RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Corse

CAHIER DES CHARGES : APPEL A CANDIDATURES PORTANT SUR LA CREATION DE DEUX EQUIPES SPECIALISEES ALZHEIMER (ESA) ELARGIES AUX AUTRES MALADIES NEURODEGENERATIVES (MND)

Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) font partie intégrante du plan de renforcement et de rattrapage de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées dépendantes 2018 – 2028. En effet, son action n°21 vise principalement le renforcement du nombre d'équipes spécialisées Alzheimer-MND sur le territoire et permet la programmation de deux nouvelles équipes. Ces nouvelles installations s'inscrivent également dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 et du Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) 2014-2019.

Dans la continuité de ces actions et sur la base de l'expérimentation positive des équipes spécialisées, le PMND a, par ailleurs, ouvert l'intervention à domicile aux autres maladies neuro-dégénératives (MND) hors Alzheimer (maladie de Parkinson, sclérose en plaques (SEP)…) au travers de sa mesure 21b qui prévoit le déploiement d'équipes spécialisées-MND portant sur un protocole d'actions d'interventions au domicile de personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques (ou maladies apparentées).

Les plans nationaux successifs ont ouvert la possibilité pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou dans le cadre des formules de coopération formalisées visées à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles comprenant des SSIAD ou des SPASAD de recourir à de nouveaux professionnels formés aux soins d'accompagnement, de réhabilitation et de réadaptation auprès des personnes atteintes de MND.

La Corse dispose d'ores et déjà de 40 places d'ESA-MND (20 places en Corse du Sud et 20 places en Haute Corse) disposant chacune d'une compétence départementale.

Ainsi, dans le cadre de la suite du déploiement du PMND en Corse, et selon les orientations retenues dans le cadre du plan d'actions régional, l'ARS de Corse souhaite renforcer l'offre existante afin d'organiser un maillage territorial plus fin, adapté aux spécificités géographiques régionales et de poursuivre l'ouverture de la prise en charge à domicile aux autres MND sur le territoire.

Le présent appel à candidatures vise donc à permettre l'autorisation de deux nouvelles ESA élargie aux autres MND en Haute-Corse et Corse-du-Sud, sur les territoires de projets Ouest-Corse et Centre Corse. Les ESA actuellement en fonctionnement sur les territoires précités verront donc leur territoire d'intervention limité à une zone infra-départementale.

Les dossiers de candidatures devront respecter les exigences du présent cahier des charges. Les critères de non-conformité induisant l'inéligibilité du dossier transmis sont les suivants :

- Non-respect du territoire d'intervention : en Haute-Corse sur le territoire de projet de Centre Corse et en Corse-du-Sud sur le territoire de projet de l'Ouest Corse, selon une organisation infra-départementale tenant compte de l'existence d'une autre ESA sur ces territoires ;
- Non-respect de l'enveloppe financière notifiée ;
- Non-respect de la nature du dispositif et du public cible ;
- Non-respect de la structure porteuse : SSIAD disposant d'un agrément permettant l'accompagnement de personnes âgées et disposant d'une capacité autorisée et installée d'au moins 60 places.

I. CARACTERISTIQUE DU PROJET

1. Objet

Le présent cahier des charges vise au déploiement de deux équipes spécialisées Alzheimer élargie aux autres MND sur la Haute-Corse et la Corse-du-Sud, sur les territoires de projet de Centre Corse et Ouest Corse.

Les ESA proposent une intervention à domicile fondée sur la stimulation cognitive et des soins de réhabilitation (interventions cognitivo-psycho-sociales) visant à améliorer ou à préserver l'autonomie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentées dans ses activités de la vie quotidienne. L'intervention a pour objectif le maintien des capacités restantes par l'apprentissage de stratégie de compensation, l'amélioration de la relation patient-aidant et une adaptation de l'environnement.

Elle consiste à réaliser une évaluation des capacités à accomplir les activités de la vie quotidienne, à se fixer un ou deux objectifs (s'habiller seul, refaire à manger…) et à mettre en place un programme utilisant les capacités restantes pour accomplir à nouveau ces activités et retrouver plaisir à le faire. Ce programme comprend également un volet d'éducation thérapeutique des aidants (sensibilisation, conseil, accompagnement). A l'issue de cette intervention, il est procédé à un bilan-évaluation des résultats qui est transmis au médecin prescripteur.

Cette thérapie a montré des effets bénéfiques à un stade précoce ou modérément sévère de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Afin d'adapter la prise en charge aux autres MND, l'équipe spécialisée doit également être en mesure de proposer un protocole d'actions de prévention et de réadaptation à domicile à destination notamment des personnes atteintes de SEP, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, SLA ou maladies apparentées. Le protocole d'intervention à domicile vise à renforcer l'autonomie de la personne, soutenir l'aidant et coordonner les actions, en complément le cas échéant des traitements de kinésithérapie et/ou d'orthophonie.

Cette intervention à domicile est réalisée par une équipe spécialisée formée à la réhabilitation et/ou à la réadaptation selon la MND prise en charge. La prestation dite de soins de réhabilitation et/ou de réadaptation et d'accompagnement dispensée dans le cadre de cette intervention est réalisée sur prescription médicale et comporte 12 à 15 séances de réhabilitation pour maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée sur une période de 3 mois maximum. Le nombre de séances est porté à 18 concernant les autres MND hors Alzheimer.

2. Cadre juridique

Cet appel à candidatures s'inscrit dans le cadre règlementaire suivant :

- Plan Alzheimer 2008-2012 ;
- Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) 2014-2019 ;
- Instruction no SG/DGS/DGOS/DGCS/CNSA/2016/58 du 22 janvier 2016 relative à la déclinaison régionale du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 ;
- Instruction du 19 novembre 2021 relative au plan de rattrapage de l'offre personnes âgées dans les régions de Corse et Outre-Mer ;
- Plan de renforcement et de rattrapage de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées dépendantes 2018 – 2028
- Circulaire n° DGCS/SD3A/2011/110 du 23 mars 2011 relative à l a mise en œuvre des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer (Mesure 6) ;
- Circulaire SG/DGOS/R4/DGS/MC3/DGCS/3A/CNSA no 2015-281 du 7 septembre 2015 relative à la mise en œuvre du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 ;

- Note d'information n° DGCS/SD3A/2018/252 du 14 novembre 2018 relative au cadre commun pour l'expérimentation d'un protocole d'intervention au domicile de personnes atteintes d'une maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques des équipes spécialisées-MND rattachées aux SSIAD (mesure 21b du PMND).

3. Porteur et territoire cible

Les équipes spécialisées ont vocation à disposer d'un champ d'intervention territorial plus large que les SSIAD classiques et dérogent à ce titre au système de régulation infirmier.

Comme indiqué supra, la Corse dispose d'ores et déjà de 40 places d'ESA-MND (20 places en Corse du Sud et 20 places en Haute Corse) disposant chacune d'une compétence départementale.

La géographie de la Corse ainsi que le nombre de patients en ALD 15 justifient le renforcement de cette offre par l'identification de deux nouvelles ESA, une en Haute-Corse et une en Corse-du-Sud qui disposeront donc d'une compétence infra-départementale. Au terme du présent appel à candidatures, la Corse disposera donc de 6 ESA réparties équitablement entre la Corse-du-Sud et la Haute-Corse. Ces 6 ESA devront couvrir l'ensemble du territoire régional.

Les projets déposés pourront :
- soit viser à la création d'une nouvelle équipe sur les territoires de projet de l'Ouest Corse et du Centre Corse, selon l'organisation infra-territoriale mentionnée. Dans ce cas, une coordination avec les actuels gestionnaires des ESA doit être recherchée ;
- soit viser au renforcement d'une équipe existante pour une couverture intégrale du territoire départemental concerné.

Sont éligibles :
- les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) présentant une capacité autorisée et installée d'au moins 60 places ;
- les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ;
- les SSIAD ou SPASAD regroupés dans le cadre des formules de coopération visées à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles, notamment d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), ou qui ont, par convention, délégué, dans le cadre de la procédure d'appel à projet issue de la loi HPST, leur gestion administrative à une fédération départementale pouvant être titulaire des autorisations.

4. Public cible

En préalable à toute prise en charge d'un patient par l'équipe spécialisée, il est nécessaire qu'un diagnostic de la pathologie soit posé par le médecin traitant ou par un médecin spécialiste (neurologue, gériatre, médecin de la consultation mémoire, MPR). Si le diagnostic n'a pas encore été posé, le patient sera adressé en consultation spécialisée, de préférence sur son territoire de vie, pour préciser le diagnostic et optimiser les thérapeutiques.

L'équipe spécialisée s'adresse prioritairement :
- aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées diagnostiquées à un stade léger ou modéré de développement de la maladie (cette prestation n'est pas adaptée à des déficits cognitifs sévères) pouvant faire l'objet d'une intervention de réhabilitation (conservant une mobilité, une capacité d'attention, une capacité de compréhension…) ;
- aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson, ou d'une SEP ou maladies apparentées ou tout autre MND diagnostiquées dont les échelles ADL/IADL montrent une détérioration des capacités fonctionnelles récentes et l'existence d'un potentiel de maintien fonctionnel grâce à une prise en charge pluridisciplinaire.

En revanche, ne pourront pas être pris en charge par l'équipe spécialisée :

- les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées diagnostiquées à un stade sévère de la maladie ;
- Les patients pour lesquels il y a un déjà un plan d'aide adapté sans potentiel de progrès fonctionnel identifié ;
- Lorsqu'il existe un refus du patient et/ou des aidants ;
- Lorsque le patient relève d'une HAD sur le mode de prise en charge « rééducation neurologique » ou d'une prise en charge d'hospitalisation de jour de SSR/MPR ou d'un SAMSAH/SAVS ;
- Les résidents des établissements sociaux et médico-sociaux hors accueil temporaire.

La prise en charge d'un patient par l'ESA est consécutive à une prescription médicale. Ainsi, selon qu'il s'agisse d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer *« 12 à 15 séances de réhabilitation pour maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée »*, ou d'une autre MND *« Réalisation de séances de réadaptation à domicile par une équipe pluridisciplinaire MND »*, des séances sont prescrites soit par le médecin neurologue, soit par le médecin de la consultation mémoire, soit, et c'est le cas le plus fréquent, par le médecin traitant.

Il revient également à l'IDEC, en lien avec l'ergothérapeute selon le type de pathologie, de s'assurer, suite à l'évaluation des capacités du malade, que la prestation prescrite est adaptée à celui-ci, lui permettant d'améliorer son sentiment de compétence et de retrouver une certaine autonomie. S'ils estiment qu'il y a inadaptation ou impossibilité de mettre en œuvre la prescription, il leur appartient de s'adresser au médecin prescripteur pour lui en faire part et lui demander s'il peut revoir sa prescription.

II. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

1. Les objectifs de l'ESA

L'équipe spécialisée permet l'organisation d'une prise en charge non médicamenteuse et adaptée à domicile. Cette prise en charge individualisée doit s'inscrire dans un projet d'interventions, de prévention et d'accompagnement, être pratiquée par un personnel formé et mobiliser des compétences pluridisciplinaires.

Il s'agit d'une intervention à domicile visant à améliorer ou à préserver l'autonomie de la personne dans les activités de la vie quotidienne mais aussi de prévenir les complications du handicap fonctionnel pour les MND hors maladie d'Alzheimer. Cette intervention a pour objectifs le maintien des capacités restantes par l'apprentissage de stratégies de compensation, l'amélioration de la relation patient-aidant et une adaptation de l'environnement.

Elle consiste à réaliser une évaluation des capacités à accomplir les activités de la vie quotidienne, à se fixer un ou deux objectifs (s'habiller seul, refaire à manger…) et à mettre en place un programme utilisant les capacités restantes et/ou fonctionnelles pour accomplir à nouveau ces activités et retrouver plaisir à le faire.

A cette fin, l'équipe spécialisée (en complément le plus souvent de la kinésithérapie) vise les objectifs opérationnels suivants :

- Permettre l'évaluation multidisciplinaire de la personne (avec l'IDE, et l'ergothérapeute). A cette évaluation sera associée une évaluation de la charge de l'aidant ;
- Permettant le maintien des capacités restantes, l'apprentissage de stratégies de compensation, la diminution des troubles du comportement ;
- Optimiser les capacités fonctionnelles du patient dans toutes les activités de la vie quotidienne ;
- Repérer les troubles cognitifs ;
- Repérer les troubles psychologiques ;
- Apporter des conseils nutritionnels adaptés ;

- Agir sur l'environnement du malade permettant de maintenir ou d'améliorer le potentiel cognitif, moteur et sensoriel des personnes ainsi que la sécurité (exemple : limiter les chutes).
- Former les proches, tant les aidants familiaux que les intervenants et aidants professionnels du domicile, lors des interventions ;
- Etre en capacité d'orienter vers le dispositif le plus adapté le cas échéant et, pour les patients chuteurs, d'orienter vers une évaluation multifactorielle en utilisant notamment les ressources locales.

Ce programme comprend également un volet d'éducation thérapeutique des aidants (sensibilisation, conseil, accompagnement).

A l'issue de cette intervention, il est procédé à un bilan-évaluation des résultats qui est transmis au médecin prescripteur.

Cette intervention à domicile est réalisée par une équipe spécialisée formée à la réhabilitation et à la réadaptation.

L'équipe spécialisée a également un rôle d'information des prescripteurs.

2. La prise en charge ESA élargie aux autres MND

❖ Durée et intensité de la prise en charge

L'intervention de l'équipe spécialisée est limitée dans le temps (prescription d'une durée de 3 à 4 mois maximum selon le type de pathologie, renouvelable tous les ans). Cette durée limitée implique :

- de déterminer les patients pour lesquels une action courte et ciblée peut être efficace pour le maintien à domicile et la restauration ou le maintien de capacités ;
- de fixer un ou deux objectifs clairs et identifiés sur lesquels porteront les soins (toilette, activités, relations sociales, troubles du comportement…) ;
- d'indiquer que l'équipe spécialisée n'a pas vocation à faire du soutien à l'aidant (bien que la prestation réalisée ait pour incidence secondaire de soulager l'aidant et d'améliorer les relations patients/aidants) ;
- d'examiner, en lien avec l'infirmier coordinateur, les solutions pouvant être proposées à l'issue de la réalisation de la prestation pour permettre de prendre le relais et d'assurer le maintien à domicile (accueil de jour, SSIAD/SPASAD, équipes APA, service d'aide et d'accompagnement à domicile, etc.) ou toute autre prise en charge plus adaptée.

L'intensité et la fréquence des séances sont variables en fonction des besoins et du stade d'évolution de la maladie. Toutefois, une séance hebdomadaire est exigée a minima pour permettre une prise en charge efficiente et de qualité.

Une séance de soins de réhabilitation et d'accompagnement dure en moyenne une heure.

Dans ce contexte, **le plan de soins de réhabilitation et d'accompagnement** à destination des patients atteints de la maladie d'Alzheimer est établi sur la base de 12 à 15 séances sur une période de 3 mois maximum sur la base d'au moins une séance par semaine au domicile de chaque malade.

S'agissant des MND hors Alzheimer et maladies/démences apparentées, **le programme de prévention/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 adaptée aux besoins de la personne hors évaluation initiale et réévaluation à distance. Un patient pourra bénéficier de plusieurs programmes sur une même année dès lors que le total des séances ne dépasse pas 18, avec renouvellement possible d'un programme de 18 séances à compter de la date anniversaire de la première prise en charge de l'année précédente.

Il s'agit d'une prestation individuelle réalisée au domicile de la personne. En aucun cas, les équipes spécialisées ne peuvent intervenir sous forme d'atelier ou de séances collectives. Les équipes spécialisées n'ont pas vocation à remplacer ou se substituer à des accueils de jour.

- **Evaluation**

L'équipe s'assure que le diagnostic de la pathologie a été posé au préalable par le médecin traitant et/ou un médecin spécialiste. Sinon le patient sera adressé en consultation spécialisée, de préférence sur son territoire de vie, pour préciser le diagnostic et optimiser les thérapeutiques.

La visite initiale au domicile est alors effectuée par le binôme infirmière coordinatrice (IDEC) et l'ergothérapeute. Cette évaluation pouvant s'étaler sur 1 à 3 séances et est comprise dans les 12 à 18.

Selon qu'il s'agisse de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de MND, au cours de cette visite, l'équipe spécialisée :

→ évalue, sur la base d'un recueil d'information, d'entretiens et de la réalisation de tests (MMSE, ADL/IADL…), les capacités fonctionnelles et psychomotrices, les limitations d'activités, les restrictions de participation, les facteurs environnementaux facilitateurs ou obstacles ;

→ identifie si ce type de prestation est adaptée à ce stade de maladie (potentiel de progrès) et son acceptation (dans le cas de déni notamment) ;

→ réfléchit l'organisation de la vie quotidienne des personnes malades (organisation du temps et de l'espace, organisation des soins du quotidien et des soins de réhabilitation et d'accompagnement) et de leurs familles.

A partir de cette évaluation, l'IDEC et l'ergothérapeute, établissent, selon la MND, un plan de soin individualisé visant à déterminer les objectifs à atteindre (un ou deux objectifs) en fonction du diagnostic posé (soins de réhabilitation pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et actions de prévention et de réadaptation pour les autres MND).

L'IDEC présente au patient et à son entourage le service et son fonctionnement, les modalités d'admission, l'articulation du service avec les différents intervenants, les conditions financières de prise en charge.

Lors de cette visite initiale ou suite à un délai de réflexion de la personne, l'IDEC recueille son accord pour la mise en œuvre du protocole d'intervention. Cet accord est formalisé par un document d'engagement personnalisé du patient.

Le résultat de l'évaluation est transmis au prescripteur (et au médecin traitant s'il n'est pas le prescripteur) avec la confirmation de la prise en charge et proposition du plan d'intervention.

Selon les caractéristiques de la MND hors Alzheimer et maladies/démences apparentées, le contact avec le kinésithérapeute, voire l'orthophoniste, du patient est nécessaire le cas échéant pour présentation du service et concertation. Si le bilan initial constate la nécessité d'une prise en charge concomitante de kinésithérapie ou d'orthophonie non réalisée jusqu'alors, elle pourra être proposée au médecin traitant par l'IDEC pour prescription. Le contact avec le kinésithérapeute du patient est alors nécessaire pour présentation et concertation.

- **Plan d'interventions**

Les activités réalisées sont effectuées dans un cadre thérapeutique par des professionnels formés (ergothérapeute, psychomotricien et assistants de soins en gérontologie ou autres professionnels

libéraux). Ces séances sont réalisées par l'ergothérapeute ou le psychomotricien sur la base du plan d'actions individualisé adapté selon le type de MND, et peuvent être délégués pour certains aspects aux assistants de soins en gérontologie.

Les interventions de l'équipe spécialisée portent sur la cognition, l'activité motrice et fonctionnelle et l'ajustement des aides. L'objectif est de :

- conseiller, éduquer la personne malade et son entourage ;
- prévenir les complications fonctionnelles liées à la maladie ;
- solliciter et renforcer les compétences préservées et résiduelles et les savoir-faire ;
- proposer et automatiser des stratégies d'adaptation ;
- optimiser les capacités fonctionnelles du patient dans toutes les activités de la vie quotidienne ;
- renforcer l'estime de soi, la communication verbale et non verbale.

❖ **Fin de prise en charge**

L'ergothérapeute réalise, en lien avec l'IDEC, un bilan des activités réalisées au regard des objectifs fixés dans le plan de soin.

La sortie du protocole doit être anticipée en amont afin de préparer la mise en place des relais nécessaires au maintien à domicile. La dernière séance est consacrée à la « sortie » du patient. A cette occasion, l'équipe remet au patient et à son aidant, des conseils et recommandations sous forme de documents écrits, brochures et supports éducatifs.

A l'issue du programme d'interventions, le patient est informé qu'une fiche synthétique standardisée, personnalisée, des mesures proposées et effectuées, sera adressée à tous les intervenants partenaires. Elle devra être définie dans le projet.

3. Fonctionnement de l'ESA

L'ESA 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 D. 312-1 à D. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Cependant, il convient de préciser les points suivants :

- L'équipe spécialisée 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 une IDE au domicile ;
- L'intervention de l'équipe spécialisée 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 de l'infirmier coordonnateur, rôle des ergothérapeutes, relais envisagés vers d'autres partenaires, équipe/interventions, souplesses horaires possibles des interventions…) et décrire les locaux lui permettant d'assurer sa mission.

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

4. Effectifs

La mise en place de cette prestation à domicile repose sur une prise en charge personnalisée et globale des MND, ce qui nécessite une organisation interdisciplinaire et un fonctionnement fondé sur des compétences pluridisciplinaires.

L'équipe spécialisée est composée du socle minimal suivant :

- infirmier coordinateur (IDEC) en charge des partenariats, de l'évaluation de base et de la coordination des interventions et du suivi de celles-ci (a minima 0.25 ETP) ;
- ergothérapeute et/ou psychomotricien en charge de la réalisation de l'évaluation des capacités du malade, des séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement et du bilan adressé au médecin traitant (a minima 1 ETP). **Le recrutement d'un ergothérapeute devra être privilégié dans le cadre de l'adaptation de la prise en charge aux différents types de MND** dans le cas d'une création nouvelle d'ESA ou du renforcement d'une équipe spécialisée existante ne disposant pas de cette compétence ;
- assistants de soins en gérontologie (ASG) qui réalisent pour partie les soins de réhabilitation et d'accompagnement sur la base de l'évaluation et des objectifs assignés par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien (a minima 1.5 ETP).

Cette liste pourra être complétée par d'autres types d'interventions de personnel libéraux en tant que de besoin (psychologue clinicien, neuropsychologue, diététicien…) afin d'adapter la prise en charge aux différents types de MND.

L'organisation mise en place doit permettre une intervention fréquente et soutenue de l'équipe spécialisée (au moins une séance par semaine au domicile de chaque malade) et adaptée au nombre de patients : ainsi l'équipe spécialisée doit pouvoir prendre en charge une file active d'au moins 30 patients – qui reçoivent une, voire pour certains d'entre eux, deux séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement par semaine – et être à même de réaliser en moyenne 40 prestations hebdomadaires. Cette organisation doit également prévoir les modes de remplacement de ces personnels pendant les congés ou maladie.

Les professionnels intervenant au sein de l'équipe spécialisé sont formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ainsi qu'à la prise en charge des troubles cognitifs.

En outre, les professionnels de l'équipe bénéficient d'une formation ou d'un stage particulier, auprès des centres experts Parkinson et SEP ou, à défaut, en lien avec des centres experts ou des services neurologiques ou de réadaptation neurologique, en particulier sur la sélection des patients éligibles (échelles ADL/IADL) et l'adaptation de la prise en charge à la pathologie et aux besoins.

Il est nécessaire que l'IDEC soit acculturé au handicap et à l'approche fonctionnelle des situations.

Afin de prévenir et de traiter la maltraitance à domicile, le projet devra également prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM ainsi que celles de l'HAS.

❖ **Recrutement d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien :**

Ces professionnels ont vocation à réaliser, selon le type de MND :

- soit des soins de réhabilitation et d'accompagnement pour les personne atteinte de la maladie d'Alzheimer avec les ASG ou à déléguer à ces derniers, lorsqu'ils réalisent seuls les séances, les actions pour la mise en œuvre du plan de réhabilitation et d'accompagnement. Il ne s'agit pas d'une délégation de compétences au sens juridique mais d'une supervision de la mise en œuvre de l'intervention sous leur responsabilité. Cela nécessite que les plannings prévoient des interventions communes des ASG avec les ergothérapeutes et/ou psychomotriciens. De même, le plan de réhabilitation et d'accompagnement de l'ergothérapeute et/ou du psychomotricien doit prévoir les actes réalisés en commun et ceux réalisés par l'ASG ou l'ergothérapeute/psychomotricien seul ;
- soit des actions de prévention et de réadaptation à destination des personnes atteintes de SEP, maladie de Parkinson ou maladies apparentées. L'ergothérapeute, en lien avec l'IDEC, pourra faire appel à des professionnels libéraux (psychomotricien, psychologue, neuro-psychologue, diététicien) dans le cadre de l'analyse élargie des facteurs de risque et des besoins spécifiques de la personne.

Une présence régulière au sein de l'équipe est obligatoire. Le porteur de projet peut soit recruter et salarier l'équipe spécialisée, soit expérimenter des mutualisations, avec d'autres structures médico-sociales en tant que partenaires ou membres d'un GCSMS ou encore des mises à disposition. Ainsi la simple vacation doit être exclue. Le partenariat sera réalisé dans le cadre d'une convention.

Des temps de réunions entre professionnels de l'équipe spécialisée et libéraux, voire avec les autres professionnels du SSIAD/SPASAD classique (AS/AMP/psychologue), doivent être organisés.

❖ **Recrutement des ASG :**

Il revient à l'employeur SSIAD en fonction de son organisation propre (en antennes ou non ; mutualisation avec plusieurs SSIAD, etc.) soit de dédier certains AS/AMP aux fonctions d'ASG, soit de disposer d'un personnel intervenant alternativement sur le SSIAD classique et sur l'équipe spécialisée. Dans tous les cas, ces personnels devront soit avoir suivi soit suivre rapidement la formation d'ASG.

L'organisation choisie doit être clairement décrite dans le projet et être cohérente avec le fonctionnement et les possibilités du SSIAD/SPASAD (notamment la couverture du territoire).

5. Partenariats

En préalable, il est important de rappeler la nécessité d'une approche multidisciplinaire bien coordonnée entre les différents intervenants : intérêt d'une prise en charge globale en articulation avec les structures spécialisées et les professionnels du premier recours.

Il importe que le promoteur de l'équipe spécialisée développe des partenariats avec les structures sanitaires, les consultations mémoire, centres experts, les professionnels de santé libéraux (médecins traitants, neurologues, gériatres, psychiatres, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, IDEL), les filières gériatriques, le dispositif d'appui à la coordination (DAC) , les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), les associations MND.
Un contact devra aussi être pris avec les structures de prise en charge de la douleur, les services sociaux et médico-sociaux du territoire.

Des partenariats doivent être spécifiquement développés avec les autres SSIAD/SPASAD du territoire pour permettre la délivrance de la prestation de soins de réhabilitation et/ou de réadaptation et d'accompagnement aux malades pris en charge par ces derniers.

En effet, de l'ensemble des partenariats dépendra la capacité de l'équipe spécialisée d'identifier les personnes atteintes d'une MND qu'elle n'a pas encore repérés et qui se trouvent à un stade léger à modéré de la maladie.

Les modalités de coopération avec les acteurs de ville inclus dans le même programme de réadaptation/rééducation 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. Elles portent sur la répartition des tâches et le caractère complémentaire des mesures thérapeutiques en cours.

6. Modalités de financement

Le fonctionnement de l'équipe spécialisée et les prestations réalisées dans ce cadre sont financées sur la base d'un forfait de **150 000 euros par an et par ESA MND**, correspondant à 10 équivalents/place permettant, au terme du déploiement de l'activité, la prise en charge d'au moins 30 personnes à un instant donné dans l'hypothèse d'au moins une intervention par semaine auprès de chaque malade, soit 30 personnes prises en charge en équipe spécialisée *5000 € = 150 000 €.

Le financement d'une place doit permettre la prise en charge hebdomadaire de plusieurs personnes atteintes d'une MND et pour laquelle des soins d'accompagnement et de réhabilitation / ou la réalisation de séances de réadaptation ont été prescrits par un médecin.

Chaque structure doit à tout instant être en mesure de justifier le nombre de personnes réellement prises en charge par l'équipe spécialisée. Le porteur de projet devra identifier le nombre de patients par place/par semaine. Le financement et le fonctionnement de ces équipes spécialisées, ainsi que les prestations réalisées, doivent faire l'objet d'un budget annexe du SSIAD/SPASAD ou de la structure porteuse et d'un rapport d'activité.

L'autorisation d'une équipe spécialisée Alzheimer se matérialisera par l'autorisation de 10 places de SSIAD supplémentaires correspondant à la prise en charge de 30 personnes recevant au moins une séance de soins par semaine.

7. Calendrier de mise en œuvre

Le candidat devra être en mesure d'installer le dispositif pour le premier semestre 2024.

III. PROCEDURE DE L'APPEL A CANDIDATURES

1. Publicité

L'appel à candidatures fait l'objet d'une publication sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé (www.ars.corse.sante.fr), dans la rubrique appel à candidatures.

2. Calendrier

Les candidatures doivent être transmises à l'ARS de Corse selon les modalités mentionnées en introduction au plus tard le **01/12/2023 – 16h00** (délai de rigueur).

Elles feront l'objet d'une instruction pluridisciplinaire par un comité de sélection réunissant des compétences administrative et médicale internes à l'ARS de Corse. Ce comité établira une liste des établissements retenus ; la décision finale relevant de la compétence exclusive de la directrice générale de l'ARS de Corse.

3. Contenu du dossier de candidature

Le dossier de candidature doit être constitué d'une note (maximum 25 pages) décrivant le projet, notamment sur les points suivants :

- L'identité du promoteur et les modalités d'organisation et de fonctionnement du service ;
- L'organisation et le fonctionnement prévus de l'équipe spécialisée, les effectifs par type de qualification et les ETP prévus ;
- L'identification et l'étude des besoins, notamment le nombre de patients envisagés, la construction de la file active ;
- L'organisation de la prise en charge des malades dans le cadre de cette prestation ;
- Les personnels : tableau des effectifs, formations, planning, fiches de poste ;
- Le territoire couvert : des précisions seront apportées sur la façon dont la proximité pour l'usager est prise en compte dans ce dispositif et sur les partenariats menés, notamment avec l'autre ESA du territoire et les autres SSIAD, ainsi que sur le personnel dédié aux équipes spécialisées ;
- Les partenariats : identification des personnes ressources, description des modalités retenues de coopération notamment avec les autres SSIAD, les liens avec les médecins traitants, les centres mémoires, les SSR, les MPR, les autres structures localement impliquées dans la prise en charge de ses personnes (secteur social mais surtout sanitaire) ainsi que les kinésithérapeutes, orthophonistes le cas échéant. Il convient de fournir à l'appui du dossier les documents formalisant les partenariats existants et leurs modalités, ainsi que ceux prévus pour formaliser des engagements réciproques ultérieurs ;
- Les modalités d'information des médecins sur l'existence et le rôle de l'équipe spécialisée ainsi que sur la prescription selon le type de MND ;
- Les modalités d'information des patients et les contrats formalisant la prise en charge (contrat type de prise en charge ; évaluation, plans de soins, bilan) ;
- Le calendrier et les délais de mise en œuvre : recrutement des professionnels, constitution des équipes, partenariats ;
- Le budget prévisionnel de fonctionnement pour l'année conforme au cadre règlementaire (budget annexe de l'équipe spécialisée) ;
- Les modalités de recueil et de remontées des indicateurs auprès des ARS portant sur le nombre de personnes prises en charge au titre de cette prestation par mois pour la durée de prise en charge et selon le type de MND.

1. Modalités de réponse

Les candidatures devront être transmises au plus tard le **01/12/2023 – 16h00** (délai de rigueur) par voie dématérialisée (ars-corse-medico-social@ars.sante.fr) et par courrier (en 2 exemplaires) par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :

Madame la directrice générale de l'ARS de Corse
Direction du médico-social
Appel à candidatures « ESA MND Ouest Corse » /
Appel à candidatures « ESA MND Balagne »
Quartier St Joseph - CS 13 003
20700 AJACCIO Cedex 9

Un arrêté d'autorisation et de tarification spécifique sera établi pour la constitution et le fonctionnement de l'équipe spécialisée.

ANNEXE 1 : critères de sélection

CRITERE DE JUGEMENT DOSSIERS	Coefficient pondérateur	Cotation (1à5)	Total	Commentaires/appréciations
Appropriation et compréhension du rôle des équipes spécialiées	3		0	
Pertinence et adéquation du mode d'organisation et de fonctionnement de l'équipe spécialisée	3		0	
Expériences/connaissance/compétences sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	2		0	
Pertinence de l'analyse des besoins des patients et constitution de la file active	2		0	
Modalités supplémentaires d'accompagnement des personnes souffrant de MND (autre qu'Alzheimer): référent MND au sein de l'ESA, partenariat permettant la définition d'un projet de soins et de réhabilitation adapté…	4			
Coopération ou coordination avec le secteur sanitaire et les SAD	3		0	
Importance et formalisation du partenariat avec les autres SSIAD et acteurs pertinents	4		0	
Formation des personnels	2		0	
Zone de couverture pertinente et de proximité	2		0	
Faisabilité du calendrier et délais de mise en œuvre	2		0	
Viabilité financière du projet et pertinence du budget au regard du budget présenté	2		0	
Motivation/capacité du porteur à entrer dans une démarche d'indicateurs	1		0	
TOTAL 150	30	0	0	