20100406_SICOM_ImageTerritoires_BasseDef.jpg

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Dispositif d’IDE de nuit mutualisé entre EHPAD**

**(Annexe 5)**

**Remarque préalable :**

Il s'agit d'un document qui comporte des espaces réservés à la saisie de texte et des listes déroulantes dans lesquelles seront saisies différentes réponses prédéterminées.

**Rappel du calendrier:**

Appel à candidature :

Délai pour le dépôt des dossiers : 31 octobre 2019

Décisions : *A compter de décembre 2019*

Démarrage : *A compter de décembre 2019*

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

*🖰 :* [ars-oc-dosa-appel-projets-ms@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-dosa-appel-projets-ms@ars.sante.fr)

Pour toute précision et / ou complément d'information, vous pouvez contacter l’adresse citée précédemment :

1. **L’ORGANISATION STRUCTURELLE DU DISPOSITIF**

Si un dispositif d’IDE de nuit en EHPAD est déjà existant, indiquez :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom des structures participant |  |
| Année de mise en place |  |
| Type de financement (liste déroulante de choix) | *Crédits non reconductibles* |
| Montant annuel (€) |  |
| Date de fin de financement |  |

* 1. **Le porteur du projet**

Nom de la structure, porteuse du projet :

Numéro FINESS établissement :

Adresse :

Nom du représentant légal de la structure :

Nom du directeur de la structure :

Si le porteur est un EHPAD, nombre de lits **d’hébergement permanent** en EHPAD :

* 1. **Les EHPAD partenaires**

EHPAD partenaire n°1 :

Nom de l’EHPAD :

Numéro FINESS établissement :

Adresse :

Nombre de lits **d’hébergement permanent** :

EHPAD partenaire n°2 :

Nom de l’EHPAD :

Numéro FINESS établissement :

Adresse :

Nombre de lits **d’hébergement permanent** :

EHPAD partenaire n°3 :

Nom de l’EHPAD :

Numéro FINESS établissement :

Adresse :

Nombre de lits **d’hébergement permanent** :

EHPAD partenaire n°x : (A dupliquer autant que nécessaire)

Nom de l’EHPAD :

Numéro FINESS établissement :

Adresse :

Nombre de lits **d’hébergement permanent** :

* 1. **Le personnel IDE participant**
* Indiquez combien d’IDE sont mobilisés et combien sont intéressés :
* Indiquez s’ils sont libéraux ou de quelles structures sont-ils salariés :
* Précisez leurs expériences / formations :

1. **LE MODELE DU DISPOSITIF D’IDE DE NUIT MUTUALISE ENTRE EHPAD**
   1. **Le dimensionnement du dispositif**

* **Nombre total** de places en **hébergement permanent** dans le dispositif :
* Département(s) concerné(s) :
* Périmètre géographique :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nom | Commune |
| Etablissement le plus à l’Est |  |  |
| Etablissement le plus à l’Ouest |  |  |
| Etablissement le plus au Sud |  |  |
| Etablissement le plus au Nord |  |  |

* Indiquez quelles sont les 2 structures les plus éloignées dans le dispositif :
* Indiquez le temps de déplacement maximum en voiture entre ces 2 structures les plus éloignées :
* Décrivez et précisez dans le cadre ci-dessous  la cohérence territoriale dans laquelle s’inscrit le projet :
  1. **Le type de dispositif mutualisé : astreinte / garde (modèle dérogatoire)**
* Indiquez pour quel type de dispositif mutualisé vous candidatez :
* Si vous vous portez candidat pour le modèle dérogatoire de la garde, veuillez en indiquer les raisons dans le cadre ci-dessous :

1. **LE FINANCEMENT DU DISPOSITIF MUTUALISE**

* Comme stipulé dans le cahier des charges, le financement se fera à travers l’attribution d’un forfait annuel global.
* Veuillez indiquer le détail de l’affectation des différentes charges :
* Veuillez indiquer le détail des dépenses liées au démarrage du dispositif (matériel, formation, communication…) :
* Si la candidature porte sur le modèle de la garde mutualisée, précisez le cofinancement envisagé (montant(s) et nom des structures participantes…) :

1. **LA DYNAMIQUE DE MUTUALISATION ET DE COORDINATION AU SEIN DU DISPOSITIF**

* Précisez la dynamique de coopération et de mutualisation organisée entre les structures (conventions de partenariat, procédures harmonisées entre établissements) :
* Comme stipulé dans le cahier des charges**, les conventions et/ou lettres d'intention des structures participantes devront être annexées à la candidature.**
* Précisez l’organisation de la coordination administrative, médicale et paramédicale du projet par le porteur (pilotage de l’harmonisation des procédures entre établissements, coordination de l’astreinte…) :
* Précisez les modalités de mise en œuvre du dispositif par les établissements participants (intégration du dispositif dans le projet de soins, communication sur le dispositif…) :

1. **LES MODALITES OPERATIONNELLES DU DISPOSITIF**
   1. **Les principes de fonctionnement**

* Comme stipulé dans le cahier des charges, le dispositif fonctionne les nuits, 365 jours par an.
* Précisez les horaires de fonctionnement du dispositif :
* Dans le cas d’une candidature pour le modèle dérogatoire de la garde, précisez le positionnement de l’IDE de nuit :
  1. **Les appels par le personnel de nuit et les interventions de l’IDE de nuit**
* Précisez les motifs d’appel et le type d’intervention de l’IDE de nuit et indiquez si les missions de l'IDE ont été formalisées au sein d'une fiche de poste, d'un cahier des charges ou d'une procédure (veuillez annexer le document au dossier de candidature) :
* Précisez les modalités retenues et les moyens mis à disposition des IDE de nuit pour assurer leurs missions auprès de tous les établissements partenaires (ex : mise à disposition d’un véhicule ou véhicule personnel, d’un téléphone portable, connaissance des établissements participants et de leur système d’information, 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…) :
* Précisez l’organisation et le traitement de la traçabilité des appels du personnel de nuit et des interventions de l’IDE de nuit :

1. **LES FACTEURS DE REUSSITE DU DISPOSITIF IDE DE NUIT**
   1. **La mise en place de protocoles et l’incitation des praticiens libéraux à rédiger des prescriptions anticipées**

* Indiquez les protocoles élaborés et les démarches engagées auprès des médecins libéraux intervenant dans les établissements partenaires pour les inciter à rédiger des prescriptions anticipées :
  1. **L’élaboration de procédures harmonisées entre les établissements participants**
* Décrivez l’organisation des coordinations entre les équipes médicales de jour et l'IDE de nuit :
* Décrivez les procédures visant à guider l'IDE de nuit et/ou les équipes en poste de nuit dans les établissements, les protocoles "d’urgence", les partenariats existants ou sollicités. L'implication du SAMU-centre 15, des services des urgences, des dispositifs de permanence des soins ambulatoires et de la filière gériatrique dans ces procédures devra être précisée. Les conventions éventuelles, les protocoles mis en œuvre dans les établissements devront être transmis.
  1. **La reconnaissance du rôle de l'IDE de nuit auprès des services hospitaliers et les acteurs de la permanence des soins ambulatoires**
* Mentionnez les démarches engagées pour que le dispositif IDE de nuit (établissements impliqués, missions dévolues, mode de recours) soit connu et reconnu auprès du SAMU-centre 15, du service des urgences, des dispositifs de permanence des soins ambulatoires (gestion et orientation des résidents dans le cas de problèmes de santé nocturnes) et de la filière gériatrique (retour d'hospitalisation).

1. **L’EVALUATION EX ANTE DU DISPOSITIF D’IDE DE NUIT MUTUALISE**

* Complétez, comme stipulé dans le cahier des charges (cf. Annexe 3), **pour chaque établissement participant,**  le tableau ci-dessous (A dupliquer autant que nécessaire) :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EVALUATION EX-ANTE** | | | | | | |
| **NOM de L'ETABLISSEMENT :** | | | | | | |
| **Période** | **Nombre total d'hospitalisations (J et N) (hors HAD)** | ***Dont nombre d'hospitalisations de nuit ou transferts aux urgences survenus entre 20 h et 8 h*** | ***Dont nombre de retours la nuit en EHPAD suite aux transferts urgences ou hospitalisation*** | **Nombre total de journées d'hospitalisation (J et N)** | **Nombre total de décès** | ***Dont nombre de décès survenus hors EHPAD*** |
|
| **Trimestre 1- 2019** |  |  |  |  |  |  |
| **Trimestre 2- 2019** |  |  |  |  |  |  |
| **Trimestre 3- 2019** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EVALUATION EX-ANTE** | | | | | | |
| **NOM de L'ETABLISSEMENT :** | | | | | | |
| **Période** | **Nombre total d'hospitalisations (J et N) (hors HAD)** | ***Dont nombre d'hospitalisations de nuit ou transferts aux urgences survenus entre 20 h et 8 h*** | ***Dont nombre de retours la nuit en EHPAD suite aux transferts urgences ou hospitalisation*** | **Nombre total de journées d'hospitalisation (J et N)** | **Nombre total de décès** | ***Dont nombre de décès survenus hors EHPAD*** |
|
| **Trimestre 1- 2019** |  |  |  |  |  |  |
| **Trimestre 2- 2019** |  |  |  |  |  |  |
| **Trimestre 3- 2019** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EVALUATION EX-ANTE** | | | | | | |
| **NOM de L'ETABLISSEMENT :** | | | | | | |
| **Période** | **Nombre total d'hospitalisations (J et N) (hors HAD)** | ***Dont nombre d'hospitalisations de nuit ou transferts aux urgences survenus entre 20 h et 8 h*** | ***Dont nombre de retours la nuit en EHPAD suite aux transferts urgences ou hospitalisation*** | **Nombre total de journées d'hospitalisation (J et N)** | **Nombre total de décès** | ***Dont nombre de décès survenus hors EHPAD*** |
|
| **Trimestre 1- 2019** |  |  |  |  |  |  |
| **Trimestre 2- 2019** |  |  |  |  |  |  |
| **Trimestre 3- 2019** |  |  |  |  |  |  |

1. **COMMENTAIRES LIBRES**