**Cadre de Réponse**

**Dispositif d’astreinte infirmière**

**de nuit en EHPAD**

**2025**

**2022**

Table des matières

[1. Présentation du porteur de projet et des partenaires 4](#_Toc203485314)

[1.1 Porteur du projet 4](#_Toc203485315)

[1.2 Les EHPAD partenaires 5](#_Toc203485316)

[1.3 Prestataire 7](#_Toc203485317)

[1.4 Synthèse 7](#_Toc203485318)

[2. Intégration du dispositif sur son territoire 7](#_Toc203485319)

[Principales caractéristiques du périmètre géographique couvert par le dispositif d’astreinte IDE 8](#_Toc203485320)

[3. Modalités organisationnelles 8](#_Toc203485321)

[4. Processus mis en place pour maximiser le rôle de l’astreinte Ide de nuit 8](#_Toc203485322)

[4.1 Procédures harmonisées entre les établissements partenaires 8](#_Toc203485323)

[4.2 Reconnaissance du rôle de l’astreinte IDE de nuit auprès des services hospitaliers et les acteurs de la permanence des soins ambulatoires 9](#_Toc203485324)

[5 Modalités de mise en œuvre opérationnelle et calendrier prévisionnel 9](#_Toc203485325)

[6. Pièces à joindre 9](#_Toc203485326)

[7. Attestation sur l’honneur 10](#_Toc203485327)

# 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/SAD mixte ;
* **« 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…

### Porteur du projet

IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET

Raison sociale l’EHPAD / SSIAD/SAD mixte recevant les crédits :

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) :

Statut juridique (ex : Association) :

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

Nom du médecin-coordonnateur + Temps de travail en ETP :

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 :

### 

### 1.2 Les EHPAD partenaires

**EHPAD n°1 :**

Raison sociale de l’EHPAD :

Statut juridique :

N° FINESS géographique :

N° FINESS juridique :

Adresse :

Code postal /Commune

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

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

Nom et prénom du médecin-coordonnateur + Temps de travail en ETP :

**EHPAD n°2 :**

Raison sociale de l’EHPAD :

Statut juridique :

N° FINESS géographique :

N° FINESS juridique :

Adresse :

Code postal /Commune :

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

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

Nom et prénom du médecin-coordonnateur + Temps de travail en ETP :

**EHPAD n°3 :**

Nom de l’EHPAD :

Statut 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) :

Nom du médecin-coordonnateur + Temps de travail en ETP :

**EHPAD n°4 :**

Nom de l’EHPAD :

Statut 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) :

Nom du médecin-coordonnateur + Temps de travail en ETP :

**EHPAD n°5 :**

Nom de l’EHPAD :

Statut 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) :

Nom du médecin-coordonnateur + Temps de travail en ETP :

**EHPAD n°6 :**

Nom de l’EHPAD :

Statut 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) :

Nom du médecin-coordonnateur + Temps de travail en ETP :

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

### 1.3 Prestataire

*Ne remplir cette partie que si des prestations IDE de nuit sont confiées à une ou plusieurs structure(s) extérieure(s) aux EHPAD et aux SSIAD/SAD mixtes. Une convention doit obligatoirement être signée entre le porteur de projet et le prestataire. Elle précisera le mode de financement du prestataire et indiquera que ce financement est du ressort exclusif du porteur de projet pour tous les EHPAD inclus dans le dispositif.*

Prestataire(s) :

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Type de structure |  |
| Raison sociale |  |
| FINESS géographique |  |
| FINESS juridique |  |
| Nom du responsable de service |  |
| Convention / Lettre d’intention | OUI/NON |

*Ajouter un pavé si plusieurs prestataires*

### 1.4 Synthèse

Les conventions / lettres d’intention sont à annexer au dossier de candidature :

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’EHPAD partenaires impliqués dans le dispositif |  |
| Nombre de places d’hébergement permanent et temporaire installées |  |
| Date prévisionnelle de démarrage du dispositif |  |

# Intégration du dispositif sur son territoire

La mise en place du dispositif d’astreinte IDE de nuit requiert une réflexion territoriale. À 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. Si tel est le cas, le candidat doit dans la mesure du possible intégrer cet établissement dans son projet.

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 5 EHPADs et/ou de 500 places.

### Principales caractéristiques du périmètre géographique couvert par le dispositif d’astreinte IDE de nuit

* Département :
* Communes :

|  |  |
| --- | --- |
| Si des EHPAD sont implantés dans un périmètre géographique proche mais ne sont pas inclus dans le dispositif du candidat, préciser :   * Le nombre d’EHPAD non inclus : * Pourquoi : |  |
| Si le seuil de 5 EHPADs et/ou 500 résidents ne peut pas être atteint, préciser la raison : |  |

# Modalités organisationnelles

Détailler 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, d’un téléphone portable, d’un accès informatique aux dossiers des résidents au sein des établissements partenaires, d’un accès aux différents locaux et notamment à la pharmacie des établissements et au matériel infirmier) :

# Processus mis en place pour maximiser le rôle de l’astreinte IDE de nuit

### 4.1 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 de soins gériatriques 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, au Volet de synthèse Médicale (VSM) et validé médicalement…

**Modalités organisationnelles avec le prestataire**

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

### 4.2 Reconnaissance du rôle de l’astreinte IDE de nuit auprès des services hospitaliers et les acteurs de la permanence des soins ambulatoires

Décrivez le mode opératoire retenu ou mis en œuvre pour que le dispositif d’astreinte 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 de soins gériatriques (retour d’hospitalisation) :

# 5 Modalités de mise en œuvre opérationnelle et calendrier prévisionnel

Décrivez les différents jalons du projet, dont la date prévisionnelle de démarrage du dispositif :

# 6. Pièces à joindre

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

* Conventions / lettres d’intention établies entre le porteur et les EHPADs 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’astreinte IDE de nuit ;

# 7. Attestation sur l’honneur

**Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande** **quel que soit le montant du financement sollicité.** 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 et à transmettre annuellement un rapport d’activité à l’ARS Île-de-France ;
* S’engage à transmettre annuellement un rapport d’activité.

Fait le : ……………………………………………………………

À : …………………………………………………………………..

Signature :