**Dispositif d'astreinte infirmière de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD**

**2022**

**Cadre de réponse**

Table des matières

[1. PRÉSENTATION DU PORTEUR DE PROJET ET DES PARTENAIRES 3](#_Toc179985857)

[1.1. LES EHPAD PARTENAIRES 4](#_Toc179985858)

[1.2. PRESTATAIRE 6](#_Toc179985859)

[1.3. SYNTHÈSE 7](#_Toc179985860)

[2. INTÉGRATION DU DISPOSITIF DANS SON TERRITOIRE 9](#_Toc179985861)

[2.1. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU PÉRIMÈTRE GÉOGRAPHIQUE COUVERT PAR LE DISPOSITIF 9](#_Toc179985862)

[2.2. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES ET LE SERVICE DES URGENCES SUR CE TERRITOIRE 10](#_Toc179985863)

[3. MISSIONS DÉVOLUES AUX IDE DE NUIT 10](#_Toc179985864)

[4. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES 11](#_Toc179985865)

[4.1. FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF 365 JOURS/AN 11](#_Toc179985866)

[4.2. RÉGIME DE TRAVAIL DES IDE DE NUIT 11](#_Toc179985867)

[4.3. MOYENS DÉDIÉS AU DISPOSITIF IDE DE NUIT 12](#_Toc179985868)

[5. PROCESSUS À METTRE EN PLACE POUR MAXIMISER LE RÔLE DES IDE DE NUIT 12](#_Toc179985869)

[5.1. PROCÉDURES HARMONISÉES ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS PARTENAIRES 12](#_Toc179985870)

[5.2. RECONNAISSANCE DU RÔLE DE L’IDE DE NUIT AUPRÈS DES SERVICES HOSPITALIERS ET LES ACTEURS DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES 13](#_Toc179985871)

[5.3. MISE EN PLACE DE PROTOCOLES ET INCITATION DES PRATICIENS LIBÉRAUX À RÉDIGER DES PRESCRIPTIONS ANTICIPÉES 13](#_Toc179985872)

[6. BUDGET ET CALENDRIER PRÉVISIONNELS 14](#_Toc179985873)

[6.1. MODE DE CALCULS UTILISÉS POUR ÉTABLIR LE BUDGET PRÉVISIONNEL 14](#_Toc179985874)

[6.2. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE ET CALENDRIER PRÉVISIONNEL 15](#_Toc179985875)

[7. PIÈCES À JOINDRE 15](#_Toc179985876)

[8. ATTESTATION SUR L’HONNEUR 16](#_Toc179985877)

# PRÉSENTATION DU PORTEUR DE PROJET ET DES PARTENAIRES

Lexique :

* **« Porteur »** : destinataire unique des financements. Compte tenu des règles budgétaires en vigueur, il doit impérativement appartenir à une catégorie d’établissement ou de service médico-social du secteur personne âgée = EHPAD ou SSIAD ;
* **« EHPAD partenaires »** : établissements qui bénéficieront des interventions du personnel IDE de nuit à titre gratuit quel que soit le mode d’organisation retenu ;
* **« Prestataire »** : structure autre que le porteur et les partenaires qui assure la prestation « IDE de nuit » pour l’ensemble des établissements intégrés dans le dispositif. Le prestataire peut être un établissement de santé (ex : service des urgences, HAD), un groupement d’infirmiers libéraux…

IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET

Raison sociale l’EHPAD / SSIAD :

N° FINESS géographique : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° FINESS juridique : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° SIRET : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Code APE (Activité Principale Exercée) :

Catégorie juridique (ex : Association déclarée (9220)) :

Capacité (places d’hébergement temporaire et permanent installées) :

ETP du médecin coordonnateur :

EHPAD/SSIAD recevant les crédits :

Raison sociale l’EHPAD / SSIAD :

N° FINESS géographique : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL DU PORTEUR DE PROJET

Prénom :

Nom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CHARGÉE DU PRÉSENT DOSSIER (si différente du représentant légal)

Prénom :

Nom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

## LES EHPAD PARTENAIRES

**EHPAD n°1 :**

Nom de l’EHPAD :

Catégorie juridique :

N° FINESS géographique :

N° FINESS juridique :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Capacité (places d’hébergement temporaire et permanent installées) :

Personne à contacter (nom, fonction, mail et téléphone) :

**EHPAD n°2 :**

Nom de l’EHPAD :

Catégorie juridique :N° FINESS géographique :

N° FINESS juridique : I

Adresse :

Code postal :

Commune :

Capacité (places d’hébergement temporaire et permanent installées) :

Personne à contacter (nom, fonction, mail et téléphone) :

**EHPAD n°3 :**

Nom de l’EHPAD :

Catégorie juridique :

N° FINESS géographique :

N° FINESS juridique :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Capacité (places d’hébergement temporaire et permanent installées) :

Personne à contacter (nom, fonction, mail et téléphone) :

**EHPAD n°4 :**

Nom de l’EHPAD :

Catégorie juridique N° FINESS géographique :

N° FINESS juridique :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Capacité (places d’hébergement temporaire et permanent installées) :

Personne à contacter (nom, fonction, mail et téléphone) :

**EHPAD n°5 :**

Nom de l’EHPAD :

Catégorie juridique :

N° FINESS géographique :

N° FINESS juridique :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Capacité (places d’hébergement temporaire et permanent installées) :

Personne à contacter (nom, fonction, mail et téléphone) :

**EHPAD n°6 :**

Nom de l’EHPAD :

Catégorie juridique :N° FINESS géographique :

N° FINESS juridique :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Capacité (places d’hébergement temporaire et permanent installées) :

Personne à contacter (nom, fonction, mail et téléphone) :

*Rajouter EHPAD n°7, EHPAD n°8… si besoin.*

## PRESTATAIRE

*Ne remplir cette partie que si des prestations IDE de nuit sont confiées à des structures extérieures aux EHPAD et aux SSIAD. Si des IDE de prestataires sont mobilisés, une convention spécifique entre le porteur et le prestataire devra être établie. Elle précisera le mode de financement du prestataire et que ce financement sera du ressort exclusif du porteur pour tous les EHPAD inclus dans le dispositif.*

Prestataire(s) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | N°1 | N°2 |
| Type de structure |  |  |
| Raison sociale |  |  |
| FINESS géographique |  |  |
| FINESS juridique |  |  |
| Commune |  |  |
| Service de rattachement  |  |  |
| Nom du responsable de service  |  |  |
| Convention / Lettre d’intention |  |  |

Groupement d’infirmiers libéraux :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | N°1 | N°2 |
| Nom du cabinet  |  |  |
| Adresse |  |  |
| Commune |  |  |
| Modalité d’exercice (SCP, SCM…) |  |  |

Autres types de prestataire :

*Précisez*

## SYNTHÈSE

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’établissements impliqués dans le dispositif |  |
| Nombre de places d’hébergement permanent et temporaire installées |  |
| Nombre de conventions et/ou de lettre d’intention établies entre le porteur et les partenaires [[1]](#footnote-1) |  |
| Nombre de médecin-coordonnateur et/ou attaché (Nombre + ETP) |  |
| Date prévisionnelle de démarrage du dispositif |  |

# INTÉGRATION DU DISPOSITIF DANS SON TERRITOIRE

Le dispositif IDE de nuit requiert une réflexion territoriale. A ce titre, le périmètre géographique doit être compatible avec des interventions pour des situations « d’urgence non vitales ». De plus, le candidat doit s’assurer que, sur le territoire considéré, des EHPAD ne se retrouveront pas isolés et dans l’incapacité d’intégrer un futur dispositif IDE de nuit.

Les projets doivent s’appuyer sur une réelle dynamique de coopération et de mutualisation, organisée entre établissements d’un même territoire, quel que soit leur statut, reposant sur un regroupement minimum de 6 EHPAD et/ou 500 places.

* 1. **PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU PÉRIMÈTRE GÉOGRAPHIQUE COUVERT PAR LE DISPOSITIF**
* Département :
* EPCI :
* Communes :

|  |  |
| --- | --- |
| Indiquez les raisons du choix du périmètre géographique[[2]](#footnote-2)  |  |
| Si des EHPAD sont implantés dans un périmètre géographique proche mais ne sont pas inclus dans le dispositif du candidat précisez :* Le nombre d’EHPAD non inclus :
* Pourquoi :
 |  |
| Si le seuil de 6 EHPAD et/ou 500 résidents ne peut pas être atteint, précisez la raison : |  |

## LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES ET LE SERVICE DES URGENCES SUR CE TERRITOIRE

|  |  |
| --- | --- |
| Fonctionnement de la Permanence des Soins Ambulatoires sur ce territoire (horaire semaine et WE, visites, point fixe de consultation, transport, effectivité lors de la nuit profonde…) :  |  |

# MISSIONS DÉVOLUES AUX IDE DE NUIT

Veuillez préciser dans le tableau ci-dessous les missions dévolues aux IDE de nuit en distinguant les réponses apportées par le porteur, par l’ensemble des partenaires et, le cas échéant, par le prestataire.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | PORTEUR | PARTENAIRES | PRESTATAIRE |
| Réponse aux sollicitations (ex : appels téléphoniques) |  |  |  |
| Conseil / avis sans déplacement |  |  |  |
| Interventions in situ (déplacement) :* Pour des situations d’urgences non vitales
* Pour soulager les douleurs de fin de vie
 |  |  |  |

Une fiche de poste IDE de nuit a été formalisée : [ ] Oui [ ] Non

Un cahier des charges a été formalisé : [ ] Oui [ ] Non

Une/des procédure(s) a/ont été formalisées[[3]](#footnote-3) : [ ] Oui [ ] Non

# MODALITÉS ORGANISATIONNELLES

## FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF 365 JOURS/AN

Le dispositif proposé a t’il été conçu pour être fonctionnel 365 jours/an ?

[ ] Oui [ ] Non

## RÉGIME DE TRAVAIL DES IDE DE NUIT

Le porteur est-il l’employeur direct de tous les IDE de nuit : [ ]  Oui [ ]  Non

Remarque : le porteur peut ou non être l’employeur direct des IDE de nuit. S’il fait appel à des IDE d’EHPAD partenaires ou à des IDE d’un prestataire, il n’est pas l’employeur direct de l’ensemble des IDE. Dans ces cas, une convention sera à établir entre le porteur et chacun des employeurs (partenaires et/ou prestataires). Cette convention devra préciser, notamment, les montants et leurs modalités de versement, les modalités d’exécution de l’action, les obligations du contractant, le suivi et le contrôle de l’action.

Possibilité de mise en œuvre de la télémédecine :

[ ] Oui [ ] Non [ ] En projet

*Expliquez :*

Démarche d’information / sollicitation des IDE initiée dans le cadre de la candidature :

 [ ] Oui [ ] Non

Si oui, préciser le nombre total d’IDE volontaires par type d’effecteur (porteur, partenaires, prestataire) :

Statut des IDE :

## MOYENS DÉDIÉS AU DISPOSITIF IDE DE NUIT

|  |  |
| --- | --- |
| Détaillez les moyens mis en œuvre des IDE de nuit pour assurer leurs missions auprès de tous les établissements partenaires (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…) : |  |

# PROCESSUS À METTRE EN PLACE POUR MAXIMISER LE RÔLE DES IDE DE NUIT

## PROCÉDURES HARMONISÉES ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS PARTENAIRES

**Guider l’IDE de nuit dans sa gestion des problèmes de santé imprévus et des équipes en poste de nuit en définissant les motifs de recours à l’IDE**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 ainsi que 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 : |  |

**Connaissances des établissements partenaires**

|  |  |
| --- | --- |
| Décrivez les modalités retenues ou envisagées pour que les IDE de nuit connaissent préalablement les établissements partenaires, le système d’information, les résidents, l’organisation de la pharmacie, l’accès aux DLU tenus à jour et validé médicalement… |  |

**Modalités organisationnelles avec le prestataire**

|  |  |
| --- | --- |
| Décrivez, le cas échéant, les modalités d’intervention du prestataire : |  |

## RECONNAISSANCE DU RÔLE DE L’IDE DE NUIT AUPRÈS DES SERVICES HOSPITALIERS ET LES ACTEURS DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

|  |  |
| --- | --- |
| Décrire le mode opératoire retenu ou mis en œuvre 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 problème de santé nocturnes) et de la filière gériatrique (retour d’hospitalisation) : |  |
| Le cas échéant, préciser le lien avec d’autres dispositifs territoriaux visant à la sécurisation des EHPAD la nuit  |  |

## MISE EN PLACE DE PROTOCOLES ET INCITATION DES PRATICIENS LIBÉRAUX À RÉDIGER DES PRESCRIPTIONS ANTICIPÉES

|  |  |
| --- | --- |
| Indiquez, ci-après, le cas échéant, les protocoles élaborés, le mode opératoire retenu/mis en œuvre pour que les médecins libéraux intervenant dans les EHPAD partenaires soient incités à rédiger des prescriptions anticipées : |  |

# 6. BUDGET ET CALENDRIER PRÉVISIONNELS

## MODE DE CALCULS UTILISÉS POUR ÉTABLIR LE BUDGET PRÉVISIONNEL

Précisez, ci-après, pour chaque poste budgétaire, le mode de calcul utilisé, en précisant, le cas échéant, la part des frais de démarrage du dispositif :

|  |  |
| --- | --- |
| Les frais liés aux IDE de nuit : * Rémunération + charges
* Les temps d’interventions [nombre d’interventions théoriques X temps moyen d’une intervention], en distinguant les temps d’intervention téléphonique et déplacée :
 |  |
| Les frais liés à la coordination et/ou l’organisation du dispositif (ex : temps dédié du cadre de santé, d’un temps administratif) : |  |
| Les coûts associés aux déplacements : |  |
| Les charges diverses telles que téléphone, fournitures de bureau, informatique : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Total fonctionnement par année : |  |
| Total frais de démarrage : |  |

## MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE ET CALENDRIER PRÉVISIONNEL

|  |  |
| --- | --- |
| Décrire les différents jalons du projet, dont la date prévisionnelle de démarrage du dispositif : |  |

# 7. PIÈCES À JOINDRE

Le dossier de candidature doit comporter les pièces ci-dessous, permettant d’attester les modes de collaboration avec les organismes partenaires, les modalités des partenariats formalisés, de l’ancrage du porteur du projet au sein du territoire et un budget prévisionnel :

* Conventions / lettres d’intention établies entre le porteur et les EHPAD partenaires ;
* Carte du territoire positionnant les différents établissements inclus et non inclus dans le dispositif ;
* Fiche de poste, le cahier des charges et la/les procédure(s) mettant en lumière le rôle, les missions / interventions de l’IDE de nuit ;
* Procédure de coordination entre les équipes médicales de jour et l’IDE de nuit.

# 8. ATTESTATION SUR L’HONNEUR

**Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande** **quel que soit le montant de la subvention sollicitée.** Si le signataire n’est pas le représentant légal du demandeur, joindre le pouvoir lui permettant d’engager celle-ci.

Je soussigné(e), *(Prénom Nom)* ………………………………………………………………………………………………

Représentant(e) légal(e) de la structure

…………………………………………………………………………………………… :

* S’engage à mettre en œuvre le projet conformément au cahier des charges et aux informations contenues dans le présent dossier de candidature ;
* S’engage à participer au dialogue de gestion mis en place à la fin de l’expérimentation et à compléter le tableau d’évaluation transmis par l’ARS ;
* S’engage à transmettre annuellement un rapport d’activité conformément au modèle transmis par l’ARS.

Fait le : ……………………………………………………………

À : …………………………………………………………………..

Signature :

1. Les conventions / lettres d’intention sont à annexer au dossier de candidature. [↑](#footnote-ref-1)
2. Une carte du territoire positionnant les différents établissements inclus et non inclus dans le dispositif peut être fournie afin d’illustrer la réflexion territoriale conduite [↑](#footnote-ref-2)
3. Si oui, la fiche de poste, le cahier des charges et la/les procédure(s) sont à annexer au dossier de candidature [↑](#footnote-ref-3)