



Annexe 1 :
Cahier des charges

Appel à candidature

**pour la mise en œuvre d'une Equipe Spécialisée
Maladies Neurodégénératives (ESMND)
à la Réunion**

Table des matières

1. Présentation du cahier des charges et cadrage des projets attendus	3
1.2 Contexte général	3
1.3 Contexte régional	3
1.4 Cadrage des projets attendus	3
2. Objectifs recherchés.....	4
3. Mode d'organisation et de fonctionnement des équipes spécialisées Maladies neurodégénératives à domicile	4
3.1 Structures porteuses	4
3.2 Constitution de l'équipe spécialisée.....	5
3.2.1 Recrutement d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien.....	5
3.2.2 Recrutement des ASG.....	5
3.2.3 Possibilité de disposer de plusieurs équipes spécialisées pour une même structure	6
3.3 Fonctionnement en équipe mobile au sein des SSIAD, SPASAD ou GCSMS	6
3.4 Zone de couverture	6
3.5 Partenariats développés.....	6
3.6 Modalités de financement	7
4. Patients pris en charge (critères d'inclusion)	7
4.1 Patients touchés par une maladie Neurodégénérative à un stade léger à modéré de développement de la maladie.....	7
4.2 Prescription médicale.....	7
5. Lieu de réalisation	8
6. Durée et intensité de la prise en charge	8
7. Actions réalisées par les équipes spécialisées.....	8
7.1 Evaluation par l'ergothérapeute et/ou psychomotricien	9
7.2 Activités réalisées dans le cadre de la prestation de soins de réhabilitation et d'accompagnement.....	9
7.3 Bilan.....	10
8. Cadrage juridique et administratif	10
8.1 Dossier de candidature.....	10
8.2 Exigences minimales.....	10
8.3 Délais de réalisation.....	11
9. Indicateurs.....	11

1. Présentation du cahier des charges et cadrage des projets attendus

1.2 Contexte général

Le Plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 6) avait prévu la possibilité pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que pour les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou encore dans le cadre des formules de coopération formalisées visées à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles (CASF) comprenant des SSIAD ou des SPASAD de recourir à de nouveaux professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Avant que ce plan n'arrive à son terme, il était prévu la constitution de 500 équipes spécialisées réparties équitablement et de manière équilibrée sur le territoire. Ces équipes sont constituées d'ergothérapeutes et/ou de psychomotriciens et d'assistants de soins en gérontologie avec un temps d'IDE coordonnatrice.

Dans la continuité des actions menées au bénéfice des personnes touchées par les maladies d'Alzheimer et apparentées et en s'attachant à élargir l'ambition de l'action développée pour d'autres pathologies, le Gouvernement s'est engagé au travers du Plan maladies neurodégénératives 2014-2019 rendu public le 18 novembre 2014.

Sur la base de l'expérimentation positive des équipes spécialisées Alzheimer, le PMND prévoit de concevoir et expérimenter un protocole d'intervention au domicile pour les personnes atteintes d'une maladie de Parkinson ou de Sclérose En Plaques notamment.

L'ARS Océan Indien lance ainsi un appel à candidature pour la **création d'une Equipe Spécialisée de SSIAD pour des personnes atteintes de maladies neurodégénératives**, qui pourra être implantée sur les territoires Nord, Est, Ouest et Sud de la Réunion.

1.3 Contexte régional

La population de 60 ans ou plus s'élevait à 115 400 personnes, à la Réunion, en 2013 et près de 12 % perçoit l'APA, contre 8% en métropole (avec près de 15,40 millions de personnes âgées de plus de 60 ans.) Il existe aujourd'hui une proportion importante de personnes âgées dépendantes à domicile à la Réunion comparativement à la Métropole (respectivement 12% et 9%, soit trois points de plus à la Réunion). Parmi les personnes âgées dépendantes, 92% bénéficient de l'APA à domicile en 2013, contre 60% en métropole.

Il est probable que parmi les personnes âgées dépendantes, une part non négligeable d'entre eux souffre d'une maladie neurodégénérative. On dénombre près de 2 400 Réunionnais reconnus en ALD au titre d'une démence dont plus de 1 800 patients âgés de 75 ans et + (soit $\frac{3}{4}$ des patients).

Les maladies neurodégénératives sont devenues depuis ces dernières années, un véritable enjeu de société et une priorité de santé publique. L'état des lieux régional sur leurs prises en charge a permis d'identifier, en 2016, un besoin de création d'équipes spécialisées de SSIAD intervenant au domicile des patients.

1.4 Cadrage des projets attendus

L'équipe spécialisée « Maladies Neuro Dégénérative » à domicile est une structure médico-sociale au sens de l'article L 312-1-I-6° du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Cet appel à candidature prévoit la création d'une Equipe Spécialisée Maladies Neurodégénératives à domicile (ESMND) pour une prise en charge non médicamenteuse et individualisée à domicile des personnes souffrant de maladies Neurodégénératives.

2. Objectifs recherchés

L'objectif principal consiste à **organiser un accompagnement non médicamenteux et adapté à domicile**. Cette prise en charge individualisée doit s'inscrire dans un projet de vie, 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.

Cela consiste à maintenir les capacités restantes par l'apprentissage de stratégies de compensation, à améliorer la relation patient-aidant et à adapter l'environnement.

Une évaluation des capacités à accomplir les activités de la vie quotidienne doit permettre de 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).

À 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.

La prestation dite de soins de réhabilitation 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 neurodégénérative ».

Les expériences étrangères ont démontré l'intérêt d'un ensemble de 10 à 15 séances sur une période de trois mois maximum.

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

3. Mode d'organisation et de fonctionnement des équipes spécialisées Maladies neurodégénératives à domicile

3.1 Structures porteuses

Les équipes spécialisées sont portées par une structure ayant une capacité minimale de 60 places de SSIAD.

Sont éligibles :

- les SSIAD disposant d'une capacité de 60 places pour porter ce type d'équipe, sans risque de déficit ;
- 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 nouvelle procédure d'appel à projet issue de la loi HPST, leur gestion administrative à une fédération départementale pouvant être titulaire des autorisations.

Les SSIAD disposant d'une capacité inférieure à 60 places ne seront éligibles qu'à la condition d'apporter une analyse médico-économique permettant de démontrer la capacité à réaliser l'activité attendue sans risque de déficit.

3.2 Constitution de l'équipe spécialisée

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

L'équipe spécialisée est composée des professionnels suivants :

- **infirmier coordinateur (IDEC)** en charge des partenariats, de l'évaluation de base et de la coordination des interventions et du suivi de celles-ci (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 ainsi que du bilan adressé au médecin traitant (1 ETP) ;
- **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 (1,5 ETP).

La possibilité d'avoir recours à un psychologue paraît souhaitable et bénéfique pour les patients.

3.2.1. Recrutement d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien.

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. Le porteur de projet peut soit recruter et salarier l'équipe spécialisée, soit expérimenter des mutualisations avec des partenaires, dans le cadre de la MAIA. 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.

3.2.2. 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 (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, si possible, en moyenne 40 prestations hebdomadaires. Cette organisation doit également prévoir les modes de remplacement de ces personnels pendant les congés ou maladie.

3.2.3 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.

3.3 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.

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

3.4 Zone de couverture

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 dès lors que les prestations réalisées constituent des soins de réhabilitation et l’accompagnement. La dérogation ne concerne que les équipes spécialisées dans les décisions d’autorisation.

Les équipes spécialisées doivent être réparties de telle sorte qu’elles couvrent bien les besoins du territoire. L’état des lieux de 2016 préalable à la déclinaison régionale du PMND a permis d’identifier des territoires sur lesquels le nombre de personnes âgées dépendantes à domicile est important¹. A noter par ailleurs que certaines communes paraissent aujourd’hui moins couvertes que d’autres par les SSIAD, à savoir notamment Sainte Anne et sainte Rose.

3.5 Partenariats développés

Le promoteur de l’équipe spécialisée doit développer des partenariats avec **l’ensemble des acteurs du guichet intégré de la MAIA** (structures sanitaires, consultations mémoire, les médecins spécialistes libéraux (neurologues, gériatres, psychiatres), les médecins traitants, les réseaux de santé, associations de patients, centres de santé, équipes du conseil départemental).

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

¹ Plus de 15% de la population bénéficiaire de l’APA est à domicile sur les communes de Cilaos, Saint Louis, Entre Deux, Le Tampon, Bras Panon, Trois Bassins et Saint Leu.

d'accompagnement aux malades pris en charge par ces derniers. En effet, de l'ensemble de ces partenariats dépendra la capacité pour l'équipe spécialisée d'identifier des patients qu'elle n'a pas encore repérés (c'est-à-dire peu dépendants) et qui se trouvent à un stade léger à modéré de la maladie.

3.6 Modalités de financement

Le fonctionnement de l'équipe spécialisée et les prestations réalisées dans ce cadre sont financés sur la base **d'un forfait de 150 000 euros par an**, 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.

Le financement d'une place doit permettre la prise en charge hebdomadaire de plusieurs personnes atteintes de la maladie neurodégénérative et pour laquelle des «soins d'accompagnement et de réhabilitation » ont été prescrits par un médecin. Pour une prestation « soins d'accompagnement et de réhabilitation » sans soins de nursing ou soins infirmiers, trois personnes peuvent être prises en charge sur une place, à raison d'une séance par personne et par semaine pour les soins de réhabilitation et d'accompagnement. Le financement comprend l'ensemble des prestations y compris le bilan de l'ergothérapeute ou du psychomotricien et le remplacement des professionnels (congés, maladie...).

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**.

4. Patients pris en charge (critères d'inclusion)

4.1 Patients touchés par une maladie Neurodégénérative à un stade léger à modéré de développement de la maladie

Les soins de réhabilitation et d'accompagnement ne s'adressent pas à l'ensemble des personnes à domicile atteintes de la maladie neurodégénérative ni à l'ensemble des patients pris en charge en SSIAD/SPASAD.

Elle s'adresse **prioritairement aux personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative** (principalement les maladies d'Alzheimer et apparentées, la maladie de Parkinson ainsi que la sclérose en plaques) diagnostiquée qui présentent un **stade léger ou modéré de la maladie** (cette prestation n'est pas adaptée à des déficits cognitifs sévères) et qui peuvent faire **l'objet d'une intervention de réhabilitation** (conservant une mobilité, une capacité d'attention, une capacité de compréhension...)

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

4.2 Prescription médicale

«**12 à 15 séances de réhabilitation pour maladie neurodégénérative**» sont prescrites soit par le médecin neurologue, soit par le médecin de la consultation mémoire (neurologue, gériatre ou psychiatre), soit, et c'est le cas le plus fréquent, par le médecin traitant.

Il revient également à l'ergothérapeute/psychomotricien de s'assurer, suite à l'évaluation des capacités du malade, que la prestation prescrite est adaptée à celui-ci, notamment en déterminant un ou deux objectifs maximum (sur la toilette, sur l'alimentation, les activités ...)

lui permettant d'améliorer son sentiment de compétence et de retrouver une certaine autonomie. S'il estime qu'il y a inadaptation ou impossibilité de mettre en œuvre la prescription, il lui appartient de s'adresser au médecin prescripteur pour lui en faire part et lui demander s'il peut revoir sa prescription.

5. Lieu de réalisation

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.

Ces équipes peuvent intervenir dans les EHPA. Par contre, elles ne peuvent pas intervenir en EHPAD. Pour ces malades, les EHPAD développent des dispositifs de prises en charge spécifiques en fonction de l'évolution de la maladie (pôles d'activités et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcées, pour les malades présentant des symptômes psycho-comportementaux et selon le niveau et le type de ces symptômes).

6. Durée et intensité de la prise en charge

Contrairement à la prise en charge classique en SSIAD/SPASAD, les soins de réhabilitation et d'accompagnement sont **limités dans le temps** (prescription d'une durée de **3 mois maximum**, 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 dans le cadre du plan de soins de réhabilitation et d'accompagnement 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 du Conseil Général, 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 à 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**.

7. 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).

7.1 Evaluation par l'ergothérapeute et/ou psychomotricien

L'ergothérapeute ou le psychomotricien réalise une **évaluation** (1 à 3 séances comprises dans les 12 à 15 prévues) 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). Ces objectifs sont évidemment 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.

7.2 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 neurodégénérative et doit être adaptée aux troubles du patient.

Ainsi, la stimulation cognitive est une intervention cognitivo-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.

7.3 Bilan

L'ergothérapeute et/ou le psychomotricien 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.

La réadaptation de la mobilité, la réadaptation émotionnelle dans la marche et les transferts ont vocation à améliorer et maintenir les capacités physiques et fonctionnelles (équilibre statique, dynamique, tonus, schéma corporel), à prévenir les chutes mais ont également un effet sur la cognition et certains aspects du comportement.

La réadaptation émotionnelle et relationnelle comme la musicothérapie, l'aromathérapie, la stimulation sensorielle, etc. peuvent améliorer certains comportements ainsi que la communication verbale et non verbale.

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).

8. Cadrage juridique et administratif

8.1 Dossier de candidature

Le candidat apportera des **informations** sur :

- son projet d'établissement, son projet associatif ou d'entreprise
- son historique
- son organisation (organigramme, lien avec le siège et autres structures)
- son activité dans le domaine médico-social
- sa connaissance du territoire
- les précédentes réalisations du promoteur
- ses expériences et connaissances dans la prise en charge des personnes souffrant de maladies neurodégénératives.

8.2 Exigences minimales

Le candidat devra apporter des **références et garanties** notamment :

- Capacité de mise en œuvre du projet : Connaissance du territoire départemental et du public, Analyse des besoins (notamment nombre et types de communes couvertes), Faisabilité et délai de mise en œuvre, Etat d'avancement des partenariats, Plan de communication prévu en amont et après l'ouverture)
- Qualité du projet : Construction du projet en collaboration avec les acteurs : Coresponsabilité (MAIA) ; Organisation et fonctionnement de l'ESA (projet d'établissement et de service/ livret d'accueil /contrat de séjour/accompagnement thérapeutique proposé/ organisation et suivi mis en place/planning...) ; Effectifs

- en place (Compétences et qualifications des personnels, gestion interne des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire / formation) ;
- Solidité financière et efficience du projet ;
 - Garantie des droits des usagers ;
 - Méthode d'évaluation annuelle de l'activité.

8.3 Délais de réalisation

Compte tenu des enveloppes financières, limitatives et fléchées, dédiées aux dispositifs prévus dans le plan maladies neurodégénératives, la création d'une équipe spécialisée « Maladies Neurodégénératives » à domicile sera déployée selon le calendrier suivant :

- 01 août 2018 : lancement de l'appel à candidatures ;
- 28 septembre 2018 : date limite de dépôt des candidatures ;
- Octobre-novembre 2018 : date prévisionnelle d'instruction des dossiers - réunion de la commission consultative de sélection et décision finale du Directeur général de l'ARS
- Décembre 2018 : date prévisionnelle de mise en fonctionnement de l'Equipe spécialisée

9. Indicateurs

Le porteur de projet doit être en capacité de **faire remonter un certain nombre d'indicateurs** et de **participer aux études menées** sur ce type de prestation. De même, un **rapport d'activité** annuel doit être spécifiquement réalisé et transmis à l'ARS OI.

Les indicateurs porteront notamment sur :

- le nombre de patients pris en charge, leur ventilation par type de maladie neurodégénérative, par commune, par GIR le cas échéant ;
- la proportion de patients déjà pris en charge par le SSIAD ;
- le nombre d'entrées par mois ;
- la durée moyenne de prise en charge ;
- le nombre et le type de séances réalisées par patient ;
- le nombre et le type de prescripteur des séances (principal, une seule réponse par patient) ;
- l'orientation à la sortie ;
- le coût de cette prestation (budget annexe) ;
- les effectifs (ETP et fonction).