RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

La direction de l'autonomie

Affaire suivie par :
Roselyne COCHERIL / Laurette VILARD
Chargée de mission Planification de l'Offre
roselyne.cocheril@ars.sante.fr / laurette.vilard@ars.sante.fr

APPEL A CANDIDATURES

Cahier des charges régional relatif à la création d'équipes Spécialisées Alzheimer à domicile (ESA)

Textes de référence

- Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012
- Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 ;
- Feuille de route Maladies neuro-dégénératives 2021-2022
- Arrêté du 28 février 2011 portant application du I de l'article R. 314-50 du CASF pour les services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF exerçant une activité d'équipe spécialisée Alzheimer intervenant à domicile
- Circulaire n° DGCS/SD3A/2011/110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure 6)
- Circulaire n° DGCS/5C/DSS/1A/2012/148 du 5 avril 2012 relative aux orientations de l'exercice 2012 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées
- Décret n°2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l'article L.313-1-3 du code de l'action sociale et des familles et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1° et 16° du I de l'article L.312-1 du même code

Objet de l'appel à candidatures

L'agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes lance un appel à candidatures pour créer 16 Equipes Spécialisées Alzheimer à domicile (ESA) en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) [1].

Le présent document constitue le cahier des charges auquel les candidats devront se conformer. Il fixe les critères et exigences que doivent respecter les équipes spécialisées Alzheimer à domicile pour une prise en charge de qualité de malades d'Alzheimer nécessitant ce type de soins.

Il invite les candidats à proposer les modalités de réponse qu'ils estiment les plus aptes à satisfaire les objectifs et besoins décrits, afin d'assurer la qualité de l'accompagnement des personnes concernées.

I - Le contexte :

L'accompagnement médico-social et social des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ou des pathologies apparentées a beaucoup progressé grâce aux mesures déployées dans le cadre notamment du plan Alzheimer 2008-2012. Une priorité a été donnée à la qualité de vie à domicile comme en établissement, se traduisant par la mise en place de dispositifs spécifiques adossés aux structures médico-sociales dont font partie les Equipes Spécialisées Alzheimer.

Les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) ont été créées dans ce cadre. Depuis 2018, la région Auvergne-Rhône-Alpes a développé une offre de 63 ESA.

Ces équipes reposent sur une prise en charge personnalisée et globale de la maladie d'Alzheimer. Leurs prestations sont délivrées par une équipe composée de professionnels formés à la réadaptation, à la stimulation et à l'accompagnement. Elles s'appuient sur des compétences pluridisciplinaires, au bénéfice de patients diagnostiqués à un stade précoce ou modéré de la maladie.

L'ARS souhaite développer l'offre d'ESA dans le cadre d'un appel à candidatures permettant le financement de 16 équipes.

Les projets qui seront déposés, doivent notamment se conformer au cahier des charge fixé par la circulaire du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (et notamment son annexe 1).

II – Le cahier des charges :

1. Porteur et pré-requis

Sont éligibles :

- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)[1] ;
- Les SSIAD ou SPASAD[1] 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 ;

La structure doit disposer d'une capacité minimale de 35 places pour personnes âgées et/ou pour personnes handicapées.

Les SSIAD ou les SPASAD ayant déjà en leur possession une équipe Alzheimer peuvent candidater pour l'installation d'une ESA supplémentaire. Ils devront disposer d'une capacité minimum :

- de 70 places pour personnes âgées et/ou pour personnes handicapées, s'ils possèdent une ESA de 10 places ;
- de 105 places pour PA et/ou PH, s'ils possèdent une ESA de 20 places ;
- de 140 places pour PA et/ou PH, s'ils possèdent une ESA de 30 places.

L'instruction technique des dossiers sera effectuée par les services de l'ARS au regard des critères d'éligibilité mentionnés ci-dessus.

[1] SAD (Service Autonomie à Domicile) depuis la publication du décret n°2023-608 du 13 juillet 2023

Une attention particulière sera portée sur l'opérationnalité du projet, la capacité du promoteur à le mettre en œuvre rapidement et sur la situation financière du porteur.

La Directrice Générale de l'ARS déterminera les projets retenus qui feront l'objet d'un courrier de notification.

2. Public cible

Les ESA ont pour objectif de réaliser sur prescription médicale des séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement à domicile pour des personnes en début de maladie ou lorsqu'un soutien ponctuel est nécessaire.

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.

Ces prestations dite de soins de réhabilitation et d'accompagnement n'ont pas vocation à s'adresser systématiquement à l'ensemble des personnes à domicile atteintes de la maladie d'Alzheimer, ni à l'ensemble des patients pris en charge en SSIAD/SPASAD.

Elles s'adressent prioritairement :

aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées diagnostiquées :

- À un stade léger ou modéré de la maladie et ayant un début de répercussion sur sa vie quotidienne. 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…).

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

3. Territoires sélectionnés

Les projets déposés pourront :

- soit viser à la création d'une nouvelle équipe sur un territoire qui n'est pas encore couvert par une ESA,
- soit viser au renforcement d'une équipe existante,

Les candidats qui interviendraient sur une zone géographique plus vaste que les territoires prioritaires ciblés, peuvent déposer un dossier en précisant que l'intervention de l'ESA sera restreinte aux territoires prioritaires ci-dessus mentionnés.

<u>Les équipes 16 ESA seront réparties de la façon suivante :</u>

Le projet régional de santé (ci-après le « PRS ») de la région Auvergne-Rhône-Alpes prévoit que l'objectif d'évolution de l'offre en direction des personnes âgées soit conduit dans une logique de réduction des inégalités au niveau régional et infra-départemental. Les orientations régionales visent à retenir en priorité les territoires les moins dotés.

Les départements ciblés pour l'installation des ESA sont identifiés au regard de ce classement issu des taux d'équipement du PRS. Sont notamment classés dans le « Groupe priorité 1 ou territoires fragiles », les départements de la Drôme (26), de la Haute-Savoie (74), de l'Isère (38) et de la Métropole de Lyon (69).

De plus, il ressort que les départements de l'Ain (01), l'Allier (03), la Loire (42) et du Puy-de-Dôme (63) ont un taux d'équipement ESA inférieur à la moyenne régionale.

De ce fait, l'attribution des ESA sera la suivante :

- Drôme : création de 2 ESA
- Métropole : création de 3 ESA
- Isère : création de 2 ESA
- Haute-Savoie : création de 1 ESA
- Ain : création de 2 ESA
- Allier : création de 2 ESA
- Loire : création de 2 ESA
- Puy-de-Dôme : création de 2 ESA

En cas de carence de candidatures sur un ou plusieurs départements, l'ARS pourra attribuer la ou les équipes ESA vacants sur un autre territoire de la région Auvergne Rhône-Alpes.

4. Modalités de financement

Dans le cadre de cet appel à candidatures, l'ARS dispose d'une enveloppe de 165 000 € (toutes revalorisations salariales comprises) par ESA et en année pleine.

Pour rappel, l'autorisation d'une équipe spécialisée Alzheimer se matérialisera par l'autorisation de 10 places de SSIAD supplémentaires qui seront inscrites, par le biais d'un code spécifique, dans le système d'information Finess au titre de l'ESA.

Cette équipe devra permettre la prise en charge d'au moins 30 personnes à un instant donné.

Les 12 à 15 séances de réhabilitation pour maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée sont prescrites soit par le médecin neurologue, soir par le médecin de la consultation mémoire, soit, et c'est le cas le plus fréquent, par le médecin traitant.

5. Modalité de fonctionnement

5.1. Constitution de l'équipe spécialisée

Pour rappel, il s'agit d'une prestation individuelle réalisée au domicile de la personne. La mise en place de cette prestation à domicile repose sur une prise en charge personnalisée et globale de la maladie d'Alzheimer, ce qui nécessite une organisation interdisciplinaire et un fonctionnement fondé sur des compétences pluridisciplinaires.

L'équipe spécialisée est composée des professionnels suivants (ETP à titre indicatif) :

- Infirmier coordinateur (IDEC) (0,25 ETP) ;
- Ergothérapeute et/ou psychomotricien (1 ETP) ;
- Assistants de soins en gérontologie (ASG) (1,5 ETP).

a) Recrutement d'un infirmier coordinateur

L'infirmier coordinateur (IDEC) est notamment en charge des partenariats, de l'évaluation de base lors de l'admission, de la coordination des interventions et du bilan à l'issue de la prise en charge.

b) Recrutement d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien

Les ergothérapeutes et/ou psychomotriciens sont en charge de la réalisation de l'évaluation des capacités du malade, des séances de soins de réhabilitation et de l'accompagnement et du bilan adressé au médecin traitant.

Ces professionnels ont vocation à réaliser les soins de réhabilitation et d'accompagnement 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. Une présence régulière au sein de l'équipe est obligatoire. Une simple vacation doit être exclue.

Le partenariat sera réalisé dans le cadre d'une convention.

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. Des temps de réunions entre professionnels (IDEC/ASG/ergothérapeute ou/et psychomotricien), voire avec les autres professionnels du SSIAD/SPASAD classique (AS/AMP/psychologue), doivent être organisés.

c) Recrutement des ASG

Les assistants de soins en gérontologie (ASG) 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.

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 satisfaire aux règles de fonctionnement prévues par le Code de l'Action Sociale et des Famille en répondant aux exigences de qualité de prise en charge des bénéficiaires et en étant compatible avec le programme interdépartemental et régional mentionné à l'article L 312-5-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Elle doit être clairement décrite dans le projet et être cohérente avec le fonctionnement et les possibilités du SSIAD (notamment la couverture du territoire). Cette organisation 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.

d) Possibilité de disposer de plusieurs équipes spécialisées pour une même structure

Un SSIAD peut porter plusieurs équipes spécialisées, ce qui implique le recrutement des professionnels susvisés (cf. Porteur et pré-requis).

5.2. Fonctionnement en équipe mobile au sein des SSIAD, SPASAD ou GCSMS

Les équipes spécialisées interviennent comme des équipes mobiles :

- Principalement auprès de personnes au stade précoce de la maladie ne relevant pas d'un SSIAD classique ;
- Auprès de personnes prises en charge par un autre SSIAD mais avec l'accord de celui-ci. Dans ce cas, l'équipe spécialisée ne peut réaliser que des soins de réhabilitation et d'accompagnement ;
- Auprès de personnes prises en charge par le SSIAD. L'équipe intervient comme une équipe mobile au sein de sa propre structure et ne réalise que les soins de réhabilitation et d'accompagnement.

À ce titre, les équipes spécialisées couvrent un territoire plus large que le SSIAD classique.

5.3. Actions réalisées par les équipes spécialisées

Les actions réalisées par l'équipe spécialisée ont vocation à prendre en compte le malade et son entourage (aidants, environnement). On distingue trois sortes d'actions :

- Une action auprès du malade permettant le maintien des capacités restantes, l'apprentissage de stratégies de compensation, la diminution des troubles du comportement ;
- Une action auprès de l'aidant permettant d'améliorer ses compétences « d'aidant » (communication verbale et non verbale, éducation thérapeutique) ;
- Une action 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).

a) Évaluation par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien

L'ergothérapeute ou le psychomotricien réalise une évaluation (1 à 3 séances comprises dans les 12 à 15) qui a pour objet :

- De poser un diagnostic :
    - Il évalue, sur la base d'un recueil d'information, d'entretiens et de la réalisation de tests (MMSE, etc.), les capacités fonctionnelles et psychomotrices, les limitations d'activités, les restrictions de participation, les facteurs environnementaux facilitateurs ou obstacles ;
    - Ce diagnostic doit permettre au professionnel d'identifier si ce type de prestation est adaptée à ce stade de maladie et son acceptation (dans le cas de déni notamment) ;
    - Il 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 ;
- D'établir un plan individualisé de soins de réhabilitation en fonction du diagnostic posé et de déterminer les objectifs à atteindre (un ou deux objectifs) ;
    - Bien évidemment, ces objectifs sont déterminés à partir de la demande du patient ;
    - Pour parvenir à ces objectifs, il définit les activités, techniques, aides techniques, adaptation du logement les plus appropriées ;
    - Cette évaluation peut être faite en lien avec l'infirmier coordinateur.

b) Activités réalisées dans le cadre de la prestation de soins de réhabilitation et d'accompagnement

Les activités réalisées sont effectuées dans un cadre thérapeutique par des professionnels formés (ergothérapeute, psychomotricien et assistants de soins en gérontologie). Ces séances sont réalisées par l'ergothérapeute ou le psychomotricien sur la base du plan individualisé de soins de réhabilitation et d'activités, 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 l'ajustement des aides. L'objectif est de :

- Conseiller, éduquer, prévenir la personne malade et son entourage ;
- Solliciter et renforcer les compétences préservées et résiduelles et les savoir-faire ;
- Proposer et automatiser des stratégies d'adaptation ;
- Renforcer l'estime de soi, la communication verbale et non verbale.

Les soins de réhabilitation et d'accompagnement s'appuient sur la mise en situation d'activités thérapeutiques en rapport avec les situations de la vie quotidienne et d'entraînement dans des activités créatrices, d'expression ou des activités de la vie quotidienne. La prestation peut être proposée aux stades léger et modéré de la maladie d'Alzheimer et doit être adaptée aux troubles du patient.

Ainsi, la stimulation cognitive est une intervention cognito-psycho-sociale écologique. Les activités proposées sont des mises en situation ou des simulations de situations vécues (trajet dans le quartier, toilette, téléphone…). Son objectif est de ralentir la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Elle doit être différenciée des séances d'animation, d'ateliers mémoire ou autres à visée occupationnelle qui ne constituent pas des soins de réhabilitation et d'accompagnement.

Le professionnel met également en place une démarche d'éducation thérapeutique, de sensibilisation et de conseils à l'égard de la personne malade et de son aidant, afin d'aider celui-ci à apporter des réponses adaptées (attitudes, organisation, techniques, aides) aux troubles cognitifs, psychologiques et comportementaux de la personne malade.

c) Bilan

L'ergothérapeute et/ou le psychomotricien en lien avec les différents intervenants de l'ESA, réalise un bilan des activités réalisées au regard des objectifs fixés dans le plan de soins de réhabilitation et d'accompagnement.

Ce bilan est transmis au médecin traitant et/ou au médecin de la consultation mémoire ou au neurologue prescripteur.

Par ailleurs, l'infirmier coordonnateur informe et conseille le patient et sa famille sur la maladie, sur la mise en œuvre du plan de soins et d'un éventuel accompagnement social ou médico-social (aides et services disponibles : service d'aide à domicile, AJ/HT, SSIAD, SPASAD).

III – Procédure de l'appel à candidature :

1. La publicité :

L'appel à candidature fait l'objet d'une publication sur le site internet de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, dans la rubrique appel à candidature.

Création de 16 équipes Spécialisées Alzheimer à domicile (ESA) | Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (sante.fr)

2. Le calendrier :

Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre de cette mesure est le suivant :

- **Publication de l'appel à candidature : Début septembre 2023,**
- **Réception des candidatures de la publication : Jusqu'au vendredi 29 décembre 2023 à 23h59,**
- **Instruction des candidatures et décision : Courant février 2024**

Dispositif opérationnel : **Le candidat devra être en mesure d'installer le dispositif au plus tard le 1er avril 2024.**

Les candidats proposeront un calendrier de déploiement tenant compte du planning présenté ci-dessus.

Chaque candidat devra adresser jusqu'au 29 décembre à 23h59 dernier délai et en une seule fois, un dossier de candidature complet, à partir du lien suivant :

https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/aacalzheimer2023

3. Le dossier de candidature :

Le dossier de candidature doit être constitué d'une note synthétique (maximum 15 pages) décrivant le projet et vos motivations à réaliser celui-ci. Il devra comporter notamment les éléments suivants :

1. l'identité du promoteur et les modalités d'organisation et de fonctionnement du service ;

2. l'organisation et le fonctionnement prévus de l'équipe spécialisée (fonctionnement en antennes, regroupement de plusieurs SSIAD, mutualisation de personnels…), les effectifs par type de qualification et les ETP prévus ;

3. l'identification et l'étude des besoins, notamment le nombre de patients envisagés, la construction de la file active ;

4. l'organisation de la prise en charge des malades dans le cadre de cette prestation ;

5. la formation des personnels (ergothérapeute/psychomotricien/ASG) ;

6. le territoire couvert : pour les équipes spécialisées couvrant un vaste territoire, 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 les autres SSIAD, ainsi que sur le personnel dédié aux équipes spécialisées ;

7. les partenariats : identification des personnes ressources par rapport à la maladie d'Alzheimer, description des modalités retenues de coopération notamment avec les autres SSIAD, les liens avec les médecins traitants et les centres mémoires, les autres structures localement impliquées dans la prise en charge de ces personnes (secteur social mais surtout sanitaire).

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 ;

8. les modalités d'information des médecins sur l'existence et le rôle de l'équipe spécialisée ainsi que sur la prescription des soins de réhabilitation et d'accompagnement ;

9. les modalités d'information des patients et les contrats formalisant la prise en charge (contrat type de prise en charge ; plans de soins de réhabilitation et d'accompagnement, bilan) ;

10. le calendrier et les délais de mise en œuvre : recrutement des professionnels, constitution des équipes, partenariats ;

11. le budget prévisionnel de fonctionnement pour l'année (budget annexe de l'équipe spécialisée) ;

12. 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 et la durée de prise en charge.