

ÉQUIPE SPÉCIALISÉE DE PRÉVENTION ET DE RÉADAPTATION À DOMICILE

ESPRAD

Plan maladies neurodégénératives 2014-2019.

Note du 14 novembre 2018 qui 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, des équipes spécialisées MND rattachées aux SSIAD.

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.

Circulaire DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisations et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

Public

- Les personnes 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 ou une consultation de rééducation.
- Adultes à partir de 18 ans avec un diagnostic médicalement posé par un spécialiste :
 - maladie de Parkinson ou maladies apparentées ;
 - sclérose en plaques ou maladies apparentées.

Objectifs

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.

Missions

L'ESPRAD a vocation 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.

Territoire couvert

L'ESPRAD couvre une zone géographique plus étendue que celle du SSIAD porteur, définie en cohérence avec les territoires de proximité.

Composition de l'équipe

L'ESPRAD est composée à minima d'un temps de :

- coordonnateur (IDEC ou ergothérapeute ou psychomotricien) ;
- ergothérapeute ;
- psychomotricien ;
- psychologue clinicien ;
- neuropsychologue ;
- diététicien.

Lieux d'intervention

Il s'agit d'une prestation individuelle réalisée au domicile de la personne.

Modalités de recours

Ce dispositif est accessible via une prescription médicale « *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* ».

Durée de la prise en charge

Le programme de rééducation/réadaptation est construit avec la personne pour une durée maximale de quelques semaines (évaluations, rééducations, réadaptation, 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.

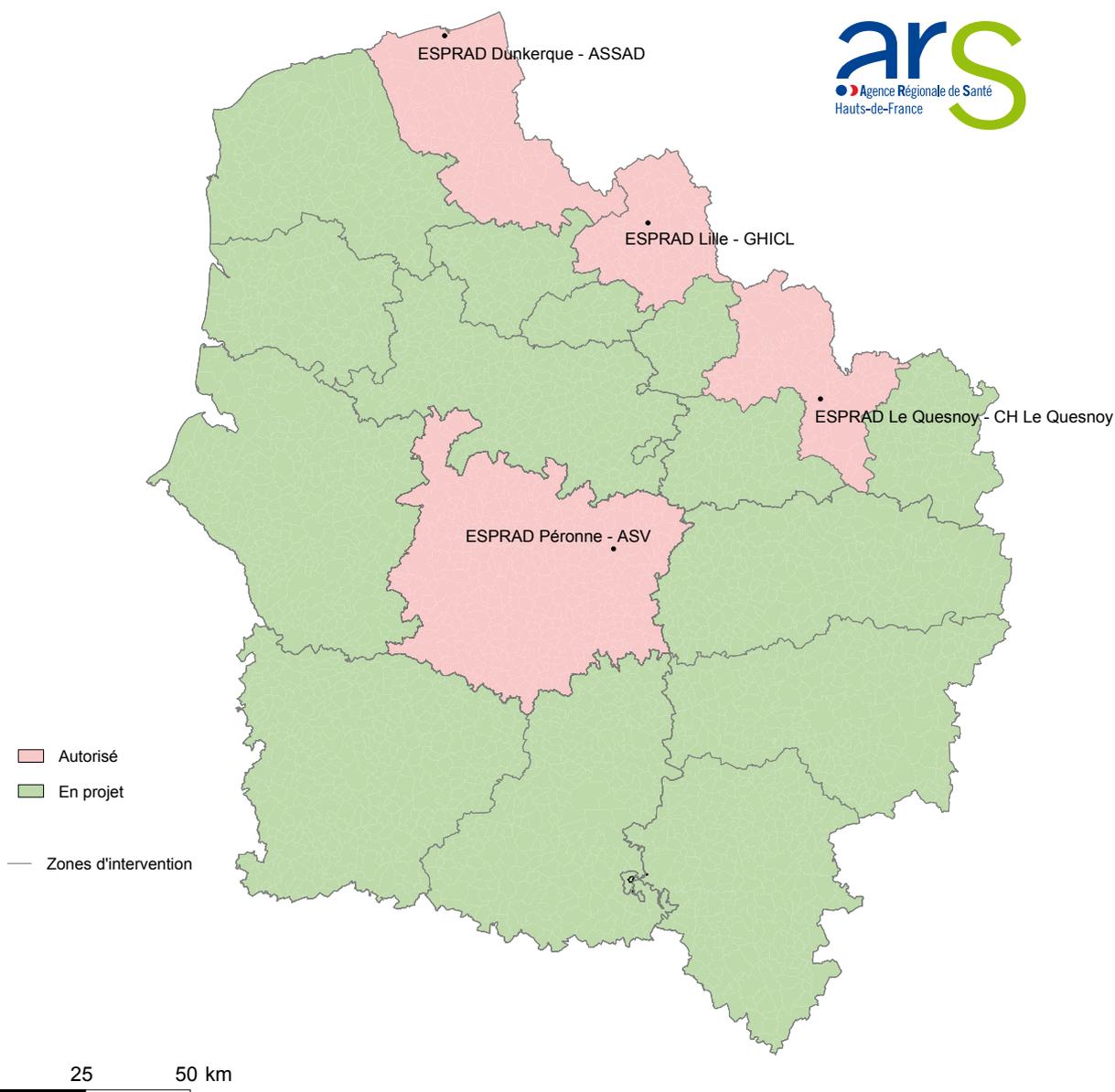
Financement

L'ESPRAD est financée par l'ARS.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Équipes spécialisées en prévention et réadaptation à domicile (ESPRAD)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

ÉQUIPE SPÉCIALISÉE EN PRÉVENTION INTER-EHPAD ESPrévE

Instruction n° DGOS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2019/100 du 25 avril 2019 relative aux orientations de l'exercice 2019 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, alloue des moyens financiers aux ARS dédiés à la prévention en EHPAD.

Plan national de prévention de la perte d'autonomie intégré dans la loi n°2015-1776 du 28 décembre relative à l'adaptation de la société au vieillissement :

- axe 2 : Prévenir les pertes d'autonomie évitables. Mesure 19 : Préserver la plus grande autonomie possible des résidents pour les activités de la vie quotidienne en EHPAD ;
- axe 3 : Prévention tertiaire : Éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité. Mesure 23 : Informer, sensibiliser et former l'ensemble des professionnels intervenant en EHPAD à la prévention des risques liés à la santé des résidents inhérents à leur vulnérabilité pour optimiser leur potentiel restant ;
- axe 5 : Former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie Mesures 24, 25 et 26 : Améliorer les compétences, renouveler les pratiques professionnelles, faire connaître les bonnes pratiques et les expérimentations en matière de formation dans les différents champs de la prévention de la perte d'autonomie.

Public

Les professionnels et les résidents d'EHPAD.

Objectifs

L'ESPrévE a pour objectif d'accompagner les EHPAD afin de :

- prévenir les complications des pathologies liées au vieillissement et des maladies chroniques et éviter autant que faire se peut des événements aigus intercurrents par des actions d'éducation à la santé ;
- aider le résident à utiliser au mieux toutes ses potentialités et ressources quand il ne peut pas les mettre en œuvre lui-même spontanément par des actions de réadaptation.

Missions

L'ESPrévE a pour mission de :

- soutenir et accompagner les équipes des EHPAD dans la mise en œuvre d'une démarche globale de prévention dans le cadre du projet d'établissement et du projet de soins ;
- contribuer au développement de la prévention individuelle et collective en aidant les professionnels des EHPAD à se former, développer des actions adaptées, organiser la vigilance et savoir anticiper les risques individuels des résidents.

Les risques prioritaires ciblés dans un objectif de bientraitance sont : la chute / la mobilité ; la dénutrition / les troubles de la déglutition ; les contentions ; la douleur ; l'ostéoporose/ la sarcopénie ; les complications liées à la maladie de Parkinson ou syndromes apparentés.

Territoire couvert

L'ESPrévE intervient sur un territoire de proximité. 14 ESPrévE couvrent la région des HDF.

Composition de l'équipe

L'ESPrévE est composée à minima d'un temps de :

- ergothérapeute ;
- diététicien ;
- professionnel d'activité physique adaptée (APA) ;
- secrétariat ;
- gériatre, si besoin.

Lieux d'intervention

L'ESPrévE intervient en EHPAD.

Modalités de recours

L'ESPrévE intervient à la demande des directeurs et médecins coordonnateurs et sous leur responsabilité, dans le cadre d'un partenariat fixé avec le porteur de l'équipe de prévention.

Durée de la prise en charge

En fonction des besoins définis avec l'EHPAD.

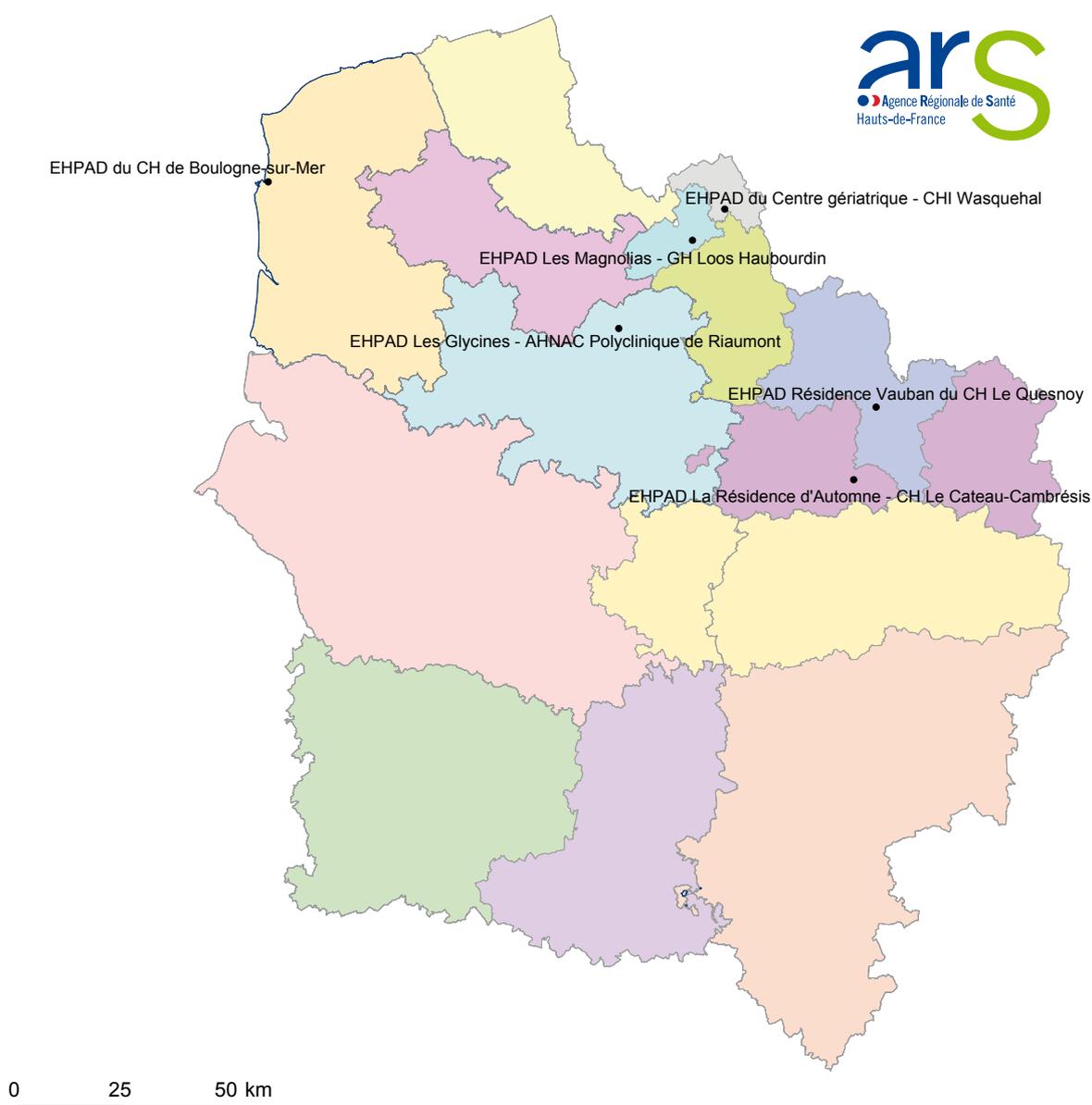
Coût financier pour l'utilisateur

Les missions de l'ESPrévE sont financées par l'assurance maladie.

Financement

L'ESPrévE est financée par l'ARS.

Équipes spécialisées en prévention inter EHPAD (ESPrévE)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

MÉTHODE D'ACTION POUR L'INTÉGRATION DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS DANS LE CHAMP DE L'AUTONOMIE MAIA

Article L. 113-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) donne la définition de MAIA.

Article L. 14-10-5 du CASF fixe les modalités de financement des MAIA (section I du budget de la CNSA).

Article L. 1431-2 du Code de la santé publique élargit les missions et compétences des ARS qui financent les dispositifs et s'assurent du respect du cahier des charges MAIA.

Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 approuvant le cahier des charges des MAIA.

Arrêté du 16 novembre 2012 fixe le référentiel d'activités et de compétences des gestionnaires de cas.

Circulaire interministérielle n° DGCS/DGOS/2012/06 du 10 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).

Public

- Institutions et professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire.
- Personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie.
- Aidants familiaux.

Objectifs

La MAIA est une méthode qui associe les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à l'intégration des services d'aides et de soins.

Les objectifs de la MAIA sont de :

- concourir à l'intégration de tous les acteurs ;
- co-construire des moyens d'action, des outils collaboratifs ;
- partager les actions ces actions et la responsabilité de leur conduite.

Missions

La MAIA a pour mission de :

- favoriser la lisibilité du système d'aide et de soins ;
- participer à la simplification et à l'optimisation du parcours des personnes âgées ;

- accompagner à domicile les personnes concernées aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions.

Territoire couvert

La MAIA intervient sur un territoire défini par l'ARS et le conseil départemental.

Composition de l'équipe

L'équipe de la MAIA est constituée à minima d'un temps de :

- pilote MAIA ;
- gestionnaire de cas ;
- secrétariat.

Lieux d'intervention

Les gestionnaires de cas interviennent à domicile.

Modalités de recours

Le guichet intégré participe au processus d'information et d'orientation selon 4 fonctions : accueil de la demande, analyse de la situation, repérage des besoins et orientation.

L'orientation d'une situation complexe vers le service de gestion de cas est effectuée par un professionnel de proximité par l'intermédiaire d'une fiche de liaison partagée.

Le guichet intégré du dispositif MAIA est accessible dans les CCAS, les CLIC, les centres hospitaliers et auprès des médecins traitants. Le dispositif MAIA facilite l'orientation du public vers les professionnels du secteur grâce à une fiche d'orientation.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

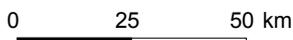
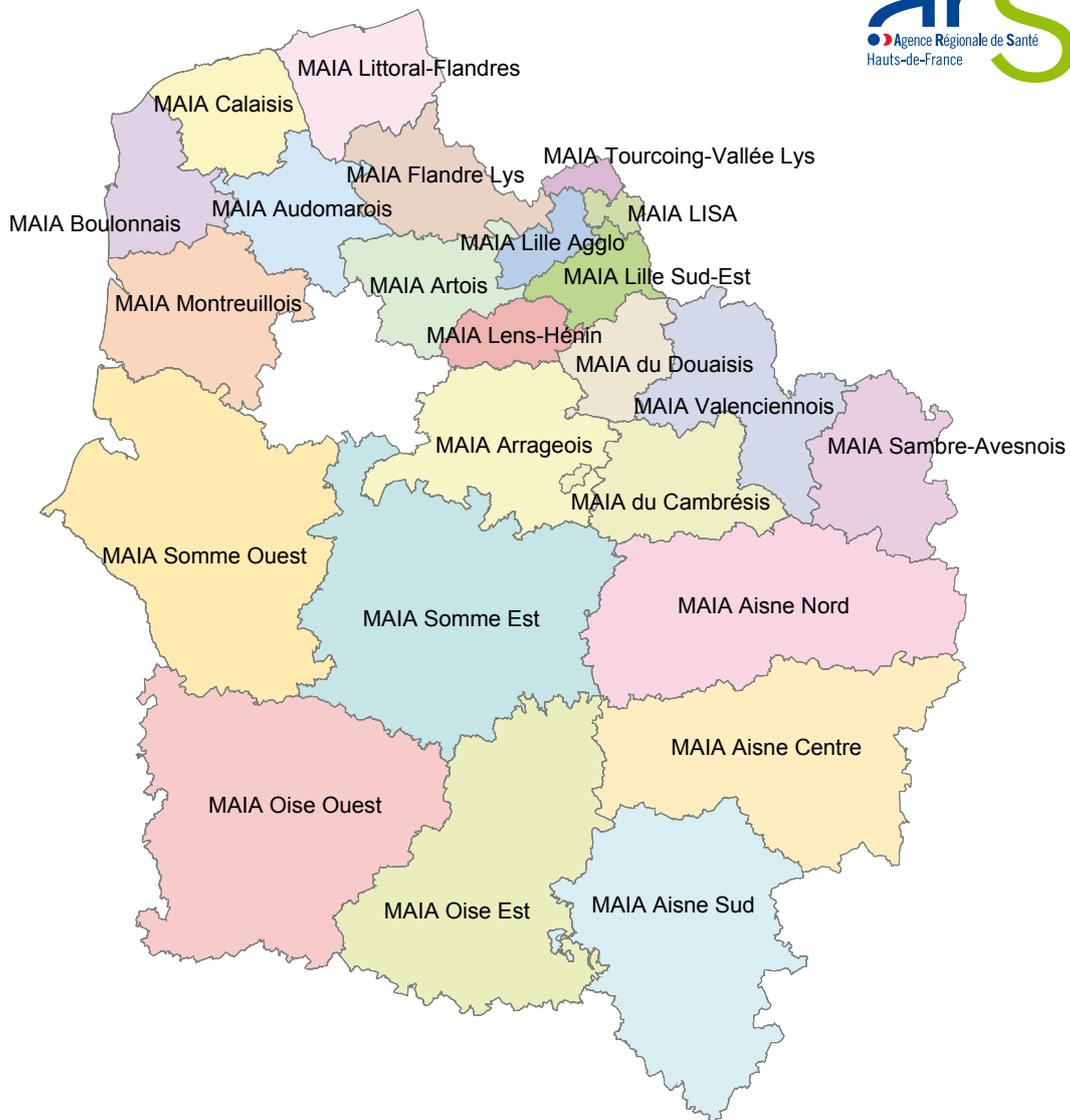
Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

La MAIA est financée par l'ARS, le département.

MAIA



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

RÉSEAU DE SANTÉ GÉRIATRIQUE

Loi n°2002-303 du 4/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (loi Kouchner).

Art. L6321-1 du CSP.

Circulaire DHOS/O3/CNAM n°2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé à destination des ARS et des URCAM.

Circulaire n° GDAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux gérontologiques.

Guide méthodologique des réseaux 2012.

Décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

Public

- Les personnes âgées de 75 ans et plus,
 - avec une fragilité médicale, associée ou non à une fragilité psycho-sociale, la rendant à haut risque de dépendance physique et/ou psychique ;
 - vivant au domicile privé.
- Les personnes de 60 ans et plus, présentant une polyopathie, avec risque psycho-social, rendant précaire le maintien à domicile et en particulier les malades d'Alzheimer ou apparentés (MAMA).

Objectifs

Les objectifs du réseau gériatrique sont de deux ordres :

- **dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation** : organiser la continuité de la prise en charge entre l'hôpital et la ville après une hospitalisation pour :
 - éviter la rupture de la continuité des soins ;
 - assurer un retour à domicile durable et de qualité après un séjour hospitalier ;
 - prévenir la survenue d'événements de santé défavorables incluant les ré hospitalisations évitables.
- **dans le cadre d'une expertise gériatrique à domicile** : dépister les pathologies gériatriques en collaboration avec le médecin traitant, établir un diagnostic des besoins de la personne âgée et orienter si nécessaire et de manière ciblée vers la filière gériatrique de territoire dans le but de :
 - favoriser le maintien à domicile dans les conditions sanitaires et sociales optimales ;
 - éviter les hospitalisations et les passages par les urgences inadaptés et/ou répétés.

Missions

Le réseau a deux types de mission :

● dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation

- l'équipe du réseau prend le relais des professionnels hospitaliers pour venir en appui des intervenants de premier recours, pour les aider dans la définition et la mise en place du PPS à domicile et dans la coordination de leurs actions.

● dans le cadre d'une expertise gériatrique à domicile

- réalisation d'EGS (évaluation gériatrique standardisée)
- élaboration du PPS pour permettre et favoriser :
 - > une prise en charge optimale sur le plan sanitaire ;
 - > un recours à l'offre de soins et d'accompagnement adapté et justifié ;
 - > les relais ville-hôpital ;
 - > une adaptation et un renforcement des aides si nécessaire ;
 - > un soulagement des aidants.

Territoire couvert

Le périmètre d'intervention du réseau gériatrique est contractualisé dans le CPOM.

Composition de l'équipe

L'équipe du réseau gériatrique est composée à minima d'un temps de :

- gériatre ;
- infirmier spécialisé et/ou expérimenté en gériatrie ;
- secrétaire et de coordination administrative.

Lieux d'intervention

Le réseau gériatrique intervient au domicile des personnes.

Modalités de recours

Le réseau peut être saisi par l'hôpital, le médecin traitant et/ou le pharmacien, les autres partenaires du premier recours, CLIC et gestionnaires de cas MAIA.

Avant toute première intervention à domicile :

- contact à prendre avec le médecin traitant pour vérifier la pertinence de l'intervention du réseau et recueillir son accord ;
- recueil d'informations auprès du professionnel signalant la situation ;
- contact préalable avec les services hospitaliers.

Durée de la prise en charge

Le suivi dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation est d'une durée maximale de 6 mois, sauf nouvelle interpellation ou hospitalisation modifiant le PPS.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le réseau gériatrique est financé par l'ARS.

Réseaux gériatriques

Source : ARS/DOS/DST/Observations&Etudes/LP