

CAHIER DES CHARGES

Expérimentation

IDE de nuit en EHPAD et à domicile

Juillet 2022

SOMMAIRE

1.	Éléments contextuels	3
2.	Constats et problématique.....	4
3.	Résultats de l'analyse des expérimentations de l'AAC 2017	5
4.	Objectifs de l'appel à candidatures	6
5.	Cadrement des dispositifs	7
5.1.	Principes retenus :.....	7
5.2.	Portage des dispositifs	7
5.3.	Modèle économique	7
5.4.	Missions dévolues - Panier de soins, de prises en charge et d'interventions :	9
5.5.	Modalités d'organisation pour tous les dispositifs :	9
5.6.	Bonnes pratiques et cadre de l'expérimentation	10
5.7.	Hébergement temporaire d'urgence	10
6.	Evaluation de l'expérimentation.....	11
7.	Récapitulatif des critères de sélection des candidatures.....	11
7.1.	Candidats éligibles :	11
7.2.	Critères de sélection des projets :	11
7.3.	Critères possibles de priorisation :	12
7.4.	Critères d'exclusion :	12
7.5.	Engagement des gestionnaires :	12
8.	Modalités de dépôt de candidature.....	13
9.	La procédure d'instruction et de sélection des dossiers.....	13
10.	Le calendrier	13

1. Éléments contextuels

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a inscrit l'objectif de prévenir la perte d'autonomie induite par des hospitalisations évitables la nuit en EHPAD dans son projet régional de santé 2018 – 2028, suite à l'impulsion donnée par le ministère de la santé et des solidarités dans les orientations de la stratégie nationale de santé 2018 – 2022. Cet objectif est également poursuivi dans la feuille de route EHPAD – USLD 2021 – 2023.

En effet, l'hospitalisation d'une personne âgée, même programmée, peut avoir des effets secondaires indésirables sur son état de santé, en particulier sur les facteurs contributifs au maintien de son autonomie.

L'organisation d'une astreinte ou d'une garde d'infirmier diplômé d'Etat de nuit, mutualisé le soir et le week-end peut être un moyen d'empêcher les hospitalisations évitables et concourir ainsi à une prise en charge de qualité de la personne.

Les expérimentations d'IDE de nuit en EHPAD tendent à se multiplier et leurs évaluations sont riches d'enseignements.

Ainsi, depuis 2017, plusieurs vagues d'expérimentation du dispositif d'infirmier de nuit en EHPAD ont été déployées en région Nouvelle-Aquitaine.

Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- Limiter les hospitalisations la nuit en urgence
- Diminuer les séjours hospitaliers évitables
- Améliorer la continuité, la qualité, la sécurité d'accompagnement en soin
- Sécuriser les équipes de nuit
- Développer une synergie entre les différentes structures et entre les équipes

Le dispositif est porté par un EHPAD (parfois un SSIAD), en partenariat avec 3 à 5 autres EHPAD ; ils constituent une grappe et bénéficient des interventions de l'IDE la nuit sous la forme soit de garde, soit d'astreinte¹, afin d'éviter un appel au 15 ou au médecin de garde et / ou un passage aux urgences non justifié :

- **La garde** : l'IDE occupe un temps plein de nuit, en poste dans un EHPAD toute la nuit et se déplace. Pendant la garde, l'IDE intervient sur sollicitation des équipes de nuit auprès des EHPAD de la grappe pour des situations d'urgences non vitales, et peut également être mobilisé pour des interventions programmées. La garde de l'IDE n'est pas fixée sur le seul EHPAD porteur, ou sur un autre EHPAD de la grappe ; la garde étant mutualisée, l'IDE change d'EHPAD selon une régularité préétablie par les établissements de la grappe.
- **L'astreinte** : l'IDE occupe son poste principal de jour et effectue des astreintes selon un calendrier pré défini en amont, pendant une plage horaire de nuit. Pendant

¹ Pour les AAC 2017 et 2018, puis uniquement en mode garde à partir de 2019 compte tenu de la dotation allouée ne permettant plus de financer le mode garde.

l'astreinte, l'IDE est à son domicile et doit être en mesure d'intervenir sur sollicitation des équipes de nuit des EHPAD qui constituent la grappe. Il peut également se déplacer dans les établissements, en fonction de la situation. Les motifs d'interventions sont en général centrés sur des situations d'urgence non vitales.

Il a également pu être constaté des variantes entre les deux modes d'intervention, ainsi que le recours à une permanence IDE dans le service des urgences d'un établissement hospitalier.

Le cout de fonctionnement étant plus important pour la garde que pour l'astreinte, les consignes nationales ont évolué entre 2017 et 2019 compte tenu des contraintes financières. En conséquence, depuis 2019, l'enveloppe attribuée à la Nouvelle-Aquitaine pour les IDE de nuit est calculée uniquement sur la base d'astreintes IDE de nuit mutualisés entre plusieurs EHPAD (3 à 5 EHPAD – 300 résidents – 50 000€).

2. Constats et problématique

Plusieurs vagues d'expérimentations de garde et d'astreinte d'IDE de nuit en EHPAD et plus récemment à domicile avec des SSIAD, ont été lancées ces cinq dernières années en Nouvelle-Aquitaine.

Aujourd'hui 56 dispositifs sont en fonctionnement, dont 3 portés par un SSIAD. L'IDE étant mutualisée, environ 250 EHPAD sont couverts par le dispositif et peuvent solliciter l'IDE la nuit, cela représente environ 20 000 lits d'hébergement permanent et temporaire, soit un taux de couverture régionale de 24 %.

DPT	Nombre de places HP/HT COUVERTES	Nombre de places HP/HT NON COUVERTES	TOTAL CAPACITES HP/HT	TX COUVERTURE des places HP/HT
16	832	4880	5 712	15%
17	1141	8412	9 553	12%
19	0	4048	4 048	0%
23	240	2344	2 584	9%
24	2572	4418	6 990	37%
33	3236	14762	17 998	18%
40	1903	2605	4 508	42%
47	1029	3818	4 847	21%
64	3820	4300	8 120	47%
79	2508	3925	6 433	39%
86	212	6807	7 019	3%
87	2643	1820	4 463	59%
TOTAL NA	20 136	62 139	82 275	24%

Le plan pluriannuel national de mise en place d'astreintes infirmières de nuit dans les EHPAD initié en 2018 a pris fin en 2020. Il a permis l'allocation de trois tranches de financements pérennes pour mener les expérimentations et pérenniser les dispositifs, qui sont répartis aux ARS sur la base d'une astreinte pour cinq EHPAD. L'enveloppe régionale dédiée est actuellement d'environ 4,9 millions d'euros par an.

Compte tenu notamment du rôle important qu'a joué ce dispositif dans le cadre de la gestion des clusters dans les EHPAD, des financements supplémentaires sont alloués aux ARS pour pérenniser les dispositifs expérimentaux existants et/ou mettre en place de nouveaux dispositifs. Il est également désormais possible, selon les spécificités des territoires, d'adapter les modalités de mise en œuvre concrètes de ce dispositif en mobilisant, par exemple, des SSIAD pour le porter et des professionnels de l'hospitalisation à domicile et du secteur libéral pour assurer les prestations.

Cependant, le taux de couverture de 24 % des places en hébergement permanent et temporaire n'est pas satisfaisant et dans le même temps, il est constaté que les AAC proposés pour la poursuite du déploiement du dispositif ne rencontrent pas de candidatures conformes au dernier cahier des charges limité au financement des astreintes.

Par ailleurs, les premières expérimentations fixées à trois ans de fonctionnement, débutées pour la plupart en 2018, sont arrivées à échéances et nécessitent une décision de poursuite et de pérennisation, suite aux évaluations (les conventions prévoient deux étapes d'évaluation au cours de l'expérimentation : intermédiaire et finale).

3. Résultats de l'analyse des expérimentations de l'AAC 2017

Une évaluation quantitative et qualitative a pu être réalisée sur 21 dispositifs expérimentés dans le cadre de l'AAC 2017. Les données ont été étudiées sur une période de 4 ans : de 2018 à 2021.

Les caractéristiques sont les suivantes :

- 21 dispositifs dont : 15 en mode gardes et 6 en mode astreintes
- 97 EHPAD impliqués
- 7 732 résidents concernés

Le périmètre couvert est assez similaire entre les gardes et les astreintes :

	Gardes	Astreintes
Nombre moyen d'EHPAD couverts	4,70	4,50
Nombre de résidents concernés	373	357
Cout moyen annuel par grappe	109 860 €	47 130 €

En synthèse, à nombre d'EHPAD et de résidents à peu près équivalents, la garde est 2,3 fois plus coûteuse que l'astreinte. Par contre, l'activité est très hétérogène, que ce soit en nombre d'appels ou en nombre d'interventions, ce qui explique un coût moyen d'intervention difficilement comparable. Le contenu de l'intervention est également très différent d'un modèle à l'autre.

Compte tenu de ces résultats, l'ARS NA souhaite modifier les conditions de mise en œuvre des dispositifs, afin d'optimiser leur coût et améliorer la qualité de prise en charge des

bénéficiaires. Il s'agit de fixer un cadre d'intervention, tout en laissant de la souplesse aux gestionnaires pour les choix d'organisation.

4. Objectifs de l'appel à candidatures

Compte tenu du faible taux de couverture à l'échelle de la région, des disparités infra territoriales et des expérimentations arrivées à échéance, le principal enjeu pour la région NA est d'augmenter le taux de couverture des places par le dispositif IDE de nuit et d'assurer un financement pérenne pour les dispositifs retenus dans le cadre d'une pérennisation, au regard de l'enveloppe contrainte notifiée annuellement.

Aujourd'hui, les deux modes d'organisation cohabitent en Nouvelle-Aquitaine. Les retours d'expérience sur le fonctionnement en mode garde IDE sont positifs et la plupart du temps adaptés au contexte territorial.

C'est pourquoi, une étude comparative et transversale a été menée au niveau régional sur les projets (gardes et astreintes), afin de pouvoir analyser l'atteinte des objectifs des expérimentations et le coût du dispositif selon le mode d'organisation. Cette étude a été réalisée à partir des rapports d'évaluation et des tableaux d'indicateurs annexés aux conventions, que les EHPAD porteurs se sont engagés à transmettre trimestriellement.

Au regard des résultats de cette étude et bien que la base de financements pour l'ARS repose sur un modèle d'astreinte (ce qui crée une contrainte budgétaire supplémentaire), l'ARS NA a fait le choix de maintenir la modalité d'organisation sous la forme de garde, afin notamment de mieux prendre en compte les spécificités territoriales.

L'objectif est donc d'une part, de maintenir les deux modes d'organisation (garde et / ou astreinte) sous certaines conditions, d'autre part, de faire émerger des projets de qualité et adaptés aux besoins, notamment dans les territoires pas ou peu dotés.

Il existe donc deux cas de figure :

- **Les opérateurs ayant expérimenté le dispositif** : les projets évalués positivement pourront être pérennisés, à condition d'évoluer pour un périmètre plus large, avec une modification des projets au regard de la doctrine qui leur a été transmise (projets à pérenniser, qui présentent les évolutions au regard de l'évaluation et de la doctrine ; à déposer auprès de la délégation départementale hors du présent appel à candidature).
- **Les nouveaux opérateurs** : Les candidats à la mise en œuvre de nouveaux projets devront répondre au présent AAC 2022.

Ainsi, **1 000 000 € en mesures nouvelles** sont consacrés dans le cadre du présent AAC pour financer entre 7 et 15 nouveaux projets d'IDE de nuit sous forme de gardes et / ou d'astreintes.

Les territoires prioritaires sont ceux ayant un taux de couverture inférieur à la moyenne régionale, soit : **la Vienne, la Charente-Maritime, la Corrèze, la Gironde, la Charente, et le Lot et Garonne.**

Toutefois, des projets peuvent être déposés dans tous les départements, l'objectif étant d'augmenter l'accès au dispositif.

5. Cadrage des dispositifs

5.1. Principes retenus :

- Augmenter le nombre de bénéficiaires par rapport aux grappes existantes
- Accroître la couverture territoriale et le périmètre d'intervention géographique
- Assurer une cohérence territoriale en fonction des ressources existantes
- Possibilité :
 - D'adapter la taille de la grappe, mais garder la proportionnalité des volumes au regard du coût par bénéficiaire
 - D'avoir un porteur unique pour plusieurs grappes permettant une gestion mutualisée avec un volume plus important sur un territoire donné
 - D'intégrer à un dispositif fonctionnant en garde, un mode astreinte pour d'autres établissements plus distants. Ex : une première grappe se partage une garde et cet IDE de garde assure une astreinte pour une seconde grappe avec des EHPAD plus éloignés géographiquement.

5.2. Portage des dispositifs

L'enveloppe de financement du dispositif relève de l'ONDAM médico-social pour personnes âgées. Par conséquent, les crédits ne peuvent être versés qu'à une **structure porteuse** appartenant à la catégorie d'établissement ou de service relevant du champ des personnes âgées : **un EHPAD ou un SSIAD / SPASAD**.

Dans le cadre l'instruction relative aux orientations budgétaires pour 2022, il est désormais clairement indiqué que le dispositif peut fonctionner avec des **structures prestataires** telles que : **un établissement de santé, un service d'hospitalisation à domicile (HAD), un groupement d'IDE libéraux**. Ces structures peuvent assurer une prestation d'IDE de nuit pour les EHPAD de la grappe.

Lorsque 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**. Les contraintes liées au droit du travail en fonction du choix de modèle d'organisation devront être respectées. Il faudra notamment éviter des rémunérations différentes selon le statut de l'employeur : rémunération forfaitaire ou rémunération différenciée des astreintes et des actes effectués. Ces éléments, ainsi que les conditions de reversement devront être clairement stipulés dans les conventions.

5.3. Modèle économique

Il s'agit de déployer le dispositif auprès du plus grand nombre d'EHPAD, en respectant l'enveloppe allouée.

Compte tenu des résultats des expérimentations, l'ARS NA fait le choix de maintenir les deux modalités d'intervention, mais souhaite modifier certaines conditions de leur mise en œuvre, afin d'optimiser le coût du dispositif (notamment en augmentant le nombre de

bénéficiaires en mode garde, en veillant à ne pas déséquilibrer le fonctionnement de la grappe) et d'améliorer les conditions de prise en charge des bénéficiaires.

Le cout annuel à la place observé pour les dispositifs actuellement expérimentés est de :

- 295 € pour les gardes ;
- 132 € pour les astreintes.

Expérimentations 2017	Nb moyen EHPAD	NB moyen de PA	Dotation / an en €	Cout / PA en €
Gardes	4,67	373	109 860	295
Astreintes	4,5	357	47 130	132

Afin de permettre à chaque structure porteuse de combiner les différents paramètres à prendre en compte pour le choix du modèle d'organisation : les besoins estimés des résidents, le nombre de lits des établissements concernés, les spécificités territoriales, le périmètre géographique, les ressources mobilisables, les modèles sont les suivants :

-  **Pour les astreintes, le cout annuel à la place est fixé à 152 €, soit une enveloppe de 53 200€ pour une grappe intégrant 350 bénéficiaires.** Ce financement est plus important que le cout observé pour les dispositifs expérimentés ; il est basé sur le modèle DGCS qui permet d'allouer l'enveloppe régionale².

Nouveau modèle 2022	Nb moyen EHPAD	NB PA	Dotation / an en €	Cout / PA En €
Astreintes	4,5	350	53 200	152

En astreinte, l'IDE travaille dans la journée : Pour que le modèle soit soutenable, le nombre de sollicitations et d'interventions nocturnes ne doit pas dépasser un certain seuil. Le nombre de bénéficiaires couvert, fixé à 350 PA correspond à un plancher. Il peut aller au-delà : entre 350 et 500 et le montant de l'enveloppe pourra être ajusté en fonction du nombre de bénéficiaires intégrés au sein de la grappe. Cela nécessite d'organiser un pool d'IDE suffisant (en poste au sein des EHPAD mais également HAD, SSIAD, libéraux, CH).

-  **Pour les gardes, compte tenu des disparités constatées dans les dispositifs expérimentés depuis 2017, tant en termes de nombre de bénéficiaires, que de couverture territoriale, l'objectif principal est de constituer des grappes d'environ 500 bénéficiaires pour un cout à la place plafonné à 250 €.**

En garde, l'IDE est recruté : dans ce modèle, le cout est plus élevé et les capacités d'intervention sont plus importantes que pour l'astreinte. Pour optimiser le fonctionnement, le nombre de places couvertes doit être plus important. Il faut une forte densité de bénéficiaires à couvrir et élargir les missions dévolues aux IDE, notamment à des actes programmés, mais dans certaines limites, pour une meilleure maîtrise des dépenses.

Le nombre de bénéficiaires est fixé à un plancher de minimum 450 bénéficiaires ; cela correspond à un plancher. Au-delà, le montant de l'enveloppe pourra être ajusté en fonction du volume de bénéficiaires intégrés au sein de la grappe. Cela nécessite d'organiser un pool d'IDE suffisant (en poste au sein des EHPAD mais également en ayant recours aux professionnels de l'HAD, des SSIAD, libéraux, CH).

² Instruction ministérielle n° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2022/108 du 12 avril 2022 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2022.

Le nombre de bénéficiaires prime sur le nombre d'EHPAD. Il devra prioritairement être constitué des EHPAD du territoire. Si l'organisation et les moyens le permettent, les personnes âgées à domicile qui fréquentent les accueils de jour, les hébergements temporaire, ainsi que les activités des EHPAD centres ressources et pôles ressources de proximité pourront être intégrés.

En sus de la dotation ARS, **la participation financière des EHPAD partenaires** de la grappe aux dépenses du dispositif doit être organisée.

5.4. Missions dévolues - Panier de soins, de prises en charge et d'interventions :

➤ **Pour tous les dispositifs :**

- Interventions non programmées pour les situations d'urgence et d'urgence relatives (en dehors des urgences vitales ou estimées comme telles par le personnel, où le 15 doit être sollicité). L'IDE fait un premier bilan de la situation et définit la conduite à tenir (mise en place d'une surveillance, administration d'un traitement sur prescription médicale, sollicitation du 15...).
- Mise en œuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement validés par les médecins coordonnateurs des établissements de la grappe.
- Mise en œuvre de la surveillance ou des soins prescrits lors d'un retour d'hospitalisation durant la nuit, traçabilité des soins afin d'assurer la continuité de la prise en charge avec l'équipe de jour.
- Recueil les données nécessaires pour la remontée des indicateurs qui permettront l'évaluation du dispositif.
- Présentation régulière des IDE de nuit aux équipes des EHPAD de la grappe.

➤ **En plus, pour les gardes :**

- Planifier des interventions programmées la nuit nécessitant des soins techniques infirmiers selon les profils des résidents admis dans la grappe avec une attention particulière sur la gestion de la fin de vie et de douleur.
- Assurer une répartition proportionnelle du poste IDE de garde entre les différents EHPAD.
- Organiser des tournées régulières selon un planning préalablement défini, ce qui permet une organisation des soins en amont de la venue de l'IDE de nuit.

➤ **Missions exclues :**

- Les urgences vitales qui requièrent l'appel du SAMU centre 15
- Les missions des IDE de jour
- Les missions des autres personnels de nuit (AS, ASH)

5.5. Modalités d'organisation pour tous les dispositifs :

- Mutualisation entre plusieurs EHPAD (approche territoriale)
- Etablir les conventions de partenariat entre les différents acteurs
- Fonctionnement 365 jours par an
- Périmètre de 30 min pour une capacité d'intervention rapide, à adapter selon le modèle
- Formaliser les procédures d'organisation et de fonctionnement

- Travailler sur une harmonisation des protocoles entre les EHPAD de la grappe (gestion des fins de vie, composition de la trousse d'urgence, liste de médicaments préférentiels, protocole de soins urgents)
- Formation du personnel IDE et ASQ. Les centres d'enseignement de soins d'urgence (CESU) de chaque département bénéficient de crédits pour la formation aux soins urgents des soignants des EHPAD.
- Mise en place d'un système d'information (SI) adapté pour l'ensemble des structures de la grappe. Dans la mesure du possible, avoir un SI commun, ou rechercher les solutions pour permettre des interfaces entre les systèmes. Le partage du même dossier usager informatisé (DUI) permet de mieux construire et de suivre le projet personnalisé de la personne, d'éviter les ruptures encas d'évolution des besoins, de changement d'établissement, de retour à domicile ou d'hospitalisation.
- Communication régulière des IDE de nuit avec le personnel des EHPAD de la grappe. Appel systématique lors de la prise de service.
- Faire connaître l'existence du dispositif et le rôle de l'IDE de nuit aux différents services hospitaliers et acteurs de la permanence des soins du territoire et les impliquer le plus en amont possible à la mise en place du dispositif.

5.6. Bonnes pratiques et cadre de l'expérimentation

Un **comité de pilotage**, composé a minima des directeurs d'établissements et de services (accompagnés du médecin coordonnateur et/ou IDEC selon les choix), devra être mis en place. Il est fortement recommandé que les directeurs se rencontrent une fois par semaine pendant les premiers mois, puis une fois par mois durant la première année d'expérimentation a minima afin d'échanger sur les procédures et le fonctionnement du projet en cours.

Le **champ d'intervention** de l'IDE devra être défini précisément ainsi que les modalités de régulation du dispositif, en particulier pour les patients vivant à domicile.

L'IDE doit avoir accès au **Dossier de Liaison d'Urgence** (DLU) tenu à jour et validé médicalement, à la liste des numéros utiles, aux transmissions, à la pharmacie (le cas échéant).

Le recrutement d'une IDE formée en **gériatrie** et/ou ayant une expérience en EHPAD et/ou en SSIAD/SPASAD est recommandé.

Le projet doit inclure les **assurances** des IDE lors des transports et des interventions dans les EHPAD.

La **trousse d'urgence** devra être constituée du matériel transmis en annexe du projet de convention.

5.7. Hébergement temporaire d'urgence

Il est pertinent que les places d'hébergement temporaire d'urgence (HTU) en EHPAD, en cours de déploiement dans la région soient corrélées avec la présence d'une IDE de nuit. Les EHPAD peuvent donc valoriser dans leur projet la présence ou la mise en place prochaine d'une chambre d'HTU le cas échéant.

6. Evaluation de l'expérimentation

L'expérimentation est mise en place pendant 3 ans, avec un objectif de pérennisation à l'issue de cette période, sous réserve du résultat positif de l'évaluation

Les promoteurs s'engagent à rendre compte de l'activité et du fonctionnement du dispositif auprès de l'ARS.

Il est demandé de présenter dans le projet, pour l'ensemble des structures participant au dispositif, un **état des lieux** (T0) sur 3 mois avant le démarrage de l'expérimentation portant sur les indicateurs suivants :

- nombre d'appels la nuit vers le Centre 15 / SAMU, le médecin de garde, SOS médecins.
- nombre d'hospitalisations non programmées la nuit.

Cet état des lieux devra être détaillé autant que possible dans le cadre de **l'analyse préalable des besoins**.

Par ailleurs, des données permettant d'évaluer l'expérimentation devront être remontées aux délégations départementales. Les indicateurs à recueillir seront précisés dans le cadre de la convention et seront accessibles sur le site de l'agence dans le cadre de la publication du présent AAC.

Une évaluation intermédiaire (au bout d'un an et demi) interviendra par les délégations départementales qui prendront appui sur les indicateurs remontés.

En cas de non fonctionnement avéré, un remboursement des crédits sera demandé.

7. Récapitulatif des critères de sélection des candidatures

7.1. Candidats éligibles :

- EHPAD
- SSIAD / SPASAD

7.2. Critères de sélection des projets :

- Eligibilité du candidat ;
- Adéquation du projet aux critères et exigences du cahier des charges ;
- Pertinence de l'analyse départementale et territoriale des besoins et adéquation de la réponse aux besoins ;
- procéder d'une stratégie d'ensemble cohérente, élaborée avec les différentes parties prenantes ;
- Existence et qualité des coopérations locales avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux (projet construit conjointement avec les EHPAD de la grappe, les prestataires, les acteurs du parcours de la personne âgée : les services des urgences, les équipes mobiles de gériatrie, le SAMU, SOS médecins, ... ;

- Qualité du projet d'organisation proposé et montrer sa plus-value comme amélioration du parcours de santé de la personne âgée et répondre aux objectifs suscités ;
- Cohérence financière respectant le cahier des charges.
- Le maillage du territoire sera analysé au regard des dispositifs déjà existants

7.3. Critères possibles de priorisation :

- Organisation territoriale ;
- Intégration à la filière gériatrique du territoire ;
- Co-financements ;
- Participation au programme ESMS numérique
- Présence d'une chambre dédiée à l'hébergement temporaire d'urgence

7.4. Critères d'exclusion :

Seront notamment exclus les projets :

- Portés par d'autres opérateurs qu'un établissement ou service médico-social
- qui aboutiraient à une nouvelle autorisation ;
- qui modifieraient les autorisations en cours ;
- qui induiraient des impacts d'investissement, notamment architecturaux ;
- qui relèveraient d'autres AAC lancés par l'ARS (télémédecine...) ;
- qui relèveraient d'actions déjà financées
- qui relèveraient d'actions hors champ médico-social ;

7.5. Engagement des gestionnaires :

- Pilotage et coordination du dispositif
- Suivi rigoureux des indicateurs
- Remontées des données selon les consignes données par l'ARS
- Participer aux réunions organisées par l'ARS pour la mise en œuvre et le suivi du dispositif
- Assurer une information et une communication sur le dispositif
- Conclure des conventions avec les partenaires et prestataires
- Engagement dans la démarche de formation des IDE et ASQ
- Une **préparation** préalable avant le lancement de l'expérimentation est indispensable (visite des EHPAD et des SSIAD/SPASAD, connaissance du système d'information (SI), du dossier des patients, de la pharmacie, du matériel nécessaire...) ;

8. Modalités de dépôt de candidature

Le dossier de candidature devra être complété en version électronique par le porteur sur la plateforme « Démarches simplifiées » en cliquant sur le lien suivant :

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/aac-ide-de-nuit-en-ehpad-2022>

L'avis d'appel à candidature et ses annexes seront publiés sur le site internet de l'ARS Nouvelle-Aquitaine à l'adresse suivante :

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/liste-appels-projet-candidature>

Le non-respect de la procédure emportera l'irrecevabilité du dossier de candidature pour le présent AAC.

9. La procédure d'instruction et de sélection des dossiers

Après une instruction sur pièces des projets déposés, assurée par les Délégations Départementales de l'ARS, l'étude des dossiers sera réalisée en commission régionale consultative.

Cette instance émettra un avis sur les projets présentés et leurs montants, avec priorisation en fonction des critères de l'appel à candidature.

Sur la base des avis rendus, le Directeur Général de l'ARS décidera des projets retenus.

NB : Au regard du nombre de candidats potentiels, les candidats ne seront pas auditionnés et l'instruction se fera sur dossier.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez prendre contact par courriel avec vos correspondants en délégation départementale de l'ARS.

Les porteurs de projets seront informés, par courrier officiel, de la décision du directeur général de l'ARS.

10. Le calendrier

- Date limite de dépôt des dossiers de candidature : 30 septembre 2022
- Commission de sélection : fin octobre 2022
- Date prévisionnelle des résultats de sélection des projets : novembre 2022
- Délégation des crédits : Campagne budgétaire de fin d'année 2022.

Le calendrier proposé concerne les projets permettant un financement en 2022. D'autres projets pourront être déposés dès le début de l'année 2023.

Annexe n° 1

Diagnostic avant expérimentation (les données antérieures, remontant à une année peuvent également être transmises).

INDICATEURS	Mois		
Nombre d'appels la nuit (..h-..h) vers le Centre 15, le médecin de garde, SOS médecins.			
Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit (..h-...h)			

Annexe n°2 : Indicateurs mensuels de suivi du fonctionnement du dispositif

		janvier	février	...
Indicateurs de mise en œuvre	Nombre d'IDE impliquées dans le projet (ETP)			
	Nombres d'appels ayant entraînés une intervention d'IDE			
	<i>Dont nombre d'intervention dans "l'EHPAD porteur" ou auprès des patients du SSIAD/SPASAD porteurs</i>			
	Nombre de résidents ou de patients à domicile ayant fait l'objet d'une intervention par l'IDE de nuit			
	Nombre d'actes réalisés par type d'intervention :			
	<i>Demande de diagnostic et repositionnement perfusion</i>			
	<i>Contrôle d'étanchéité d'une sonde vésicale</i>			
	<i>Demande de surveillance des constantes vitales</i>			
	<i>Décompensation cardio- respiratoire</i>			
	<i>Aspiration pharyngée</i>			
	<i>Hypoglycémie : contrôle ou injection</i>			
	<i>Injection intramusculaire</i>			
	<i>Chutes</i>			
	<i>Autres :</i>			
	Temps de trajet moyen d'intervention (aller)			
	Temps de présence sur site			
Indicateurs d'impacts	Nombre d'appels au 15/ SOS médecin suite à l'intervention de l'IDE			
	<i>Préciser si l'appel a été suivi d'un déplacement + action mise en place</i>			
	Nombre de demande d'intervention IDE non satisfaites et motifs de la non satisfaction			
	Nombre d'hospitalisation de nuit			
	Nombre d'hospitalisations évitées			
	Nombre de retour nocturne des urgences facilité par la présence IDE de nuit			