

ARS OCCITANIE

Appel à candidatures Cahier des Charges

Dispositif d'astreinte d'infirmier(ère) de nuit mutualisée entre EHPAD

Date de la publication : 01/10/2018

Clôture des dossiers : 31/12/2018

1- Contexte

Aujourd'hui, la France compte 1,5 million de personnes de 85 ans et plus. A l'horizon 2030, elles seraient 2,5 millions. 1,6 million de personnes âgées seraient en perte d'autonomie en 2030, et elles seraient 2,35 millions en 2060.

En Occitanie, 825 EHPAD accueillent près de 60 000 personnes âgées. Sur les 186 000 personnes âgées de 85 ans et plus que compte la région, près du tiers réside en EHPAD. Avec l'allongement de la durée de vie et l'avancée en âge des générations du baby-boom, le vieillissement de la population française se poursuit.

Ces quelques éléments donnent la mesure des enjeux du secteur et du défi que représente le vieillissement de la population pour notre société. Ils soulignent avec acuité le besoin de mettre en place des actions préservant l'autonomie des personnes âgées et de développer des réponses adaptées et évolutives.

À cet effet, une des priorités du « parcours vieillissement » du Projet régional de santé Occitanie 2018-2022 prévoit la mise en place d'astreintes d'infirmier (IDE) de nuit dans les EHPAD. Cette priorité fait suite aux expérimentations « astreinte IDE de nuit en EHPAD » menées en Occitanie dont l'évaluation a permis notamment de mettre en évidence une réduction du nombre de transferts aux urgences et du nombre d'hospitalisations, même si l'efficacité du dispositif peut être optimisée.

Par ailleurs, un volet de la Loi de financement de la Sécurité Sociale 2018 spécifique à la prise en compte des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie prévoit le financement de la mise en place d'astreintes IDE de nuit dans les EHPAD.

Enfin, un des axes de la feuille de route du 30 mai 2018 « Grand âge et autonomie » de Mme Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, prévoit la généralisation des astreintes d'IDE de nuit mutualisées entre plusieurs établissements d'un même territoire.

L'enjeu est d'améliorer en établissement la qualité des soins et des accompagnements et de faire face à la demande croissante de soins médicaux.

Au regard de ces éléments, l'ARS Occitanie va accompagner des projets de mutualisation d'IDE de nuit entre plusieurs EHPAD. Compte tenu des crédits disponibles, le déploiement du plan relatif à la mise en œuvre d'une astreinte IDE de nuit en EHPAD devrait permettre de financer en Occitanie 87 dispositifs sur la période 2019-2020, sur la base d'un montant de 40 000 € par dispositif.

Le présent appel à candidatures concerne 48 dispositifs (tranche 2019).

2- Objectifs des dispositifs

Le déploiement des dispositifs a pour objectifs:

- Assurer la continuité des soins en EHPAD et améliorer la sécurisation de la prise en charge par les équipes de nuit, notamment pour les personnes en fin de vie,
- Favoriser la pertinence des hospitalisations de nuit et ainsi réduire le nombre de transferts aux urgences et d'hospitalisations évitables,
- Faciliter le retour en institution en sécurisant la prise en charge des résidents en sortie d'hospitalisation,
- Renforcer la coordination de l'ensemble des acteurs de la filière gériatrique.

3- Cahier des charges

3-1 : Les projets éligibles

L'appel à candidatures s'adresse à un EHPAD ou un établissement de santé porteur qui organise en partenariat avec les EHPAD participants, la mutualisation d'une astreinte IDE de nuit sur un territoire de santé de proximité.

Pour être éligible, le projet doit :

- Reposer sur un regroupement minimum de 4 structures (sites géographiques distincts) comprenant une capacité minimum totale de 450 places (en hébergement permanent),
- Pouvoir être rapidement mis en œuvre (1^{er} semestre 2019),
- Permettre de respecter un délai de 40 minutes maximum pour l'intervention de l'astreinte opérationnelle (temps de trajet maximal de 40 minutes entre établissements).

L'isolement géographique d'un dispositif l'empêchant d'atteindre la capacité minimale de 450 places pourra faire l'objet d'une dérogation dûment argumentée.

Par ailleurs, afin d'optimiser la couverture territoriale du dispositif, les dossiers regroupant des structures appartenant à différents gestionnaires seront étudiés prioritairement.

3-2 : Les prérequis à la mise en place du projet

Le projet doit s'appuyer sur une réelle dynamique de coopération et de mutualisation organisée entre établissements d'un même territoire. Il reste basé sur le principe du volontariat et de la négociation contractuelle.

Dans le cadre de cette mutualisation, 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 ensemble à élaborer ce dispositif. L'objectif est de mettre en place des procédures harmonisées entre établissements et établir des conventions de partenariat (§ 3.5.2.).

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

L'organisation de la mutualisation entre les EHPAD est sous la responsabilité du porteur du projet qui reçoit la dotation allouée.

L'établissement porteur du projet devra démontrer sa capacité à assurer la coordination administrative, médicale et paramédicale du dispositif. Il est l'interlocuteur direct de l'ARS.

Il a en charge le pilotage de l'harmonisation des procédures entre les établissements et la coordination de l'astreinte (suivi de la réalisation des plannings d'astreinte, organisation des modalités d'analyse de pratique, suivi financier, suivi et transmission des indicateurs à l'ARS).

Les EHPAD participants mettent en œuvre le dispositif en collaboration avec l'établissement porteur :

- Intégration du dispositif dans leur projet de soins,
- Communication sur le dispositif : en interne et auprès des partenaires extérieurs (notamment médecins traitants, permanence des soins ambulatoire),
- Mise en œuvre des procédures harmonisées établies et des matériels nécessaires à l'intervention de l'IDE,
- Remontées des informations relatives au dispositif ainsi que des indicateurs à l'établissement porteur.

3-3 : Modalités de l'astreinte

- Définition de l'astreinte :

L'astreinte est définie comme un temps hors poste de travail pendant lequel l'IDE se tient à disposition de chaque structure participante. Il est joignable à tout moment à un numéro spécifique et aux heures convenues dans la convention de partenariat.

- Temps d'astreinte IDE :

Les nuits, de 21 h à 7 h, 365 jours par an. Les horaires peuvent être modulables selon les organisations qui seront précisées dans le dossier de candidature. La durée de chaque intervention, temps de trajet inclus, sera considérée comme un temps de travail effectif.

- Le personnel IDE d'astreinte :

Les IDE engagés dans le dispositif peuvent être des salariés d'un EHPAD ou d'un établissement de santé. Ils doivent pouvoir faire valoir une expérience en gériatrie ou au minimum une formation dans ce domaine (vieillesse, troubles du comportement, approche gériatrique). Ils bénéficieront de formations à la gestion des situations d'urgence (formation du CESU sur la régulation) mais aussi de formations relatives aux soins palliatifs ou à la gériatrie (exemple Diplôme Universitaire de gériatrie).

- Traçabilité des interventions par le personnel de nuit des EHPAD et par l'IDE d'astreinte :

Une fiche d'appel standardisée (cf. annexe 1) permettra la traçabilité et le suivi du dispositif. A chaque appel, cette fiche est renseignée par le personnel de nuit (date, heure et motif d'appel). Elle sera complétée, soit par l'équipe de nuit si l'IDE d'astreinte ne se déplace pas, soit par l'IDE d'astreinte suite à son intervention (soin réalisé, temps d'intervention, devenir du résident). L'organisation et le traitement du recueil de ces fiches d'appel seront précisés.

- Moyens d'intervention de l'IDE d'astreinte :

Seront déterminés : les modalités de déplacement (ex : mise à disposition d'un véhicule ou utilisation du véhicule personnel de l'IDE), l'utilisation d'un téléphone portable, l'accès informatique aux dossiers de soins au sein des établissements participants [voire à partir du domicile], l'accès aux différents locaux et notamment à la pharmacie des établissements et au matériel infirmier, etc.

3.4 : Périmètre interventionnel de l'IDE d'astreinte :

Le périmètre interventionnel de l'IDE d'astreinte doit être bien défini dès la mise en place du dispositif et être harmonisé à l'ensemble des structures participantes.

Il s'inscrit dans deux grands cadres de missions :

- La réalisation de prescriptions médicales :

L'IDE d'astreinte applique les prescriptions médicales, écrites et signées. Il peut s'agir de prescriptions anticipées, prescriptions du médecin intervenant la nuit, protocoles médicaux. Cela contribue à la continuité des soins (notamment en soins palliatifs) et à faciliter le retour à l'EHPAD après un transfert aux urgences ou en sortie d'hospitalisation.

- Le traitement des appels de nuit du personnel AS ou ASH de l'EHPAD, conformément à « des situations d'urgence relative » prédéfinies :

L'IDE d'astreinte peut être amené à intervenir de façon imprévue. Il juge de la possibilité de traiter la situation à distance ou de se déplacer sur site. Il gère alors la situation comme une prise en charge infirmier « classique » que cela soit en termes de champ de compétences ou de délais d'action.

Le dispositif précisera les motifs d'appel et le type d'intervention de l'IDE d'astreinte (cf. annexe 2 : exemples de motifs d'appel).

En l'absence d'un médecin, l'IDE est habilité, après avoir reconnu la situation comme relevant de l'urgence, 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).

Sauf cas exceptionnels, l'IDE d'astreinte n'a pas pour vocation de pallier le travail d'infirmiers exerçant le jour ni de remplacer le personnel de nuit (ex : AS, AMP, ASH).

Ce dispositif n'exclut pas le recours au centre 15 en première intention par le personnel de l'EHPAD ou en seconde intention par l'IDE d'astreinte, en fonction de la situation du résident ou pour toute situation dépassant son champ de compétences.

L'IDE d'astreinte aura accès sur chaque site au dossier de soins des résidents, au Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) tenu à jour et validé médicalement, à la liste des numéros utiles, aux transmissions, au local pharmacie de l'EHPAD, au chariot d'urgences ainsi qu'au matériel nécessaire à la réalisation de ses fonctions.

L'IDE d'astreinte travaille en collaboration avec le personnel de nuit de l'EHPAD, assure la rédaction et/ou la mise à jour du dossier de soins du résident à la suite de son intervention.

Une formalisation du rôle de l'IDE d'astreinte (fiche de poste et/ou d'un cahier des charges), réalisée en lien avec les équipes déjà présentes, est attendue.

Dans le cadre de ses missions, l'intervention de l'IDE d'astreinte pourrait donc favoriser la pertinence des hospitalisations de nuit, réduire le nombre de transferts aux urgences et d'hospitalisations évitables.

3.5 : Facteurs de réussite du dispositif d'astreinte IDE de nuit

3.5.1 : Mise en place de protocoles et incitation des praticiens libéraux à rédiger des prescriptions anticipées

La dispensation de traitement par les IDE d'astreinte ne peut être effectuée que si les médecins libéraux intervenant 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.

3.5.2 : Élaboration de procédures harmonisées entre les établissements participants

Cette formalisation doit permettre de sécuriser, organiser et cadrer l'intervention de l'IDE d'astreinte mais aussi de favoriser une harmonisation des prises en charge au sein des structures participantes, ce qui passe par les actions suivantes :

- Organiser les coordinations entre les équipes médicales de jour et l'IDE d'astreinte.

L'organisation des transmissions avant et après l'astreinte doit être prévue et décrite.

- Guider l'IDE d'astreinte dans la gestion des problèmes de santé (hors urgence vitale).

La formalisation du périmètre d'intervention et notamment celle « des situations d'urgence relatives » doivent être établies. Pour guider l'intervention, il est utile d'élaborer ou de mettre à disposition des guides réflexes, des protocoles ou des fiches symptômes (ex: « IDE et aide-soignante en EHPAD-Conduite à tenir en situation d'urgence-20 symptômes/20 fiches »).

- Guider les équipes en poste de nuit en définissant les motifs et modalités de recours à l'IDE d'astreinte.

Les guides réflexes, des protocoles ou les fiches symptômes précités peuvent être utilisés (ex: « IDE et aide-soignante en EHPAD-Conduite à tenir en situation d'urgence-20 symptômes/20 fiches »).

- Connaître les établissements partenaires, le système d'information, l'accès aux dossiers de soins des résidents, l'organisation de la pharmacie...

3.5.3 : Reconnaissance du rôle de l'IDE d'astreinte en EHPAD auprès des services hospitaliers et les acteurs de la permanence des soins ambulatoires.

Pour être le plus efficient possible, il est nécessaire qu'une collaboration se crée avec les services hospitaliers, services des urgences, le centre 15, le personnel de permanence des soins ambulatoires et les médecins traitants pour une connaissance du fonctionnement du dispositif, de ses objectifs et de ses limites.

4 - Modalités de financement du dispositif

Le financement de l'astreinte se fera à travers l'attribution d'un forfait annuel global de 40 000 euros par dispositif couvrant :

- le coût de l'astreinte,
- le coût des interventions (rémunération, déplacements, assurances...)
- les coûts de coordination du dispositif, notamment le temps dédié par le porteur.

Enfin, l'ARS pourra prendre en charge le financement des coûts éventuels de l'accompagnement du démarrage du dispositif (matériel, formation, communication...) par l'intermédiaire de crédits non reconductibles. Chaque porteur a ainsi la possibilité de faire une demande chiffrée d'aide au lancement de son dispositif. Celle-ci sera étudiée en même temps que l'instruction des dossiers.

5 - Évaluation des dispositifs

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

5.1 : Une évaluation Ex-ante

Pour les projets, un état des lieux préalable à l'implantation du dispositif IDE d'astreinte est attendu (cf. annexe 3).

Il recensera trimestriellement, du 1^{er} janvier 2018 au 30 septembre 2018, pour chacun des établissements impliqués dans le projet :

- Nombre total d'hospitalisations (hors HAD) sur cette période,
- *Dont nombre d'hospitalisations de nuit (ou transferts aux urgences) survenues entre 20h et 8h, hors hospitalisations programmées,*
- *Dont nombre de retours la nuit en EHPAD suite transferts urgences ou hospitalisation,*
- Nombre de jours d'hospitalisation sur cette période,
- Nombre de décès sur cette période,
- *Dont nombre de décès survenus hors EHPAD*

Le recueil et la transmission de ces indicateurs à l'ARS seront poursuivis jusqu'à la mise en place effective du dispositif.

5.2 : Le suivi et les indicateurs

Durant la première année de fonctionnement effectif du dispositif, le suivi sera organisé sur la base de remontées trimestrielles. Par la suite, le suivi sera annuel. Le tableau de recueil est annexé à l'appel à candidatures (cf. annexe 4). Ces informations constitueront un rapport d'activité qui sera complété d'éléments d'analyse du dispositif (fonctionnement du dispositif, satisfaction des résidents, du personnel ...).

Les indicateurs de suivi, rapportés trimestriellement, sont :

- Nombre de nuits non pourvues d'IDE d'astreinte
- Nombre d'appels à l'IDE d'astreinte
- *Dont nombre d'appels pour prescriptions anticipées*
- *Dont nombre d'appels pour situation « imprévue »*
- Nombre de déplacements (interventions) de l'IDE d'astreinte
- *Dont nombre d'interventions pour réaliser des prescriptions médicales anticipées*
- *Dont nombre d'interventions pour situations imprévues*
- Nombre de recours de l'IDE d'astreinte à un avis médical
- Nombre total d'hospitalisations (hors HAD)
- *Dont nombre d'hospitalisations de nuit (ou transferts aux urgences) survenues aux horaires d'astreinte, hors hospitalisations programmées,*
- *Dont nombre de retours la nuit en EHPAD suite transfert urgences ou hospitalisation*

- Nombre de jours d'hospitalisation
- Nombre de décès
- *Dont nombre de décès survenus hors EHPAD*

5.3 : Les évaluations annuelles

Une revue régionale des dispositifs sera réalisée chaque année, notamment, sur la base des rapports et indicateurs transmis.

Dans ce cadre, la restitution à l'ARS de tout ou partie des financements accordés pourra 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 et/ou du non-retour des indicateurs.

6 – Procédure de l'appel à candidatures

6-1 : Dépôt des candidatures

Les dossiers de candidatures devront être réceptionnés au plus tard le 31 décembre 2018 à minuit (date de réception faisant foi), à l'adresse électronique de l'ARS :
ars-oc-dosa-appel-projets-ms@ars.sante.fr

6-2 : Composition du dossier de candidature

Un modèle de dossier de candidature est à compléter par le porteur (cf. annexe 5). Ce dossier de candidature permettra de détailler le dispositif proposé et de vérifier sa cohérence avec le cahier des charges.

6-3 : Modalités d'instruction des dossiers et autorisation

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 de mission dévolues à l'IDE d'astreinte, de modalités organisationnelles (ex : mutualisation entre établissements, fonctionnement 365 jours/an), de concertation / coordination entre acteurs, de 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).

Une attention particulière sera portée sur l'opérationnalité du projet et la capacité du promoteur à le mettre en œuvre rapidement (mise en œuvre effective au plus tard le 30/06/2019).

L'instruction technique des dossiers sera effectuée par les services de l'ARS (pôle médico-social et délégations départementales).

La Directrice Générale de l'ARS déterminera les projets retenus qui feront l'objet d'un courrier de notification.

6-4 : Calendrier de l'appel à candidatures

ETAPES	CALENDRIER
Fenêtre de dépôt des candidatures	Du 01/10/2018 au 31/12/2018
Notification des décisions	A compter de la fin du 1 ^{er} trimestre 2019
Financement et mise en œuvre de l'expérimentation	A compter de la fin du 1 ^{er} trimestre 2019