

**Avis d'appel à candidatures**  
**Mise en place expérimentale**  
**« EHPAD hors les murs »**

**Date limite des dépôts de candidatures : 5 octobre 2018**

## **I – Constat et objectifs**

**Lors de l'Instance de Concertation Régionale « Personnes Agées » en amont du PRS II, quatre points de rupture ont notamment été identifiés:**

**La prise en charge de nuit et le week-end :** cette fragilité résulte, d'une part, d'organisations inadaptées et parfois non suffisamment sécurisées en institution, mais aussi d'un défaut de dispositifs de surveillance nocturne à domicile, alors que plus deux personnes sur cinq âgées de + de 75 ans vivent seules en PACA, chiffre en progression depuis 2006 (+9,8 %) et supérieur au niveau national.

**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.

**L'absence de circulation de l'information et de coordination entre les acteurs de la prise en charge (établissement de santé-ville-domicile-EHPAD) :** c'est un constat unanimement partagé : les acteurs intervenant auprès des personnes âgées sont multiples et souffrent d'un manque de pilotage et de coordination, au sein d'un même secteur et *a fortiori* entre les différents intervenants.

**La fragilité et l'épuisement des aidants :** la mauvaise santé des aidants, leur âge, leur solitude et leur charge en soin auprès de la personne âgée génèrent des situations de vulnérabilité. Avec 30 000 aidants supplémentaires chaque année, notre région est particulièrement concernée par ce phénomène, d'autant que, dans 57 % des cas<sup>1</sup>, l'aidant principal est âgé entre 60 et 79 ans. Or, les évolutions démographiques et sociales (augmentation de l'activité féminine, éloignement des enfants du domicile des parents...) risquent d'entraîner une diminution du nombre d'aidants dans les années à venir.

<sup>1</sup> ORS PACA

**Les trois enjeux du Schéma Régional de Santé s'agissant du parcours de la personne âgée sont :  
ANTICIPER – DECLOISOINER - COORDONNER**

La présente expérimentation s'inscrit dans le cadre du passage d'une logique de « structure » à une logique de « prestations ». Elle propose ainsi de positionner l'EHPAD en tant que pivot afin d'organiser la prise en charge des personnes âgées dépendantes souhaitant rester à domicile, et donc de fluidifier leur parcours de soin et de prise en charge, notamment par le biais d'une externalisation de certaines prestations.

**Il ne s'agit pas de créer une offre qui viendrait s'ajouter à ce qui est déjà proposé**, mais bien de permettre aux personnes âgées dépendantes restant au domicile de bénéficier d'une prise en charge et d'un suivi H24, grâce à l'intervention coordonnée de l'ensemble des professionnels du domicile.

Cette expérimentation a été pensée comme une plus-value apportée au parcours de soin de la personne âgée dépendante au domicile : écouter, rassurer, soigner, limiter les hospitalisations de nuit. Elle poursuit également comme objectif de favoriser la circulation de l'information entre les acteurs et donc la coordination de leurs interventions.

## **II - Actions envisagées dans le cadre de l'expérimentation**

### *A) Les missions*

**Positionner l'EHPAD comme une plateforme de ressources pour le domicile à travers l'externalisation de certaines prestations de l'EHPAD destinée à des personnes âgées dépendantes prises en charge au domicile**

1. **Coordination des actions / circulation de l'information** des intervenants au domicile de la personne – pilotage par l'IDE coordonnateur
2. **Intervention de l'IDE**, la nuit (de 21h00 à 7h00 en semaine, WE et jours fériés), avec des tablettes (visio-assistance), et déplacement au domicile, si besoin
3. **Intervention de l'ergothérapeute** de l'EHPAD, le jour, au domicile pour aide et aménagement des espaces
4. **Intervention du médecin coordonnateur** de l'EHPAD pour analyser le risque iatrogénique des traitements, diminuer le nombre de prise, améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes et favoriser les thérapies non médicamenteuses, en lien avec le médecin traitant

**Le porteur du projet pourra proposer d'autres prestations**, qu'il jugera utiles, délivrées habituellement au sein de l'EHPAD qui seront étudiées dans le cadre de sa candidature. Il devra prendre en compte l'ensemble de l'offre et des acteurs existants sur le territoire envisagé.

A titre d'exemple, une intervention du psychologue de l'EHPAD, le jour, pourra être envisagée afin de soutenir la personne âgée dépendante et l'aidant. Cette intervention nécessitera l'accord du Conseil départemental territorialement compétent<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Sauf si un des acteurs intervenant au domicile sur le territoire envisagé par le porteur, comme par exemple un SSIAD, le propose déjà

## B) Les conditions générales

### Public cible :

Personne âgée dépendante GIR 1 à 3 souffrant de troubles cognitifs et dont les critères de vulnérabilité ne permettent pas un maintien à domicile sans une intervention coordonnée des services d'accompagnement (SSIAD, Infirmiers libéraux, Kinésithérapeutes, SAAD, HAD...)

### Personnel dédié :

- IDE coordonnateur (0,5 ETP minimum souhaité)
- IDE de nuit<sup>3</sup>
- Ergothérapeute / Psychomotricien
- Médecin coordonnateur
- Autres : à préciser par le candidat le cas échéant

### Organisation cible :

- **File active de 30 personnes âgées dépendantes**
- Elaboration d'un plan de soin individualisé
- Mise en place du dispositif avec rencontre de l'équipe, de la personne âgée dépendante et de l'aidant au domicile
- Formation de la personne âgée dépendante (si possible) et de l'aidant à la visio assistance
- Elaboration d'un contrat de prise en charge qui définit les champs d'intervention de l'équipe « Hors Les Murs » et les modalités
- Articulation et coordination avec les intervenants de jour (Médecin traitant, SSIAD, SAAD, IDEL, AJ, HAD...) / Conventions à formaliser
- Partenariats avec les acteurs du territoire liés la prise des personnes âgées dépendantes
- Logiciel partagé et compatible entre les différents intervenants et l'équipe EHPAD « Hors Les Murs » → importance des transmissions pour assurer la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement en visio
- Bilans réguliers

### Territoire :

- Le territoire d'expérimentation (périmètre, zone d'intervention...) devra être clairement défini par le candidat, qui veillera à démontrer la coordination qui sera mise en œuvre avec l'ensemble des acteurs intervenant sur la zone géographique et intégrés dans le futur dispositif.
- Le calcul du temps d'intervention EHPAD/domicile devra être mentionné : celui-ci sera laissé à la libre appréciation du candidat qui prendra en considération les spécificités de la zone géographique concernée (urbaine, rurale ou montagneuse...).

A titre indicatif, il paraît opportun que le temps de circulation entre l'EHPAD et les domiciles n'excèdent pas **20 minutes**.

### Modalités :

Que ce soit sur le volet de la coordination de l'IDE auprès de l'ensemble des acteurs intervenant au domicile ou celui de la visio assistance, le candidat devra décrire précisément l'organisation (fonctionnement, articulation, rôle de chacun) qu'il prévoit de mettre en place.

L'articulation avec les instances de gouvernance et/ou de coordination devra également être clairement mentionnée.

---

<sup>3</sup> Cette intervention pourra se faire en articulation avec le dispositif d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit entre plusieurs EHPAD (cf. appel à candidatures 2018) pour les EHPAD n'étant pas intégrés dans cette expérimentation

**Toute mutualisation envisagée entre deux ou plusieurs EHPAD intervenant sur un même territoire constituera un point fort dans le dossier de candidature.**

Reste à charge : Néant

**C) La chambre d'urgence**

**Une chambre d'urgence** devra être identifiée et destinée à l'accueil des personnes âgées dépendantes et prises en charge au domicile (dans la limite de la capacité autorisée de l'EHPAD)

Bénéficiaires : Personnes âgées dépendantes inscrites dans le dispositif et ayant besoin d'un accueil d'urgence

Motifs :

- Hospitalisation non programmée de l'aidant
- Epuisement de l'aidant
- Sortie d'hospitalisation de la personne âgée
- Autre

Organisation cible : être en capacité d'accueillir la personne âgée dépendante à toute heure de jour comme de nuit en semaine, WE et jours fériés

Modalités :

- Disposer d'une autorisation d'hébergement temporaire, afin de la dédier à l'accueil d'urgence, dans un lieu clairement identifié, au sein de l'établissement
- Localiser la chambre d'urgence au sein de l'unité de vie protégée, si les personnes âgées dépendantes bénéficiaires souffrent de troubles cognitifs sévères
- Un accueil maximum de 7 jours, renouvelables 1 fois

**Au-delà de la durée de l'accueil en chambre d'urgence** la personne pourra si besoin intégrer une chambre en hébergement temporaire ou le dispositif de relaiage.

Reste à charge : Forfait journalier hospitalisation

Les modalités définies ci-dessus seront adaptées en fonction du territoire du porteur désigné, des dispositifs existants (exemple : PAERPA sur le Var) et en lien avec les services de l'ARS et du Conseil départemental territorialement compétent, le cas échéant.

### **III – Financement et durée du dispositif**

Le dispositif d'EHPAD HORS LES MURS fonctionnera 7 jours sur 7 avec les moyens suivants :

- Le personnel dédié (*mentionné supra*)
- 30 tablettes minimum intégrant le logiciel
- Une place en chambre d'hébergement d'urgence
- Frais de déplacement / Coût supplétif de coordination éventuels (planning, suivi, organisation, formations)

Le budget annuel devra intégrer ces moyens et être présente sur la base d'un coût par personne n'excédant pas **10 000 € (soit une dotation annuelle maximum de 300 000 €)**. Le budget et les modalités d'utilisation des financements devront être clairement définis.

Le dispositif d'expérimentation sera conduit sur **trois années maximum** avec notification de crédits **non pérenne** dès 2018 pour les trois ans de fonctionnement.

En cas d'imminence du dépassement de l'enveloppe allouée, la structure devra saisir en amont l'ARS afin d'établir les modalités de raccourcissement de l'expérimentation. **Aucun crédit non pérenne complémentaire ne sera alloué. Le financement devra être opéré à 100% sur le forfait soins, sans aucun impact sur le forfait dépendance.**

**Le porteur de l'expérimentation pourra également répondre dans le cadre d'un même projet à l'appel à candidature sur le relayage et/ou à l'appel à candidature relatif à la mise en place d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit entre plusieurs EHPAD.**

**A ce titre, une candidature regroupant ces deux expérimentations pourra être envisagée. La faculté du candidat à décrire la complémentarité des deux dispositifs et la coordination des intervenants sera déterminante.**

### **IV – Modalités de candidature, de sélection et de dépôt des dossiers**

#### *A) Contenu du dossier de candidature*

Le dossier de candidature devra comporter obligatoirement :

- Un projet de **25 pages maximum** respectant les dispositions du cahier des charges
- Un budget prévisionnel

#### *B) Modalités de dépôt de candidature*

Le dossier sera transmis par courriel (*format word ou pdf*) à l'adresse suivante : à l'adresse suivante : [ars-paca-doms-pa@ars.sante.fr](mailto:ars-paca-doms-pa@ars.sante.fr) mentionnant dans l'objet la référence à l'appel à candidatures « Candidature expérimentation EHPAD HORS LES MURS ».

Pour toute question relative à cet appel à candidatures, un courriel pourra être adressé à cette adresse.

#### *C) Le calendrier*

**Date limite de transmission du dossier de candidature : 5 octobre 2018**

Date prévisionnelle des résultats de sélection des projets : mi-novembre 2018

Date de notification des crédits : fin novembre 2018

Mise en œuvre du projet : Premier semestre 2019

Il conviendra pour le promoteur de joindre les fiches de postes détaillées du personnel.

*Les missions ci-dessous sont précisées **à titre indicatif et ne sont pas exhaustives**. Le candidat devra distinguer les missions relatives à la coordination et celles concernant les IDE de nuit.*

#### **ANNEXE 1 - Missions de l'IDEC et des IDE de nuit**

Deux impératifs attendus :

- **La coordination** avec les intervenants au domicile et l'équipe de l'EHPAD Hors les Murs
- **L'assistance de nuit**, à l'aide de tablette dotée d'un logiciel partagé, l'IDE de nuit aura la charge de répondre aux appels, en visio, des personnes âgées (aidant ou aidé) inscrites dans le dispositif.

L'IDE pourra se déplacer, la nuit, le cas échéant au domicile de la personne âgée.

**L'IDE de nuit devra être en capacité de traiter « les urgences en urgence ».**

Si la personne âgée dépendante bénéficie des services d'un SSIAD de nuit, les horaires seront adaptés en conséquence. De même, si l'organisation en place avec les infirmiers libéraux couvrent une partie de ces horaires.

Périmètre d'intervention à préciser en fonction de la zone géographique : urbaine, rurale, montagneuse...

Le succès de cette expérimentation tiendra, tout particulièrement, dans la coordination avec les différents acteurs intervenants au domicile de la personne âgée, de jour comme de nuit, et la qualité des transmissions qui seront effectuées.

#### **ANNEXE 2 – Missions de l'ergothérapeute**

L'intervention de l'ergothérapeute au domicile de la personne âgée vise à améliorer ou à maintenir, au maximum, son autonomie et son indépendance quand celle-ci présente un dysfonctionnement physique, lié à sa pathologie, dans le domaine des occupations humaines c'est-à-dire :

- les activités de la vie quotidienne (se laver, manger s'habiller...)
- les activités instrumentales de la vie quotidienne (se préparer un repas, faire le ménage, laver et entretenir ses vêtements...)
- les activités de loisir

A ce titre, l'ergothérapeute pourra proposer une adaptation du lieu de vie permettant de maintenir ou d'améliorer les capacités de la personne âgée ainsi que sa sécurité.

L'ergothérapeute se déplacera au domicile de la personne âgée inscrite dans le dispositif, autant de fois que nécessaire. Le programme d'accompagnement sera élaboré avec la personne en tenant compte de ses souhaits et réticences éventuelles.

Afin d'optimiser la prise en charge, l'aidant devra être associé au projet.

### **ANNEXE 3 – Missions du médecin coordonnateur**

Le dispositif pourra proposer l'expertise du médecin coordonnateur, dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie des PAD et de la promotion des thérapies non médicamenteuses, au domicile.

A ce titre, le médecin coordonnateur de l'EHPAD pourrait se coordonner avec le médecin traitant de la PAD, pour analyser le risque iatrogénique des traitements, diminuer le nombre de prise, et favoriser les TNM.

Toutes les personnes sont potentiellement concernées par la iatrogénie médicamenteuse. Mais avec l'âge, l'exposition à ce risque est plus grande, notamment chez les PAD consommant plusieurs médicaments.

Si la consommation importante de médicaments est souvent justifiée, l'élimination de ces médicaments est plus lente, l'organisme est plus sensible, et les effets indésirables sont 2 fois plus fréquents et plus graves : 10 % à 20 % entraînent une hospitalisation.

La poly médication chez la PAD augmente le risque iatrogénique. Mieux prescrire chez la PAD est un enjeu de santé publique.

### **ANNEXE 4 – Missions du psychologue (sous réserve de l'accord du CD territorialement compétent)**

Comme dans un EHPAD, l'intervention d'un psychologue, lors de l'entrée dans le dispositif de la PAD et son aidant, apparaît comme une plus-value visant à améliorer la qualité de vie des personnes prises en charge au domicile et de leur aidant.

Soutenir l'aidant comme l'aidé est un gage de longévité dans la prise en charge au domicile.

En étant à l'écoute de l'éventuel mal-être face au vieillissement et au handicap, il a un rôle de stimulation et d'accompagnement.

Le psychologue peut apaiser les résidents et réduire les troubles du comportement et ainsi participer à la thérapie non médicamenteuse.