

CAHIER DES CHARGES

**pour la création
d'Équipes Spécialisées
de Prévention et de Réadaptation
à Domicile
(ESPRAD)**

destinées aux personnes atteintes
de sclérose en plaques,
de maladie de Parkinson ou de maladies apparentées
ou aux personnes
à haut risque de chute âgées de 60 ans et plus

Région Hauts-de-France

I. Orientations du Projet Régional de Santé, inscription dans le Plan Maladies Neurodégénératives (PNMD) et présentation du besoin médico-social à satisfaire

Les objectifs opérationnels du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2023 visent à mieux repérer et prévenir la perte d'autonomie ainsi qu'à développer des parcours de vie coordonnés des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, dont celles atteintes de maladies neurodégénératives.

Dans la continuité des actions menées au bénéfice des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres maladies apparentées, le Plan Maladies Neurodégénératives (PMND) 2014-2019 poursuit les objectifs de répondre aux besoins des personnes se trouvant à différents âges de la vie, du jeune adulte à la personne âgée, et en y intégrant d'autres maladies neurodégénératives telles que la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson. Une des mesures prévues dans ce cadre est de renforcer et d'adapter l'intervention des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), de définir et d'expérimenter de nouveaux protocoles d'intervention pour les patients atteints de maladies de Parkinson et apparentées ou de sclérose en plaques (SEP) et d'expérimenter l'appui d'un temps de psychologue.

Le 14 novembre 2018, une note d'information préconise un cadre commun pour l'expérimentation d'un protocole d'intervention à domicile des personnes atteintes d'une maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques (SEP), des équipes spécialisées MND rattachées aux SSIAD.

Acteur incontournable du maintien à domicile, le service de soins infirmiers à domicile est un service médico-social qui assure, sur prescription médicale, au domicile des personnes ou substitut du domicile, des soins infirmiers et d'hygiène générale.

Depuis le décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile et la circulaire DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, les SSIAD ont vu leurs missions s'élargir, d'une part en termes de publics, pouvant être maintenant ouverts aux personnes âgées de moins de 60 ans, atteintes de maladies chroniques ou handicapées, d'autre part en termes de compétences, puisque leurs équipes peuvent dorénavant être enrichies de la présence de personnels de réadaptation, ergothérapeutes et psychologues.

La région Hauts-de-France dispose, dans le cadre du Parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA), d'une équipe spécialisée de prévention, réadaptation et éducation à domicile qui a été mise en place sur le territoire Valenciennois-Quercitain, pour personnes âgées chuteuses ou à haut risque de chute.

Par ailleurs, 4 autres dispositifs expérimentaux ayant des missions de prévention et de réadaptation à domicile ont été autorisés à titre expérimental (3 dans le Nord et 1 dans

la Somme). Bien que ces équipes aient les mêmes objectifs, leur fonctionnement, organisation et financement sont différents.

Pour cette raison, ces 5 dispositifs ont fait l'objet d'une évaluation par un cabinet d'étude qui a mis en évidence la pertinence de l'évaluation et de l'intervention pluridisciplinaires des équipes spécialisées de prévention et de réadaptation à domicile (ESPRAD), tant sur les pathologies neurodégénératives visées que sur les chutes des personnes âgées.

Dans ce contexte national de déploiement des mesures du PMND et compte-tenu des objectifs régionaux, l'Agence régionale de santé Hauts-de-France a lancé en 2019 un appel à candidatures pour la création de 12 équipes spécialisées de prévention et de réadaptation à domicile (ESPRAD) destinées aux personnes adultes atteintes de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson ou maladies apparentées et aux personnes à haut risque de chute âgées de 60 ans et plus. 10 ESPRAD ont pu être créées lors de cet appel à candidatures en 2019. En 2020, un nouvel appel à candidatures a été lancé et a permis la création d'une ESPRAD supplémentaire. Ainsi, à présent, 16 ESPRAD sont autorisées au niveau régional.

Afin d'assurer une couverture complète du territoire régional, l'Agence régionale de santé Hauts-de-France lance à nouveau un appel à candidatures pour la création d'une ESPRAD sur le territoire de Saint-Quentin/Vervins (département de l'Aisne) (cf. les annexes 1 et 2 du cahier des charges).

Le présent cahier des charges a été élaboré en collaboration avec des spécialistes en médecine physique et de réadaptation (MPR) et de gériatrie exerçant dans des établissements de santé du territoire. Il a été relu par des neurologues. Les associations France Parkinson et SEP ont été informées.

Les projets ayant les partenariats les mieux construits sur chacun des territoires visés seront prioritaires. L'opérationnalité de ces équipes s'appuie sur le travail en réseau et une connaissance mutuelle des professionnels des différents secteurs afin de proposer des réponses coordonnées et un parcours de soins adapté aux besoins de ces personnes.

II. Enjeux et objectifs du projet

L'ESPRAD contribue à favoriser le parcours de soins des personnes accompagnées et, à ce titre, travaille en étroite collaboration avec les acteurs spécifiques et spécialisés. L'enjeu de l'ESPRAD est double, à la fois contribuer à :

- *la prise en charge à domicile ou l'anticipation des complications des personnes adultes atteintes de SEP ou de maladie de Parkinson ou de maladies apparentées.* Pour cette raison, les prises en charge de l'équipe seront réalisées avec une justification diagnostique. L'évolution de ces pathologies présente des caractéristiques cliniques qui engendrent des risques communs comme le handicap fonctionnel, la dépression, la dénutrition, la chute... Ces risques communs sont source d'aggravation de la dépendance. Peu influencés par les différentes thérapeutiques médicamenteuses, ils

peuvent être contrés par des accompagnements et des thérapeutiques non-médicamenteuses.

- *la lutte contre le haut risque de chute des personnes âgées de 60 ans et plus.* La chute d'une personne âgée est un signal grave qui, en dehors des possibles complications propres immédiates, peut générer une perte d'autonomie et nécessite souvent une prise en charge pluridisciplinaire.

Sur prescription médicale, cette équipe, coordonnée par un IDEC ou un ergothérapeute ou un psychomotricien, a pour vocation, grâce à sa pluridisciplinarité, à prévenir ou à limiter la perte d'autonomie en rapport avec des troubles posturo-locomoteurs et/ou psychomoteurs, des données comportementales et des facteurs situationnels particuliers.

Des mesures de rééducation analytique, de réadaptation fonctionnelle et d'adaptation du cadre de vie sont proposées. Ces différentes actions sont réalisées en concertation étroite avec les acteurs sanitaires et sociaux de ville, que l'équipe n'a pas vocation à supplanter. Ainsi, l'équipe n'a pas à remplacer la kinésithérapie, l'orthophonie ou les mesures purement sociales d'aménagement du cadre de vie qui peuvent parfois être les seules réponses nécessaires.

III. Caractéristiques du projet

Public visé

Le public visé est double et est constitué :

- de personnes âgées de 60 ans et plus, chuteuses ou à haut risque de chute, évaluées en GIR 2, 3 et 4, ayant eu un bilan chute en hospitalisation de jour gériatrique ou de rééducation, ou une consultation gériatrique (y compris par l'équipe d'un réseau de santé gériatrique) ou une consultation de rééducation ;
- d'adultes à partir de 18 ans, avec un diagnostic médicalement posé par un spécialiste (neurologue, gériatre ou médecin MPR – médecine physique et de réadaptation), atteints de :
 - maladie de Parkinson ou maladies apparentées (atrophie multi-systématisée (AMS), dégénérescence cortico-basale (DCB), paralysie supra-nucléaire progressive (PSP), maladie de Steele-Richardson-Olszewski),
 - sclérose en plaques ou maladies apparentées (pathologies inflammatoires chroniques du système nerveux : maladie de Behcet, maladie de Gougerot-Sjogren, maladie de Devic, neuro-lupus).

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont :

- les patients pour lesquels l'offre libérale est suffisante ;
- le refus du patient et/ou des aidants ;
- les personnes relevant d'un programme d'éducation thérapeutique qui viserait le risque de chute, la SEP ou la maladie de Parkinson, que ces programmes soient

dispensés par une HAD ou tout autre prestataire, ou d'une prise en charge d'hospitalisation de jour de SSR/MPR ou d'un SAMSAH/SAVS ;

- les malades Alzheimer ou apparentés, chuteurs ou non, qui peuvent bénéficier selon les cas d'équipe spécialisée Alzheimer à domicile (ESA), voire d'activité physique adaptée ou de kinésithérapie seule ;
- les patients institutionnalisés dans des structures médicalisées.

Les aidants en difficulté des patients éligibles devront être orientés vers la plateforme de répit du territoire.

De plus, les bilans neuropsychologiques pour diagnostic ou suivi d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée sont à faire réaliser en priorité par les neuropsychologues du réseau régional MEOTIS, dès lors que ces personnes ont un suivi par un neurologue libéral.

Territoire d'intervention

L'ESPRAD aura vocation à couvrir une zone géographique plus étendue que celle du SSIAD porteur, définie en cohérence avec les territoires de proximité et/ou le territoire des MAIA et en complément des zones déjà couvertes par les ESPRAD actuelles.

La population âgée de 60 ans et plus (INSEE 2015) a été le critère populationnel choisi pour paramétrer les équipes sur les territoires éligibles.

L'ESPRAD sera créée sur le territoire Saint-Quentin/Vervins (Aisne Nord) comme indiqué dans l'annexe 2.

Porteur

Le porteur sera :

- un SSIAD disposant d'une capacité d'au moins 60 places, porteur ou non d'ESA, mais autorisé avec des places à la fois pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap ;
- un SSIAD regroupé dans le cadre des groupements de coopération sociale ou médico-sociale (article L312-7 du code de l'action sociale et des familles) ou des groupements de coopération sanitaire (article L6133-1 du code de santé publique) ou un SSIAD conventionnant avec un ou plusieurs autres SSIAD et portant ainsi le projet collectivement, en identifiant toutefois précisément le titulaire de l'autorisation ;
- un SPASAD dont le SSIAD est autorisé avec des places pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap.

Organisation et fonctionnement

L'équipe respectera les modalités de fonctionnement prévues par la réglementation des SSIAD. Ainsi, le projet présenté devra être conforme aux conditions techniques et de fonctionnement mentionnés aux articles D312-1 à D312-5-1 du CASF ainsi qu'à la circulaire DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

Cependant, il convient de préciser les points suivants :

- l'équipe ne réalise pas de soins infirmiers techniques. Dès lors, elle n'en assume pas la charge financière si la personne accompagnée bénéficie par ailleurs de soins infirmiers effectués par un IDE libéral au domicile ou par un SSIAD ;
- l'intervention de l'équipe est proposée indépendamment de soins classiques de SSIAD (soins de nursing et soins infirmiers coordonnés).

Dans le cadre de sa réponse, le promoteur devra détailler son organisation (horaires, ressources humaines, rôle du coordonnateur, rôle des autres professionnels, relais envisagés vers d'autres partenaires, équipe/interventions, souplesses horaires possibles des interventions pour répondre aux fluctuations motrices des personnes atteintes de la maladie de Parkinson...) et décrire les locaux lui permettant d'assurer sa mission.

Le coordonnateur, sur la base d'une prescription médicale, a un rôle essentiel tant dans l'organisation interne de l'équipe que dans l'organisation des programmes d'intervention et du lien avec les acteurs libéraux. Ses missions doivent être détaillées et précisées, notamment :

- les modalités d'accueil et d'accompagnement des personnes prises en charge ainsi que de leur entourage,
- la coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

Les modalités de gestion et de management de l'équipe devront être précisées, ainsi que les modalités d'articulation et de concertation avec les acteurs libéraux, en particulier avec les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les médecins traitants des patients et les aidants professionnels.

Les objectifs ainsi que les différentes phases d'un accompagnement par une ESPRAD sont précisés à l'annexe 2.

Composition de l'équipe

Pour un territoire de 85 000 personnes âgées de 60 ans et plus (INSEE 2015), l'équipe est constituée de 3,9 ETP, plus précisément des professionnels suivants :

- 1 ETP coordonnateur (IDE ou ergothérapeute ou psychomotricien)
- 1 ETP ergothérapeute,
- 1 ETP de psychomotricien,
- 0,3 ETP de psychologue clinicien,
- 0,3 ETP de neuropsychologue,
- 0,3 ETP de diététicienne.

Il est important de prévoir l'accès à un temps de secrétariat.

La constitution des ESPRAD (ETP et financement global) variera selon le critère populationnel calculé pour les territoires définis dans l'annexe 1.

Il est nécessaire que le coordonnateur de l'ESPRAD soit acculturé au handicap et à l'approche fonctionnelle des situations.

Il est souhaitable que les vacations de diététicienne et/ou de psychologue soient mutualisées avec des professionnels travaillant avec les services de MPR ou de SSR, ou

en filière gériatrique ou en structure pour personnes âgées (EHPAD, plateforme de répit, etc.) ou services du secteur handicap (SAMSAH, SAVS,...) afin de favoriser les liens.

Les professionnels paramédicaux des ESPRAD devront suivre une formation de 3 jours qui sera organisée par le réseau Park-Sep courant 2020 et 2021. La formation portera sur la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et le risque de chute chez les personnes âgées.

Egalement, il sera nécessaire que les professionnels de l'ESPRAD bénéficient d'une formation ou d'un stage particulier auprès des centres experts Parkinson et sclérose en plaques. Cet élément sera paramétré entre les centres experts et l'ARS.

Les professionnels de l'ESPRAD devront également se rapprocher des filières gériatriques et des services de rééducation gériatrique afin de se coordonner sur le parcours des patients âgés, à haut risque de chute.

Coopérations et partenariats

Il est indispensable de développer une approche multidisciplinaire et coordonnée entre les différents intervenants afin de favoriser le parcours de soins du patient et la prise en charge globale, en articulation avec des dispositifs spécialisés et les professionnels du premier recours.

➤ Liens avec les spécialistes

L'équipe devra avoir un partenariat formalisé par convention avec au moins un service de SSR, mention spécialisée en neurologie, en lien avec le centre expert régional pour la sclérose en plaques, pour la maladie de Parkinson et en gériatrie de son territoire. Ces services partenaires s'engagent pour la formation continue de l'ESPRAD et la gestion des situations médicales complexes en commun, avec la possibilité d'un avis médical spécialisé pour l'ESPRAD au travers de consultations ou d'hospitalisations de jour.

L'équipe se fera connaître des consultations de neurologie sur le territoire (libéraux ou non), ainsi que des consultations et hôpitaux de jour gériatriques.

➤ Liens avec le premier recours

L'équipe communiquera auprès des médecins traitants, en particulier sur les différentes évaluations et prises en charge graduées du territoire et les critères de prescription.

Les modalités de sollicitation de l'équipe devront être précisées de manière simple au médecin traitant en prenant en compte les dispositifs complémentaires existant sur son territoire de type :

- DIREVP (dispositif inter-régime d'évaluation et de prévention des chutes) pour réorientation des GIR 5/6 ;
- PRADO orthopédie ;
- ESA pour les patients malades Alzheimer ou apparentés ;
- plateformes de répit pour l'accompagnement psychologique des aidants ;
- neuropsychologues du réseau MEOTIS si la personne a un neurologue connu ;
- tout dispositif spécifique existant.

L'équipe nouera un partenariat avec ces dispositifs, des courriers d'engagement de ces partenaires seront joints au dossier de candidature.

Les liens avec la gestion de cas MAIA, les réseaux de santé gériatriques, le réseau régional Parc-SeP et la plateforme de répit seront également précisés. L'ESPRAD travaillera en proximité avec ces acteurs du domicile pour favoriser les accompagnements communs chaque fois que nécessaire. Le dossier comportera leurs lettres d'engagement.

Les modalités de coopération avec les acteurs de ville ciblés dans la prise en charge par l'ESPRAD devront être définies (rencontres, synthèses au domicile, concertations téléphoniques, cahier de liaison, courriers, transmission d'information...) et en particulier avec les adresseurs, les médecins traitants, kinésithérapeutes et orthophonistes. Les modalités de coopération indiqueront la répartition des tâches et le caractère complémentaire des mesures thérapeutiques en cours.

➤ *Préconisations pour le parcours de soins*

Prise en charge en direct de la ville

Pour les patients chuteurs, l'équipe sera attentive à disposer pour chaque patient d'une évaluation multifactorielle en utilisant notamment les ressources locales de la filière gériatrique ou de la rééducation ou avec le réseau de santé gériatrique du territoire.

Pour les patients ayant une pathologie neurologique, celle-ci devra faire l'objet d'un diagnostic clair permettant le cas échéant d'adapter l'accompagnement. Si la personne n'a pas consulté depuis 2 ans un spécialiste (neurologue, gériatre ou spécialiste en médecine physique et de réadaptation, selon les cas) ou si elle est hors parcours de soins (sans médecin traitant), le coordonnateur de l'équipe s'attachera au préalable à remettre cette personne dans un parcours de soins, voire si besoin à demander l'appui de la gestion de cas MAIA.

Prise en charge à la suite d'une hospitalisation

Les indications peuvent être définies en sortie d'hospitalisation, il sera nécessaire de créer des liens forts avec les services de gériatrie, les EMG, les urgences et les services d'orthopédie (dans le cadre d'hospitalisations suite à des chutes).

➤ *Communication pour favoriser les liens*

Les modalités de communication sur l'existence et l'organisation du dispositif auprès des différents partenaires devront être définies et en particulier avec les professionnels de santé libéraux (médecins traitants, neurologues, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, IDEL), les filières gériatriques, les SSR.

Un contact devra aussi être pris avec les structures de prise en charge de la douleur, les services sociaux existants (type CCAS, secteur handicap, etc.), SAMSAH, SAVS, SAAD et autres SSIAD du territoire.

Les modalités de communication sur l'existence et l'organisation du dispositif auprès des différents partenaires devront être définies et en particulier avec le dispositif d'appui à la coordination territoriale existant (type MAIA, PTA).

C'est ainsi qu'il sera nécessaire de se doter d'outils et notamment :

- créer une plaquette d'information à destination des professionnels répertoriant les offres,

- concevoir les liens avec les dispositifs complémentaires,
- concevoir l'information à destination des professionnels libéraux à inclure dans les autres informations du projet,
- programmer le lancement global de l'équipe avec un calendrier permettant une mise en œuvre progressive, en débutant par les évaluations d'ergothérapie et en intégrant les formations nécessaires des personnels,
- organiser la programmation de la prise en charge par l'ESPRAD avec les partenaires.

Modalité d'évaluation et de mise en œuvre des droits des usagers

Le promoteur devra présenter les garanties de l'effectivité des droits des usagers, à travers la mise en place d'outils prévus réglementairement en commun avec le SSIAD porteur : *le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le document individuel de prise en charge, le projet de service, ceux permettant la participation des usagers (comme le questionnaire de satisfaction...), ainsi que le protocole de gestion des situations de maltraitance et autres situations à risque.*

Afin de prévenir et de traiter la maltraitance à domicile, le projet devra prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. Ces recommandations sont téléchargeables sur le site de l'HAS : www.has-sante.fr

IV. Budget de fonctionnement

Pour un territoire de 85 000 personnes de 60 ans et plus (INSEE 2015), l'équipe sera constituée de 3,9 ETP et sera financée sur la base d'un forfait de 190 000 euros par an.

Une équipe de 3,9 ETP couvrant un territoire de 85 000 personnes âgées de 60 ans et plus (INSEE 2015) doit permettre la prise en charge de 100 patients minimum par an. Le nombre minimal de patients à prendre en charge par an et par ESPRAD variera en fonction de la taille de l'équipe (cf. annexe 1).

Les crédits alloués à l'ESPRAD permettront de financer la masse salariale et les frais de fonctionnement. Des mutualisations avec le service porteur sont souhaitées.

V. Capacité de mise en œuvre

L'installation de l'ESPRAD devra débuter dès la notification de la décision d'autorisation (septembre 2021) et être entièrement opérationnel dans les 6 mois suivants (soit au plus tard mars 2022).

VI. Modalités d'autorisation, d'évaluation et de suivi

S'agissant de la création d'une équipe qui sera rattachée à un service existant, la durée de validité de l'autorisation de l'ESPRAD sera la même que celle du service porteur.

Le gestionnaire devra rendre pour fin avril un rapport d'activité annuel et intégrer l'ensemble des indicateurs permettant d'évaluer l'impact du projet en termes quantitatifs et

qualitatifs listés en annexe 4 du présent cahier des charges. Un outil d'indicateurs lui sera transmis dans ce sens.

Le gestionnaire s'engage à participer à l'évaluation dans le cadre du PNMD et à fournir tous les éléments jugés nécessaires par l'ARS.

ANNEXE 1 – L'ESPRAD ciblée par l'appel à candidatures 2021

Nombre/ Numéro	Département	ESPRAD	Territoire de proximité correspondant	Territoire MAIA à couvrir	Population 60 ans et plus couverte (INSEE 2015)	Rapport ESPRAD (pour 85 000 personnes âgées de 60 ans et +)	Financement (euros)/an	ETP correspondant à la taille de l'équipe	Nombre minimal de personnes à prendre en charge par an
1	Aisne	Aisne Nord (Saint-Quentin/Vervins)	Saint-Quentin/Vervins	MAIA Aisne Nord	51 511	0,6	114 000	2,34	60

ANNEXE 2 – Territoire d'intervention de l'ESPRAD ciblée par l'appel à candidatures 2021



ANNEXE 3 – Programme de prévention et de réadaptation à domicile (prise en charge ESPRAD)

➤ **Objectifs généraux**

- Prévenir et traiter les conséquences physiques et psychologiques de la chute chez le sujet âgé ;
- Prévenir et traiter les conséquences fonctionnelles de la SEP ou de la maladie de Parkinson ou de leurs maladies apparentées.

➤ **Objectifs opérationnels**

Les objectifs de l'ESPRAD dans le cadre de l'action de réhabilitation en situation de vie à domicile, réalisés en complément le plus souvent de la kinésithérapie, sont les suivants:

- permettre l'évaluation multidisciplinaire de la personne (pour les patients chuteurs, l'évaluation est réalisée avec l'appui des dispositifs gériatriques d'évaluation, l'équipe prend en compte cette évaluation et la complète éventuellement). A cette évaluation, sera associée une évaluation de la charge psychologique de l'aidant ;
- si l'évaluation repère des troubles cognitifs et/ou psychologiques, organiser un dépistage avec la psychologue ou neuropsychologue pour orienter si besoin vers des consultations spécialisées (libérales avec le réseau MEOTIS ou en centre mémoire hospitalier) ;
- optimiser les capacités fonctionnelles du patient, dans chacune des activités quotidiennes ;
- prévenir le « syndrome de l'après chute » ;
- assurer la formation des proches, tant des aidants familiaux que des intervenants et aidants professionnels du domicile autour de la chute ou des maladies neurologiques, lors des interventions individuelles des professionnels ;
- apporter des conseils nutritionnels adaptés ;
- être en capacité d'orienter vers un dispositif plus adapté, le cas échéant.

➤ **Entrée du patient dans le programme de prévention et de réadaptation**

1. Prescription par le médecin traitant

La prestation est prescrite par le médecin traitant sous la forme suivante :

« prescription de séances de rééducation / réadaptation à domicile par une équipe pluridisciplinaire pour maladie de (préciser si Parkinson ou SEP ou maladie apparentée) OU pour patient à haut risque de chute ».

L'intervention de l'ESPRAD peut être suggérée par les acteurs du territoire comme le réseau de santé gériatrique ou réseau régional Parc-SeP ou toute unité hospitalière de gériatrie ou de SSR ou de neurologie.

La prescription sera confirmée par l'équipe lors de l'évaluation initiale selon les critères définis dans le cahier des charges et éventuellement rediscutée avec le prescripteur, le médecin traitant

2. Durée et intensité de prise en charge

Contrairement à la prise en charge classique en SSIAD, les interventions seront limitées dans le temps.

Le programme de rééducation/réadaptation est construit avec la personne pour une durée maximale de quelques semaines (évaluations, rééducations, réadaptations, apprentissages, prises en charge complémentaires), avec 18 séances maximum par an, à domicile, à la fréquence de 1 à 2 séances par semaine, hors évaluation initiale et réévaluation à distance. Un patient pourra bénéficier de plusieurs prescriptions sur une même année dès lors que le total des séances ne dépasse pas 18.

18 séances pourront de nouveau être envisagées à compter de la date anniversaire de la première prise en charge de l'année précédente. L'admission de nouveaux patients sera priorisée par rapport à la réadmission des patients accompagnés.

a). Bilan initial

➤ *Avant toute visite*, l'équipe s'assure que :

- le diagnostic de la pathologie neurologique a été posé au préalable par un neurologue (les coordonnées du neurologue du patient seront inscrites dans le dossier patient). Sinon le patient sera adressé en consultation spécialisée, pour préciser le diagnostic et optimiser les thérapeutiques ;

- pour la chute, le patient a eu un bilan multidimensionnel par un gériatre ou un médecin MPR, en consultation ou en hospitalisation de jour, ou par un réseau de santé gériatrique si la personne ne souhaite pas ou ne peut pas se déplacer. Si ces conditions ne sont pas réunies, le coordonnateur de l'équipe met tout en œuvre pour que ce soit réalisé.

Ces éléments sont essentiels à l'équipe pour mieux ajuster sa prise en charge.

➤ *Visite initiale d'évaluation*

La visite initiale au domicile est effectuée par le coordonnateur qui présente le service et son fonctionnement, les modalités d'admission, l'articulation du service avec les différents intervenants, les conditions financières de prise en charge.

Le recueil de l'accord du patient est assuré lors de cette visite d'évaluation (ou dans les suites immédiates après réflexion du patient) après présentation précise des prestations et modalités d'organisation du service. Cet accord est formalisé par un document d'engagement personnalisé du patient.

Le contact avec le kinésithérapeute, voire l'orthophoniste, du patient est nécessaire le cas échéant pour présentation du service et concertation.

Le dossier d'évaluation est rédigé par le coordonnateur afin de déterminer la nature des besoins, à partir d'éléments prévus par les différents membres de l'équipe (cela peut être l'évaluation gériatrique standardisée pour les patients âgés), à savoir :

- les soins de rééducation et réadaptation, regroupant les soins d'ergothérapie, de psychomotricité, de kinésithérapie, d'orthophonie, etc. (avec notamment un questionnaire sur l'autonomie antérieure du patient) ;
- la dimension psychologique du patient et/ou de sa famille (aidants) ;
- la dimension sociale et socio familiale ;
- la nature des dispositifs médicaux ;
- les aménagements nécessaires du cadre de vie, en particulier sur le plan technico architectural ;
- les éventuels besoins d'accès au diététicien.

Une synthèse est faite ensuite en équipe avec les éléments relevés par le coordonnateur lors de la visite.

Le plan d'actions est proposé avec le choix d'un intervenant principal (l'ergothérapeute ou le psychomotricien) complété ou non d'interventions des autres professionnels de l'équipe. Le plan d'actions est réparti sur un nombre de 18 séances au maximum, en comptabilisant les interventions des différents intervenants de l'équipe. Le nombre total de séances est paramétré en fonction des besoins du patient et selon des priorités négociées avec lui lors de la visite d'évaluation.

L'intervention des (neuro)psychologue et/ou diététicien et/ou psychomotricien pour compléter l'évaluation se fera dans le cadre de leur intervention après le bilan initial, pour une analyse élargie des facteurs de risque et des besoins spécifiques de la personne afin de mieux la conseiller, l'orienter.

➤ *Appel du médecin traitant*

Le coordonnateur appelle le médecin traitant pour compte-rendu de la visite initiale et pour proposition de mise en œuvre, le cas échéant.

Dans ce cas, si cela n'a pas été fait, celui-ci doit établir une prescription médicale pour « prise en charge par l'ESPRAD ». Ces documents seront adressés à la CPAM par le coordonnateur.

Si le bilan initial constate la nécessité d'une prise en charge concomitante de kinésithérapie, elle pourra être proposée au médecin traitant par le coordonnateur de l'équipe.

Chaque fois que nécessaire, l'équipe pourra proposer, avant mise en œuvre, au médecin traitant une réorientation ou une perspective de recours à une expertise gériatrique (comme celle du réseau de santé gériatrique ou à un hôpital de jour gériatrique), à une consultation de MPR ou neurologique.

Ce n'est pas parce qu'il y a eu une prescription pour l'ESPRAD, que c'est la seule ou la bonne réponse. Des réorientations doivent être envisagées si nécessaire.

Le coordonnateur pourra alors rappeler le patient et/ou l'aidant pour leur proposer le plan de soins et avoir son accord définitif.

b). Programme de prise en charge

La première visite de l'ergothérapeute ou du psychomotricien va permettre de préciser le nombre de séances nécessaires.

Les psychologues et les diététiciens peuvent intervenir seuls.

Une visite du coordonnateur est effectuée au cours du programme pour faire le point et prévoir les liens, voire préparer les relais possibles post-ESPRAD, avec les partenaires selon les besoins du patient (professionnels de santé libéraux ou non, professionnels médico-sociaux et sociaux).

c). Fin de prise en charge

La dernière séance est consacrée à la « sortie » du patient : lui sont transmis les conseils et les recommandations sous forme de documents écrits, brochures et supports éducatifs. Ces documents seront remis aussi à son aidant principal. Le patient et l'aidant principal sont informés de la visite de réévaluation à 3 mois.

Il est proposé au patient de remplir le questionnaire de satisfaction, délivré avec le livret d'accueil en début de prise en charge.

Il est également mentionné dans ce document de sortie que le service reste à disposition pour réévaluation en cas de nouvel évènement intercurrent.

A l'issue du programme de soins, une fiche synthétique standardisée, personnalisée, des mesures proposées et effectuées sera établie et adressée à tous les intervenants partenaires, et en particulier médecin traitant, neurologue, gériatre, médecin MPR, orthophoniste, kinésithérapeute, infirmiers libéraux, etc. Elle devra être définie dans le projet.

Si la personne accompagnée bénéficie d'une intervention réalisée par un SAAD, le coordonnateur contacte le service pour l'informer de la fin de l'intervention de l'ESPRAD.

d). Réévaluation à 3 mois

Trois mois après la fin du programme, le coordonnateur rend visite au patient pour constatation de l'évolution de la situation de la personne. Cette réévaluation fait l'objet d'une synthèse transmise au patient et à son médecin traitant et peut permettre de proposer des ajustements thérapeutiques.

Les documents internes spécifiques à l'intervention de l'ESPRAD seront :

- le document d'engagement personnalisé du patient ;
- le dossier d'évaluation des besoins (rééducation et réadaptation, psychologique, diététique, sociale et socio-familiale, aménagement technico-architectural du cadre de vie) ;
- la fiche d'évaluation standardisée du programme réalisé ;
- la fiche de synthèse de la réévaluation à 3 mois.

ANNEXE 4 – Indicateurs de suivi et de résultat

Ces indicateurs sont à calculer annuellement et à transmettre à l'ARS pour fin avril, chaque année.

Il s'agit des personnes suivies au cours de l'année précédente (du 1^{er} janvier au 31 décembre) et dont la prise en charge est terminée ou toujours en cours.

Données patientèle :

- Nombre de personnes ayant fait l'objet d'une visite d'évaluation initiale, sans bénéficier d'un accompagnement par l'ESPRAD ;
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accompagnement par l'ESPRAD (file active), dont nombre de personnes admises pour la première fois + nombre de personnes réadmis (ayant bénéficié d'un accompagnement finalisé auparavant et réadmis dans l'année étudiée) ;
- Nombre de personnes sorties de l'ESPRAD, dont nombre de personnes sorties en attente d'évaluation post-intervention, à trois mois (file active « de veille ») + nombre de personnes pour lesquelles l'évaluation post-intervention, à trois mois, a été effectuée ;
- Décomposition du nombre de personnes accompagnées (file active) selon les classes d'âge suivantes : de 18 à 39 ans, de 40 à 59 ans, 60 à 74 ans, de 75 à 84 ans, et plus de 85 ans.
- Parts respectives des hommes et des femmes
- Pathologies principales (sclérose en plaques, maladie de Parkinson, autres maladies apparentées, personnes âgées de 60 et plus chuteuses ou à risque de chute)
- Origine du signalement (médecin traitant, services hospitaliers, urgences...)
- GIR des personnes âgées accompagnées pour chute
- Conditions socio-familiales de vie des patients (seul, avec son conjoint, avec un enfant, un parent...)
- Lieux de vie de l'utilisateur et de l'intervention de l'équipe (seul à domicile, domicile avec aidant, résidence services, résidence autonomie, autre)

Données relatives à la prise en charge et à son organisation :

- Nombre de personnes adressées à l'ESPRAD ;
- Nombre de refus de prise en charge par l'utilisateur et par l'ESPRAD, en précisant le motif ;
- Durée moyenne des prises en charge exprimée en semaines et en nombre de séances ;
- Nombre moyen d'interventions effectuées par semaine ;
- Nombre maximum, moyen et minimum d'interventions par patient ;
- Coopérations avec autres acteurs du domicile, professionnels ou structures (nombre de conventions formalisées, lettres d'engagements, participation à des groupes de travail organisés...)
- Nombre de prises en charge abandonnées et motifs.