

ANNEXE 12

EXPERIMENTATION DE PRESENCE D'INFIRMIER-E DE NUIT EN EHPAD : SYNTHESE DES RETOURS DES AGENCES REGIONALES DE SANTE

Des expérimentations de présence d'infirmier(e) la nuit dans des EHPAD, dites expérimentations « IDE de nuit en EHPAD » se sont déployées dans le cadre du plan soins palliatifs 2015-2018 et du dispositif expérimental « Parcours de santé des aînés », dit PAERPA. Les ARS ont été sollicitées, dans le cadre de l'instruction n°150 du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, sur leurs retours d'expérience des expérimentations menées sur leur territoire.

Les remontées de terrain témoignent d'une grande hétérogénéité sur le déploiement, les modalités d'organisation ou les missions confiées à l'IDE. Cependant, peu d'échecs de mise en œuvre ont été rapportés. Les retours subjectifs sont favorables à une présence infirmière de nuit mais l'impact réel sur les soins anticipés ou palliatifs ainsi que sur le recours aux urgences et aux hospitalisations non programmées est difficilement évaluable.

Le présent document synthétise les remontées du terrain et identifie les réflexions à mener pour la mise en place plus structurée et pérenne d'un dispositif d'infirmière de nuit.

| | |
|--|------------------------------------|
| Introduction | 3 |
| Un double cadre expérimental pour deux objectifs initiaux..... | 3 |
| Des données évaluatives actuelles parcellaires | 3 |
| Méthodologie | 4 |
| Résultats | 4 |
| Echantillon d'analyse..... | 4 |
| Etat des lieux du déploiement..... | 6 |
| Hétérogénéité géographique et organisationnelle des dispositifs..... | 6 |
| Mise en place effective des dispositifs..... | 10 |
| Deux modèles organisationnels et interventionnels..... | 10 |
| Recrutement du personnel infirmier..... | 11 |
| Modes de financement | 11 |
| Retours d'expérience des ARS..... | 14 |
| Nécessaire implication des acteurs | 14 |
| Nécessaire définition de du périmètre interventionnel de l'IDE..... | 14 |
| Prescriptions médicales anticipées | 14 |
| Gestion des urgences et appels de nuit | 14 |
| Cadre de mise en place d'une IDE de nuit..... | 15 |
| Un ressenti positif mais dépendant des conditions du terrain | 16 |
| Qualité de prise en charge et amélioration des pratiques..... | 16 |
| Facteurs-clés de succès remontés..... | 16 |
| Limites observées sur le terrain | 17 |
| Besoin différent selon le territoire | 17 |
| Périmètre d'intervention : gestion des urgences ou prescriptions anticipées ?..... | 17 |
| Difficultés de mobilisation et de recrutement des professionnels infirmiers..... | 17 |
| Difficulté de financement..... | 18 |
| Discussion | 18 |
| Une analyse de l'impact et de l'efficience de la présence des infirmières de nuit à affiner..... | 18 |
| Les données disponibles à ce stade sont encore insuffisantes | Erreur ! Signet non défini. |
| L'évaluation d'impact et l'évaluation médico-économique doivent être confortées, en tenant compte d'un contexte en évolution | 18 |
| Des pistes complémentaires sur le dispositif IDE de nuit | 19 |
| Conclusion | 19 |
| Récapitulatif à la mise en place d'un projet IDE de nuit | 22 |
| Annexes | 24 |

Introduction

Un double cadre expérimental pour deux objectifs initiaux

La mesure 9.1 (*Annexe 1*) du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie¹ préconise le développement d'une présence d'un personnel IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) de nuit en EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) pour éviter les **hospitalisations en fin de vie**.

La mise en place d'une présence infirmière de nuit en EHPAD s'inscrit également dans les expérimentations PAERPA (dispositif pour les Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie). 6 des 9 territoires PAERPA expérimentent ainsi une présence infirmière la nuit en EHPAD, pour éviter ou réduire les **passages aux urgences** (4^{ème} action clé²).

Des données évaluatives actuelles parcellaires

La CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) a étudié en 2010 le dispositif expérimental « IDE de nuit en EHPAD ».³ Du fait du petit échantillonnage de l'étude et de sa non-représentativité, la CNSA a conclu qu'aucune généralisation brute ne pouvait être tirée et préconisait des études plus fiables et réellement comparatives, en lien avec la DREES. Toutefois, elle a précisé que la présence infirmière la nuit est une possibilité de recours notamment pour l'accompagnement des situations de fin de vie.

De plus, l'étude « Fin de vie en EHPAD » menée par l'ONFV (Observatoire National de Fin de vie) figurant dans leur rapport de 2013⁴ conclut sur 37% de réduction significative du risque d'être hospitalisé dans les 15 jours précédant le décès survenant en EHPAD ($RR^5 = 0.63 [0.57 ; 0.70]$, $p^6 < 0.001$) lorsqu'un personnel infirmier est présent physiquement la nuit. Toutefois, aucune conclusion n'est possible quant à l'impact de l'IDE de nuit sur le lieu de décès (hospitalier ou EHPAD), sur l'astreinte téléphonique ou sur le recours aux urgences. Les auteurs concluaient alors qu'une généralisation du dispositif permettrait d'éviter 18 000 hospitalisations en fin de vie chaque année. Ces résultats sont toutefois à modérer compte tenu du faible nombre de décès inclus (environ 3500), de l'analyse en sous-groupe et des critères de sélection.

¹ Ministère de la santé et des solidarités, Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie, 2016

² Ministère de la santé et des solidarités, DSS, PAERPA brochure générale, 2016

³ CNSA, Rapport relatif aux résultats de l'expérimentation des astreintes opérationnelles d'infirmier de nuit en EHPAD, mesure 7 du programme de développement des soins palliatifs 2008/2012

⁴ Observatoire national de la fin de vie, Fin de vie des personnes âgées, rapport 2013

⁵ Risque relatif : rapport de deux risques (risque chez les exposés sur le risque chez les non-exposés).

⁶ P : probabilité que le hasard explique une différence égale ou supérieure à celle observée entre deux échantillons

Méthodologie

Afin de mieux cartographier les dispositifs existants et de disposer d'éléments d'évaluation, un questionnaire (*Annexe 2*) de recensement des expérimentations IDE de nuit, notamment dans le cadre du plan soins palliatifs et PAERPA ainsi que leurs caractéristiques a été envoyé aux ARS dans le cadre de la circulaire pour la campagne budgétaire des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées pour 2017.

Le questionnaire adressé aux ARS devait être retourné en novembre 2017. Pour préciser les éléments de réponse, plusieurs ARS ont été relancées pour des compléments d'informations en janvier et en février 2018 et 4 entretiens téléphoniques (Grand Est, Corse, Auvergne-Rhône Alpes (AURA), GEROND'IF pour l'Île-de-France) ont été conduits.

Les retours obtenus couvrent un spectre variable : d'une part, les dispositifs IDE de nuit dans le cadre de PAERPA ou ceux autoportés par les EHPAD n'ont pas toujours été recensés et d'autre part, la méthodologie de recueil a été différente selon le territoire (remplissage des questionnaires par les EHPAD ou par les ARS). Les données n'étant pas exhaustives, il a donc été décidé d'analyser en globalité les retours sans distinction notamment sur les différents cadres expérimentaux (PAERPA, non PAERPA, auto-portage).

Par ailleurs, le recueil des données quantitatives n'est pas homogène sur le territoire : le nombre de passages aux urgences, d'hospitalisations non programmées, la prescription de soins anticipés dont les soins palliatifs ne sont pas toujours mesurés. Seules les ARS AURA⁷ et Ile de France⁸ ont réalisé une étude quantitative comparative avec groupe témoin. De plus, des indicateurs spécifiques sur l'impact des hospitalisations évitables n'ont pu être isolés.

Les données qualitatives présentées ne relèvent pas d'une enquête qualitative ad hoc mais correspondent aux retours complémentaires des ARS.

Résultats

Echantillon d'analyse

Concernant l'analyse des données quantitatives, les retours n'étant pas exhaustifs, l'état des lieux du déploiement présenté ici porte sur des sous-échantillons correspondant à une partie des dispositifs déployés, c'est-à-dire ceux ayant remonté des données (*Figure1*). Quant aux éléments qualitatifs rapportés, ils correspondent à des retours empiriques du terrain transmis par les gestionnaires des EHPAD ou relevant de l'appréciation portée par l'ARS sur le dispositif.

⁷ AURA, incidence d'un temps de présence médicale accru et d'une infirmière de nuit sur les hospitalisations injustifiées et/ou évitables des résidents en EHPAD

⁸ GEROND'IF, Gerontopôle d'Île de France, Etude d'impact médico-économique du dispositif d'IDE mutualisés de nuit en EHPAD

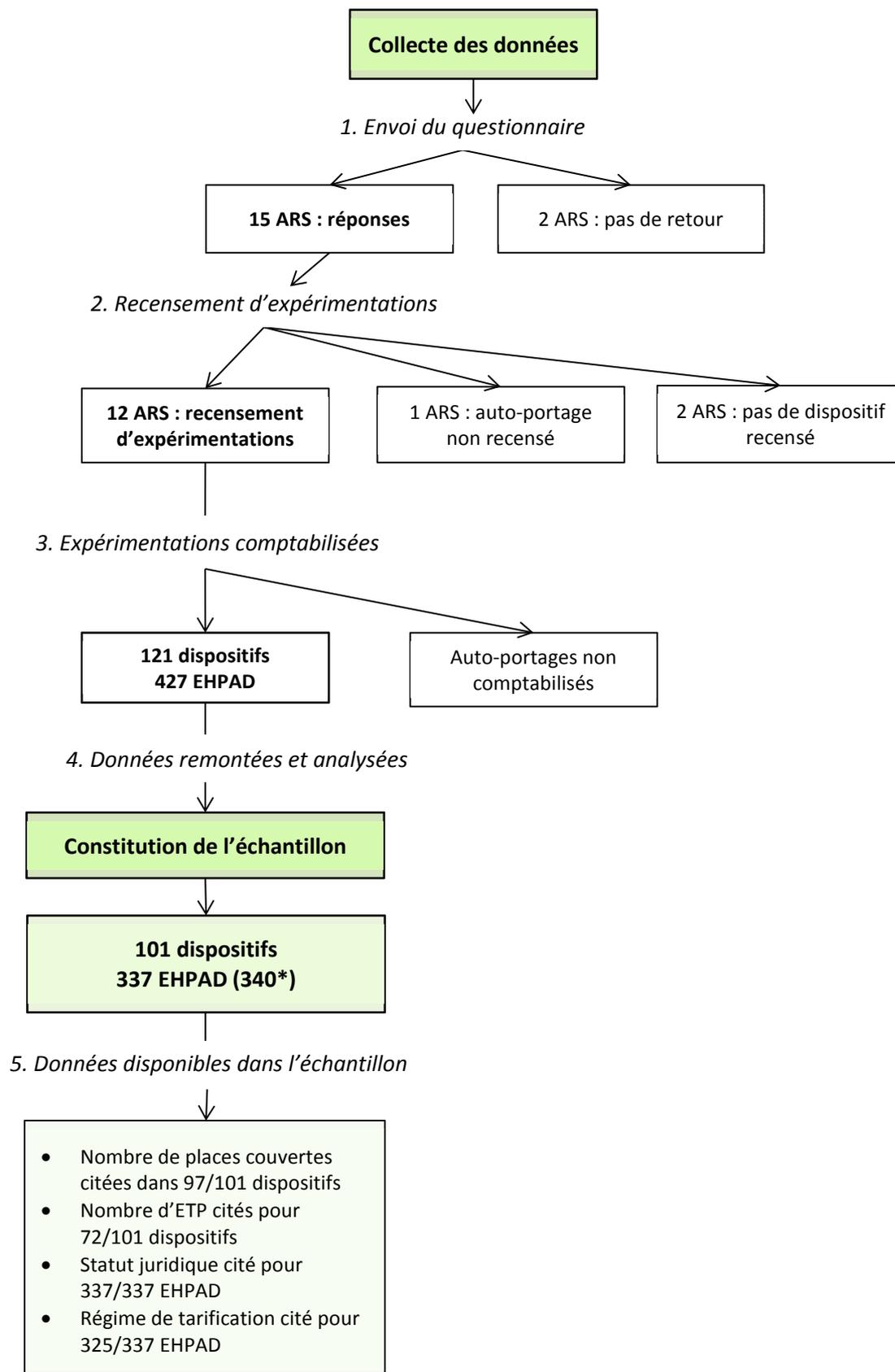


Figure 1 : Données incluses dans l'échantillon d'étude.

Légende : * allers-retours d'EHPAD

Etat des lieux du déploiement

Hétérogénéité géographique et organisationnelle des dispositifs

Les premières expérimentations mises en place datent de janvier 2014 (AURA, Occitanie, Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), Pays-de la Loire) et les dernières ont débuté en septembre 2017 (Océan Indien).

101 dispositifs IDE de nuit ont été mis en place dans 12 ARS. A contrario, des ARS n'ayant pas mis en place de dispositif ont pu relever un portage de personnel infirmier de nuit par le/les établissements eux-mêmes (autofinancement) : dans ce cadre les remontées des ARS Normandie et Corse comportent uniquement ce type d'expérimentations et les ARS Centre-Val-de-Loire, Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine et Océan Indien ont rapporté des auto-portages non inclus dans le questionnaire et qui, à ce titre, ne font pas partie du spectre de l'analyse. Cette hétérogénéité est aussi le résultat de la réforme territoriale : ainsi, au sein de l'ARS Grand-Est, la Champagne-Ardenne, par exemple, a déployé plusieurs dispositifs IDE de nuit sous la dynamique de l'ancienne ARS, quand l'Alsace, de son côté, a plutôt des dispositifs autoportés initiés à la dynamique des EHPAD.

Les ARS Centre-Val-de-Loire, Bourgogne-Franche-Comté et Martinique n'ont pas remonté d'expérimentations, l'ARS Guyane n'a pas répondu au questionnaire et la réponse de l'ARS Corse a été partielle. 7 dispositifs sur les 101 répertoriés font partie de l'expérimentation PAERPA (*Figures 2 et 3*).

65 dispositifs étaient mutualisés et 36 étaient autoportés par un seul établissement. Le nombre de dispositifs est très hétérogène selon les ARS allant de 1 (ARS Hauts-de-France) à 12 dispositifs mutualisés (ARS PACA). Concernant les dispositifs mutualisés (n = 62/65), en excluant donc les auto-portages ne relevant souvent pas de l'expérimentation mais de crédits pérennes, la durée d'expérimentation moyenne est de 33 mois.

Le nombre d'EHPAD au sein d'un dispositif est aussi variable allant de 1 EHPAD (dispositif autoporté) à 8 EHPAD (ARS Occitanie) pour les dispositifs mutualisés. Parmi les dispositifs mutualisés (n =62/65), en moyenne 4.7 établissements coopéraient parfois sous le mode d'un EHPAD porteur coordonnateur et des EHPAD adhérents.

337 établissements sur les 7 258 EHPAD existants ont été couverts soit un total de 26 113 lits⁹ sur les 557 648 lits de l'offre globale d'hébergement permanent en EHPAD. Il y a en moyenne 259 lits par dispositif. Les EHPAD ayant expérimenté une présence infirmière de nuit sont à 54 % publics (n=181), 30 % privés à but non lucratif (n=101) et 16 % privés à but lucratif (n=55) et 37% sont à tarif global (n=121) et 63% à tarif partiel (n = 204) (*Figure 4*).

⁹ Donnée non fiabilisée

| | Dispositif expérimental | | | Dispositif pérenne | Total du recensement | Total des données incluses dans la synthèse |
|--|--|---|---|--|--|---|
| | PAERPA | | Hors PAERPA | | | |
| | 1 ^{ère} vague | 2 ^{ème} vague | | | | |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 0 | 0 | 7 dispositifs 22 EHPAD | 0 | 7 dispositifs 22 EHPAD | 7 dispositifs 22 EHPAD |
| Bourgogne-Franche-Comté | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| Bretagne | 0 | 1 dispositif | 3 (5) dispositifs** | NA | 4 dispositifs 28 EHPAD | 4 dispositifs 28 EHPAD |
| Centre-Val de Loire | 0 | 0 | 0 | Auto-portage | NA | NA |
| Corse | 0 | 0 | 0 | 12 dispositifs 12 EHPAD | 12 dispositifs 12 EHPAD | 12 dispositifs 12 EHPAD |
| Grand Est | | | 8 dispositifs 32 EHPAD | En Alsace | 8 dispositifs min 32 EHPAD min | 8 dispositifs 32 EHPAD |
| Guadeloupe | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| Guyane | 0 | 0 | NA | NA | NA | NA |
| Hauts-De-France | 1 dispositif <i>Le Valenciennois-Quercitain</i> 6 EHPAD | 0 | 0 | NA | 1 dispositif 6 EHPAD | 1 dispositif 6 EHPAD |
| Ile-de-France | 1 dispositif <i>Paris 9-10-19</i> 6 EHPAD | 0 | 5 dispositifs 24 EHPAD 16 dispositifs 49 EHPAD | NA | 22 dispositifs 79 EHPAD | 6 dispositifs 30 EHPAD |
| Martinique | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| Normandie | 0 | 0 | 0 | 24 dispositifs 29 EHPAD 1 dispositif porté par le CH 1 dispositif par les externes en médecine 15% des EHPAD dotés | 24 dispositifs 29 EHPAD min | 24 dispositifs 29 EHPAD |
| Nouvelle-Aquitaine | 2 dispositifs <i>Bordeaux / Corrèze</i> 30 EHPAD | 0 | 5 dispositifs 19 EHPAD | 80% des résidents de la région couverts | 7 dispositifs 49 EHPAD min | 5 dispositifs 19 EHPAD |
| Occitanie | 1 dispositif <i>Hautes Pyrénées</i> 5 EHPAD* | 0 | 9 dispositifs 49 EHPAD | NA | 10 dispositifs 54 EHPAD | 9 dispositifs 49 EHPAD |
| Océan Indien | 0 | 0 | 2 dispositifs 6 EHPAD | 1 dispositif* 3 EHPAD* | 3 dispositifs 9 EHPAD | 2 dispositifs 6 EHPAD |
| Pays de la Loire | 1 dispositif <i>Mayenne</i> 15 EHPAD | 1 dispositif <i>Mayenne</i> NA EHPAD | 9 dispositifs | NA | 11 dispositifs 76 (73) EHPAD*** | 11 dispositifs 76 (73) EHPAD*** |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | NA | 2 dispositifs <i>Var</i> | 10 dispositifs | NA | 12 dispositifs 31 EHPAD | 12 dispositifs 31 EHPAD |
| Total du recensement | 6 dispositifs 62 EHPAD | 4 dispositifs NA EHPAD | 74 dispositifs 201 EHPAD min | 37 dispositifs min 44 EHPAD min | 121 dispositifs 427 EHPAD | - |
| Total des données incluses dans la synthèse | 3 dispositifs 62 EHPAD | 4 dispositifs NA EHPAD | 58 dispositifs 152 EHPAD min | 36 dispositifs 41 EHPAD | - | 101 dispositifs 340 EHPAD |

Figure 2 : Etat des lieux des expérimentations et sur celles incluses dans l'analyse.

Légende :

* : données non fiabilisées

■ données non prises en compte dans l'analyse

NA : not available = non disponible

** : 2 dispositifs échec de mise en œuvre

*** : aller-retours de participation d'EHPAD

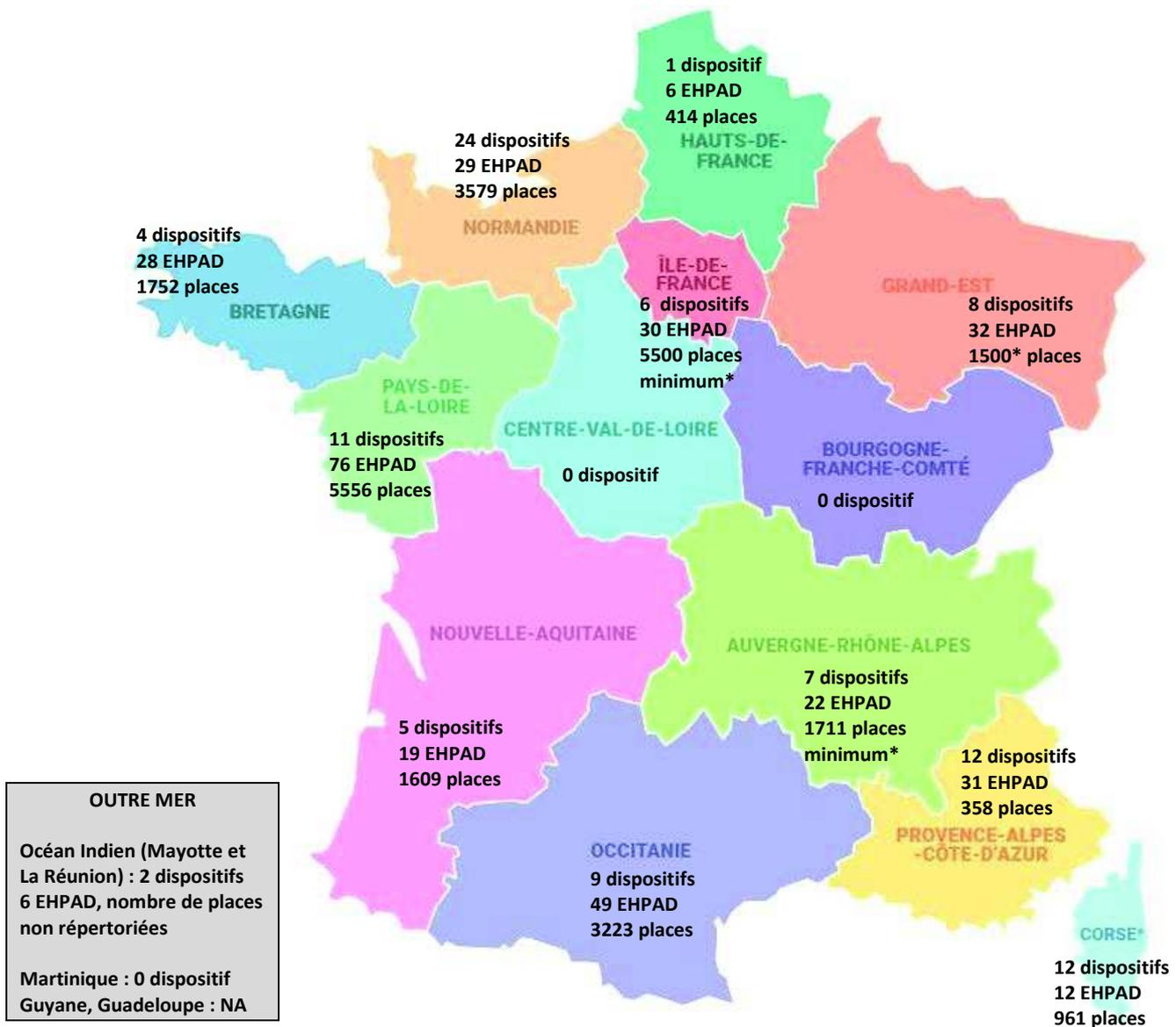


Figure 3 : Nombre de dispositifs par ARS et nombre d'EHPAD total ayant participé à l'expérimentation et faisant partie de l'analyse (Infographie : Ministère de l'Intérieur)

Légende :

* : données non fiabilisées

NA : not available = non disponible

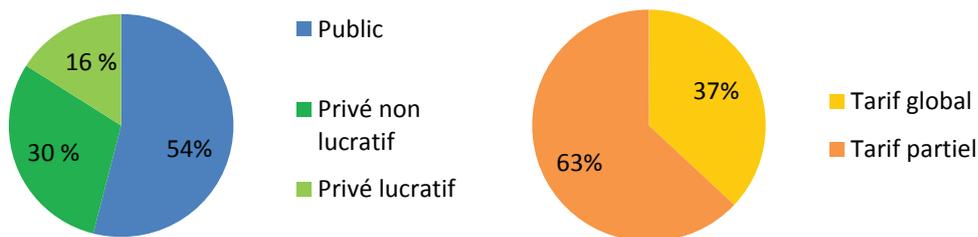


Figure 4 : Caractéristiques des établissements expérimentateurs

Mise en place effective des dispositifs

Deux modèles organisationnels et interventionnels

Si le portage peut se faire par un seul établissement (ARS Normandie ou Corse), la majorité des ARS (n=10/12) ont opté pour une mutualisation de l'infirmier de nuit entre plusieurs EHPAD. Quel que soit le modèle organisationnel choisi, deux modèles interventionnels se dessinent : astreinte à domicile ou garde sur place (Figure 5).

Concernant la mutualisation, les établissements sont répartis entre un EHPAD porteur et des EHPAD adhérents. L'EHPAD porteur assure souvent la gestion RH et la paie (après refacturation aux autres établissements). De par sa dynamique, il peut « recruter » des EHPAD partenaires. Le recrutement des EHPAD peut se faire dans le cadre d'EHPAD déjà partenaires au sein d'un même GHT, GCS ou filière gériatrique. La dynamique peut être impulsée soit directement par des EHPAD soit par un regroupement d'EHPAD volontaires constitué à l'issue d'appels à projets ou à candidature lancés par les ARS. La distance géographique entre ces EHPAD était le principal critère de sélection : un temps de trajet maximal de 30 minutes et un rayon de 5 kilomètres ont souvent été retenus. D'autres critères ont pu être pris en compte dans la mise en place du regroupement : la distance par rapport aux services d'urgence, l'existence de coopérations antérieures, le volontariat, le nombre de lits ou le GMP.

Des conventions de partenariats ainsi qu'un cahier des charges ont été établis entre établissements. Des centres hospitaliers (CH) ont parfois été mobilisés dans l'expérimentation (ARS Ile de France, Normandie et Occitanie), voire des centres hospitaliers universitaires (CHU) (ARS Nouvelle Aquitaine), dans le cadre de partenariats de coopération renforcée pour les adressages aux services d'urgence (élaboration de protocoles partagés notamment).

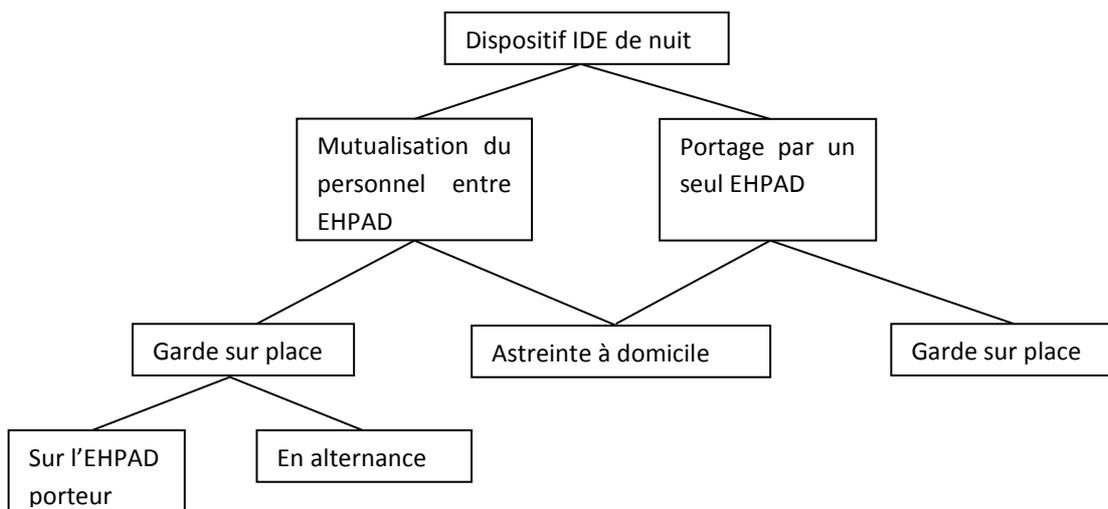


Figure 5 : Modèles organisationnels possibles

Recrutement du personnel infirmier

D'après les remontées des ARS, 2.5 ETP par dispositif expérimentateur seraient a priori nécessaires pour couvrir les 365 nuits annuelles d'exercice en EHPAD (ARS AURA, Bretagne). Les ETP mobilisés dans le cadre des expérimentations mises en œuvre par les ARS sont variables, et leur décompte n'est pas le même selon les modalités de recrutement sur la fonction IDE de nuit¹⁰. En moyenne 4.7 ETP sont recrutés par dispositif porteur, avec cependant de grands écarts entre dispositifs. En effet, les ARS remontent qu'il faut tenir compte de l'absentéisme, des journées de formation continue et des temps de coordination pour le décompte des personnels IDE. Certains dispositifs n'ont pas recruté d'IDE spécifiquement pour l'expérimentation, et ont mobilisé le personnel déjà en poste au sein des établissements (un dispositif en AURA et en Occitanie et l'ARS Pays de la Loire).

Ainsi, les IDE mobilisé-e-s pouvaient être:

- salarié-e-s de l'EHPAD porteur uniquement,
- salarié-e-s de l'EHPAD porteur et des EHPAD adhérents,
- salarié-e-s de l'hôpital de proximité (ARS Occitanie),
- ou intervenant en libéral (ARS Ile de France).

Modes de financement

Les modalités de financement se répartissent entre le FIR, les CNR, les dotations financières des EHPAD dans le cadre de la convention tripartite ou par le biais de financements complémentaires (CNSA, crédits de médicalisation). Ils s'ancrent dans le cadre de PAERPA lorsque le dispositif y est rattaché (Figure 6).

Au total 17 589 065 € ont été investis par les ARS entre 2014 et 2018 avec une dispersion importante dans l'investissement selon les projets :

¹⁰ On ne compte pas de la même manière un recrutement ad hoc d'un personnel IDE posté en présentiel ou la mise à disposition d'un personnel faisant partie de l'équipe de jour la nuit dans le cadre d'une astreinte téléphonique, par exemple.

- Par l'ARS : 260 390 € pour l'ARS Hauts-de-France dans le cadre de PAERPA à 6 027 180 € pour l'ARS Ile-de-France.
- Par le dispositif autoporté ou mutualisé : entre 71 677 € (ARS Normandie) et 292 420 € (ARS AURA)
- Par EHPAD : entre 20 651 € (ARS Grand Est) et 200 906 € (ARS Ile-de-France).

Le nombre, la durée et les jours d'astreinte ainsi que leur rémunération ont été discutés dans le cadre du contrat liant l'IDE de nuit à l'établissement porteur du projet. La rémunération par un forfait fixe, avec des suppléments prévus, ont été mis en place pour valoriser soit la régulation téléphonique, soit le déplacement (un dispositif en Occitanie).

| | Dispositif expérimental | | | Dispositif pérenne | | Total des données analysées |
|-----------------------------------|-------------------------|------------------|------------------------------------|--------------------|---|--|
| | PAERPA : FIR | Hors PAERPA | | | | |
| | | FIR | CNR | Autofinancement | Crédits médicalisation | |
| Auvergne-Rhône-Alpes | | 501 830 | | 108 068 | 1 437 040 | 2 046 938 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 0 | 0 | | | | 0 |
| Bretagne | | | 660 860 | | | 660 860 |
| Centre-Val de Loire | | | | | | 0 |
| Corse | | | | | | 0 |
| Grand Est | | | 2 050 724 | | | 2 050 724 + crédits pérennes en autofinancement |
| Guadeloupe | | | | | | 0 |
| Guyane | | | | | | 0 |
| Hauts-De-France | 90 000 | 170 390 | | | | 260 390 |
| Ile-de-France | 27 180 | | 6 000 000 | | | 6 027 180* |
| Martinique | | | | | | 0 |
| Normandie | | | | | 1 720 269 | 1 720 269 |
| Nouvelle-Aquitaine | | | 87 500/an 175 000€ sur 2 ans | | 150 000€/an sur deux ans, soit 300 000€ | 475 000* |
| Occitanie | | 177 000 | 1 247 204 | | | 1 424 204 |
| Océan Indien | | | 313 500 | | | 313 500 |
| Pays de la Loire | 300 000 | | 1 350 000 | | | 1 650 000 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | | 960 000 | | | | 960 000 |
| Total analysé | 417 180 | 1 809 220 | 11 797 288 | Pas de données | 3 173 809 | 17 589 065 |

Figure 6 : Total des financements alloués par les ARS aux expérimentations IDE de nuit dans leurs territoires

Légende :

* : données non fiabilisées

NA : not available = non disponible

Retours d'expérience des ARS

L'analyse des remontées met en évidence un paradoxe entre une appréciation généralement très positive du dispositif par une majorité d'acteurs (ARS, établissements gestionnaires et publics) et une efficacité qui reste à démontrer au niveau quantitatif.

Nécessaire implication des acteurs

Les facteurs de réussite du dispositif sont multiples. L'implication des EHPAD est variable, et celle notamment de l'EHPAD porteur est décisive dans la dynamique du projet. De plus, les ARS insistent sur l'importance d'un travail préparatoire de définition des missions de l'IDE et d'harmonisation des procédures entre établissements pour établir des conventions de partenariat. La définition du besoin doit être explicite au sein d'un territoire tel que l'éloignement des urgences ou l'existence de tensions hospitalières : le dispositif IDE de nuit s'inscrit dans un territoire et un contexte donné, et est tributaire de la qualité des relations préexistantes entre les acteurs. Il semble dès lors nécessaire que les acteurs participent à élaborer ensemble le rôle et le périmètre d'intervention de l'IDE de nuit.

Les ARS dont les dispositifs ont le mieux fonctionné se sont inscrites dans une démarche globale et ont cherché à atteindre une mise en place plus poussée et plus coordonnée des liens EHPAD-établissement de santé, avec à terme, l'objectif d'organiser de façon cohérente les parcours au sein d'un GHT (ARS Bretagne).

Nécessaire définition du périmètre interventionnel de l'IDE

Prescriptions médicales anticipées

L'IDE de nuit réalise des prescriptions médicales anticipées pouvant relever des soins palliatifs. La présence d'un personnel infirmier de nuit permet la dispensation nocturne de traitements, ce qui facilite le retour à l'EHPAD en cas d'hospitalisation diminuant ainsi la durée de séjour. De plus, les ARS ont remonté que la dispensation nocturne permet l'admission en EHPAD de patients nécessitant des soins la nuit (insulinothérapie,...) qui étaient jusqu'alors refusés.

Gestion des urgences et appels de nuit

L'IDE peut être amené-e à intervenir de façon imprévue, dans le cadre de la gestion des urgences. Pour rappel, dans le cadre de l'article R.4311-5 du Code de Santé Publique (*Annexe 3*), l'IDE peut mettre en place des procédures préalablement écrites. A ce titre, des pilotes de dispositifs ont rédigé des guides réflexes, protocoles ou des fiches symptômes qui sont mis à disposition :

- 1) des équipes aides-soignantes (AS) et d'agents des services hospitaliers (ASH) pour guider l'appel ;
- 2) de l'IDE de nuit pour guider la prise en charge.

Ces procédures évaluatives pour les situations conduisant à l'appel au SAMU, dispositifs de permanence des soins ambulatoires, des gériatres de l'hôpital, ou au recours au service des urgences ont généralement été mises en place en collaboration avec le médecin coordonnateur, les dispositifs de permanence des soins ambulatoires, le service des urgences,...

20 fiches-20 symptômes (ARS Ile-de-France, *Annexe 4*) est un exemple d'outillage sur les situations d'urgence.

Pour la continuité des soins, la formation continue du personnel de jour de l'EHPAD est également prépondérante pour repérer les situations à risque à transmettre à l'astreinte pour anticiper les risques de décompensation nocturne.

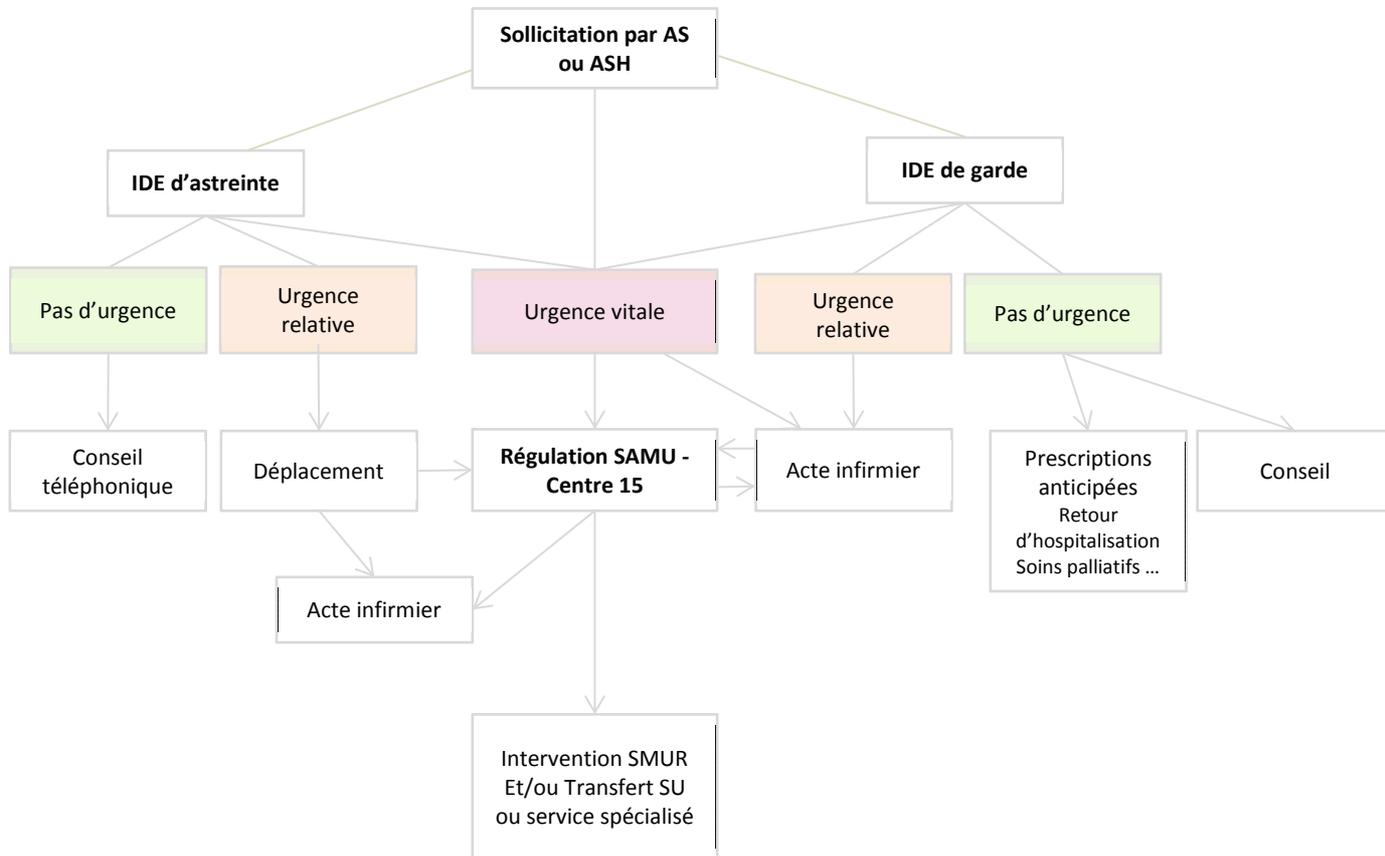


Figure 6 : modes d'intervention de l'IDE de nuit

Cadre de mise en place d'un professionnel IDE de nuit

L'organisation des transmissions avant et après la permanence de nuit a souvent été prévue : la consignation dans le dossier patient ou dans des fiches appel type sont deux modèles retenus. Les transmissions doivent se faire pour le site porteur et les sites adhérents pour lesquels un appel téléphonique ou un déplacement systématique (ARS Ile-de-France) peut être prévu. Certains dispositifs ont mis en place une vérification de l'activité le lendemain par un cadre infirmier ou un médecin coordonnateur ou libéral (ARS Occitanie).

D'autres éléments ont été discutés avec les ARS expérimentatrices, notamment la mise à disposition d'un véhicule ou d'un téléphone, et l'accès informatique aux dossiers patients à domicile (ARS PACA) ou au sein des EHPAD adhérents.

Un ressenti positif mais dépendant des conditions du terrain

Qualité de prise en charge et amélioration des pratiques

8 ARS sur les 12 répondantes s'accordent sur le fait que la présence d'un personnel infirmier de nuit permet une réassurance des résidents, des familles et du personnel de nuit soignant (Aide-soignant (AS)) et non soignant (Agent de service hospitalier (ASH)).

Sur les 12 ARS participantes, (6 ARS soulignent une diminution du recours aux services des urgences ou au SAMU et 5 une diminution du taux d'hospitalisations non programmées). Une diminution de la durée¹¹ des hospitalisations et une amélioration de prise en charge palliative des résidents notamment dans la gestion de la douleur sont aussi rapportées. Ces éléments, selon les ARS, diminueraient les coûts de prise en charge sanitaire et de transports mais aucune évaluation médico-économique n'a été menée à ce sujet.

D'autres remontées expérientielles signalent une meilleure continuité et qualité de la prise en charge des résidents, une meilleure information du médecin régulateur des urgences ou du SAMU par le diagnostic infirmier et par l'appréciation du degré d'urgence.

D'autres effets positifs sur les pratiques inhérents à la mise en place d'un dispositif sont aussi signalés : mise en place de directives anticipées, amélioration de la transmission du dossier de liaison d'urgence (DLU) ou du respect des protocoles, centralisation des informations, renforcement de la filière gériatrique et meilleure communication interprofessionnelle.

Facteurs-clés de succès remontés

Un travail préparatoire est nécessaire sur les missions de l'IDE de nuit et les pratiques de l'EHPAD d'accueil, il doit notamment mobiliser le médecin coordonnateur. L'établissement de procédures de gestion des urgences ou des soins palliatifs (tels que 20 fiches-20 symptômes, PALLIA 10, Géronto SFAP,...) peut permettre de cadrer les interventions.

L'exercice infirmier de nuit par des IDE déjà salariés d'EHPAD permettrait une meilleure continuité du soin de par la connaissance des patients, des équipes et de l'EHPAD (fonctionnement interne et relations externes), à condition de bien organiser les plannings en fonction des temps de repos, afin de ne pas constamment avoir recours aux mêmes professionnels. Une formalisation du rôle de l'IDE au sein d'une fiche de poste et/ou d'un cahier des charges est souhaitable, si possible en lien avec les équipes déjà présentes.

Une collaboration territoriale avec les équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs, l'établissement d'HAD, les services de l'hôpital de proximité (dont le service des urgences, la gériatrie aiguë et les soins palliatifs) permet une mise en place plus intégrée du dispositif et participe de la mobilisation des ressources du territoire.

¹¹ Etude du GEROND'IF, rattaché à l'ARS Ile-de-France.

Limites observées sur le terrain

Besoin différent selon le territoire

Certains dispositifs se sont traduits par un échec de mise en place (difficultés à recruter des IDE ou des EHPAD volontaires, peu de recours à l'IDE, etc...) et d'autres témoignent d'une faible activité, voire une perte de charge par une diminution des appels. Une réflexion préalable permet d'objectiver le besoin d'une présence IDE de nuit et de choisir la modalité de mise en place la plus pertinente. L'éloignement d'un service d'urgences, le nombre de résidents, les profils pathologiques (résidents à pathologies évolutives à risque de décompensation ou requérant des soins palliatifs) et le niveau de perte d'autonomie moyen ainsi que l'éventuel besoin ressenti par les équipes de jour et de nuit déjà présentes ont souvent fait partie des critères pris en considération dans la décision d'avoir recours à un professionnel IDE la nuit.

Périmètre d'intervention : gestion des urgences ou prescriptions anticipées ?

Deux modèles se dessinent sur le périmètre d'intervention de l'IDE. En effet, l'accent est mis, soit sur les prescriptions anticipées (dont les soins palliatifs, les retours d'hospitalisation et les soins habituels du résident), soit sur la gestion des appels de nuit imprévus.

Des ARS émettent des réserves quant à la prise en charge de la gestion des urgences la nuit par une IDE : le diagnostic infirmier est de nature différente du diagnostic médical, une partie des soins de nuit peut être reportée au lendemain, comme par exemple les pansements complexes. Plus encore, l'intervention de l'IDE n'exclut pas l'intervention a posteriori des services d'urgences, ce qui pose la question du doublonnage des interventions.

Des pistes d'amélioration en rapport avec la gestion des urgences sont citées : groupe de travail Urgences actuellement mené par l'ARS Normandie et travail de thèse en cours sur la gestion des situations d'urgences en Hauts de France.

Difficultés de mobilisation et de recrutement des professionnels infirmiers

Concernant les astreintes et gardes avec recrutement de personnels infirmiers extérieurs aux EHPAD, les ARS remontent des difficultés générales de recrutement ; d'une part, en raison de la spécificité du profil recherché (IDE avec une compétence d'urgence et de gérontologie) ; d'autre part, la perspective du travail la nuit est un facteur de moindre attractivité du poste. Enfin, le caractère pérenne ou non, au titre d'une expérimentation, des crédits finançant le dispositif est un élément prépondérant dans le recrutement des IDE entre un contrat à durée déterminée (CDD) et un contrat à durée indéterminée (CDI). Certains EHPAD n'ont pas réussi à recruter, faute de candidats ou de compétences car la capacité gériatrique est mieux portée par le personnel d'EHPAD et la capacité urgentiste est en rapport avec le personnel hospitalier. De fait, soit ils ont reporté les ETP de jour pour assurer la présence de nuit, ce qui pose la question du report de soins ; soit les IDE déjà présentes dans l'EHPAD effectuent des astreintes ou garde en plus de leur présence de jour ayant pour conséquence des difficultés de planning.

Dans ce dernier cas, certains établissements ont été confrontés à des difficultés avec une carence d'IDE volontaires parmi les IDE travaillant le jour (travail de nuit et rémunération remis en cause) et à la gestion d'un planning plus complexe : absentéisme, congés, répercussions sur le planning de jour (gestion des temps de repos et réorganisation du planning).

Dans les deux configurations, la mise en place d'un personnel de nuit s'est parfois traduite uniquement en semaine posant la question de sa réelle plus-value.

Difficulté de financement

Une autre difficulté relève du financement. Au sein d'un même dispositif, des rémunérations d'astreinte différentes ont été relevées selon le statut de l'employeur. La mise en place de conventions collectives et la rémunération par un seul site pilote qui refacture aux sites adhérents ou l'emploi par un seul site peuvent répondre à cette difficulté.

Discussion

Une analyse de l'impact et de l'efficience de la présence des infirmières de nuit à affiner

Les données disponibles à ce stade sont encore insuffisantes

Le recueil des données ne recense pas l'ensemble des expérimentations : de nombreux EHPAD ont mis en place une présence infirmière de nuit sans que ces établissements ne soient suivis spécifiquement par les ARS. A ce titre, la représentativité et l'exhaustivité des données réunies à ce jour est donc discutable.

Par ailleurs, le fait d'intégrer le dispositif PAERPA peut conduire à des conclusions biaisées du fait de leur spécificité territoriale.

Dans la majorité des ARS, des bilans ainsi que des indicateurs de suivi ont été prévus mais, à ce jour, peu de données évaluatives quantitatives sont disponibles. En effet, les expérimentations sont encore en cours et les données d'intérêt, type recours aux urgences sans et avec présence d'un personnel IDE de nuit, sont difficilement évaluables (par nature, l'évaluation du critère « évitable ou non » du recours aux urgences est difficile).

Des études comparatives entre EHPAD disposant ou non d'un personnel IDE de nuit sont nécessaires. C'est notamment l'objectif de l'étude du GEROND'IF menée en Ile-de-France et de celle dans un des dispositifs d'Auvergne Rhône-Alpes, mais dans ce dernier le critère évalué était la présence médicale renforcée et la présence infirmière la nuit.

L'évaluation d'impact et l'évaluation médico-économique doivent être confortées, en tenant compte d'un contexte en évolution

La difficulté de suivi des indicateurs et l'hétérogénéité des modèles mis en place au sein d'une diversité régionale rend difficile une évaluation globale à ce stade. Au regard des situations actuelles, dans le cadre de PAERPA, l'ANAP pourra dans un premier temps apporter par son évaluation qualitative des éléments concernant l'éventualité de la supériorité d'un modèle organisationnel. Les évaluations menées par certaines ARS comparant un groupe interventionnel et un groupe témoin pour isoler l'impact d'un personnel IDE de nuit sur le recours aux urgences, la délivrance des soins palliatifs et le taux et la durée des hospitalisations, pourront constituer une base à une analyse médico-économique et servir d'appui pour une évaluation de grande envergure incluant un comité d'experts.

Ces évaluations devraient aussi prendre en compte les évolutions concernant le renforcement de l'accès territorial aux soins et envisager le renforcement du rôle infirmier de nuit dans le cadre des travaux de la DGOS sur la pratique avancée infirmière (IPA) prévue par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Cette pratique avancée recouvrerait en effet les activités d'orientation, les actes d'évaluation et de conclusion clinique ainsi que certaines prescriptions ou leur adaptation. Par ailleurs, le déploiement à venir d'équipements de télémédecine en EHPAD pourrait modifier les pratiques, créant une nouvelle dimension aux fonctions déjà existantes de l'IDE de nuit.

Au-delà de l'impact sur les résidents, il pourra être intéressant de s'intéresser à l'impact en matière de bien-être au travail pour les personnels des EHPAD, alors que la revendication d'une amélioration de la qualité de vie au travail est forte de la part de personnels fortement impliqués et soucieux de la qualité de prise en charge des résidents.

Des pistes complémentaires sur le dispositif IDE de nuit

Le dispositif d'IDE de nuit en EHPAD fait l'objet de nombreuses expérimentations et suscite un fort intérêt. Toutefois, ses modalités de déploiement font encore l'objet de réflexions, les modèles pouvant être très différents.

En effet, en premier lieu, la place de l'IDE de nuit dans la gestion des urgences peut être difficile à appréhender comme en témoigne la figure 6 proposant une synthèse des différents modes d'intervention de l'IDE en fonction du degré d'urgence et du mode d'organisation. A ce titre, le spectre d'intervention dans l'urgence reste à définir.

La réalisation de soins nocturnes dans le cadre des soins palliatifs (morphiniques,...), des retours d'hospitalisation (antibiothérapie,...) et des traitements au long cours (insulinothérapie,...), apparaît comme efficiente. Elle doit néanmoins s'articuler avec la possibilité d'intervention de l'établissement d'HAD en EHPAD. Une piste alternative au recrutement par un EHPAD ou un groupe d'EHPAD d'une IDE de nuit ad hoc pour effectuer des astreintes pourrait être de les faire assurer par l'IDE coordinateur-trice d'astreinte de l'HAD. En effet, ce personnel infirmier, en activité pour le compte de l'HAD, détiendrait les compétences requises avec un coût supplémentaire marginal par rapport à la création de postes dédiés. De plus, cette articulation permettrait de développer les interventions d'établissements d'HAD dans les EHPAD et donc d'améliorer également la prise en charge des résidents le jour.

Enfin, en parallèle du déploiement de projets IDE de nuit, un renforcement de la présence paramédicale (particulièrement aide-soignante) de jour et de nuit, voire médicale sont également sans doute des facteurs d'amélioration de la continuité des soins. Par exemple, un EHPAD normand a renforcé sa présence de nuit par un externe en médecine et un dispositif en AURA a montré une diminution des hospitalisations évitables consécutive à la présence d'une IDE de nuit et d'un temps de présence médical accru (le médecin coordonnateur étant le médecin traitant pour la majorité).

Conclusion

Un récapitulatif à la mise en place tenant compte des retours qualitatifs est mis à disposition des futurs porteurs de projets.

Si le bénéfice humain d'un personnel infirmier de nuit est consensuel, il est encore difficile de conclure sur l'efficacité médico-économique de la mise en place d'un personnel IDE de nuit, et une analyse plus fine des différents modèles serait utile.

La mobilisation de financements dans les années à venir doit permettre la poursuite des expérimentations actuellement menées, le développement de nouveaux projets et doit aussi permettre aux ARS ne disposant pas encore de dispositifs de pouvoir s'engager dans la démarche.

Enfin, une évaluation plus robuste est nécessaire pour valoriser l'impact d'une présence infirmière de nuit en EHPAD et, le cas échéant de préciser les modalités optimales de déploiement.

Récapitulatif à la mise en place d'un projet IDE de nuit

Le présent vademecum a pour objectif de capitaliser sur les retours d'expérience des agences régionales de santé détaillés dans l'analyse sur la période 2017-2018 pour accompagner les porteurs de projet locaux dans leur réflexion à l'élaboration d'un dispositif d'infirmier de nuit en EHPAD.

Il présente les points de vigilance dans la construction d'un tel dispositif.

1. Pour construire un projet IDE de nuit en EHPAD

- Définir l'objectif poursuivi à la mise en place d'un dispositif IDE de nuit en EHPAD : prise en charge des urgences, délivrance de soins palliatifs...
- Analyser le contexte local : relations avec les services des urgences, proximité géographique entre établissements, implication des équipes, dispositifs de permanence des soins ambulatoires....
- Déterminer les modalités de mise en œuvre : auto-portage ou mutualisation avec définition du porteur, convention avec des établissements de santé comme des CH ou l'HAD notamment pour assurer les astreintes s'il s'agit du mode d'intervention retenu,
- Elaborer les éléments financiers (FIR, CAF, CNR) et juridiques
- Fixer les modalités de suivi : indicateurs et évaluation, calendrier de suivi, participants...

2. Pour recruter et organiser l'intervention d'un personnel IDE de nuit en EHPAD

- Déterminer le modèle au regard de l'analyse du besoin et du contexte local : garde ou astreinte, sur place ou à domicile
- Arrêter le montant de rémunération fixe et les éventuels forfaits supplémentaires
- Définir les modalités de mutualisation et d'organisation des plannings et des temps de repos : le fonctionnement du dispositif sera différent selon qu'un personnel déjà présent dans l'équipe de soins de l'EHPAD et volontaire pour travailler la nuit soit mobilisé, ou qu'un personnel infirmier soit spécifiquement recruté pour le cadre de l'expérimentation.

3. Pour organiser les missions de l'IDE en fonction des objectifs recherchés

- Définir au préalable une gradation du recours à l'IDE (nature des interventions)
- Définir les modalités de réalisation des transmissions et les modalités de connaissance des résidents
- Communiquer autour de la gestion du circuit des médicaments, des prescriptions anticipées, des modalités d'accès à la pharmacie tampon,...
- Définir les modalités de prise en charge palliative
- Définir la coordination avec l'équipe médico-sociale notamment de jour : intégration aux pratiques, protocoles,...
- Définir la gestion de l'urgence hors urgence vitale qui implique un adressage aux services d'urgence : conseil téléphonique aux personnels paramédicaux, notamment sur le report éventuel de soins ou déplacement en vue d'un acte infirmier

4. Pour asseoir le rôle de l'IDE auprès des services hospitaliers et d'urgence et des réseaux sanitaires dans le cadre d'une coopération renforcée¹²

¹² DGCS, DGOS, 2017, Démarche de coopération renforcée entre les établissements de santé et les EHPAD

- Faire connaître le dispositif IDE de nuit porté par le ou les EHPAD, aux services de l'établissement de santé, les motifs de recours à l'IDE et l'organisation du retour (dossier de soins, dossier infirmier, compte-rendu d'hospitalisation...)
- Déterminer la place de l'HAD vis-à-vis du dispositif : recours déjà existant à l'HAD dans le ou les EHPAD, conditions d'intervention réciproques de l'HAD et de l'IDE de nuit

Points clés

État d'un besoin au sein des EHPAD et du territoire (anticipation et préparation en amont du projet)
Volontariat, dynamisme des personnels et appropriation du dispositif
Formaliser le dispositif : fiche de poste, cahier des charges, ...
Coordonner et intégrer le dispositif avec les services hospitaliers, services des urgences, HAD...
Outiller les EHPAD sur l'anticipation des situations d'urgence
Suivi régulier

Annexe 1 :

Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie

Mesure n°9 : Développer les soins palliatifs en établissements et services sociaux et médico-sociaux

Action 9-1 : Favoriser une présence infirmière la nuit dans les EHPAD sur la base des expérimentations en cours, afin d'éviter si possible les hospitalisations en fin de vie

L'étude menée en 2013 par l'Observatoire national de la fin de vie a montré que 23,4 % des résidents qui décèdent en EHPAD de manière non soudaine sont hospitalisés en urgence au moins une fois au cours des deux semaines qui précèdent leur décès. Cette étude a également montré que lorsque l'établissement dispose d'une infirmière la nuit, 15,7 % des résidents sont hospitalisés en urgence au cours des 15 derniers jours de vie contre 24,9 % des résidents qui vivent dans un EHPAD sans infirmière la nuit. Cette présence permet également de réduire de 32 % la proportion de résidents qui décèdent à l'hôpital après un transfert hors urgence. Une généralisation de ces résultats à l'ensemble des EHPAD a conduit l'observatoire à faire l'hypothèse que la présence d'une infirmière la nuit dans les EHPAD permettrait d'éviter 18 000 hospitalisations de résidents en fin de vie chaque année. Dans le cadre du plan, un recensement des dispositifs actuellement mis en œuvre et une évaluation nationale de ces expérimentations seront réalisés. L'évaluation mesurera les effets de la présence ou du recours à une infirmière la nuit dans les EHPAD sur la qualité de la prise en charge des personnes en fin de vie ainsi que sur le recours aux hospitalisations, et en particulier aux urgences.

Un groupe de travail se réunira pour tirer les enseignements de cette évaluation et faire des propositions sur l'organisation d'une telle prise en charge en EHPAD.

Un montant de 2 M€ sera consacré à cette action chaque année, soit un total de 6 M€ sur la durée du plan.

Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux ARS

- a. Quand l'expérimentation a-t-elle commencé ?
- b. La formalisation de l'expérimentation s'est-elle traduite par un cahier des charges ?
Si autre, préciser.
- c. Quel a été le mode de financement de l'expérimentation ?
c. bis FIR, CNR, Autre (préciser les montants globaux en €)
- d. Quelle a été la durée de l'expérimentation ?
- e. L'expérimentation est-elle toujours en cours ?
- f. Combien d'établissements ont été couverts par le dispositif expérimental ?
- g. Comment les établissements ont-ils été choisis ?
- h. Nombre d'établissements avec tarif global /tarif partiel
- i. Statut juridique des établissements
- j. Combien d'ETP ont-ils été utilisés dans le cadre de cette expérimentation ?
j. bis A temps complet / A temps partiel
- k. Quel mode d'organisation s'est mis en place dans le cadre de l'expérimentation ? (garde, astreinte, etc...)
- l. Quelles conventions collectives ont trouvé à s'appliquer et quels aménagements ont pu être trouvés en termes de ressources humaines dans le cadre de cette expérimentation ?
- m. Quelles ont été les modalités de suivi de l'expérimentation ?
- n. Quels indicateurs ont été déployés pour suivre l'expérimentation ?
- o. Une évaluation est-elle en cours ? Si oui, précisez.
- p. Quelle est votre appréciation globale sur le dispositif expérimental infirmière de nuit en EHPAD tel qu'il a été conduit sur votre territoire ?

Annexe 3 : Article R4311-14 relatif aux actes de la profession infirmière

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Annexe 4 : 20 fiches-20 symptômes, IDE et aide-soignant en EHPAD, conduite à tenir en situation d'urgence, ARS Ile-de-France : exemple de la chute

1. A destinée des AS/AMP :



2. A destinée des IDE :

