

**Cahier des charges pour l'appel à candidatures
relatif à la création d'une équipe expérimentale spécialisée à
domicile pour les personnes atteintes d'une maladie de
Parkinson ou de sclérose en plaques (ou maladies
apparentées)**

ACTIVITE

Equipe expérimentale spécialisée à domicile rattachée à un SSIAD ou un SPASAD pour les personnes atteintes d'une maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques (ou maladies apparentées)

DUREE DE L'EXPERIMENTATION

3 ans

PUBLIC CONCERNE

Personnes atteintes d'une maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques (ou maladies apparentées)

TERRITOIRE CIBLE ET DELAI DE MISE EN OEUVRE

Département concerné par l'appel à candidatures :
LOIRET (45)

L'équipe spécialisée à domicile doit entrer en fonctionnement en 2019

BASE REGLEMENTAIRE

Plan Maladies neuro-dégénératives 2014-2019 – Mesure 21 : Renforcer et adapter l'intervention des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide à domicile (SPASAD), définir et expérimenter des nouveaux protocoles d'intervention

Instruction n° SG/DGCS/DGOS/DGCS/CNSA/2016/58 du 22 janvier 2016 relative à la déclinaison régionale du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019

Note d'information n° DGCS/SD3A/2018/252 du 14 novembre 2018 relative au cadre commun pour l'expérimentation d'un protocole d'intervention au domicile de personnes atteintes d'une maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques des équipes spécialisées MND rattachées aux SSIAD

FINANCEMENT

Financement annuel de 150 000 €

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Sur la base de ce qui a été réalisé pour les équipes spécialisées Alzheimer et afin de répondre aux besoins des personnes touchées par une autre maladie neuro-dégénérative, le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 a prévu de concevoir et d'expérimenter un protocole d'intervention au domicile pour les personnes atteintes de maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques (ou maladies apparentées).

A partir de l'expérimentation menée dans 3 régions (Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Hauts-de-France), chaque ARS a pour objectif de créer une équipe spécialisée maladies neuro-dégénératives rattachée à un SSIAD ou un SPASAD pour expérimenter, sur 3 ans, ce protocole dont le cadre commun d'expérimentation est défini ci-après.

Le dispositif expérimental vise à mettre à disposition des personnes atteintes de maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques (ou maladies apparentées) une offre de prestations permettant de prévenir les complications du handicap fonctionnel et s'inscrivant dans une logique de parcours, coordonnée avec l'action des acteurs du premier recours.

Ces interventions de prévention et de réadaptation ont pour but l'accompagnement et le soutien à domicile et sont donc réalisées à domicile par une équipe spécialisée pluridisciplinaire.

Le protocole d'intervention expérimental vise à apporter à ces personnes des prestations permettant de :

- renforcer l'autonomie du patient,
- soutenir les aidants,
- coordonner les actions.

L'équipe spécialisée n'a donc pas vocation à remplacer une kinésithérapie, de l'orthophonie ou des mesures purement sociales d'aménagement du cadre de vie, qui peuvent parfois être les seules réponses nécessaires.

Cadre commun pour l'expérimentation d'un protocole d'intervention au domicile de personnes atteintes d'une maladie de Parkinson ou de sclérose en plaque des équipes spécialisées maladies neuro-dégénératives (MND) rattachées aux SSIAD

I. DESCRIPTIF GENERAL DU PROTOCOLE D'INTERVENTION

1. OBJECTIFS DU PROTOCOLE

Le protocole d'intervention à domicile vise à prévenir et limiter les conséquences fonctionnelles de la sclérose en plaques (SEP) ou de la maladie de Parkinson ou des maladies apparentées, en complément le cas échéant des traitements de kinésithérapie et/ou d'orthophonie.

A cette fin, l'équipe spécialisée (en complément le plus souvent de la kinésithérapie) vise les objectifs opérationnels suivants :

- permettre l'évaluation multidisciplinaire de la personne (avec l'IDE, et l'ergothérapeute ou autre professionnel). A cette évaluation sera associée une évaluation de la charge de l'aidant ;
- optimiser les capacités fonctionnelles du patient dans toutes les activités de la vie quotidienne ;
- repérer les troubles cognitifs ;
- repérer les troubles psychologiques ;
- apporter des conseils nutritionnels adaptés ;
- former les proches, tant les aidants familiaux que les intervenants et aidants professionnels du domicile, lors des interventions ;
- être en capacité d'orienter vers le dispositif le plus adapté le cas échéant et, pour les patients chuteurs, d'orienter vers une évaluation multifactorielle en utilisant notamment les ressources locales.

2. PUBLIC VISE

Les populations cibles dans le cadre de l'expérimentation sont prioritairement les adultes de 18 ans et plus, atteints de :

- Maladie de Parkinson ou maladies apparentées (Atrophie multisystématisée (AMS), Dégénérescence corticobasale (DCB), Paralyse supranucléaire progressive (PSP) ou maladie de Steele-Richardson-Olszewski) ;
- Sclérose en plaques ou maladies apparentées (pathologies inflammatoires chroniques du système nerveux : maladie de Behçet, maladie de Gougerot-Sjogren, maladie de Devic, neuro-lupus).

Critères d'inclusion

Les personnes pouvant être prises en charge par l'équipe spécialisée doivent remplir les critères d'inclusion suivants :

- Adultes, avec un diagnostic posé : SEP, maladie de Parkinson ou maladies apparentées ;
- qui présentent une détérioration des capacités fonctionnelles récentes ;
- et l'existence d'un potentiel de progrès fonctionnel grâce à une prise en charge pluridisciplinaire.

Il conviendra, avant tout retour dans le dispositif, notamment au terme du délai de 12 mois, de procéder à une nouvelle évaluation afin de s'assurer que la personne correspond toujours aux critères d'inclusion. Sa situation est en effet susceptible d'avoir évolué pendant ces 12 mois.

Critères d'exclusion

En revanche, ne pourront pas être pris en charge par l'équipe spécialisée-MND :

- les patients pour lesquels il y a un déjà un plan d'aide adapté sans potentiel de progrès fonctionnel identifié ;
- lorsqu'il existe un refus du patient et/ou des aidants ;
- lorsque le patient relève d'une prise en charge d'hospitalisation de jour de SSR/MPR ou d'un SAMSAH/SAVS ;
- les résidents des établissements sociaux et médico-sociaux hors accueil temporaire.

Il est important de rappeler que l'équipe spécialisée-MND doit intervenir dans une logique de subsidiarité.

3. TERRITOIRE ET CARACTERISTIQUES DU PORTEUR DE PROJET

Le territoire d'intervention

En temps qu'expérimentation, l'équipe spécialisée-MND, bien qu'étant rattachée à un SSIAD, aura vocation à couvrir une zone géographique plus étendue, définie en cohérence avec le projet et les spécificités du territoire concerné.

Caractéristiques du porteur de projet

Le porteur du projet d'équipe spécialisée-MND peut-être :

- un SSIAD ou un SSIAD/SPASAD disposant d'une capacité d'au moins 60 places (porteur ou non d'une équipe spécialisée Alzheimer à domicile) et autorisé pour des places personnes âgées et/ou personnes handicapées ;
- un SSIAD ou un SSIAD/SPASAD autorisé d'une capacité d'au moins de 60 places personnes âgées et/ou personnes handicapées, regroupé dans le cadre des formules de coopérations notamment celles visées à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles ;

4. COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE SPECIALISEE-MND

Composition de l'équipe expérimentale

L'équipe s'appuie sur une partie de la compétence de coordination de l'IDEC du SSIAD. Il est nécessaire que l'IDEC soit acculturé au handicap et à l'approche fonctionnelle des situations.

Elle est par ailleurs composée des autres professionnels suivants (liste non fermée, hors prise en charge libérale possible) :

- Ergothérapeute ;
- Psychomotricien ;
- Psychologue clinicien ;
- Neuropsychologue ;
- Diététicien ; ...

Il est important de prévoir l'accès à un temps de secrétariat. Il est également souhaitable que les vacations des professionnels de l'équipe spécialisée-MND soient, suivant les temps dévolus à l'équipe spécialisée, mutualisées avec des professionnels travaillant avec les services de MPR ou SSR neurologiques, services sanitaires prenant en charge des patients ayant un handicap neurologique ou travaillant en filière gériatrique ou en structure pour personnes âgées (EHPAD, plateforme de répit, etc...) ou services du secteur handicap (SAMSAH, SAVS,...) afin de favoriser les liens.

Les professionnels de l'équipe bénéficient d'une formation ou d'un stage particulier, auprès des centres experts Parkinson et SEP du CHRU de Tours et/ou le réseau Neuro Centre, en particulier sur la sélection des patients éligibles (échelles ADL/IADL) et l'adaptation de la prise en charge à la pathologie et aux besoins.

Organisation et fonctionnement de l'équipe spécialisée-MND

L'équipe spécialisée-MND respectera les modalités de fonctionnement prévues par la réglementation des SSIAD. Ainsi, le projet présenté devra être conforme aux conditions techniques et de fonctionnement mentionnés aux articles D. 312-1 à D. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Cependant, il convient de préciser les points suivants :

- L'équipe spécialisée ne réalise pas de soins infirmiers techniques. Dès lors, il n'en assume pas la charge financière si la personne accompagnée bénéficie par ailleurs de soins infirmiers effectués par une IDE au domicile ;
- L'intervention de l'équipe spécialisée est proposée indépendamment de soins classiques de SSIAD (soins de nursing et soins infirmiers coordonnés).

Dans le cadre de sa réponse, le promoteur devra détailler son organisation (horaires, ressources humaines, rôle de l'infirmier coordonnateur, rôle des ergothérapeutes, relais envisagés vers d'autres partenaires, souplesses horaires possibles des interventions pour répondre aux périodes on/off des parkinsoniens...) et décrire les locaux lui permettant d'assurer sa mission.

Les missions de l'équipe spécialisée-MND du SSIAD, conformément à l'article D. 312-3 du CASF, doivent être détaillées et précisées concernant l'organisation interne du SSIAD notamment :

- Les modalités d'accueil et d'accompagnement des personnes prises en charge ainsi que de leur entourage,
- La coordination de l'équipe spécialisée.

Les modalités de gestion et de management de l'équipe spécialisée devront être précisées, ainsi que les modalités d'articulation et de concertation avec les acteurs libéraux, en particulier pour les kinésithérapeutes, orthophonistes et médecins traitants des patients pris en charge, ainsi qu'avec les aidants professionnels.

Coopérations et partenariats

En préalable, il est important de rappeler la nécessité d'une approche multidisciplinaire bien coordonnée entre les différents intervenants : intérêt d'une prise en charge globale en articulation avec les structures spécialisées et les professionnels du premier recours.

L'équipe devra avoir un partenariat formalisé avec au moins un service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) ou Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) mention spécialisée en neurologie ou centres experts Parkinson et SEP du CHRU de Tours et le réseau Neuro Centre ainsi qu'avec un service en gériatrie de son territoire, afin de définir des modalités pour la formation continue de l'équipe spécialisée et de gestion des cas complexes en commun, avec la possibilité d'un avis médical spécialisé pour éclairer l'équipe spécialisée.

Les modalités de communication sur l'existence et l'organisation du dispositif auprès des différents partenaires devront être définies et en particulier à destination des professionnels de santé libéraux (médecins traitants, neurologues, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, IDEL), les filières gériatriques, les SSR et MPR, les services de neurologie, les dispositifs d'appui à la coordination des parcours. Un contact devra aussi être pris avec les structures de prise en charge de la douleur, les services sociaux et médico-sociaux du territoire.

Les modalités de coopération avec les acteurs de ville inclus dans le même programme de réadaptation/rééducation devront être définies (rencontres, synthèses au domicile, concertations téléphoniques, cahier de liaison, courriers, transmission d'information...) et en particulier avec les adresseurs, les médecins traitants, kinésithérapeutes et orthophonistes. Elles portent sur la répartition des tâches et le caractère complémentaire des mesures thérapeutiques en cours.

C'est ainsi qu'il sera nécessaire de :

- créer une plaquette d'information à destination des professionnels ;
- adapter l'information à destination des professionnels de santé libéraux ainsi que pour les autres professionnels du territoire ;
- programmer le lancement global de l'expérimentation auprès des partenaires avec un calendrier permettant une mise en oeuvre rapide et en intégrant les formations nécessaires des personnels ;
- élaborer les outils permettant la coordination et la planification des programmes de rééducation/réadaptation avec les autres intervenants à domicile, lorsque nécessaire.

5. MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES USAGERS

Le promoteur devra présenter les garanties de l'effectivité des droits des usagers, à travers la mise en place d'outils prévus réglementairement : *le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le document individuel de prise en charge*, ceux permettant la participation des usagers (*comme le questionnaire de satisfaction...*), ainsi que *le protocole de gestion des situations de maltraitance et autres situations à risque*.

Afin de prévenir et de traiter la maltraitance à domicile, le projet devra également prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM ainsi que celles de l'HAS¹. Ces recommandations sont téléchargeables sur le site de la Haute Autorité de santé (suite à la fusion l'ANESM et l'HAS) : <https://www.has-sante.fr/portail/>

II. MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE D'INTERVENTION

1. OBJECTIFS DU PROTOCOLE

La saisine de l'équipe spécialisée-MND du SSIAD se fait sur prescription médicale du médecin traitant ou du spécialiste qui suit la personne (neurologue, gériatre, MPR). La prescription médicale peut être ainsi rédigée :

« *Réalisation de séances de réadaptation à domicile par une équipe pluridisciplinaire pour maladie de Parkinson ou SEP ou maladie apparentée* ».

La prestation peut par ailleurs être suggérée par les différents acteurs du territoire. La prise en charge sera confirmée par l'équipe lors de l'évaluation initiale.

¹ - Guide parcours de soins maladie de Parkinson - septembre 2016
- Recommandations de bonnes pratiques maladie de Parkinson et syndromes apparentés - juin 2016
- Guide ALD n°25 sclérose en plaques - mars 2016

2. RYTHME DES SEANCES

Contrairement à la prise en charge classique en SSIAD, les interventions seront limitées dans le temps.

Le programme de prévention/réadaptation est construit avec la personne pour une durée maximale de quelques semaines (évaluations, rééducations, réadaptations, apprentissages, prises en charge complémentaires), avec 18 séances maximum par an, à domicile, à la fréquence de 1 à 2 séances par semaine adaptée aux besoins de la personne hors évaluation initiale et réévaluation à distance.

Un patient pourra bénéficier de plusieurs programmes 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.

3. VISITE INITIALE D'EVALUATION DE L'EQUIPE SPECIALISEE-MND DU SSIAD

L'équipe s'assure que le diagnostic de la pathologie a été posé au préalable par un neurologue (les coordonnées du neurologue du patient seront inscrites dans le dossier patient). Sinon le patient sera adressé en consultation spécialisée, de préférence sur son territoire de vie, pour préciser le diagnostic et optimiser les thérapeutiques.

La visite initiale au domicile est alors effectuée par le binôme infirmière coordinatrice (IDEC) et/ou avec tout autre professionnel choisi par l'IDEC. Au cours de cette visite, l'intervention de l'équipe spécialisée sera confirmée par la passation des échelles ADL/IADL, montrant une perte d'autonomie d'aggravation récente, et l'objectivation d'un potentiel de progrès fonctionnel.

L'IDEC présente au patient et à son entourage le service et son fonctionnement, les modalités d'admission, l'articulation du service avec les différents intervenants, les conditions financières de prise en charge.

Lors de cette visite initiale ou suite à un délai de réflexion de la personne, l'IDEC recueille son accord pour la mise en oeuvre du protocole d'intervention.

Cet accord est formalisé par un document d'engagement personnalisé du patient.

Le contact avec le kinésithérapeute, voire l'orthophoniste, du patient est nécessaire le cas échéant pour présentation du service et concertation.

4. PLAN D'INTERVENTION ET DE PREVENTION ET DE READAPTATION

Rédaction du bilan initial et élaboration du plan d'action de prévention et de réadaptation

Suite à la visite d'évaluation initiale, l'ergothérapeute, en lien avec l'IDEC et les professionnels jugés utiles, réalise le bilan initial du patient, à partir duquel le plan d'action sera élaboré.

Pour l'analyse élargie des facteurs de risque et des besoins spécifiques de la personne, l'ergothérapeute avec l'IDEC pourront faire appel au psychomotricien, au psychologue ou neuro-psychologue ou diététicien chaque fois que nécessaire. Si le bilan initial constate la nécessité d'une prise en charge concomitante de kinésithérapie ou d'orthophonie non réalisée jusqu'alors, elle pourra être proposée au médecin traitant par l'IDEC pour prescription. Le contact avec le kinésithérapeute du patient est alors nécessaire pour présentation et concertation.

De même chaque fois que nécessaire, l'équipe pourra proposer au médecin traitant, avant mise en oeuvre, une réorientation (en kinésithérapie ou orthophonie ou autre prise en charge) ou un recours à une expertise MPR ou neurologue ou gériatre que ce soit en consultation ou en hôpital de jour. En effet, même si l'équipe est saisie par une prescription médicale, il peut s'avérer plus adapté de proposer une réorientation du patient.

La visite initiale au domicile permet la rédaction du bilan initial, déterminant la nature des besoins du patient, et dont le résultat sera transmis au prescripteur (et au médecin traitant s'il n'est pas le prescripteur) avec la confirmation de la prise en charge et proposition du plan d'action de prévention et de réadaptation.

Les modalités d'intervention sont déterminées en fonction des objectifs négociés. Ces modalités seront précisées en lien avec le kinésithérapeute et les autres intervenants libéraux.

Dès lors, le plan d'actions de prévention et de réadaptation sera proposé par l'équipe spécialisée-MND du SSIAD et réparti sur un nombre de 18 séances au maximum. Le nombre total de séances est paramétré en fonction des besoins du patient et selon des priorités négociées avec ce dernier.

5. SORTIE DU PROTOCOLE ET VISITE DE REEVALUATION

Une visite de l'infirmière coordinatrice est effectuée au cours du programme pour faire le point et prévoir les liens, voire préparer les relais possibles post-protocole spécialisé, avec les partenaires selon les besoins du patient (professionnels de santé libéraux ou non, professionnels médico-sociaux et sociaux).

Fin de programme

La sortie du protocole doit être anticipée en amont afin de préparer la mise en place des relais nécessaires au maintien à domicile.

La dernière séance est consacrée à la « sortie » du patient. A cette occasion, l'équipe remet au patient et à son aidant, des conseils et recommandations sous forme de documents écrits, brochures et supports éducatifs.

Il est proposé au patient et à son aidant, de remplir le questionnaire de satisfaction, délivré avec le livret d'accueil en début de prise en charge.

Il est aussi mentionné dans ce document de sortie que le service reste à disposition des acteurs pour réévaluation en cas de nouvel évènement intercurrent.

A l'issue du programme de soins, le patient est informé qu'une fiche synthétique standardisée, personnalisée, des mesures proposées et effectuées sera établie et sera adressée à tous les intervenants partenaires, et en particulier médecin traitant, neurologue, MPR, orthophoniste et kinésithérapeute. Elle devra être définie dans le projet.

Réévaluation à 3 mois

Trois mois après la fin du programme, l'infirmière coordinatrice et/ou tout autre membre de l'équipe choisi par l'IDEC rendent visite au patient pour constatation de l'évolution de la situation de la personne. Cette réévaluation fait l'objet d'une synthèse transmise au patient et à son médecin traitant et peut permettre de proposer des ajustements thérapeutiques.

Cette réévaluation à trois mois, après la sortie de l'équipe spécialisée-MND du SSIAD pourrait intervenir dans les parcours, en coordination avec d'autres relais (PTA, MAIA, CTA de PAERPA). Les modalités de prise en compte des personnes pendant les trois mois où elles sont sorties de la file active se feront dans le cadre d'un indicateur spécifique « file active de veille » qui permettra de les recenser.

6. INDICATEURS – ENQUETE

Le porteur devra s'engager à répondre aux indicateurs indiqués en annexe 1 et à toutes autres demandes d'indicateurs ou d'enquête.

7. DELAIS, MODALITES DE DEPOT DES DOSSIERS DE CANDIDATURE

L'appel à candidatures fait l'objet d'une publication sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire.

La candidature doit être constituée conformément au modèle de dossier annexé au présent appel à candidatures, téléchargeable sur le site de l'ARS Centre-Val de Loire.

Les dossiers (**une version papier et une sous forme dématérialisée (clé USB)**) devront être réceptionnés en une seule fois, **avant le 12/07/2019, 15 heures, date et heure de réception faisant foi**, en langue française, en double enveloppe cachetée avec la mention « Appel à candidatures création d'une équipe expérimentale spécialisée-MND à domicile » à l'adresse suivante :

Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire
Direction de l'offre médico-sociale
Cité Coligny
131 rue du faubourg Bannier
BP 74409
45044 ORLEANS CEDEX 1

Ils seront :

- envoyés par voie postale en recommandé avec accusé de réception (date et heure de réception faisant foi). Il convient donc de tenir compte des délais d'expédition pour respecter la date et l'heure butoirs de réception.
- ou remis directement sur place contre récépissé (date et heure de réception faisant foi).

Les dossiers ne respectant pas les consignes ci-dessus de présentation, de forme et de délai de transmission ne seront pas recevables.

Si besoin, les candidats pourront demander des précisions complémentaires par messagerie à l'adresse électronique suivante : ars-cvl-pmnd@ars.sante.fr

ANNEXE 1 : INDICATEURS

Afin d'assurer l'évaluation et le suivi de cette expérimentation, le socle d'indicateur suivant sera à renseigner par le porteur retenu :

- par semestre, pour les indicateurs 1, 2 et 3
 - o Pour 2019, au 31/12 pour les 2 mois d'activité
 - o Pour les autres années, au 30/06 et 31/12
- annuellement pour les autres indicateurs

1. Personnes suivies au cours des 6 derniers mois

Définition : Il s'agit des personnes suivies au cours des 6 derniers mois et dont le protocole est terminé ou toujours en cours. Une personne ayant bénéficié d'un renouvellement de protocole est décomptée une seule fois. La dyade aidant/aidé vaut « 1 ».

	Personnes ayant fait l'objet d'une visite d'évaluation		Personnes suivies (entrées dans un protocole)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Diagnostic « Maladie de Parkinson ou assimilée »				
- De 18 à 39 ans				
- De 40 à 59 ans				
- De 60 à 74 ans				
- De 75 à 79 ans				
- De 80 ans à plus				
Diagnostic SEP ou assimilée				
- De 18 à 39 ans				
- De 40 à 59 ans				
- De 60 à 74 ans				
- De 75 à 79 ans				
- De 80 ans à plus				
Diagnostic autre				
- De 18 à 39 ans				
- De 40 à 59 ans				
- De 60 à 74 ans				
- De 75 à 79 ans				
- De 80 ans à plus				

2. File active

- File active (année civile) :
- File active « de veille » : personnes sorties du dispositif et en attente de la réévaluation à 3 mois (année civile) :

3. Adressage

Pour les personnes ayant fait l'objet d'une visite d'évaluation au cours des 6 derniers mois

	Parkinson ou assimilé	SEP ou assimilé	Autres diagnostics
Médecin généraliste			
Neurologue			
Gériatre			
MPR			
Autre (à préciser en clair)			

Dans le cadre de la transmission du rapport d'activité (art R. 314-49 et R. 314-50 du CASF) du service fin avril qui doit être joint au compte administratif, les indicateurs suivants seront également recueillis et transmis :

4. Lieu de vie / d'intervention

	Nombre de personnes
Seul à domicile	
Domicile avec aidant	
Résidence services	
Résidence autonomie	
Autre (à préciser en clair)	

5. Zone d'intervention de l'équipe spécialisée

- Rural
- Urbain
- Mixte

6. Données relatives aux actions de prévention et de réadaptation et à leur organisation

- Nombre total de personnes adressées à l'équipe spécialisée
- Nombre de refus de prises en charge en précisant la raison et la personne ayant refusé (patient, proche aidant, médecin traitant, équipe spécialisée, autre : préciser)
- Nombre d'évaluations du domicile
- Durée de prise en charge moyenne de prévention et de réadaptation (exprimée en semaines [en nombre entier])
- Nombre d'interventions effectuées par semaine pour la réadaptation
- Nombre moyen de séances par patient pour la réadaptation
- Nombre moyen de partenariats avec les autres intervenants (professionnels ou structures) par patient
- Nombre moyen de séances par patient par an
- Nombre maximum de séances réalisées par patient
- Nombre minimum de séances réalisées par patient
- Nombre d'entrées et de sorties (sur l'année d'exercice de l'équipe spécialisée)