RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Hauts-de-France

CAHIER DES CHARGES

Pour la création d'Equipes Spécialisées en Prévention inter- EHPAD (ESPrévE)

Projet expérimental

Adresse postale : 556 avenue Willy Brandt – 59777 EURALILLE - ☎ 03.62.72.77.00
Site Internet : http://ars.nordpasdecalais.sante.fr

I Orientations nationales et du PRS

La feuille de route "grand âge et autonomie" présentée par madame la Ministre de la Santé en mai 2018 a une double vocation, premièrement, améliorer dans l'immédiat la qualité de vie des personnes âgées et, deuxièmement, anticiper et faire face au défi de la perte d'autonomie.

Priorité est donnée à la prévention à domicile comme en établissement pour permettre à la population de vieillir sans incapacité et en réduisant la prévalence des maladies chroniques. La prévention en établissement doit être renforcée et des actions de prévention pertinentes pour les résidents des EHPAD en matière de santé bucco-dentaire, de dépistage, d'activité physique adaptée, de diététique et de prévention des chutes doivent être développées.

Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 dans son objectif d'amélioration des besoins d'accompagnement en ESMS prévoit quant à lui l'identification de « services ressources » à même de développer des accompagnements adaptés notamment pour la maladie de Parkinson et les syndromes apparentés. Dans ce cas, le projet d'établissement ou de service ainsi que la formation des professionnels seront également adaptés pour assurer la bonne continuité des soins spécialisés : pour le traitement non médicamenteux, sur la prise en charge des troubles moteurs et non moteurs et la forte mobilisation autour de la préservation de la mobilité.

Dans le projet « ma santé 2022 », l'objectif d'améliorer la qualité et la pertinence des prises en charge cible le développement d'un parcours sur l'ostéoporose.

C'est dans ce cadre que l'instruction N°DGCS/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.

Par ailleurs, le Projet Régional de Santé des Hauts de France a inscrit dans son objectif 5 : accompagner le vieillissement et soutenir les aidants, un objectif opérationnel relatif au repérage et à la prévention de la perte d'autonomie. Il s'attache également à renforcer la qualité des soins en EHPAD.

Les objectifs et l'organisation des actions en matière de prévention et de gestion des risques au niveau de l'EHPAD font partie intégrante du projet d'établissement.

Outre les complications des maladies, dont la prévention est le fait du médecin traitant, un certain nombre de symptômes et maladies ont été identifiés comme fréquents en gériatrie. La majorité d'entre eux ont donné lieu à des recommandations de bonnes pratiques de la HAS, de sociétés savantes ou autres organismes. D'autres n'ont pas fait l'objet de recommandations formelles mais leur prise en charge fait l'objet d'enseignements médicaux et paramédicaux.

L'article D312-158 du CASF indique que le médecin coordonnateur en EHPAD « veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité de soins ». Depuis 2007, il est demandé en plus que **le médecin coordonnateur « identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques** »

Enfin, l'ANESM recommande que pour chaque résident, les soins aient pour finalité la meilleure qualité de vie possible. D'une part, ils s'inscrivent dans une continuité en passant des soins préventifs, aux soins curatifs et de réadaptation, aux soins palliatifs, en allant jusqu'aux soins terminaux. D'autre part, ces différents types d'actions sont à penser comme dynamiques dans la mesure où leur place dans la prise en charge médicale peut fluctuer en fonction de l'état de santé du résident.

Le présent appel à candidature vise à accompagner l'établissement et les missions du médecin coordonnateur pour développer des interventions préventives individuelles ou collectives qui ont pour objectifs de :

- prévenir les complications des maladies chroniques et d'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 les mettre en œuvre lui-même spontanément par des actions de réadaptation.

L'Agence Régionale de Santé souhaite poursuivre la mise en place un dispositif expérimental d'équipes pluridisciplinaires territoriales de prévention, pour soutenir les équipes des EHPAD et notamment les médecins coordonnateurs dans leur mission de prévention, ainsi que pour soutenir les médecins traitants dans l'aide à la prévention des complications des pathologies.

II Enjeux et objectifs du projet

L'objectif de cette équipe est de proposer aux professionnels des pistes de réflexion et d'action, d'une part sur la place des soins de prévention, tant dans le projet personnalisé de chaque résident que dans le projet d'établissement, et d'autre part sur leur complémentarité avec les différents aspects de l'accompagnement global individualisé.

En effet, le lien entre la capacité de la personne à décider et à participer, ses potentialités physiques et psychiques et son état de santé (en particulier psychologique) varie de façon non linéaire, tout au long du séjour en Ehpad. La population âgée vivant en Ehpad est une population plus vulnérable. L'état de santé des résidents peut s'altérer du fait d'événements aigus liés à leur santé physique ou psychique, du fait de complications de ses maladies chroniques et/ ou du fait de l'évolution naturelle de celles pour lesquelles il n'existe pas de traitement spécifique. Mais l'état de santé de ces personnes peut également être fragilisé par des événements liés à leur environnement : rupture des relations avec les proches (déménagement, décès), relation difficile ou mal vécue au sein de la famille, annonce d'un évènement perturbant, cohabitation avec des résidents ayant des troubles du comportement graves et potentiellement dérangeants pour les autres, relations conflictuelles avec d'autres résidents ou certains professionnels, problèmes financiers (vente du domicile, éparpillement des meubles et objets personnels, etc.).

Par ailleurs, l'évaluation gérontologique identifie en équipe pluridisciplinaire les risques de déficiences, permet des actions de prévention et dépiste les pathologies gériatriques les plus fréquentes afin de réduire la mortalité, les hospitalisations, les ré-hospitalisations, mais surtout dans l'objectif de préserver l'autonomie et la qualité de vie des résidents pris en charge. L'alitement même temporaire d'une personne âgée quelle qu'en soit la raison peut rapidement avoir des conséquences sur ses capacités à se mouvoir du fait d'effets néfastes sur le plan musculaire et cardiovasculaire ainsi que sur ses capacités cognitives et ce, même chez des personnes parfaitement valides jusque-là.
L'évaluation, la prévention et la gestion des risques sont encadrées par le médecin coordonnateur tant au niveau de chaque résident qu'au niveau collectif.

Dans ce cadre, les enjeux de l'équipe pluridisciplinaire territoriale sont 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.
- prévenir l'aggravation des conséquences des maladies sur les actes de la vie quotidienne.

La limitation de la gravité des conséquences des maladies en termes de capacités physiques et psychiques pour les actes de la vie courante du résident permet de maintenir au mieux ses possibilités d'actions et d'expression de ses choix.

En cohérence avec le PRS et les recommandations de l'ANESM, les risques prioritaires ciblés dans un objectif de bientraitance sont[1] :
- la chute / la mobilité ;
- la dénutrition / les troubles de la déglutition;
- la douleur ;
- l'ostéoporose/ la sarcopénie ;
- les complications liées à la maladie de Parkinson ou syndromes apparentés.

Une attention particulière est également attendue sur les contentions.

Cette équipe a pour vocation de mettre à disposition des établissements sur un territoire des professionnels dont les compétences, en référence aux thématiques prioritaires retenus, ne sont pas ou peu disponibles en EHPAD à savoir :

- un temps d'ergothérapie et/ou un temps de psychomotricien
- un temps de diététicien
- un temps de professionnel en Activité Physique Adaptée.

III Caractéristiques du projet

L'équipe est financée à titre expérimental pour une durée de 3 ans. Son renouvellement sera étudié à l'aune des bilans d'activité et des données d'évaluation produites, ainsi qu'en fonction des crédits disponibles en matière de prévention pour les EHPAD.

⇨ Le public visé

Les professionnels et résidents d'EHPAD

⇨ Le territoire d'intervention

Le territoire d'intervention correspondra à une zone géographique définie en annexe 1.

[1] Etant entendu qu'en ce qui concerne la prévention de la dépression, du risque suicidaire ou iatrogénique, les EHPAD peuvent solliciter les équipes mobiles gériatriques et/ou psycho gériatriques.

⇨ Porteur

Le porteur sera un EHPAD adossé à un établissement de santé site de filière gériatrique. Il pourra porter le projet en coopération avec un autre EHPAD rattaché à un autre établissement de santé du territoire concerné.
Ce positionnement est justifié par les liens que pourra nouer cette équipe avec l(es)'équipe(s) de gériatrie, les équipes mobiles intervenant en EHPAD., mais aussi celles de neurologie dans le cadre de la maladie de Parkinson. Il favorise également la mutualisation des professionnels et des formations.

⇨ Organisation et fonctionnement

L'équipe respectera les modalités de fonctionnement prévues :

- L'équipe ne réalise pas de soins ;
- L'équipe ne fait pas d'avis individuel mais pourra prendre l'occasion d'une situation individuelle ayant posé problème à l'équipe de l'EHPAD pour mettre en place un atelier d'éducation à la santé et/ou une formation en rapport avec celle-ci ;
- Elle n'intervient pas dans l'accompagnement d'un résident mais peut être sollicitée à partir de l'accompagnement d'un résident pour revoir avec l'équipe de l'EHPAD des principes d'intervention adaptés ;

Si les compétences de l'équipe n'existent pas dans l'EHPAD, l'équipe n'a pas vocation à en prendre la place. L'intervention de l'équipe est proposée en complément des professionnels de l'EHPAD mais ne s'y substitue jamais.

1/ Composition de l'équipe pour un territoire de 30 à 50 EHPAD et/ou de 3 000 à 4800 places totales autorisées environ :

Elle est composée des professionnels suivants :

- 1 ETP d'ergothérapeute et/ou psychomotricien (cet ETP peut être réparti sur les 2 types de professionnels ou dédié à un seul).
- 0.5 ETP diététicien.
- 0.5 ETP professionnel d'Activité Physique Adaptée.

Il est important de prévoir l'accès à un temps de secrétariat.
Un de ces professionnels assurera la fonction de coordination de l'équipe.
Un temps de gériatre référent pourra être inclus si le besoin en est identifié avec au maximum 1 vacation/semaine.

Il est souhaitable que les professionnels soient mutualisés avec des professionnels travaillant au sein de la filière gériatrique.

Les professionnels de l'équipe devront bénéficier de formations avec les professionnels de la filière gériatrique.

2/ les missions

L'équipe intervient sur 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.
L'équipe spécialisée en prévention a pour mission générale de soutenir et d'accompagner les personnels des EHPAD dans la construction et la mise en œuvre d'une démarche de prévention pour les résidents. Dans les 3 premières années de leur fonctionnement, elles interviendront prioritairement et selon les besoins des EHPAD, sur les chutes et la mobilité, la dénutrition, les troubles de la déglutition, l'ostéoporose, la sarcopénie, les troubles moteurs et non moteurs liés à la maladie de Parkinson ou les syndromes apparentés, la douleur, les contentions.
Les professionnels libéraux intervenant en EHPAD, particulièrement les médecins traitants des résidents, sont informés de l'intervention de l'équipe et de ses modalités d'action, de même que les éventuels spécialistes impliqués.
Compte tenu du nombre d'EHPAD ciblés par territoire, un protocole d'intervention devra être élaboré. Le recensement du nombre d'EHPAD volontaires en première intention et un calendrier prévisionnel d'intervention seront également nécessaires. L'équipe a toutefois vocation à intervenir auprès de l'ensemble des EHPAD du territoire concerné sur la durée de son fonctionnement.

aide à la construction du volet prévention du projet médical et/ou projet de soins ou projet médical et de soins fusionnés, partie intégrante du projet d'établissement

Une des missions de l'équipe est d'aider le médecin coordonnateur à compléter et développer le volet prévention du projet de soins avec les objectifs suivants :

- Accompagner l'établissement dans l'organisation d'un diagnostic interne des risques au travers des données des résidents, des procédures et de leur utilisation, de l'organisation architecturale et fonctionnelle ;

- Participer à la hiérarchisation des risques inscrits dans le rapport d'activité annuel du médecin coordonnateur, soumis pour avis une fois par an, lors de la commission de coordination gérontologique ;
- Insérer les priorités de prévention dans le livret d'accueil et le contrat de séjour ;
- Présenter la synthèse du rapport d'activité de l'équipe dans l'établissement en conseil de vie social (CVS) ;
- En lien avec le médecin coordonnateur et l'infirmier(e) coordonnateur(trice) à :
    - la mise en place de formations priorisées sur le ou les risques retenus afin de former tous les professionnels concernés aux outils de dépistage et aux démarches de prévention et gestion. A cet effet, l'établissement porteur de l'équipe sollicitera un agrément en tant qu'organisme de formation.
    - l'appropriation par tous les professionnels concernés des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en faisant référence à des situations pratiques et en adaptant le langage si besoin.
    - Discuter en équipe des possibilités d'application des recommandations éditées, des freins éventuels et contribuer ainsi à leur bonne mise en œuvre.

□ aide à la construction et la mise en place d'outils pour favoriser l'inclusion de la prévention au quotidien

<u>Participer à la réflexion sur l'inclusion d'outils dans le dossier du résident</u> :

Dans les suites de l'aide à l'élaboration d'un complément prévention au projet de soins, l'équipe va aider le médecin coordonnateur et l'IDEC à développer des outils pour le quotidien, intégrés au dossier du résident, ayant les objectifs suivants :

- Informer le résident et ses proches du sens de l'évaluation gériatrique, des risques identifiés et des mesures de prévention proposées ;
- Tenir compte de la santé perçue du résident pour hiérarchiser les risques identifiés, les mesures de prévention et de prise en charge à effectuer ;
- Noter dans le dossier du résident les actions effectuées et celles refusées par le résident ;
- Fixer les dates de réévaluation des risques identifiés dans le projet des résidents ;
- Dépister, c'est-à-dire rechercher systématiquement pour chaque résident, une fois par an l'ensemble des risques, défini dans le projet de soins.

Une attention particulière sera portée à la visite d'entrée en EHPAD où les risques sont évalués et renseignés dans le dossier du résident avec des mesures d'accompagnement.

Une évaluation de la charge de l'aidant est réalisée avec orientation si nécessaire vers le psychologue de l'établissement ou la Plateforme d'accompagnement et de répit (PFR) locale.

Participer au déploiement et à l'utilisation d'outils et d'ateliers d'éducation à la santé :

Des outils de prévention existent et ont été éprouvés. L'équipe pourra s'en servir autant que de besoin.

Dans la région un certain nombre d'actions régionales sont développées avec des prestataires divers ; prévention des risques suicidaires, des chutes, des conduites addictives, hygiène alimentaire, santé buccodentaire,….. L'équipe pourra favoriser leur intervention et, comme les professionnels des EHPAD, être formée à ces démarches. L'équipe pourra ensuite intervenir selon les besoins des EHPAD pour les accompagner à mettre en place les actions, les outils et organisations, former les professionnels,….

3/ Rôle de l'EHPAD Porteur

L'EHPAD porteur recrute l'équipe et met à sa disposition les moyens nécessaires à son fonctionnement (secrétariat, matériels, locaux, moyens de déplacement, …).

Il favorise les liens et les mutualisations entre l'établissement de santé de rattachement site de filière gériatrique et les EHPAD du territoire d'intervention.

Il assure le suivi d'activité de l'équipe et garantie le respect des missions et du cahier des charges.

Il transmet à l'ARS l'ensemble des données et indicateurs d'activité sollicités.

Il assure le suivi financier du budget qui lui est alloué par l'ARS pour l'équipe.

Il transmet à l'ARS chaque année un budget reprenant les dépenses réelles de l'exercice ainsi qu'un rapport financier en complément des éléments transmis dans l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

4/ Les coopérations et partenariats

Les modalités de communication sur l'existence et l'organisation du dispositif auprès des différents partenaires devront être définies.

Les modalités de sollicitation de l'équipe par les EHPAD seront déterminées et les modalités d'intervention formalisées.

L'équipe devra se faire connaître des médecins traitants en particulier en leur fournissant un document simple sur ses missions, par l'intermédiaire de l'EHPAD.

Les coopérations devront être organisées avec les prestataires des actions régionales de prévention, les différentes filières gériatriques d'un territoire couvert et en particulier les équipes mobiles se rendant en EHPAD (Equipes Mobiles de Soins de supports et Palliatifs, Equipes Mobiles Psycho Gériatriques en EHPAD), avec les autres ESPrévE, mais aussi les HAD et autres structures de soins autant que de besoin (ex : CSAPA, CLUD, CLAN[2],…).

C'est ainsi qu'il sera nécessaire de :
- Créer d'une plaquette d'information à destination des EHPAD,
- Concevoir l'information à destination des professionnels libéraux avec les EHPAD,
- Programmer le lancement global de l'expérimentation avec les partenaires en fixant un calendrier permettant une mise en œuvre progressive,
- Se former selon des modalités qui seront définies avec l'ARS.

⇨ Budget de fonctionnement

Le budget du projet est de 130 000€ par an.

⇨ Capacité de mise en œuvre

Le projet devra débuter le 1er mars 2022 au plus tard.

⇨ Modalités d'autorisation, d'évaluation et de suivi

Le financement de l'équipe pluridisciplinaire est expérimental et sera accordé pour une durée de 3 ans.

Le porteur devra produire un rapport d'activité annuel et intégrer l'ensemble des indicateurs permettant d'évaluer l'impact du projet en termes quantitatifs et qualitatifs. Ceux-ci seront précisés ultérieurement par l'ARS. Le promoteur s'engage à participer à l'évaluation et donc à fournir tous les éléments jugés nécessaires par l'ARS.
Il participera aux réunions de travail et de suivi régionales organisées par l'ARS.
Le promoteur organisera chaque année un comité de suivi de l'activité de l'équipe avec des partenaires locaux et invitation de l'ARS.

[2] CSAPA : Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie,
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur,
CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

ANNEXE 1

Territoires

Equipe	Territoire de proximité ou Territoire MAIA	Nombre EHPAD	Capacité totale autorisée
1	Dunkerquois Flandre intérieure	**50**	**3 715**
2	Béthune Bruay Audomarois	**41**	**2934**
3	Péronne	**32**	**2 843**
	Saint-Quentin/Vervins		
4	Laon	**41**	**3545**
	Château-Thierry/Soissons		
5	Compiègne	**43**	**3 413**
	Senlis		
	TOTAL	**207**	**16 450**