

Service émetteur : Direction adjointe de l'hospitalisation
Département de l'Offre Hospitalière

Affaire suivie par : Anne VIVIES / Marion PRESTAVOINE

Date : 25 octobre 2021

Appel à candidatures relatif au développement d'une activité de SSR dédiée aux patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'un trouble neuro-cognitif en région Bretagne.

Un objectif stratégique du PRS breton.

- Le contexte démographique breton, qui conduit à un vieillissement sensible de la population d'ici 2030, est marqué par un nombre croissant de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées. Une estimation de 2016¹ chiffre à 65 000 le nombre de personnes concernées.

Cet enjeu de transition démographique, pris en compte depuis plusieurs années à travers des plans nationaux, a conduit en Bretagne à une organisation territoriale des soins volontariste, davantage tournée vers les besoins de santé des personnes âgées : anticipation et accompagnement de la perte d'autonomie, adaptation de l'offre.

Il existe également un enjeu lié à la transition épidémiologique au regard de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques.

Pour respecter le projet de vie de la personne et de son/ses aidants aux différents stades de la perte d'autonomie, la réponse apportée se veut modulable, en proximité, et en lien étroit avec l'accompagnement mené par les professionnels de la ville.

- Parallèlement, la politique régionale SSR a pour finalité d'insérer l'offre dans le parcours de santé de manière précoce et souple. Une orientation prioritaire du PRS en matière de SSR est l'amélioration de la réponse aux besoins en accompagnant les établissements dans une stratégie de décloisonnement.

Cette démarche implique de développer des prises en charge graduées en développant les alternatives et la modularité des programmes de soin. Elle s'appuie sur des liens fonctionnels étroits avec les autres modes de soin et d'accompagnement.

¹ Rapport ARS Bretagne « Maladies neuro-dégénératives. Etat des lieux quantitatifs en Bretagne en 2016 »

Plusieurs actions ont déjà été mises en œuvre pour développer la flexibilité et élargir la palette de réponses apportées : accueil direct en hospitalisation, création d'équipes mobiles SSR, développement de consultations externes SSR, développement de SSR spécialisés en hôpital de jour, promotion d'HAD à valence rééducative, télé-rééducation, SSR de ré-autonomisation rapide.

Ainsi, les professionnels du SSR sont aujourd'hui amenés à exporter leurs compétences au sein des unités de court séjour, mais également à l'extérieur des établissements. Leurs liens avec le secteur libéral et les professionnels de santé en ville se sont considérablement renforcés, au profit d'un continuum de prise en charge et d'un accès plus rapide à l'expertise pour les malades chroniques et/ou âgés.

Un constat partagé des professionnels de sante

- Les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (plus globalement de troubles neuro-cognitifs), à un stade permettant encore de pratiquer de l'activité physique, ont un accès plus difficile à la rééducation et à la réadaptation, pour des raisons multiples : soit que les projets de soins des services ne prennent pas en compte la spécificité de ces patients, cette difficulté pouvant être expliquée pour une part par une insuffisance de connaissance des soignants ; soit que les troubles du comportement et les difficultés potentielles d'orientation en aval freinent cet accueil.

- Parmi la diversité des profils, trois semblent représenter les besoins les plus importants d'un point de vue du volume d'activité SSR :

(1) Les personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée avec des troubles cognitifs et/ou du comportement, associés à un déclin des capacités fonctionnelles limitant la qualité de vie au domicile et potentiellement responsables d'une perte d'autonomie.

Repérés par le médecin généraliste, confirmés le cas échéant en consultation mémoire ou en hôpital de jour de médecine, un hôpital de jour SSR PAPD doit pouvoir leur être proposé en intégrant leur aidant principal, pour limiter les conséquences de ces troubles psychiques et physiques dans la vie quotidienne, amener à une activité physique adaptée, identifier des ressources « rééducatives » mobilisables pour le maintien de leur niveau d'autonomie et accompagner l'aidant, souvent épuisé.

La plupart des projets de soins en SSR ambulatoire proposent cette dimension de prise en charge avec des soignants formés à la maladie d'Alzheimer, qui peut s'inscrire dans la durée.

(2) Les personnes présentant une décompensation brutale et de forte intensité de leurs troubles du comportement, qui peuvent être orientées vers des unités cognitivo-comportementales (UCC). Ces dernières ont pour mission de répondre dans l'urgence à une exacerbation des symptômes psycho-comportementaux. Dix unités font aujourd'hui l'objet d'une reconnaissance contractuelle en Bretagne, chacune en capacité d'accueillir 10 à 12 patients.

Une mission complémentaire de ces unités est d'outiller les aidants professionnels (au domicile, institution ou structure) ou non (proches) dans la prise en charge et la réponse à d'éventuelles nouvelles décompensations neuro cognitives ou comportementale (acquérir le savoir être et savoir-faire) pour sécuriser la sortie.

(3) Les personnes présentant des troubles neuro-cognitifs évolutifs, et qui à la suite d'un épisode aigu intercurrent ont besoin d'une prise en charge rééducative adaptée et spécialisée. Cet accompagnement répond à une perte des capacités fonctionnelles consécutives à une pathologie infectieuse, une chirurgie, ou tout autre motif de séjour en MCO qui peut venir

brouiller très fortement les repères et mécanismes de compensation mis en place sur le lieu de vie.

Lorsque la rééducation n'est pas envisageable sur le lieu de vie et avec les dispositifs extra-hospitaliers, elle doit être possible en établissement et s'inscrire dans un projet de soins tenant compte de la spécificité de ces patients.

Pour répondre aux enjeux de prise en charge de tels patients des organisations sont déjà mises en place dans le champ Médecine et Chirurgie (par exemple UPOG : Unité Péri Opératoire Gériatrique) dans un certain nombre d'établissements MC(O), permettant de diminuer de manière significative la perte fonctionnelle durant le séjour, d'optimiser la prise en charge médicale et en soins, de diminuer le recours aux contentions physiques et/ou chimiques ainsi que les réactions d'agressivité.

Dans ce contexte, et à titre expérimental, l'ARS lance un appel à candidatures pour la **mise en œuvre de quatre unités SSR** adaptées à l'accueil et à la prise en charge rééducative de patients atteints par une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées **après hospitalisation pour un évènement morbide intercurrent indépendant du trouble neuro-cognitif**.

Il s'agit donc de proposer une prise en charge rééducative correspondant au potentiel de récupération et d'optimiser ce programme de soins par un accompagnement adapté à la maladie neurodégénérative sous-jacente, potentiellement à risque de décompensation.

Ainsi, l'objectif de ces unités est d'optimiser la prise en soins en favorisant la ré-autonomisation précoce et graduée pour éviter une dégradation fonctionnelle brutale et limiter la perte de chance. Ce dispositif s'inscrit dans le parcours de type 3 (perte fonctionnelle ou dégradation cognitive dans les suites d'un évènement intercurrent²). Il peut également s'apparenter au modèle de la fragilité : prise en compte de la difficulté à s'adapter à un stress avec néanmoins la capacité de réversibilité de l'état³.

Une inscription territoriale volontariste.

L'unité est articulée avec le secteur MCO, au sein de la même structure ou en aval proche des autres établissements partenaires. Des liens fonctionnels sont établis pour permettre l'accueil du patient dès lors que son état clinique est stabilisé. Entre les équipes de MCO et de SSR, le projet de rééducation doit s'inscrire dans une continuité de parcours et de projet de soins.

L'établissement porteur s'inscrit de manière proactive dans la filière gériatrique de proximité mais également avec les acteurs locaux et les dispositifs d'appui.

Des liens fonctionnels étroits existent également avec une UCC, à proximité immédiate ou accessible. Ces collaborations doivent nourrir une approche croisée des problématiques patients pour sécuriser la pertinence des orientations et apporter le cas échéant une expertise.

L'adressage peut être direct sur demande d'un médecin de ville, mais pour cette phase initiale d'expérimentation, une attention particulière sera portée aux projets permettant d'inscrire la démarche de développement des activités de soins de réadaptation au sein de parcours post-médecine ou post-chirurgie ciblés et structurés avec les autres acteurs amont et aval du SSR.

² modèle 1+2+3 dit du Pr BOUCHON

³ Modèle du Pr Linda Fried (2003)

La démarche fera l'objet d'un avenant au CPOM le cas échéant puisqu'une fiche-objectif SSR appelle à offrir une réponse adaptée à des populations particulières qui ne peuvent bénéficier des organisations classiques.

Organisation – cible

L'unité est constituée d'un minimum de 5 lits, en chambres seules, rattachés à une autorisation de SSR pour personnes âgées poly-pathologiques dépendantes (PAPD)

Un gériatre porte le projet de soin et de ré autonomisation. Il assure l'évaluation initiale et la coordination des parcours, en lien avec les services adresseurs et les professionnels de l'aval. Les locaux sont sécurisés pour permettre la déambulation et disposent d'un plateau technique de rééducation permettant de mettre en œuvre un programme pluridisciplinaire, en individuel et en collectif.

L'accueil des aidants est possible et organisé aux différentes séquences de prises en charge.

Les professionnels intervenants dans l'unité sont formés aux bonnes pratiques en gériatrie à la spécificité de la prise en charge des maladies neuro cognitives.

Conduite de projet

Le projet devra être porté par les directions et les commissions médicales des établissements (CME). Celui-ci doit comprendre :

- Un descriptif du parcours patient, des critères d'orientation et des modalités d'admission
- Un descriptif du projet médical de l'unité comprenant la file active prévisionnelle et la typologie clinique des patients et le programme de soins.
- Les conventions passées avec les établissements MCO partenaires, l'UCC et les dispositifs d'appui
- Les démarches de communication et de promotion envisagées
- La formation des personnels (nombre, type de formation, calendrier)
- L'organisation architecturale et les équipements
- Un descriptif de la soutenabilité financière au regard de la tarification actuelle.
- L'identification d'un chef de projet/coordonnateur du projet.

Un rapport d'activité qualitatif et quantitatif sera transmis à l'ARS à 6 mois de la mise en œuvre puis à 1 an. Il comprendra un bilan global de l'activité dont les indicateurs de réalisation (1) et d'impact (2) suivants :

- (1) File active et diagnostic principal (en séjour MCO, délai moyen entre la demande et le début de prise en charge réadaptative (1ere intervention d'un paramédical de réadaptation), durée de prise en charge, âge, dépendance cognitive et physique à l'entrée et à la sortie, charge rééducative, origines géographiques, mode de sortie
- (2) Evaluation de la satisfaction (patients, aidants, médecins traitants), auto-évaluation de la pertinence du séjour à la clôture du dossier, les causes de refus et/ou d'échec de prises en charge avec analyse des dysfonctionnements.

Accompagnement

Deux modalités complémentaires :

- Crédits ponctuels d'aide à l'investissement (lits Alzheimer, travaux de sécurisation) et de formation des professionnels, sur présentation des devis et du programme de formation à hauteur de 15 000 € par établissement ;
-

- Crédits de fonctionnement sur un an pour renforcer les effectifs à hauteur de 1 ETP IDE pour 5 lits et 2 ETP AS ou ASG, soit 128 000 € par unité.

Calendrier

- Lancement de l'Appel à candidatures le 25 octobre 2021
- Dépôt des candidatures en version numérique **jusqu'au 1^{er} décembre 2021**, minuit
- Publication des résultats au 15 décembre 2021

La complétude des propositions est une condition d'éligibilité.

Les personnes ressources à l'ARS sont : Anne VIVIES (DAH) et le Dr Antonio TEIXEIRA (DAA)

anne.vivies@ars.sante.fr et antonio.teixeira@ars.sante.fr

Le dossier, accompagné d'une lettre d'engagement signée conjointement du directeur et du président de CME de l'établissement SSR, sera transmis à l'adresse suivante :
ARS-BRETAGNE-SECRETARIAT-DAH@ars.sante.fr

