2022 APPEL A PROJET MESURE 5

Personnes ressources AAP au sein de l'ARS-PACA

Direction de l'Organisation des Soins

catherine.bompard@ars.sante.fr SU

nadine.ferrand@ars.sante.fr Gériatrie

Direction de l'Offre Médicosociale

fabien.marcangeli@ars.sante.fr

PLAN de REFONDATION des URGENCES (sept.2019) **MESURE 5 : GENERALISER DES PARCOURS DEDIES AUX PERSONNES AGEES POUR EVITER LES SERVICES D'URGENCES**

Objectif => tendre vers "zéro passage par les urgences" pour les Personnes de 75 ans et plus.

DOSSIER DE CANDIDATURE AAP 2022

AAP filière gériatrique

Actuellement, les plus de 75 ans représentent 20% des passages aux services d'urgences de la région PACA. Selon les structures, entre 40 et 70% de ces patients rentrent à domicile sans être hospitalisés à l'issue de ce passage. Or, la littérature scientifique met en évidence la dégradation fréquente de l'état physique et psychique des personnes âgées lors d'un passage aux urgences : inconfort du brancard, attente, solitude et désorientation en sont les causes.

Lancé en région PACA dès 2020, le déploiement de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences s'est poursuivi en 2021 par un appel à appel à projet transversal, regroupant quatre thématiques liées à la gériatrie, la médecine d'urgence et les structures médico-sociales. Pour l'ensemble, 37 projets ont été retenus et sont suivis.

Afin de poursuivre cette mise en œuvre, l'ARS PACA lance en 2022 un nouvel AAP transversal permettant de développer des actions complémentaires dans le secteur sanitaire et médicosocial afin d'éviter les passages aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans.

Dans le cadre de cet AAP, sont attendus des projets sur les 4 thématiques suivantes :

- **Les admissions directes non programmées** en services de spécialité ;
- Les équipes mobiles de gériatrie (**EMG**) ;
- Le développement d'une couverture **d'astreinte infirmière** dans plusieurs EHPAD d'un même territoire via un établissement de santé en période de permanence des soins ;
- **L'appui territorial gériatrique**.

La volonté du présent appel à projet est de penser et structurer le parcours de soins de la personne âgée à l'échelle d'un territoire donné, grâce à différents leviers. C'est pourquoi les propositions présentant des projets sur plusieurs thématiques seront privilégiées à l'examen des candidatures. Les réponses aux différentes thématiques doivent apparaître de manière distincte et successive au sein d'un même dossier de candidature.

Depuis 2020, l'appel à projet comprenait le déploiement des infirmiers gériatriques aux urgences (IGU), coordonnateurs soignants de la prise en charge gériatrique dans les services d'accueil des urgences (SAU). **30** établissements sièges de SAU ont répondu à cette thématique et disposent actuellement d'un IGU, ou sont en cours de déploiement.

En 2022, l'ARS PACA a choisi de poursuivre les financements des IGU existants, sans toutefois les inclure au sein de ce nouvel appel à projet. En effet, l'un des enjeux phares des mois à venir est d'accompagner les établissements de santé à développer et structurer les admissions directes des personnes âgées dans les services de spécialité afin d'éviter tout passage aux urgences, en lien avec l'ensemble des autres dispositifs.

Thématique 1 : Développer l'hospitalisation directe des patients de 75 ans et plus en service de spécialité

L'admission directe non programmée fait appel à deux notions :

- **L'admission directe**, qui se fait directement en service d'hospitalisation sans passage préalable par une structure d'urgence, requise par un médecin pour le patient le jour, la veille ou l'avant-veille de l'admission. L'admission s'effectue pour un patient à domicile, en établissement social, ou médico-social. L'admission peut faire suite à la demande d'un médecin de ville, d'EHPAD, ou du SAMU, après consultation (au domicile, en téléconsultation ou téléphonique, ou dans le cadre d'un protocole de soins défini).
- **L'admission non programmée**, inopinée, et non prévue 2 jours avant sa réalisation effective. Pour être considérée comme non programmée, le délai entre la demande d'admission et l'admission effective du patient doit comprendre deux nuits au maximum. L'admission non programmée consiste en une demande de soins à visée **diagnostique, thérapeutique ou palliative**, nécessitant un environnement hospitalier, que ce soit pour une hospitalisation conventionnelle ou de jour.

Structures éligibles

Désormais, **l'ensemble des établissements de santé** est concerné par la construction de ces parcours, **qu'ils aient un service d'urgences ou non**.

Méthodologie de la thématique 1

Missions

Identification et mise en œuvre de trois fonctions clés par les établissements de santé :

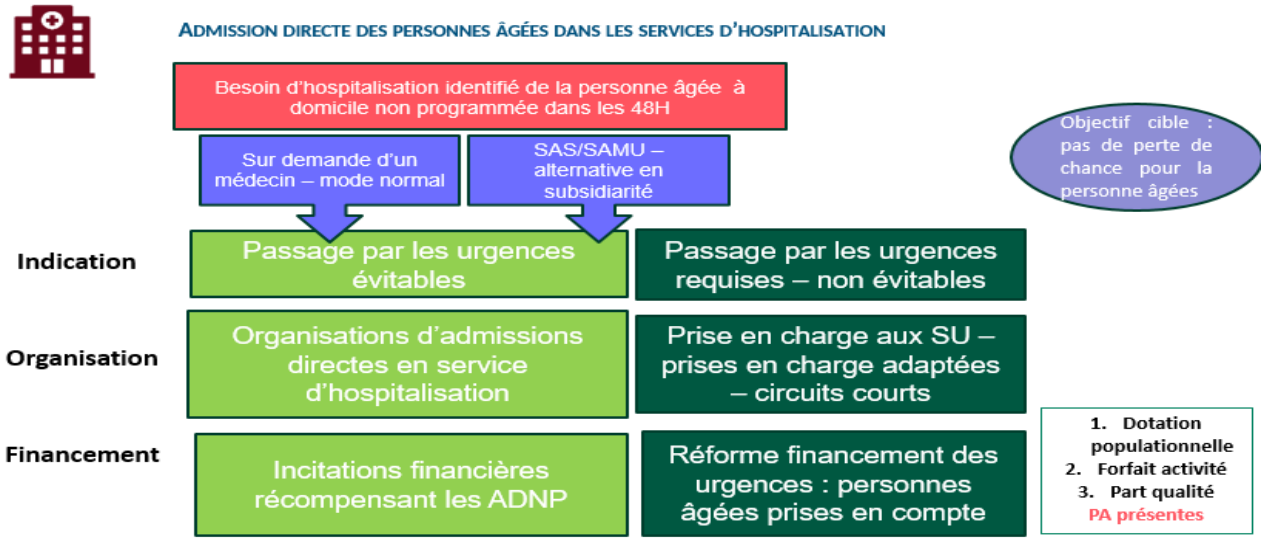
1. Une **fonction d'interface hospitalière** qui assure au médecin demandeur l'accès à un avis médical dans le but de déclencher un processus d'hospitalisation, en lien avec le SAMU/SAS :
   - ⇨ Au moyen d'une hotline ou plateforme disponible en journée à la médecine de ville, au SAMU/SAS et aux acteurs du médico-social. Faire le lien avec les dispositifs déjà en place (ATG, hotline gériatrique, EMG, IGU…) pour une possible évolution de leurs missions et des outils à leur disposition.
   - ⇨ Au moyen de modes de contact directs avec les services d'hospitalisation volontaires, pour accueillir des patients de plus de 75 ans en admission directe non programmée. Développer des modes de communication (annuaire, applications…) ainsi que des organisations médico-administratives spécifiques pour chacun des services concernés (protocoles, règles d'orientation, chemins cliniques…)
2. Une **fonction de coordination des entrées directes**, qui suppose d'anticiper les sorties d'hospitalisation et d'intégrer ces potentielles admissions à la gestion des séjours et des lits au sein de l'établissement :
   - ⇨ Gestion des lits adaptée, notamment au travers des cellules de bedmanagement mises en place : connaissance immédiate des disponibilités en lits, anticipation des besoins en lits au moyen d'outils tels que le BJML, et organisation administrative des admissions ;
   - ⇨ Communication de l'admission directe non programmée auprès du patient et/ou de la structure et/ou de son aidant par un appel téléphonique (heure d'arrivée, lieu et modalités d'admission…) ;
   - ⇨ Organisation de la prise en charge globale de la personne de plus de 75 ans : anticipation des besoins d'utilisation des plateaux techniques (imagerie, biologie), et préparation de l'aval (assistante sociale, coordination) ;

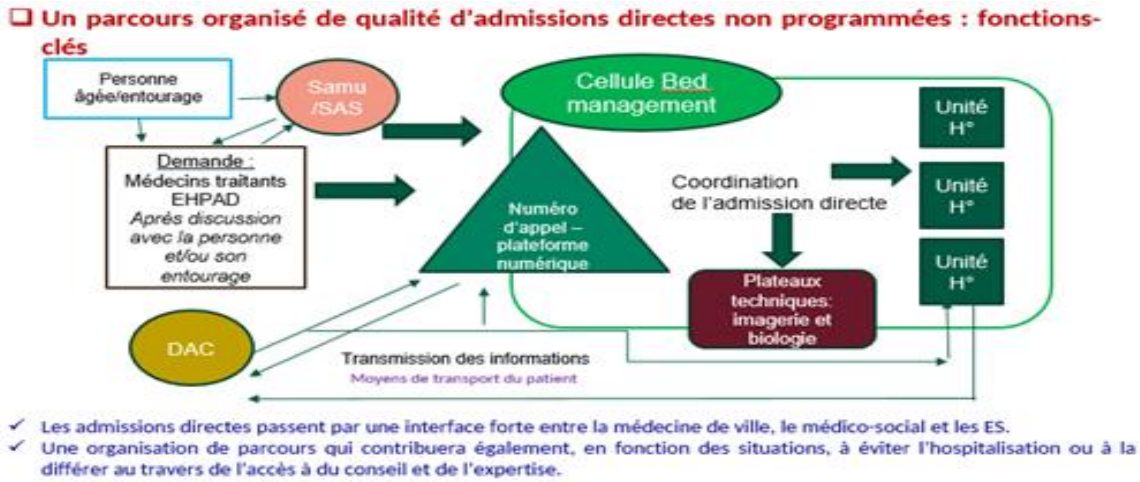
3. Une **fonction de co-construction et d'analyse partagées du parcours de soins** avec la médecine de premier recours, le médico-social, les urgentistes (services d'accueil des urgences et SAMU) et les services de spécialités :

   ⇨ Structuration des parcours de soins et de la filière gériatrique en s'appuyant sur les organisations et coopération renforcées existantes ou en cours de développement : ATP, conventions et circuits courts avec acteurs de ville, les EHPAD…

   ⇨ Traduction de ces coopérations et parcours de soins par des documents institutionnels diffusés et communiqués (feuilles de route territoriales, projets médicaux…).

En synthèse :





Indicateurs et critères de suivi

Indicateurs attendus :

- Suivi trimestriel des appels reçus sur la hotline et/ou des contacts directs avec les services volontaires (et par type d'acteur/partenaires : EHPAD, ville, PTA, EMG, …) ;
- Nombre d'admissions directes non programmées réalisées par service identifié ;
- Ecarts entre le nombre de sollicitations et les admissions effectivement réalisées ;
- Suivi annuel des passages et temps de passage des plus de 75 ans aux urgences ;

- Renseignement du recueil des admissions directes non programmées des patients de plus de 75 ans (ADNP75) au sein du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI MCO) ;
- RETEX et évaluation semestriels du projet avec les différents partenaires du territoire ;
- Enquête de satisfaction annuelle : patients / professionnels de santé et structures externes et internes ;

Un bilan annuel du projet regroupant les indicateurs attendus et les critères de suivi, doit être transmis à l'ARS

Le 31 mai 2023, puis chaque année à la même date.

Critères d'éligibilité (liste non exhaustive) :

⇨ Réalisation d'un **diagnostic concernant le parcours de soins** (passage aux urgences, hospitalisations) **des personnes de plus de 75 ans**, en lien avec les partenaires concernés (PTA, EMG, ATG, médecins de ville, SMAU/SAS) qui viennent en appui au projet présenté ;

⇨ **Cohérence du projet avec les dispositifs déjà financés ;**

⇨ **Intégration du dispositif ADNP à ceux déjà existants ou projetés,** et notamment aux autres thématiques du présent AAP :

- Dispositifs de réponse aux besoins en gériatrie (hotlines gériatriques, EMG, IGU, parcours de soins…) ;
- Coopérations territoriales renforcées (GHT, filière gériatrique, ATP…) ;
- Bed management : cellules de gestion des lits, dispositifs SI et outils de connaissance des capacités en lits des établissements (GRADeS-IeSS).

⇨ Description d'un **dispositif qui s'appuie sur l'existant tout en y apportant impérativement de nouveaux éléments** afin de renforcer les organisations : outils numériques adaptés, installations techniques, nouvelles fonctions RH…

⇨ **Identification des services de spécialité volontaires** pour réaliser des admissions directes non programmées et définition, pour chacun d'entre eux, d'un processus/protocole de prise de contact et de réalisation de l'admission directe détaillé. Une lettre de soutien devra être signée par le chef de service concerné ;

⇨ **Insertion de ces organisations dans le cadre institutionnel** : projets médicaux, gouvernance, protocoles, démarche qualité et gestion des risques ;

⇨ Congruence du dispositif mis en place avec le **recueil ATIH des données ADNP75** afin de s'adapter au mode de financement à venir et présenté dans la prochaine section.

Financement

Pour l'année 2022, les projets seront financés à partir d'une allocation de crédits sur la base d'une enveloppe d'Aide à la contractualisation (AC). Les financements délégués pour cette thématique couvriront la construction du parcours de soin et des trois fonctions clés mises en œuvre au sein des établissements de santé (comprenant notamment la co-construction, l'identification des besoins, l'organisation des filières gériatriques, le lien avec la coopération territoriale, la formation des professionnels, les outils etc.).

A partir de 2023, l'admission directe non programmée des plus de 75 ans fera l'objet d'une incitation financière. Les financements de ces projets se baseront sur une enveloppe de crédits dont l'attribution dépendra de deux paramètres :

1. La transmission des données au recueil ADNP75 par l'établissement (ATIH)
2. Le nombre d'admissions directes réalisées au sein de l'établissement (médecine ou chirurgie).

Thématique 2 : Développer le déploiement extrahospitalier des équipes mobiles de gériatrie - EMG

L'EMG intervient sur les différents lieux de vie des personnes âgées en qualité d'équipe hospitalière experte et pluridisciplinaire de second recours en prévention secondaire des décompensations de pathologies chroniques et des hospitalisations potentiellement évitables des personnes âgées et des passages par les urgences.

Structures éligibles

- **Les équipes mobiles de gériatrie intra hospitalières rattachées à un établissement de santé disposant d'une unité de court séjour gériatrique ;**
- **Les EMG ayant déjà une activité extra hospitalière avec nécessité territoriale identifiée de développement.**

Méthodologie de la thématique 2

Missions

Missions socles

Interventions directes auprès des personnes :

- **Contribuer à l'évaluation gériatrique des personnes âgées sur leur lieu de vie**, apporter des conseils thérapeutiques et des avis spécialisés pluridisciplinaires
- **Aider à la construction du projet personnalisé de santé** (projet thérapeutique, de prévention des crises et décompensations et projet de vie) dans des situations complexes ou des projets de soins en EHPAD
- **Faciliter l'accès à un plateau technique hospitalier**, à la filière gériatrique en évitant le passage aux urgences (accès direct) et en favorisant l'hospitalisation de jour et l'accès aux dispositifs dédiés aux troubles neurocognitifs (consultations mémoire, unité cognitivo-comportementale [UCC] par exemple), et aux ressources de la psychiatrie
- **Sécuriser le retour à domicile** en post-hospitalisation par des visites à domicile en lien avec les partenaires.

Missions spécifiques

✓ **EHPAD et autres ESMS**

Interventions au bénéfice des professionnels :

- Aider les professionnels de l'EHPAD et le médecin traitant dans le projet de soins (avis thérapeutique, conseils sur les conduites à tenir face à un risque…)
- Permettre un temps de réflexion en commun et donner un avis extérieur
- Valoriser, informer et sensibiliser les équipes sur certaines problématiques.

✓ **Domicile**

Interventions au bénéfice auprès des personnes :

- Aider à anticiper les situations de crise, sources d'hospitalisations en urgence (situations médico-sociales complexes, épuisement des aidants à domicile, refus de soins, absence de possibilité de déplacement…)
- Proposer des solutions alternatives à l'hospitalisation avec hébergement (prévention secondaire)

- Faciliter le recours aux soins et aux aides
- Prendre en compte la situation de l'aidant (épuisement, relations difficiles avec la personne aidée, besoin d'aide et de soins) et orienter vers les offres dédiées aux aidants notamment les plateformes de répit.

Interventions au bénéfice des professionnels :

- Apporter des conseils et des recommandations aux intervenants au domicile afin de permettre le maintien à domicile
- Informer et sensibiliser les professionnels de santé de premier recours pour améliorer les pratiques gériatriques de ces professionnels (évaluations, …) et constituer un soutien pour ces professionnels.

Fonctionnement

Les EMG formalisent une demande d'intervention de la part des acteurs externes, la partagent avec les médecins traitants, les EHPAD ou autres ESMS hébergeant les personnes âgées, les dispositifs d'appui à la coordination et s'assurent de son adéquation avec les attentes et les besoins.
Elles en assurent la diffusion via la filière.

Modalités d'interventions sur les lieux de vie

✓ **EHPAD**

Cadre :

- Une **convention** avec les EHPAD permettant de déterminer les conditions d'intervention de l'EMG
- Une sollicitation des EMG par les EHPAD **via le numéro téléphonique et une adresse mail gériatrique dédiés**
- Une **communication sur l'intervention** possible d'une EMG dans le cadre du livret d'accueil de l'EHPAD pour les résidents et leurs familles ainsi qu'une présentation et des échanges au sein du conseil de la vie sociale de l'EHPAD
- Une incitation à une **programmation d'interventions des EMG** en EHPAD au travers de visites régulières ou surtout pour des actions de formation et sensibilisation.

Prise en compte de :

- Articulation avec le médecin coordonnateur et/ou l'infirmier de coordination de l'EHPAD.
- Temps d'intervention
- Accord du médecin traitant pour la visite et l'évaluation du résident
- Consentement du résident et ou de son entourage et du tuteur
- Restitution de leurs conclusions et recommandations

✓ **Domicile**

Articulation avec le médecin traitant pour la visite :

- La concertation de l'EMG avec le médecin traitant en amont de toute intervention, au travers d'un échange de médecin à médecin, est posée comme une condition.
- La présence du médecin traitant lors de la visite de l'EMG à domicile n'est pas une obligation. Lorsque la personne n'a pas de médecin traitant, cette absence ne peut être un obstacle à une intervention de l'EMG.

Prise en compte de :

- Temps d'intervention

- Restitution de l'intervention par l'EMG (à la personne âgée/son aidant/médecin traitant/DAC/professionnels intervenants)

Les actions d'informations, de conseils, de sensibilisation ou d'appui aux pratiques :
Sont destinées aux personnels intervenant auprès des personnes âgées en EHPAD ou à domicile.
Sont effectuées soit à l'issue de l'analyse de situations de résidents, soit prévues sur des thématiques données.

Outils mis à disposition

L'EMG doit avoir accès, au travers de la filière gériatrique, aux outils partagés du parcours de santé mis en place par l'ARS et évite de se doter d'outils à part.

En revanche, si l'existence d'un système d'information (SI) commun ne doit pas être une condition première de l'activité, l'EMG devra en bénéficier et l'utiliser lors qu'il est présent.

Elle doit bénéficier d'un outil de télémédecine permettant d'optimiser ces interventions tant au niveau de la préparation/restitution que de certaines interventions elles-mêmes.

Organisation et composition

L'organisation de chaque EMG est à définir dans son règlement de fonctionnement.
L'établissement de santé porteur organise la continuité de l'activité de l'EMG.

Socle : temps médical de gériatre et d'infirmier.
Compétences recommandées en :

- **Psychiatrie/psychologie**
- **Ergothérapie**
- Compétence pharmaceutique internalisée ou avec des partenaires.

Les compétences requises en gériatrie d'une EMG intervenant **au domicile** sont celles d'un **gériatre.**
Un temps de **secrétariat** est prévu, qui peut être mutualisé.
L'EMG doit pouvoir s'appuyer sur une ressource d'**assistante sociale** du service ou de l'hôpital.
Elle peut accueillir des **stagiaires**.
Les **compétences et les personnels** doivent être **identifiés**, **non dédiés**, dans la perspective d'équipes mixtes intra et extrahospitalières et de l'articulation ou la synergie entre plusieurs équipes mobiles.

L'EMG peut s'appuyer sur des ressources du service et de l'établissement de santé ou des établissements de santé porteurs.
Les moyens sont adaptés en fonction du **nombre d'interventions** et de la **file active** prévisionnelle.

Indicateurs de suivi

L'utilisation d'un outil de suivi de leur activité intégrant le déploiement vers les milieux de vie des personnes âgées est important ; notamment l'outil de l'ANAP dans sa version 2019 est recommandé :
http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/outil-de-suivi-de-lactivite-dune-emg/

Les indicateurs socles retenus pour l'évaluation de l'activité annuelle des EMG sur les lieux de vie dans l'année de référence sont :

Indicateurs quantitatifs :

- Nombre d'interventions en EHPAD (distinction nombre d'interventions pour les résidents (évaluations/recommandations) et nombre de séances formations/appui aux pratiques/organisations
- Nombre d'interventions en résidence autonomie et autres types d'hébergement collectifs
- Nombre d'interventions à domicile (distinction nombre d'évaluations des personnes et nombre de séances réunions de synthèse de coordination)
- Nombre d'interventions intra hospitalières (distinction par service, a minima urgences /médecine/chirurgie)
- File active de personnes âgées évaluée

Indicateur d'intégration des EMG avec les autres outils de coordination des parcours :

- Nombre annuel de réunions des EMG dans le cadre de staffs organisés par les DAC.

Indicateurs qualitatifs (enquêtes périodiques) :

- Satisfaction des professionnels des EHPAD et médecins généralistes ayant sollicité une EMG (enquête)
- Délai moyen d'intervention des EMG en EHPAD et à domicile à partir de la date de la demande (enquête)
- Suivi par les EMG de leurs préconisations

Critères d'évaluation

L'analyse des indicateurs de suivi attendus cités ci-dessus, et :

- **Calendrier de suivi du projet**
- **Points forts / faibles du dispositif – difficultés rencontrées**
- **Réajustement et mise à jour annuelle du projet**

Thématique 3 : Développer une couverture d'astreinte infirmière dans plusieurs EHPAD d'un même territoire via un établissement de santé en période de permanence des soins

Les travaux menés dans le cadre de l'élaboration du PRS II ont notamment permis d'identifier deux points de rupture dans le parcours de la personne âgée :

- La prise en charge de nuit et le week-end en EHPAD qui résulte bien souvent d'organisations inadaptées et non suffisamment sécurisées ;
- Une fréquence et une durée moyenne de passage aux urgences trop importantes avec une durée moyenne de passage de 6h05 pour les 75 ans et plus contre 3h33 globalement au niveau régional.

En conséquence, **afin d'éviter le passage aux urgences et des hospitalisations inappropriées des résidents d'EHPAD au seul motif de la nécessité de soins infirmiers,** la présente thématique vise à **mettre en place une couverture d'astreinte infirmière via un établissement de santé à destination de plusieurs EHPAD d'un même territoire, en période de permanence des soins.**

Structures éligibles

- Etablissement de santé disposant **ou non d'un SAU :** l'implication des ES porteurs d'autres dispositifs favorisant la fluidification du parcours des personnes âgées sera pris en compte ;

Les projets devront s'appuyer sur une réelle dynamique de coopération et de mutualisation organisée entre établissements d'un même territoire. Pour les établissements qui n'en seraient pas pourvus, une collaboration territoriale formalisée avec les services de l'ES de référence sur leur territoire la filière gériatrique sera exigée : équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs, l'HAD. Elle permettra une mise en place plus intégrée du dispositif et participera de la mobilisation des ressources du territoire.

- L'astreinte infirmière et les interventions pourront s'opérer **via une équipe mobile de gériatrie externe ou un HAD ou tout autre service de l'Etablissement de Santé** en lien avec les EHPAD d'un territoire clairement défini
- **Choix obligatoire d'un « EHPAD pivot »** qui recevra les financements (sauf si l'EHPAD en question est rattaché à l'ES organisant le dispositif)

La liste des EHPAD ciblés devra obligatoirement être jointe au dossier (dans la limite des seuils capacitaires fixés ci- dessus). Cette liste pourra faire l'objet d'une réévaluation par l'ARS afin de garantir une couverte homogène par territoires.

Les territoires prioritaires seront ceux ayant un taux de couverture inférieur à la moyenne régionale.

Méthodologie de la thématique 3

Préparation du projet

L'astreinte est définie comme un temps hors poste de travail pendant lequel l'infirmier se tient à disposition des structures. Il est joignable à tout moment à un numéro spécifique et aux heures convenues dans le cadre de la mise en place du dispositif.

L'IDE de nuit partagé :

- Sera habilité à intervenir dans le cadre de son champ de compétences.

- Devra assurer la régulation des appels qui lui parviennent ; il pourra prodiguer des conseils par téléphone et sera amené à se déplace sur site selon son appréciation de la demande.

Le projet doit s'appuyer sur une réelle dynamique de coopération et de mutualisation organisée avec les EHPAD d'un même territoire :

- En zone urbaine : le nombre total de résidents « couverts » par l'astreinte IDE de nuit en EHPAD devra s'élever **à minima à 850 ;**
- En zone rurale et/ou semi-urbaine : il n'y aura **pas de seuil capacitaire**, mais le dispositif devra couvrir le plus grand nombre d'EHPAD du territoire « couvert » par l'établissement de santé de référence (à définir avec l'ARS).

Il conviendra de :

- Définir avec l'ARS les EHPAD du territoire qui devront être couverts par le dispositif d'astreinte IDE de nuit porté par l'Établissement de santé ;
- Cibler et mentionner les EHPAD du territoire défini par l'établissement de santé ;
- Prévoir un périmètre géographique devant permettre, dans des conditions normales, de respecter **30 à 40 minutes d'intervention** de l'astreinte entre les différentes structures ;

⇨ Choisir un **EHPAD « pivot »** qui bénéficiera des crédits alloués et devra les reverser à l'Etablissement de santé (sauf si l'EHPAD est rattaché à l'ES organisant le dispositif)

Une grande souplesse sera laissée à l'établissement de santé dans l'organisation définie dans les modalités de coopération et d'intervention qui seront définies dans le projet déposé.

Objectifs

- Améliorer la qualité et la sécurité des soins en EHPAD la nuit ;
- Limiter les hospitalisations de nuit aux urgences des personnes âgées résidentes en EHPAD ;
- Diminuer les séjours hospitaliers évitables en appliquant notamment les prescriptions anticipées la nuit (fin de vie, douleurs, actes techniques…) ;
- Faciliter le retour en institution lorsque l'hospitalisation a été inévitable ;
- Éviter l'hospitalisation d'une personne âgée à la suite d'un passage aux urgences.

Missions

Le dispositif n'aura en aucun cas vocation à résoudre les potentiels problèmes d'effectifs rencontrés par les EHPAD

Les missions confiées à l'astreinte IDE de nuit mutualisée en EHPAD sont les suivantes :

- Organisation d'une couverture infirmière d'astreinte sur plusieurs EHPAD tous les jours entre 19h et 7h du matin, WE et jours fériés compris
- Création d'une permanence infirmière avec un numéro dédié toutes les nuits de 19h à 7h et en WE et jours fériés de 7h à 19h
- Définition des conditions de recours en particulier pour les situations de soins d'urgence en soins infirmiers en EHPAD
- Apport d'une compétence gériatrique paramédicale pour gérer les cas complexes
- Expertise gériatrique
- Eviter le passage aux urgences des résidents des EHPAD en période de permanence des soins
- Elaboration, validation et diffusion en lien avec les EHPAD du dispositif de fiches techniques sur les conduites à tenir pour les principales situations d'urgence clinique susceptibles d'être rencontrées
- Promotion des solutions de prévention du recours aux urgences
- Appropriation de ces fiches par le personnel des EHPAD présent en période de permanence des soins

- Accès au dossier de liaison d'urgence (DLU) tenu à jour et validé médicalement, à la liste des numéros utiles, aux transmissions et au local pharmacie de la structure
- Signature d'une convention de coopération entre l'établissement de santé pilote du dispositif et l'ensemble des EHPAD du dispositif
- Signature d'une convention prévoyant les modalités de reversement des crédits notifiés à l'EHPAD « pivot » vers l'établissement de santé (sauf si l'EHPAD en question est rattaché à l'ES organisant le dispositif)

Organisation

Le dispositif est porté par un établissement de santé, sous la forme soit de garde, soit d'astreinte, 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 service de l'ES et se déplace.
L'IDE intervient sur sollicitation des équipes de nuit auprès des EHPAD intégrés au dispositif pour des situations d'urgences non vitales, et peut également être mobilisée pour des interventions programmées.

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

Financement

250 000 € maximum notifiés à un EHPAD « pivot » qui reversera les crédits à l'Etablissement de santé :

- 4 postes d'infirmier (55 000 € / annuel par poste d'infirmier de 12 heures) soit 220 000 €
- Coût des interventions / Frais de déplacement : 30 000 € / an

Documents à fournir

- Organigramme de l'ES - organisation mise en place dans le dispositif
- Calendrier de suivi du projet, des rencontres avec les EHPAD, de l'élaboration des fiches techniques sur les conduites à tenir pour les principales situations d'urgence clinique susceptibles d'être rencontrées
- File active réelle, nombre d'interventions, délai d'intervention de l'Etablissement de Santé après saisine
- Nombre d'IDE participant aux astreintes
- Liste et nombre d'EHPAD ciblés : au moment du dépôt du projet, l'accord des EHPAD écrit des EHPAD sera **facultatif** ;
- L'établissement de santé devra à minima avoir pris contact avec les structures identifiées

Critères d'évaluation

- Calendrier de suivi du projet
- Nombre d'EHPAD ciblés
- Nombre de conventions passées
- File active réelle, nombre d'interventions, délai d'intervention de l'EMG après saisine
- Nombre d'IDE participant aux astreintes
- Nombre d'appels reçus entre 20h et minuit

- Nombre d'appels reçus entre minuit et 7 h du matin
- Nombre de situations résolues par téléphone (sans déplacement) / non résolues par téléphone (nécessitant un déplacement)
- Nombre de déplacements ayant entrainé une hospitalisation
- Points forts / faibles du dispositif – difficultés rencontrées
- Réajustement et mise à jour annuelle du projet

Thématique 4 : Appui territorial gériatrique aux personnes âgées

L'appui gériatrique territorial est accessible :

- Aux professionnels de santé (médecin traitant, médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur) **intervenant auprès des résidents des EHPAD ou des autres ESMS** d'un territoire accueillant les personnes âgées.
- Aux professionnels de santé (médecins généralistes ou spécialistes, HAD, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) **prenant en charge une personne âgée à domicile.**

Les structures éligibles à cette thématique sont les établissements de santé MCO porteur d'une filière gériatrique, ainsi que les équipes mobiles de gériatrie rattachés à un établissement de santé.

Il doit se faire **en articulation avec les ressources disponibles sur le territoire** (couverture du territoire par un dispositif d'astreinte d'infirmier de nuit dans les EHPAD), et les coordinations existantes (communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), DAC).
L'appui est enfin accessible en journée aux professionnels des SAMU-Centre 15.
L'appel à l'appui gériatrique se fera en lien avec le médecin traitant du patient et les professionnels intervenant à son domicile.
Il peut enfin répondre aux professionnels de santé pour des personnes handicapées vieillissantes en ESMS, sous réserve de détenir des compétences spécifiques.
L'identification des Hot Line existantes et leur pérennisation en appui territorial peut être accompagné par le cadre d'orientation proposé dans l'instruction N° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022.

Structures éligibles

- **Les établissements de santé MCO porteur d'une filière gériatrique**
- **Les équipes mobiles de gériatrie rattachées à un établissement de santé**

Méthodologie de la thématique 4

Missions

L'appui gériatrique territorial doit permettre de répondre aux besoins des professionnels de santé et d'accéder à l'expertise gériatrique.

1. Conseiller, soutenir et orienter les professionnels dans des situations nécessitant **des avis urgents non-programmés**, par l'apport d'une expertise gériatrique, une aide à des prises en charges spécifiques.
2. **Aider à l'orientation et guider sur la conduite à tenir dans une temporalité à très court** terme : conseiller sur l'indication d'hospitalisation, proposer des alternatives à l'hospitalisation et orienter vers les HAD ou les établissements du territoire en recourant, lorsque c'est possible, à une admission directe non programmée en service de gériatrie ou si possible à d'autres services hospitaliers sans passer par le service des urgences.

   Ces deux missions participent au développement de la culture gériatrique au sein des ESMS et auprès des professionnels libéraux avec les équipes mobiles et les médecins coordonnateurs d'EHPAD.

3. **Mobiliser, pour ces situations, les ressources sanitaires territoriales nécessaires** :

   Expertises sanitaires spécialisées des établissements de santé, équipes d'HAD (notamment dans le cadre de la procédure d'intervention rapide suite à une évaluation anticipée), DAC, EMG, EMSP, de psychiatrie de la personne âgée ou de psychogériatrie, d'hygiène, le CPIAs, pour la prise en charge des personnes en

établissement social, médico-social.
Lorsqu'il sollicite ces ressources pour les personnes âgées à domicile, **son action s'effectue en subsidiarité du DAC.**

4. **Appuyer le SAMU-Centre 15 ou le service d'accès aux soins (SAS) lorsqu'il existe**, par une expertise gériatrique (accès à un avis d'expert) et par une contribution à des réponses à apporter **dans une gradation pour un juste soin en urgence ou semi-urgence,** par l'apport d'outils (échelles, numéros utiles, accès direct à une hotline gériatrique afin de faciliter la prise de décision de la régulation médicale et les admissions directes quand elles sont nécessaires et possibles,…) sur la base de protocoles de décisions d'orientation partagés.

5. **Appuyer les DAC afin de contribuer à la continuité des soins** (sortie d'hospitalisation, préparation du retour en EHPAD ou à domicile), en tenant compte des situations et des besoins individuels, et en mobilisant les ressources territoriales sanitaires pertinentes.

En cas de situation de risques collectifs ou de crise sanitaire

Ces situations peuvent nécessiter une expertise médicale en vue d'**accompagner la prise de décision du médecin de la personne soignée** :

- Participer à la procédure collégiale pour la prise en charge de situations cliniques complexes
- Proposer des conseils personnalisés pour la mise en place des procédures et protocoles nécessaires aux soins des patients, en établissement ou au domicile
- Faire le lien avec l'Agence régionale de santé (ARS) du territoire pour des remontées d'informations sur la situation épidémique et sur la mobilisation des ressources du territoire afin d'en favoriser l'organisation.

Fonctionnement

Les moyens humains d'assurer la coordination et l'effectivité de l'appui sont définis territorialement en fonction de la couverture prévue par celui-ci.

L'appui gériatrique territorial sera disponible **en journée et en semaine** ; les horaires indicatifs sont à affiner en fonction du besoin territorial identifié
Il est demandé que cet appui se fasse à minima **de 9h à 20h**.
L'organisation territoriale précise les jours et heures de couverture de l'appui et doit être communiquée à l'ensemble des acteurs.
Il est possible, en fonction des projets territoriaux, d'organiser une astreinte de l'appui gériatrique le week-end et les jours fériés.

L'appui gériatrique est **joignable par téléphone ou par mail (messagerie sécurisée),** avec **un numéro (hotline) et une adresse dédiée** territorialement et identifiée par les acteurs afin d'apporter rapidement des réponses, recommandations et conduites à tenir, personnalisées, graduées et conformes aux bonnes pratiques professionnelles.

Il dispose de :

- Moyens de **télémédecine** (notamment de télé-expertise) afin de répondre aux besoins des professionnels de santé et d'apporter une expertise gériatrique
- **Moyens de réponse en propre** ou d'une possibilité de mobiliser les EMG afin d'assurer un déplacement sur le lieu de vie en proximité ou de faire appel aux organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service de gériatrie

- La liste des correspondants et des équipes mobilisables sur le territoire (équipes mobiles, HAD, DAC, etc.).

L'appui doit être **un dispositif de proximité**, **intégré à la filière gériatrique**, afin d'être **visible et lisible par les demandeurs**.
En cas d'appui de week-end et jours fériés, ils pourront être mutualisés entre les différentes équipes afin d'organiser un dispositif régional.

Les appuis gériatriques sont des **dispositifs de second recours**, ils ne se substituent pas au SAMU-Centre 15 ou au SAS lorsqu'il existe, qui doivent rester le premier interlocuteur pour toute situation d'urgence ressentie (aggravation brutale de l'état de santé, urgence vitale, etc.). Ils doivent s'articuler.
Le médecin régulateur pourra adapter la réponse après évaluation avec un accès ou une bascule sur la ligne de l'appui gériatrique du territoire **en journée**.
Des protocoles de redirection des appels et des interconnexions devront donc être mis en place à cette fin.

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est utilisé en tant que de besoin lors de la sollicitation de l'appui gériatrique.
Il peut avoir accès et mobilise les **outils numériques régionaux existants**.

Le fonctionnement de l'appui gériatrique se définit par :

- Une réflexion et une organisation territoriale
- Une coordination par le porteur de la filière gériatrique du territoire
- L'absence de superposition à d'autres dispositifs mais une complémentarité
- Un support pouvant être une EMG dont le rôle serait élargi et l'intégration de ressources par convention
- La contribution de tout établissement de santé de la filière gériatrique MCO et SSR, des GHT, des gériatres des DAC et HAD

Il s'assure de sa lisibilité. :

Organisation et composition

Structure socle : temps médical de gériatre des établissements de santé du territoire pour contribuer à l'appui en journée.
Il est conseillé que le temps de gériatre soit **complété par un temps d'infirmier** pour un premier décroché ou la reprise après l'échange avec le gériatre.

Selon les territoires, il peut fonctionner en mode plateforme élargie dans le cadre des réponses diversifiées des filières gériatriques sanitaires/hospitalières aux EHPAD et personnes âgées à domicile (organisation visant aux admissions directes des personnes âgées).

L'appui territorial gériatrique est organisé par un coordonnateur dont le profil peut être **médical ou paramédical** ou autre, afin d'apporter les **compétences professionnelles** et **organisationnelles requises en amont et en aval.**

Indicateurs de suivi

Chaque appui territorial organise les modalités nécessaires pour tracer son activité et réalise un bilan annuel, transmis à l'ARS.

Quantitatifs :

- Volume d'appels
- Nombre d'ETP mobilisés

- Nombre d'EHPAD-ESMS conventionnés participant à l'appui
- Couverture des EHPAD et/ou des personnes âgées à domicile

Qualitatifs :

- Étendue de la permanence (jours, horaires)
- Motifs des sollicitations et orientations données
- Partenariat avec le SAMU-Centre 15
- Partenariat formalisé avec les DAC

Critères d'évaluation

L'analyse des indicateurs de suivi attendus cités ci-dessus, et :

- **Calendrier de suivi du projet**
- % des EHPAD avec un numéro accessible pour une expertise gériatrique en non programmé
- Nombre de fiches des ressources sanitaires territoriales à mobiliser
- Points forts / faibles du dispositif – difficultés rencontrées
- **Réajustement et mise à jour annuelle du projet**

Date limite du dépôt des candidatures

Les dossiers de candidature doivent être déposés jusqu'au **lundi 7 novembre 2022** par mail à l'adresse suivante:

catherine.bompard@ars.sante.fr

Dossier de candidature

Le projet présenté par l'établissement peut s'inscrire dans une seule thématique ou plusieurs.

Le début de mise en œuvre du ou des projets devra avoir lieu au cours de l'année N ou N+1, soit 2022/2023. Il devra être finalisé au plus tard au cours de l'année N+2 suivant la notification des crédits.

Complétude du dossier :

Afin d'être déclaré recevable, le dossier devra impérativement comporter les éléments suivants :

- La signature du représentant légal de la structure candidate, et un portage institutionnel du projet projeté (avis favorable du président de la Commission Médicale d'Etablissement) ;
- L'ensemble des éléments demandés au sein de chacune des thématiques.
- Toutes pièces nécessaires à l'instruction du projet, et pour chacune des thématiques choisies : calendrier de déploiement, plans de financement, éléments de faisabilité technique, etc.

Responsable(s) du dossier

Un ou des responsables du dossier déposé doit être précisément identifié :

- Nom :
- Prénom :
- Fonction :
- Téléphone :
- Mail :

Processus de sélection des projets et notifications

Dès la clôture de l'appel à projet (07 novembre 2022), l'ARS procédera à l'instruction des dossiers. Une attention toute particulière sera portée à la rigueur et à la cohérence institutionnelle et territoriale de votre dossier.

Sous réserve des éléments de complétude demandés, la priorité sera donnée aux projets regroupant plusieurs thématiques, permettant ainsi de concourir aux parcours de soins dédiés aux personnes âgées dans le cadre d'une réorganisation territoriale de l'offre de soins.

A l'issue du processus de sélection régionale, un courrier sera envoyé à chaque responsable de dossier, informant de la retenue ou non du dossier de candidature déposé.
Dans l'affirmative, une convention relative aux thématiques choisies sera alors rédigée puis signée par le représentant de l'établissement concerné et l'ARS PACA.

Les subventions

Thématique 1 : le montant total de l'enveloppe dédiée au développement de l'admission directe des personnes de plus de 75 ans en services de spécialité s'élève à **6 079 800 d'euros**.

Thématique 2 : le montant total de l'enveloppe dédiée au titre du déploiement extrahospitalier d'une EMG s'élève à **750 000 euros.**
Cette enveloppe est en crédits reconductibles durant une année. Pérennisation possible aux termes de l'évaluation.

Thématique 3 : le montant notifié par projet sera au maximum de **250 000 €** en crédits non reconductibles durant deux années. Une pérennisation sera possible après évaluation du dispositif.
La commission de sélection décidera du montant de la subvention allouée, en fonction de la qualité des dossiers déposés.

Thématique 4 : le montant total de l'enveloppe dédiée au titre de l'appui gériatrique territorial est de **617 300€.** Cette enveloppe est en crédits reconductibles. Pérennisation possible au terme de l'évaluation.

Liquidation de la subvention

Les établissements de santé retenus recevront une notification des crédits accordés. La totalité de ces crédits seront versés à réception de l'avenant au CPOM signé par l'établissement porteur du projet et l'ARS.

Dans le cas d'un projet mutualisé entre deux établissements, seul le porteur du projet bénéficiera des crédits. Il appartiendra à l'établissement bénéficiaire des fonds de procéder au reversement d'une partie des crédits à l'établissement partenaire, par voie de convention.

Engagements de l'établissement

Les projets qui bénéficieront de subventions dans le cadre du présent appel à projet devront fournir les documents demandés par l'ARS dans les délais impartis, et s'engagent à participer au dispositif d'évaluation. Des revues de projet pourront également être organisées à mi-parcours selon le calendrier prévisionnel.

A ce titre, l'établissement bénéficiaire de la subvention s'engage à fournir un rapport d'évaluation à l'ARS PACA une fois le projet réalisé. En outre, l'ARS se réserve la possibilité de vérifier sur pièce ou sur site la mise en œuvre effective du projet. A défaut, l'ARS sera susceptible de récupérer les crédits versés.