3. Calendrier

Appel à candidature : *19 juillet 2018*
Délai pour le dépôt des dossiers : *28 septembre 2018 (minuit)*
Instruction des candidatures et décision : *octobre 2018*

Dispositif opérationnel: *1 février 2019 dernier délai*

Pour les dispositifs existant et pour les projets: *état des lieux attendu pour février 2019*
Pour contrôler la mise en œuvre du dispositif et son effectivité dans les établissements partenaires : *bilan annuel*.

3.4. Dossier de candidature et grille d'analyse

3.4.1. 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.

3.4.2. 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), de la concertation / coordination entre acteurs, mise en place des procédures harmonisées... 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).

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 allouée pour 2018 à l'ARS ARA dans le cadre de la circulaire budgétaire s'élève à 1,3 Million €. Pour respecter cette contrainte financière, une sélection sera effectuée sur la base de l'avis global et de critères de priorisation. Une priorité sera donnée aux dispositifs déjà existants et fonctionnels, aux dossiers portés sur des territoires où les services des urgences sont considérés comme particulièrement sous tension et au respect d'une certaine

équité géographique de répartition des IDE de nuit. Enfin, si le processus précité n'est pas suffisant pour sélectionner les dispositifs, il sera pris en compte, 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.

3.5. Modalités de réponse à l'appel à candidature

Les dossiers de candidature complets devront être adressés, au plus tard le *28 septembre 2018 à minuit, par voie électronique* à l'adresse suivante : 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 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
☎ : 04.81.10.60.92