

Cahier des charges
Avis d'appel à manifestation d'intérêt
relatif à l'accompagnement par un « infirmier relai » des patients
en affection longue durée se trouvant avec ou sans médecin traitant

1. AUTORITE RESPONSABLE DE L'APPEL A MANIFESTATION D'INTERET

Monsieur Thomas DEROCHE
Directeur général
Agence régionale de santé de Normandie
2 place Jean Nouzille
CS 55035 1
14050 Caen cedex 4

2. CALENDRIER DE L'APPEL A MANIFESTATION D'INTERET

Calendrier prévisionnel	
Date de publication de l'avis d'appel à candidatures	15 septembre 2023
Date limite de dépôt des dossiers	15 octobre 2023
Commission de sélection du dossier	2 ^{ème} quinzaine d'octobre 2023
Démarrage du projet	Novembre 2023
Bilan d'étape du projet	Avril 2024
Bilan d'étape du projet / fin de l'inclusion des patients	Octobre 2024
Bilan final du projet / fin de l'accompagnement des patients	Octobre 2025

Le porteur doit être opérationnel pour un déploiement du projet à compter de novembre 2023.

Le présent avis d'appel à manifestation d'intérêt publié sur le site Internet de l'ARS Normandie : www.ars.normandie.fr, vaut ouverture de la période de dépôt des dossiers jusqu'à la date de clôture fixée au 15 octobre 2023.

3. CONTEXTE

Sur la base des propositions formulées lors des ateliers du Conseil national de la Refondation (CNR), et en lien avec les instances de démocratie en santé, cinq grands engagements sont formulés en Normandie, pour une mise en œuvre dès 2023, pour un système de santé plus accessible, plus attractif et plus juste.

Le présent appel à manifestation d'intérêt vise à susciter des initiatives concernant l'engagement n°1 du CNR : « Faciliter l'accès aux soins des patients et identifier dans ce cadre un soignant-ressource à chaque personne en affection de longue durée se trouvant avec ou sans médecin traitant ».

Cette initiative est complémentaire avec le plan national « Zéro patient ALD sans médecin traitant » piloté par l'Assurance maladie. En effet, l'accès au médecin traitant reste une priorité partagée. Dans une démarche complémentaire, l'appel à manifestation d'intérêt propose le statut d'« infirmier relai » et s'intègre dans une démarche d'appui sur le parcours de soin.

L'expérimentation vise prioritairement à réintégrer les patients en ALD sans médecin traitant dans un parcours de soin, sur des territoires volontaires. Il s'agit de mettre en place une modalité de suivi complémentaire dans le cadre d'un parcours de soin structuré par les professionnels de santé de terrain, en l'occurrence un « infirmier relai ».

L'expérimentation peut également concerner les patients en ALD ayant un médecin traitant ; ce dernier faisant le choix de travailler avec un « infirmier relai » qui accompagne son patient dont la situation est stabilisée.

Les patients sont inclus dans le dispositif durant 1 an.

L'expérimentation peut être portée soit par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), soit par un dispositif d'appui à la coordination (DAC), à l'échelle de la totalité ou partie de son territoire

4. OBJET DE L'APPEL A MANIFESTATION D'INTERET

Repérage des « infirmiers relai »

Dans le cadre du règlement général sur la protection des données, la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou le dispositif d'appui à la coordination (DAC) recense en partenariat avec l'URPS Infirmiers et l'ordre départemental, les infirmiers volontaires pouvant assurer l'accompagnement et le suivi des patients ALD avec ou sans médecin traitant.

Les infirmiers souhaitant participer à l'expérimentation devront compléter, signer et transmettre une lettre d'engagement (cf. modèle en ANNEXE n°1) à la CPTS ou au DAC.

Repérage des patients

La CPTS ou le DAC construit et déploie un plan de communication destiné aux professionnels de son territoire. L'objectif est qu'ils puissent adresser les patients en ALD qu'ils reçoivent vers la CPTS ou le DAC pour désigner, avec son accord, un « infirmier relai ».

Les médecins traitants peuvent également adresser les patients en ALD dont la situation est stabilisée, vers la CPTS ou le DAC pour désigner, avec son accord, un « infirmier relai ». Dans ce cadre, le médecin traitant complète un « bon pour accord » (cf. modèle en ANNEXE n°2)

Choix de l'« infirmier relai »

L'« infirmier relai » sera prioritairement le soignant habituel ou l'un des soignants volontaire proposé au patient en fonction du critère de proximité, par la CPTS ou le DAC.

La CPTS ou le DAC s'assure du choix du patient dans un délai de 5 jours.

L'« infirmier relai » sera reconnu dès lors que le patient l'aura identifié comme tel dans la déclaration de choix de l'« infirmier relai » (cf. modèle en ANNEXE n°3).

Missions de l'« infirmier relai »

L'« infirmier relai » assure les trois missions suivantes :

- Conseil et suivi du patient par le biais de 4 bilans annuels (point sur pathologie et qualité de vie, prévention, éducation...)

- « Porte d'entrée », facilitateur dans le système de santé, relai dans la prise en charge avec d'autres professionnels de santé en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé :
 - Il fait le lien avec d'autres professionnels de santé et si possible, l'accompagne vers l'identification d'un médecin traitant ;
 - Il accompagne à la préparation des rendez-vous médicaux et paramédicaux ;
 - Il veille à la complétude du dossier numérique au fil de l'eau, en accord avec le patient et dans la mesure du possible ;
 - Il assure une veille en termes d'actions de prévention ;
 - Il s'assure de l'accessibilité et de l'opérationnalité du dossier « mon espace santé » du patient, en accord avec le patient et dans la mesure du possible

- Assistance en cas de déstabilisation de la situation ou de la pathologie afin d'orienter la personne vers une consultation de soin non programmé sur demande du patient. La téléconsultation pourra être une solution à domicile ou dans un espace dédié.

Suivi des patients dans le dispositif

Si le patient dispose de *Mon espace santé* et s'il l'accepte, le contact de l'« infirmier relai » est inscrit dans son dossier personnel. Ce dernier pourra l'alimenter au fil de l'eau.

Si cela n'est pas possible, un compte-rendu des missions menées par l'« infirmier relai » est réalisé pour chaque patient dans le respect du règlement général sur la protection des données.

Si le patient est suivi par un médecin traitant, ce dernier doit être automatiquement informé du suivi réalisé et de l'accompagnement de son patient par l'« infirmier relai ». A noter qu'un médecin traitant peut être identifié après l'inclusion du patient dans la file active du dispositif.

Une enquête de satisfaction est proposée au patient à 6 mois et au terme de l'accompagnement d'une durée de 1 an (cf. modèle en ANNEXE n°4).

5. FINANCEMENT

Le financement annuel du projet s'établit à 43 000€ a minima. Il est défini comme suit :

- Enveloppe « Infirmier relai » : 20 000€

L'enveloppe de 20 000€ correspondant à l'accompagnement et au suivi de 200 patients en ALD prioritairement ~~sans médecin traitant~~ (soit un forfait de 100€ par patient ALD accompagné). Elle est versée à l'association porteuse de la CPTS ou du DAC sur la base d'une convention de financement annuelle.

Le forfait de 100€ s'articule comme suit :

- Un forfait annuel de suivi de 2 euros basé sur le cadre conventionnel du suivi pharmacien correspondant.
- Un forfait de bilan (1/trimestre) basé sur la cotation d'un suivi IDE pour le dispositif « Prado insuffisance cardiaque » (équivalent à un AMI 5,8 soit 18,27 euros) + un forfait de coordination coté 5 euros.
- Déplacements 2,75 € (à partir d'octobre 2023)

La CPTS ou le DAC assure la rémunération forfaitaire des « Infirmiers relai » dans le cadre de bons de tirage qui lui sont transmis chaque mois et dont il assure la gestion.

Après échange avec l'ARS, l'enveloppe pourra éventuellement être abondée si le porteur justifie d'une montée en charge du projet et de l'inclusion de plus de 200 patients ALD ~~sans médecin traitant~~ dans le dispositif.

- Enveloppe « Coordination » : 22 500€

L'enveloppe de 22 500€ correspondant à un 0.5 équivalent temps plein qui assure la coordination de parcours de 200 patients ALD ~~sans médecin traitant~~.

Après échange avec l'ARS, l'enveloppe pourra éventuellement être abondée si le porteur justifie d'une montée en charge du projet et de la coordination de plus de 200 situations dans le dispositif.

La majoration est prévue comme suit :

- de 201 à 500 situations = 33 750€ correspondant à un 0.75 équivalent temps plein ;
- plus de 501 situations = 45 000€ correspondant à un 1 équivalent temps plein.

6. CRITERES D'EVALUATION

Un rapport d'activité est produit pour les bilans d'étape à 6 mois, à 12 mois, à 18 mois puis pour le bilan final.

Il contient notamment le suivi mensuel des indicateurs suivants à l'échelle du territoire :

- répartition des patients accompagnés par type d'ALD ;
- répartition territoriale des patients accompagnés par commune ;
- nombre d'infirmiers informés ;
- nombre d'« infirmiers relai » volontaires ;
- nombre d'« infirmiers relai » mobilisés ;
- répartition territoriale des « infirmiers relai » mobilisés par commune ;
- nombre de patients accompagnés par un « infirmier relai » ;
- nombre de patients qui ont un médecin traitant dès l'inclusion ;
- nombre de patients qui ont un médecin traitant au cours de l'expérimentation ;
- nombre de patients ayant changé d'« infirmier relai » ;
- ~~- nombre de dossier *Mon espace santé* créé ;~~
- ~~- nombre de dossier *Mon espace santé* complété ;~~
- budget dédié aux « infirmiers relai ».

En complément, il conviendra d'analyser l'enquête de satisfaction proposée au patient à 6 mois et au terme de l'accompagnement d'une durée de 1 an.

7. MODALITES DE TRANSMISSION DES DOSSIERS

L'envoi des dossiers doit se faire, sous format dématérialisé, au plus tard avant la date limite fixée au chapitre 2 « Calendrier » du présent document, par mail, à l'adresse suivante :

➤ ars-normandie-dos-soins-ville@ars.sante.fr

Les dossiers parvenus après la date limite de dépôt ne seront pas étudiés.

8. CONTENU DES DOSSIERS

Les dossiers devront comporter une note méthodologique décrivant le projet précisant notamment :

- l'intitulé du projet ;
- la présentation du porteur ;
- le territoire d'intervention retenu (liste des communes) ;
- le plan de communication à destination des professionnels du territoire ;
- les modalités de recensement des infirmiers intéressés pour participer à l'expérimentation ;
- les modalités de suivi de la prise en charge du patient ;
- les modalités de gestion financière du projet et en particulier des bons de tirage mensuels ;
- les modalités de suivi de l'enquête de satisfaction du patient.

9. MODALITES D'INSTRUCTION DES DOSSIERS

Les dossiers seront étudiés par des instructeurs désignés par l'ARS.

Les projets seront analysés selon trois étapes :

- Vérification de la régularité administrative et de la complétude du dossier ;
- Vérification de l'éligibilité du projet au regard des critères de recevabilité (Cf. 10.1) ;
- Analyse des projets en fonction des critères de sélection (Cf. 10.2).

10. CRITERES DE RECEVABILITE ET DE SELECTION DU PROJET

10.1. Critères de recevabilité

Cet appel à manifestation d'intérêt s'adresse aux CPTS et aux DAC de la région Normandie qui disposent de :

- Maturité du dispositif CPTS ou DAC ;
- Capacité à mettre en œuvre sur la totalité ou partie du territoire ;
- Capacité à communiquer sur l'ensemble du territoire ;

- Respect du RGPD ;
- Capacité à rendre compte.

10.2. Critères de sélection

Le projet sera sélectionné comme suit :

THEMES	SOUS-THEMES	NOTE / 100
Appréciation de la qualité de l'accompagnement proposé au patient.		/20
Appréciation des spécificités du territoire (nombre de patients ALD sans médecin traitant, densité des IDE...).		/40
Appréciation de la capacité de mise en œuvre rapide (expérience, gouvernance et pilotage du projet).		/30
Appréciation de la capacité de gestion financière.		/10

ANNEXES

ANNEXE n°1 : LETTRE D'ENGAGEMENT DE L'« INFIRMIER RELAI »

ANNEXE n°2 : BON POUR ACCORD DU MEDECIN TRAITANT

ANNEXE n°3 : DÉCLARATION DE CHOIX DE L'« INFIRMIER RELAI »

ANNEXE n°4 : ENQUETE DE SATISFACTION

ANNEXE n°1 : LETTRE D'ENGAGEMENT DE L'« INFIRMIER RELAI »

Par la présente, je soussigné(e).....M / Mme.....,

Adresse du cabinet

infirmier(ère) n° RPPS.....,

m'engage à participer à l'appel à manifestation d'intérêt relatif à l'accompagnement par un « infirmier relai » des patients en affection longue durée se trouvant avec ou sans médecin traitant.

Lorsqu'un patient m'identifie comme son « infirmier relai » par le biais de la déclaration de choix de l' « infirmier relai » que j'ai également signé, je m'engage à prendre en charge le patient pour une période de 1 an.

Je m'engage à répondre aux trois missions suivantes :

- Assurer un conseil et un suivi du patient par le biais de 4 bilans annuels (point sur pathologie et qualité de vie, prévention, éducation...)

- Etre la « porte d'entrée », le facilitateur dans le système de santé, un relai dans la prise en charge avec d'autres professionnels de santé en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé :

il fait le lien avec d'autres professionnels de santé et si possible, l'accompagne vers l'identification d'un médecin traitant ;

- il accompagne à la préparation des rendez-vous médicaux et paramédicaux ;
- il veille à la complétude du dossier numérique au fil de l'eau.
- il assure une veille en termes d'actions de prévention ;
- il s'assure de l'accessibilité et de l'opérationnalité du dossier « mon espace santé » du patient

- Porter assistance en cas de déstabilisation de la situation ou de la pathologie afin d'orienter la personne vers une consultation de soin non programmé sur demande du patient. La téléconsultation pourra être une solution à domicile ou dans un espace dédié.

Dans le cadre du parcours de santé, dès lors que le patient est suivi par un médecin traitant, je l'informe automatiquement du suivi réalisé et de l'accompagnement du patient.

Si le patient dispose de Mon espace santé et s'il l'accepte, mon contact est inscrit dans son dossier personnel. J'alimente le dossier au fil de l'eau avec les informations nécessaires au cours de l'année. Si cela n'est pas possible, j'assure un compte-rendu écrit des missions menées auprès du patient.

J'accepte la rémunération forfaitaire de 100€ pour assurer la prise en charge du patient dans le cadre des missions qui me sont dévolues.

L'infirmier relai
Je déclare participer à l'appel à manifestation présenté ci-dessus
<i>Date et signature</i>

ANNEXE n°2 : BON POUR ACCORD DU MEDECIN TRAITANT

Par la présente, je soussigné(e).....M / Mme.....
domicilié(e).....
médecin généraliste ou spécialiste n° RPPS.....
désigné médecin traitant de M/Mme.....

accepte l'accompagnement par un « infirmier relai » de mon patient en affection longue durée, dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt relatif à l'accompagnement par un « infirmier relai » des patients en affection longue durée se trouvant avec ou sans médecin traitant.

J'échange si besoin avec « l'infirmier relai » au regard du suivi réalisé et de l'accompagnement du patient.

Le médecin traitant
Je déclare être le médecin traitant du patient cité ci-dessus.
<i>Date et signature</i>

ANNEXE n°3 : DÉCLARATION DE CHOIX DE L'« INFIRMIER RELAI »

Identification du patient

Je soussigné(e).....M/Mme.....

domicilié(e).....

déclare être en affection longue durée et ne pas avoir de médecin traitant

déclare être en affection longue durée et avoir un médecin traitant, Docteur.....

m'engage à participer à l'appel à manifestation d'intérêt relatif à l'accompagnement par un « infirmier relai » des patients en affection longue durée se trouvant avec ou sans médecin traitant.

Identification de l' « infirmier relai »

Je soussigné(e).....M/Mme.....,

domicilié(e) Adresse du cabinet.....

infirmier(ère) n° RPPS.....,

m'engage à participer à l'appel à manifestation d'intérêt relatif à l'accompagnement par un « infirmier relai » des patients en affection longue durée se trouvant avec ou sans médecin traitant.

Déclaration conjointe du patient et de l' « infirmier relai »

Le patient	L'infirmier relai
Je déclare choisir l'infirmier ci-dessus comme « infirmier relai ».	Je déclare être l' « infirmier relai » du patient cité ci-dessus.
<i>Date et signature</i>	<i>Date et signature</i>

ANNEXE n°4 : ENQUETE DE SATISFACTION

L'enquête de satisfaction est destinée aux patients ayant participé à l'appel à manifestation d'intérêt relatif à l'accompagnement par un « infirmier relai » des patients en affection longue durée se trouvant avec ou sans médecin traitant.

L'enquête de satisfaction est proposée 6 mois après la signature de la déclaration de choix de l' « infirmier relai » et à 12 mois, à l'issue de la prise en charge.

Date de signature de la déclaration de choix de l' « infirmier relai » :.....

Questionnaire complété :

- après 6 mois d'accompagnement
- à l'issue de l'accompagnement

Que pensez-vous de ce dispositif expérimental ?

- très bien
- bien
- satisfaisant
- insatisfaisant

Connaissiez-vous votre infirmier relai avant d'entrer dans l'expérimentation ?

- oui
- non
- je ne sais pas

Combien de bilans de conseil et suivi l'infirmier relai a-t-il réalisé ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- je ne sais pas

L'infirmier relai a-t'il facilité le lien avec d'autres professionnels de santé?

- oui
- non
- je ne sais pas

Si vous avez un médecin traitant, l'infirmier relai a-t'il été complémentaire dans votre accompagnement ?

- oui
- non
- je ne sais pas

L'infirmier relai a-t-il permis de maintenir ou d'améliorer votre état de santé ?

- oui
- non
- je ne sais pas

Pensez-vous que le dispositif puisse être généralisé ?

- oui
- non
- je ne sais pas

Pourquoi ?.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

Autre remarque :
.....
.....
.....
.....
.....
.....