

La direction de l'autonomie

Affaire suivie par :

Roselyne COCHERIL

Chargée de mission Planification de l'Offre

roselyne.cocheril@ars.sante.fr

APPEL A CANDIDATURES 2023

Cahier des charges régional relatif à la création de Centres de Ressources Territoriaux pour les personnes âgées

Textes de référence

Code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1, L. 313-1-3, L. 313-12-3, D. 312-7-2 et D. 312-155-0 ;

Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, notamment ses articles 44 et 47 ;

Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territoriaux pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territoriaux pour les personnes âgées ;

Instruction n° DGCS/SD3A/2022/113 du 15 avril 2022 relative à l'appel à candidature portant sur le déploiement de la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées.

I - Le contexte :

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 consacre une mission de Centre de Ressources Territoriaux.

Cette mission vise à permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant. Il s'agit, notamment, de développer une alternative à l'entrée en établissement.

Cette mission peut être portée dans des conditions fixées par le décret et l'arrêté du 27 avril 2022 susvisés :

- par un EHPAD, ainsi que le prévoient les articles L. 313-12-3 et D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles ;
- par un service à domicile, ainsi que le prévoit l'article D. 312-7-2 du code de l'action sociale et des familles.

Cette mission comporte deux modalités d'intervention, qui devront toutes deux être menées conjointement par les centres de ressources territoriaux :

– volet 1 : Une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques et de ressources et équipements spécialisées ou de locaux adaptés), afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

– volet 2 : Une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

Le présent cahier des charges vise à préciser les attendus de la mission des centres de ressources territoriaux, portée par un EHPAD ou par un service à domicile.

II – Le cahier des charges :

1. Objectifs et modalités de déploiement des centres de ressources territoriaux :

Le développement d'une mission de centre de ressources territorial vise à positionner la structure désignée comme un facilitateur du parcours de santé des personnes âgées du territoire résidant à domicile ou dans un autre établissement ainsi qu'aux professionnels en charge de leur accompagnement. L'enrichissement des missions des structures concernées est également conçu comme un levier pour renforcer l'attractivité des métiers et des parcours professionnels dans le champ du grand âge.

Cette mission comporte deux modalités d'intervention, qui devront toutes deux être menées conjointement par les centres de ressources territoriaux :

- Volet 1 – Une mission d'appui aux professionnels du territoire ;
- Volet 2 – Une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

Une dotation annuelle de 400 000 euros sera versée aux structures retenues dans le cadre de l'appel à candidatures pour remplir la mission de centre de ressources territoriaux dans ses deux volets.

Pour mémoire, suite à l'AAC 2022, 5 CRT ont été installés sur les territoires de l'Ain, de l'Allier, de la Loire, de la Métropole de Lyon et de la Haute-Savoie.

En ce qui concerne l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et compte tenu de la dotation allouée pour l'année 2023, **douze centres de ressources territoriaux** seront autorisés dans le cadre de ce nouvel appel à candidature pour un **montant total de 4 800 000 euros**.

2. Articulation avec l'expérimentation « Article 51 Dispositifs Renforcés de Soutien Au Domicile (DRAD) »

L'expérimentation « Article 51 Dispositifs Renforcés de Soutien Au Domicile (DRAD) », dont s'est inspiré le volet 2 de la mission de Centre de Ressources Territorial, prendra fin au 31 décembre 2023.

Dans notre région Auvergne-Rhône Alpes, trois territoires expérimentent ce dispositif DRAD dans les départements de la Drôme, de l'Isère et du Puy de Dôme.

Suite aux instructions nationales et afin que les 3 DRAD expérimentaux puissent éventuellement rejoindre le droit commun à compter du 1er janvier 2024, **ces derniers sont invités à déposer leur candidature dans le cadre de l'Appel à Candidature CRT 2023**, en prenant en compte la totalité des attendus et notamment les préconisations des volets 1 et 2.

Leurs candidatures seront ensuite étudiées et validées, le cas échéant, par la commission de sélection régionale.

3. Les territoires sélectionnés :

Notre projet régional de santé (ci-après le « PRS ») de notre région prévoit que l'objectif d'évolution de l'offre en direction des personnes âgées est conduit dans une logique de réduction des inégalités au niveau régional et infra-départemental. Les orientations régionales visent à retenir en priorité les territoires les moins dotés.

Les départements ciblés pour l'installation des CRT sont identifiés au regard de ce classement issu des taux d'équipement du PRS. Sont notamment classés dans le « Groupe priorité 1 ou territoires fragiles », les départements de la Drôme (26), de la Haute-Savoie (74), de l'Isère (38) et de la Métropole de Lyon (69).

Pour rappel, suite à l'AAC 2022, 5 CRT ont été installés sur les territoires de l'Ain, de l'Allier, de la Loire, de la Métropole de Lyon et de la Haute-Savoie.

Dans le cadre de la poursuite du déploiement, tous les départements de notre région disposeront a minima d'un CRT, tandis que les 4 départements prioritaires seront in fine dotés de 2 CRT.

Dans le cadre de cet appel à candidatures, sont ciblés les départements listés ci-dessous :

- Création d'un CRT pour les départements suivants :

Les porteurs pourront présenter leurs candidatures sur l'ensemble du territoire des départements identifiés, sauf précision contraire.

- L'Ardèche (ensemble du territoire)
- Le Cantal (ensemble du territoire)
- La Haute-Loire (ensemble du territoire)
- Le Puy-de-Dôme (ensemble du territoire)
- La Métropole de Lyon (sauf les communes de Bron, Vaulx en Velin, Vénissieux, Chassieu, St Priest, Genas, Décines, Lyon 08) (en complément du CRT AAC 2022)
- Le Rhône (ensemble du territoire)
- La Savoie (ensemble du territoire)
- La Haute-Savoie - Les territoires identifiés sont les suivants (en complément du CRT AAC 2022) :
 - ✓ Soit la filière gériatrique Annecy Rumilly St Julien
 - ✓ Soit la filière gériatrique Chablais
 - ✓ Soit la filière gériatrique Mont Blanc

Création de 2 CRT pour chacun des départements suivants :

- La Drôme (ensemble du territoire)
- L'Isère - Les territoires identifiés sont les suivants :
 - ✓ 1 CRT à créer sur la filière gériatrique Nord-Isère
 - ✓ 1 CRT à créer sur la filière gériatrique Grenoble/bassin sud Isère ou sur la filière gériatrique de Voiron

Dans la perspective éventuelle de future création de Centres de Ressources Territoriaux, les territoires d'intervention tels que précisés ci-dessus pourraient être retravaillés afin de permettre un maillage cohérent de ce dispositif CRT.

La répartition synthétique territoriale des 17 CRT (AAC 2022 et 2023) se décline de la manière suivante :

Départements	Nbre de CRT installés lors de l'AAC 2022	DRAD EN fonctionnement	Nbre de CRT à installer lors de l'AAC 2023	TOTAL des CRT après AAC 2022 et 2023
01 - Ain	1		0	1
03 - Allier	1		0	1
07 - Ardèche	0		1	1
15 - Cantal	0		1	1
26 - Drôme	0	1	2	2
38 - Isère	0	1	2	2
42 - Loire	1		0	1
43 - Haute-Loire	0		1	1
63 - Puy-de-Dôme	0	1	1	1
69 - Métropole de Lyon	1		1	2
69 - Rhône	0		1	1
73 - Savoie	0		1	1
74 - Haute-Savoie	1		1	2
TOTAL	5	3	12	17

4. La mission de centre de ressources territorial se compose de deux volets complémentaires

4.1. Organisation du centre de ressources territorial :

La mission de centre de ressources territorial peut être portée soit par un EHPAD, en lien avec des services à domicile, soit par un service à domicile, sur la base d'un conventionnement avec un EHPAD pour la mise à disposition des ressources nécessaires à la réalisation des prestations du volet 1 (locaux, équipements, accès aux ressources de santé...) ainsi que d'un temps de médecin coordonnateur et si possible la mobilisation d'un hébergement d'urgence pour la réalisation des prestations du volet 2.

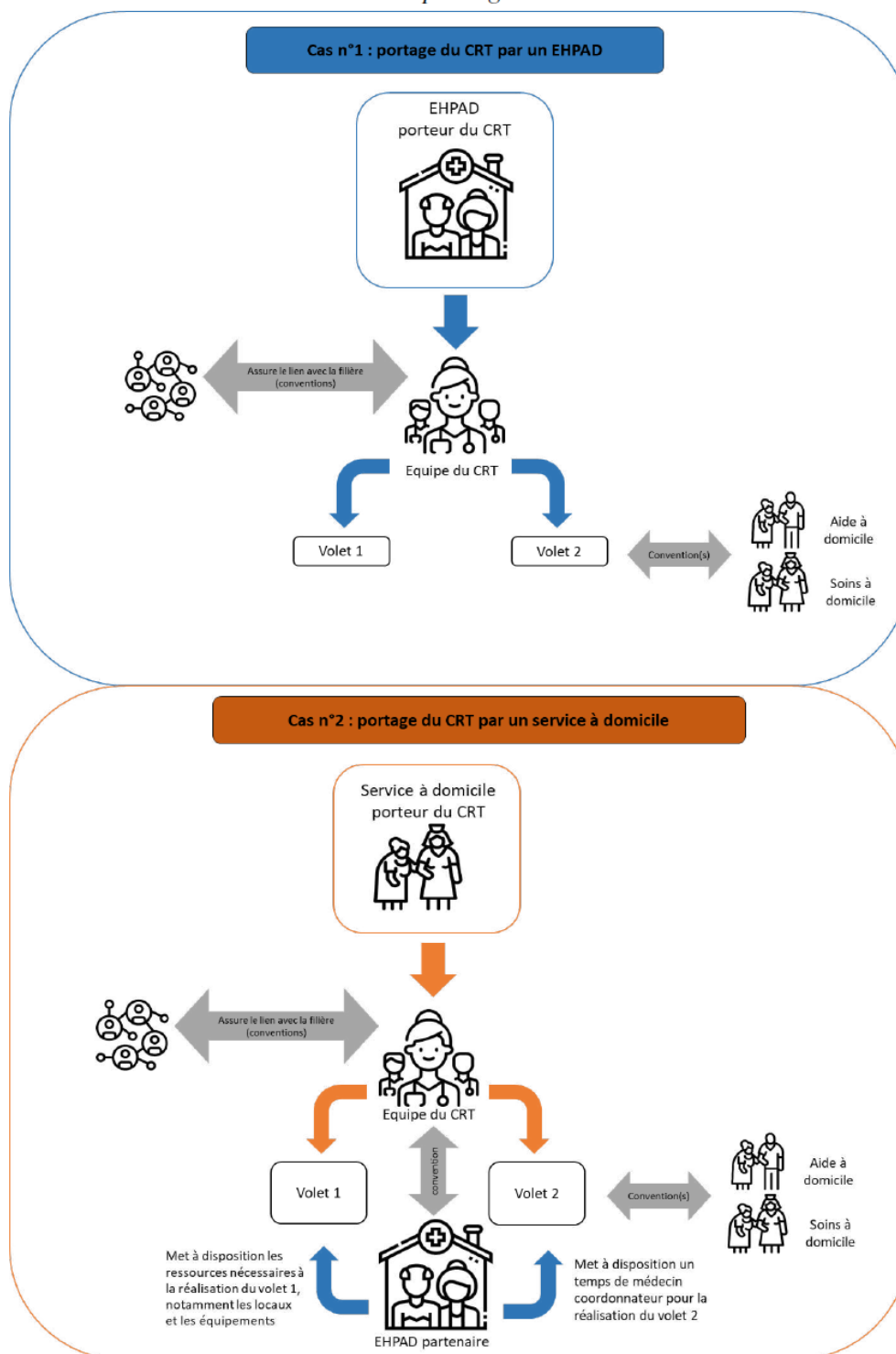
Le porteur du projet doit constituer une équipe dédiée en recrutant ou en identifiant les professionnels qui sont chargés de conduire la mission de centre de ressources territorial et préciser les modalités de fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire dédiée à la conduite de cette mission. L'équipe ainsi constituée collabore avec les professionnels de l'établissement ou du service porteur.

Que la mission soit portée par un EHPAD ou un service à domicile, la complémentarité entre les deux modalités d'intervention, au sein des murs de l'EHPAD (porteur ou partenaire) et au domicile des bénéficiaires, est notamment assurée grâce à un temps de direction et de chefferie de projet dédié à la mise en œuvre de cette nouvelle mission.

Que la mission soit portée par un EHPAD ou par un service à domicile, les équipes qui assurent les missions classiques de la structure porteuse doivent être associées le plus possible aux actions mises en œuvre dans le cadre des deux modalités d'intervention de la nouvelle mission (volet 1 et 2).

La nouvelle mission est pensée comme un prolongement de l'action classique de la structure et doit s'articuler avec le fonctionnement habituel de celui-ci. Si la mission de centre de ressources territorial est portée par un service à domicile, une attention devra également être portée à l'articulation avec les équipes qui assurent les missions classiques de l'EHPAD partenaire, dans le cadre du conventionnement passé avec lui.

Schéma n° 2. – *Les deux modalités de portage d'un centre de ressources territorial*



4.2. Complémentarité des deux modalités d'intervention :

Il est prévu que les bénéficiaires de l'accompagnement renforcé au domicile (volet 2) puissent participer aux actions mises en place au titre du volet 1 telles que l'accès aux ressources de santé (consultations et téléconsultations, actions de prévention et repérage) et aux activités en faveur de l'animation de la vie sociale. De plus, l'ouverture du centre de ressources territorial sur son environnement doit permettre de repérer des situations susceptibles de bénéficier du volet 2.

Par ailleurs, les personnes âgées sur liste d'attente pour une entrée en EHPAD peuvent se révéler être de futurs bénéficiaires de cet accompagnement. Le suivi des personnes à leur domicile dans le cadre du volet 1 et du volet 2 peut participer à une meilleure préparation de l'entrée en EHPAD des personnes concernées.

Certains postes de dépenses partagés, tels que la mise en place de moyens de transports, peuvent bénéficier aux deux volets de la mission de centre de ressources territorial.

4.3. Critères d'éligibilité du porteur et de sélection du projet :

Ne sont pas éligibles les projets suivants :

- Les projets ne comportant pas les deux modalités d'intervention pour assurer le rôle de centre de ressources territorial ;
- Lorsque le porteur est un service à domicile, les projets ne prévoyant pas de conventionnement avec un EHPAD.

Orientations nationales pour la sélection des projets :

Pour la sélection des projets, une attention particulière est portée sur l'opérationnalité du projet et la capacité du gestionnaire à mettre en œuvre rapidement la nouvelle mission. A cet égard, il pourra être tenu compte des éléments suivants pour la sélection des projets, qu'il s'agisse d'un EHPAD ou d'un service à domicile :

- Les porteurs de projet qui concentrent des expertises diverses ou mettant en place des actions innovantes et disposant de compétences intéressantes à diffuser sur le territoire. Cela peut être en lien avec des pratiques vertueuses reconnues en matière d'accompagnement des résidents et bénéficiaires et de respect des principes de bientraitance ainsi qu'avec son dynamisme sur les sujets d'attractivité des métiers et de qualité de vie au travail ;
- L'inscription du porteur de projet dans une forte dynamique partenariale gériatologique ainsi que sa place dans la filière gériatrique. L'existence de liens avec le secteur sanitaire et l'hospitalisation à domicile sont également un gage de solidité du porteur. En outre, le rattachement à un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) peut être considéré comme un atout pour endosser les missions de centre de ressources territorial ;
- La qualité du diagnostic réalisé sur la place et le rôle des acteurs du territoire justifiant le choix des prestations, l'organisation et les partenariats proposés par le porteur est un critère déterminant. Le fait que les prestations proposées permettent d'améliorer la qualité et le maillage territorial de l'offre à destination des personnes âgées et répondent aux objectifs des plans en cours sera valorisé (exemple : plan antichute, stratégie vieillir en bonne santé, feuille de route maladies neuro dégénératives). A cet égard, la stratégie de déploiement des missions de centre de ressources territorial doit tenir compte des dispositifs expérimentaux DRAD existants et de leur zone de couverture territoriale, afin de ne pas créer de doublon. En conséquence, une priorité sera donnée au fait que la mise en place d'un centre de ressources territorial réponde à un besoin du territoire qui jusque-là n'était pas ou insuffisamment couvert ;

- Le fait que le porteur de projet ait d’ores et déjà développé des modalités d’accueil et prestations spécifiques (exemple : places d’accueil de jour, hébergement temporaire, PASA, UHR et PFR) ou bien des modalités d’accompagnement démontrant une robustesse de la structure (exemple : garde itinérante de nuit).

S’agissant de la solidité de l’EHPAD porteur de projet ou partenaire, l’ARS veillera à ce que l’EHPAD :

- bénéficie d’un temps de médecin qui assure une présence effective dans l’EHPAD, prioritairement un médecin coordonnateur ou à défaut un médecin intervenant dans l’EHPAD (exemple : médecin prescripteur attaché à l’EHPAD) ;
- bénéficie d’un temps d’infirmier coordinateur ;
- ait une présence d’infirmière de nuit ou soit engagé dans un dispositif d’astreinte mutualisée d’IDE de nuit ;
- dispose d’espaces et d’équipements suffisants pour organiser les actions du volet 1. Ils doivent être accessibles aux différents acteurs susceptibles d’y intervenir, s’agissant notamment de l’emplacement géographique, ainsi que des horaires d’ouverture au public. Les ARS veillent à ce que les porteurs de projet assurent une offre accessible financièrement. En particulier, dans l’hypothèse où l’accompagnement renforcé à domicile ne permet plus à la personne de continuer de vivre chez elle, le porteur doit être en mesure de proposer une solution d’hébergement en aval du volet 2 à un prix accessible. L’accessibilité financière est assurée si l’EHPAD porteur ou partenaire est majoritairement habilité à l’aide sociale. A défaut, le porteur :
 - soit propose des prestations aux tarifs fixés par le département dans le cadre de l’aide sociale ;
 - soit prévoit dans sa candidature les modalités d’orientation des bénéficiaires du volet 2 vers une offre d’hébergement accessible financièrement via une convention avec un ou plusieurs EHPAD majoritairement habilités à l’aide sociale.

Pour les projets sélectionnés, la mission de centre de ressources territorial donne lieu à une **modification de l’arrêté d’autorisation** de la structure retenue. Selon la structure concernée, il est co-signé par le directeur général de l’ARS et le président du conseil départemental ou signé uniquement par le directeur général de l’ARS.

Dans l’hypothèse où un service ne proposant que de l’aide à domicile est retenu, l’autorisation est modifiée et co-signée par l’ARS. Cette autorisation donne lieu à un enregistrement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) dont les modalités sont précisées dans l’annexe 2 de l’arrêté du 27 avril 2022.

4.4. Financement de la mission :

Une dotation annuelle de 400 000 € est versée aux structures retenues dans le cadre de l’appel à candidatures pour remplir la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets.

Ce financement ne se substitue à aucun autre financement déjà perçu par l’établissement ou le service porteur et intègre l’ensemble des revalorisations salariales dont les mesures Ségur. Néanmoins, ce financement n’a pas vocation à financer des actions déjà financées par ailleurs et ne nécessitant aucun complément de financement (à titre d’exemple, des actions du volet 1 déjà réalisées et financées par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d’autonomie des personnes âgées ou par la dotation complémentaire versée aux SAAD par le conseil départemental).

Ces financements, tout comme les prestations qu’ils financent, s’ajoutent aux financements versés aux services à domicile pour dispenser des prestations d’aide ou de soins à domicile. Dans la continuité de

l'expérimentation DRAD et dans l'attente de son évaluation, aucune participation financière n'est demandée aux bénéficiaires des prestations du centre de ressources territorial.

Cette dotation peut être répartie librement entre les deux modalités d'intervention de la mission, sous réserve de respecter les contraintes suivantes :

- **Un temps de chefferie de projet** dédié est financé (exemple: à hauteur de 0,2 ETP), notamment pour assurer la coordination administrative, la gestion budgétaire et comptable, la gestion des ressources humaines et la gestion des systèmes d'information ;
- **La somme fléchée vers le volet 1 doit permettre de financer le socle de prestations attendues dans le volet 1 ;**
- **La somme fléchée vers le volet 2 doit permettre de financer une offre d'accompagnement renforcé à domicile pour une file active de 30 bénéficiaires minimum, financée à hauteur de 900 € par mois par bénéficiaire.**

Dans l'hypothèse d'un portage par un service à domicile, le fonctionnement de centre de ressources territorial **repose sur un conventionnement avec un EHPAD partenaire** pour assurer les missions du volet 1 et pour le volet 2 pour organiser la mise à disposition d'un temps de médecin qui assure une présence effective dans l'EHPAD (prioritairement un médecin coordonnateur ou à défaut un médecin intervenant dans l'EHPAD). Les prestations apportées par l'EHPAD y sont définies et sont facturées par l'EHPAD au service porteur de la mission de centre de ressources territorial.

Le financement de cette mission donne lieu à un avenant au CPOM de la structure. Si le porteur n'a pas de CPOM, la dotation est versée en complément de la dotation soins aux services autorisés totalement ou partiellement par l'ARS. Pour les services proposant uniquement de l'aide et de l'accompagnement à domicile, le financement est versé par l'ARS à l'EHPAD partenaire, avec lequel une convention doit être conclue ; cette convention prévoit le reversement de la part revenant au porteur de projet (somme fixée pour le volet 2 et pour les actions du volet 1 que le service mène en propre).

Une comptabilité analytique est établie pour retracer les dépenses spécifiques à la mission de centre de ressources territorial. Elle permet notamment le retraitement des EPRD/ERRD pour retrancher ces dépenses dans le cadre d'un CPOM.

Un suivi d'indicateurs d'activité dédiés est également organisé.

4.5. Gouvernance et partenariats :

L'action du centre de ressources territorial repose sur de nombreux partenariats qui doivent être identifiés dans le dossier de candidature (lettres d'engagement par exemple). Parmi les conventions qui organisent et définissent ces partenariats, deux types de convention sont obligatoires pour la mise en œuvre et doivent être prévues dans le projet du porteur :

- Pour l'ensemble des porteurs, qu'il s'agisse d'un EHPAD ou d'un service à domicile, des conventions avec les services à domicile qui interviennent au quotidien chez les bénéficiaires du volet 2 doivent être conclues ;
- Pour les centres de ressources territoriaux portés par un service à domicile, une convention doit être conclue avec un EHPAD partenaire pour la réalisation de certaines prestations du volet 1 et du volet 2.

Outre ces conventions incontournables, la liste, ci-dessous regroupe les partenariats nécessaires pour la réalisation des prestations dans les deux volets, qui sont susceptibles de varier selon les territoires et les configurations locales. Les partenariats prévus plus spécifiquement pour chacun des volets de la mission sont précisés dans les parties concernées.

L'animation des partenariats constitue un point essentiel pour le bon fonctionnement du Centre de Ressources Territorial et l'effectivité de ses missions sur le territoire. Elle repose sur des conventions permettant de préciser les articulations avec les structures de droit commun. Par conséquent, **le gestionnaire doit définir une instance de pilotage de la mission de centre de ressources avec les acteurs et partenaires du territoire** (acteurs de la filière de soin gériatrique et gérontologique, acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social...) en s'appuyant sur les instances de concertation et de coordination territoriale existantes.

Dans le cadre des prestations mises en œuvre, l'ARS veillera à ce que la structure établisse des partenariats notamment avec les acteurs des secteurs sanitaire (établissements, services et professionnels de santé) et médico-social, les acteurs de la prévention, de la coordination, les professionnels du domicile (dont les professionnels de soin libéraux) ou encore les acteurs associatifs de son territoire d'intervention. La structure veillera, en étroite collaboration avec l'ARS, à porter une attention particulière à l'articulation avec l'offre d'expertise déjà existante, tout particulièrement portée par les dispositifs sanitaires identifiés dans la liste ci-dessous.

Institutionnels et financiers :

- ARS
- Conseil départemental
- Commune et intercommunalité

Filière de soins :

- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- L'appui soins palliatif territorial: l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)
- L'appui gériatrique territorial (partie intégrante de la filière de soins gériatrique territoriale) et notamment les équipes mobiles gériatriques (EMG)
- Equipes mobiles d'hygiène (EMH)
- L'équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMGP) ou de psychogériatrie
- Etablissements de santé (MCO/SMR/USLD/UCC) et notamment les hôpitaux de proximité
- Etablissements et services de santé mentale

Aide et soins à domicile :

- SAAD, SSIAD, SPASAD, futurs services autonomie à domicile
- L'hospitalisation à domicile (HAD)
- Equipe PRADO pour les personnes âgées
- Equipes spécialisées Alzheimer (ESA)
- Equipes spécialisées Maladies Neuro-Dégénératives (ESMND)
- Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation (EAAR)
- Equipes médico-sociales APA

Prévention de la perte d'autonomie :

- Associations
- Caisses et mutuelles
- Centres sur les aides techniques

Aide aux aidants :

- PFR du territoire
- Associations d'aide aux aidants
- Représentants du CVS
- Autres acteurs qui proposent du répit au domicile

Vie sociale et citoyenne :

- Associations dédiées

Professionnels libéraux :

- Médecin traitant
- Equipes de soins libérales (IDEL)
- Organisations d'exercice coordonnées : Equipes Soins Primaires, CPTS, MSP, centres de santé
- Pharmacies d'officine

Coordination locale :

- Dispositif d'appui à la coordination (DAC) : rassemble le dispositif MAIA, la plateforme territoriale d'appui (PTA), la coordination territoriale d'appui (CTA de PAERPA), des réseaux de santé et parfois le CLIC

Autres établissements :

- Etablissements hébergeant des personnes âgées
- Résidences autonomie
- Porteurs des habitats inclusifs du territoire
- Résidences Services Séniors (RSS)

5. Volet 1 : Le centre de ressources territorial mobilise des compétences et des actions favorisant le maintien à domicile des personnes âgées**5.1. Les publics cibles :**

Les publics cibles du centre de ressources territorial dans son volet 1 sont :

- **Les personnes âgées**, sans condition de niveau de GIR, et leurs aidants, en particulier les personnes bénéficiant du volet 2 mais plus largement les personnes âgées du territoire résidant à leur domicile. L'objectif est de mobiliser toutes les ressources pertinentes pour permettre à ces personnes, en complément de l'accompagnement à domicile, de vieillir chez elles. En particulier, le porteur de projet veillera à ce que les ressources disponibles, en particulier celles des EHPAD (porteur ou partenaires), qui bénéficient généralement exclusivement aux résidents de l'EHPAD, soient mises à disposition de personnes âgées résidant à domicile ;
- **L'ensemble des professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées**, dans l'objectif d'améliorer les pratiques professionnelles et de partager les bonnes pratiques. Peuvent notamment bénéficier des actions du volet 1 les personnels de services à domicile, d'EHPAD ou de résidences autonomie.

5.2. Les prestations proposées au titre du volet 1 :

Les actions listées au sein de ce cahier des charges représentent une liste non exhaustive. Il n'est pas attendu qu'un centre de ressources territorial propose l'intégralité des actions identifiées. De plus, le porteur sera libre de proposer des actions qui n'apparaissent pas dans cette liste mais qui répondent aux trois champs d'intervention cités ci-dessous.

Ces actions doivent s'articuler avec les acteurs déjà présents sur le territoire afin de veiller à ce qu'elles répondent à un besoin du territoire qui jusque-là n'était pas ou insuffisamment couvert (ESP, CPTS, conférence des financeurs, CLIC...).

Elles sont élaborées sur la base d'un diagnostic partagé.

Dans le cadre du volet 1, le centre de ressources territorial devra réaliser au minimum une action dans chacun des 3 champs d'interventions suivants :

- Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention ;**
- Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants ;**
- Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques.**

Exemples d'actions visant à favoriser l'accès aux soins et à la prévention :

L'ARS Auvergne Rhône-Alpes, dans un souci de cohérence avec d'autres actions nationales lancées auprès des Personnes Agées comme le plan antichute, serait sensible à ce que le Centre de Ressources Territorial travaille plus spécifiquement à prévenir les chutes à domicile ou en EHPAD, repérer leurs facteurs de risque et assurer le suivi lorsque la chute est survenue, tout en mettant l'accent sur la prévention des récidives.

– Proposer des prestations de télésanté (télémedecine/télésoin) pour répondre aux besoins et améliorer le suivi des résidents en proposant ces services aux personnes âgées du territoire ou à d'autres établissements ;

– Donner accès à des consultations avancées de professionnels de santé spécialisés (ophtalmologie, kinésithérapie, ergothérapie, cardiologie, dermatologie, nutrition, chirurgie-dentaire...) ouvertes aux personnes âgées vivant à leur domicile, en résidence autonomie ainsi qu'aux résidents d'autres EHPAD. Le porteur peut organiser des journées de présence de spécialistes dans ses murs afin de rapprocher le spécialiste des personnes âgées et leur éviter de parcourir trop de distance notamment dans les déserts médicaux. Il peut mettre à disposition des locaux et des équipements adaptés pour les spécialistes en fonction des besoins spécifiques identifiés dans le territoire et des consultations pouvant être mises en place au sein d'un EHPAD.

Exemples : masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, audioprothésiste, chirurgien- dentiste... Le porteur pourra également organiser le transport de la personne âgée pour se rendre à ces consultations

– Mettre à disposition des temps de professionnels pour se rendre sur demande dans un autre établissement (EHPAD, Résidence autonomie) ou service à domicile, par exemple lorsque cela est possible.

Exemples : ergothérapeute, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute, psychologue ou tout autre professionnel

– Organisation de consultations infirmière de dépistage des fragilités et/ou de problématiques spécifiques.

Exemples : conduites addictives, troubles du sommeil, souffrance psychique, troubles cognitifs

– Organiser des campagnes de vaccination pour les personnes âgées du territoire résidant à domicile, au sein de l'EHPAD porteur ou partenaire ou au sein d'autres établissements, ainsi que leurs aidants (ex: grippe)

– Ouvrir à des personnes âgées du territoire et leurs aidants ne bénéficiant pas d'une prestation d'hébergement des actions collectives de prévention sécurisantes et susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être et des actions de repérages des problématiques spécifiques.

Exemples : atelier de renforcement musculaire et prévention des chutes ; créer des rencontres régulières avec les personnes âgées résidant à domicile pour des activités stimulant la mémoire (ateliers mémoire, revue de presse, scrabble, jeux de cartes, jeux de société, chants...) ; atelier cuisine et diététique; atelier de conseils d'aménagement du domicile.

Exemples d'actions visant à lutter contre l'isolement des personnes âgées du territoire et de leurs aidants, en bonne articulation avec le programme coordonné de la conférence des financeurs de prévention de la perte d'autonomie :

- Contribuer au maintien du lien social :
 - * Partage des temps de repas ;
 - * Activités culturelles : visite du patrimoine, revue de presse, soirées musicales ou théâtrales ;
 - * Activités ludiques : ateliers de mémoire, scrabble, jeux de cartes, jeux de société, chants... ;
 - * Activités sportives : danse, gymnastique douce, yoga, randonnées... ;
- Développer des actions qui concourent à renforcer les liens intergénérationnels. *Exemples :*
 - * Jumelage d'EHPAD ou de service à domicile/école ou actions avec des crèches, création de lien intergénérationnel à travers des activités pédagogiques ;
 - * Mettre en place des partenariats avec des associations dans une logique intergénérationnelle ;
 - * Développer des activités en commun avec le centre de loisirs et le club des aînés de la commune ;
- Apporter un soutien aux aidants :
 - * Accompagner vers les plateformes de répit (PFR), les CLIC, les CCAS, des organisations bénévoles et l'hébergement temporaire notamment en cas d'urgence ou de besoin de répit de l'aidant ;
 - * Mettre en place un partenariat formalisé avec la PFR du territoire ;
 - * Sensibiliser les aidants à l'accompagnement de personnes dans une situation spécifique, par exemple atteintes de maladies neurodégénératives et en fin de vie ;
 - * Organiser au sein de l'EHPAD des échanges de pratiques et partages de compétences entre les aidants des résidents et des personnes âgées à domicile et les professionnels de l'EHPAD notamment concernant les maladies neurodégénératives.

Exemples d'actions visant à contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et de la qualité de l'accompagnement :

- Organiser des actions d'information, de sensibilisation, des partages d'expériences ou d'échanges ouvertes aux professionnels de la structure porteuse et de l'extérieur et à destination des bénévoles intervenant auprès des personnes âgées.
Exemples : amélioration des pratiques professionnelles en matière d'hygiène, d'éthique d'accompagnement de personnes atteintes de troubles du comportement ou encore de personnes en fin de vie, réunions pour faciliter l'appropriation par les professionnels des bonnes pratiques diffusées par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- Organiser des campagnes de vaccination pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées en lien avec les acteurs du territoire (médecins traitants).

5.3. Partenariats spécifiques :

Lorsque le porteur du centre de ressources est un service à domicile, un partenariat avec un EHPAD, via une convention, doit être prévu. Si le service porteur peut réaliser lui-même certaines prestations, les locaux, équipements et compétences de santé dont dispose l'EHPAD partenaire doivent pouvoir être mobilisés pour remplir les exigences du volet 1.

Parmi les partenariats transverses évoqués dans la première partie de ce cahier des charges, le centre de ressources territorial doit se rapprocher, pour la mise en œuvre du volet 1, tout particulièrement des **hôpitaux de proximité** présents sur le territoire couvert. En effet, il doit impérativement veiller à porter une attention particulière à l'articulation avec l'offre d'expertise déjà présente sur le territoire.

5.4. Financement :

S'agissant du volet 1, l'enveloppe allouée peut financer des moyens humains ou matériels.

Moyens humains (Liste non exhaustive) :

- Temps en ressources humaines (coordination, animation, communication, suivi administratif, soins)
- Intervenants extérieurs (professionnels de santé, animateurs d'ateliers)
- Formation spécifique pour la personne amenée à réaliser une action relevant des prestations supplémentaires

Moyens matériels (Liste non exhaustive) :

- Aménagement des locaux pour la réalisation des actions de centre de ressource territorial
- Achats de matériels (fournitures, informatique, équipements permettant de faire des actes de téléconsultation à domicile...) pour la réalisation des actions de centre de ressource territorial
- Mise à disposition d'un transport pour faciliter la mobilité des bénéficiaires quand aucun autre type de transport n'est disponible.

6. Volet 2 : Assurer un accompagnement renforcé au domicile des personnes pour lesquelles les prestations « classiques » ne suffisent plus

La mission de centre de ressources territorial comporte un volet 2 « accompagnement renforcé à domicile ». Il s'agit d'actions visant à étayer et renforcer l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à leur domicile.

L'objectif général est de **proposer une solution aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie** (GIR 1 à 4) **qui souhaitent rester à leur domicile**, pour lesquelles un accompagnement « classique » des services du domicile n'est plus suffisant et qui seraient de prime abord orientées vers un établissement d'hébergement adapté. Il s'agit donc de personnes ayant besoin d'un panier de services d'accompagnement large justifiant une coordination renforcée. Le projet devra préciser les critères d'inclusion et prévoir le suivi des caractéristiques du public effectivement accompagné.

Les objectifs de l'accompagnement renforcé au domicile sont au cœur des enjeux du virage domiciliaire, qui vise à permettre à des personnes ayant un niveau de perte d'autonomie avancé de rester à leur domicile et d'éviter ou de retarder l'entrée en établissement.

Ce volet de mission repose sur une coordination intégrée et renforcée des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée, tout en s'appuyant sur l'expertise du centre de ressources territorial dans l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Un des enjeux de ce volet repose sur le **partenariat noué avec des SAAD et des SSIAD/SPASAD** pour proposer une offre intégrée afin de mieux répondre aux besoins des personnes dans une logique de « panier de services ». **Ce volet suppose donc que le porteur s'associe au(x) SAAD, SSIAD ou SPASAD intervenant au domicile des bénéficiaires** et faisant l'objet d'autorisations portées par un seul et même gestionnaire ou par plusieurs gestionnaires qui conventionnent pour répondre au projet.

Sans faire « à la place de » mais **en complémentarité** avec les autres acteurs intervenant auprès de la personne et de son aidant, des **prestations d'accompagnement renforcé** (sécurisation de l'environnement, gestion du parcours de soins, etc.) sont proposées. Elles sont détaillées au présent cahier des charges.

6.1. Modalités d'intervention et d'organisation :

L'accompagnement renforcé à domicile offre une alternative à l'entrée en EHPAD. Il est destiné aux **personnes âgées en perte d'autonomie en niveau de GIR 1 à 4** pour leur permettre de prolonger leur vie chez elles en limitant le plus possible les ruptures brutales de parcours.

6.1.1. Prestations apportées par l'accompagnement renforcé :

Le dispositif inclut un niveau de prestations similaire à celui d'un EHPAD en proposant un accompagnement plus intensif, coordonnant si nécessaire l'offre de soins et d'accompagnement **en partenariat avec les services du domicile** qui interviennent en proximité pour de l'aide et/ ou du soin (SSIAD, SAAD et/ou SPASAD, futurs services autonomie).

Les prestations **complémentaires** qui constituent l'offre d'accompagnement renforcé recouvrent les quatre domaines suivants :

1. **Sécurisation de l'environnement de la personne** : surveillance et sécurisation du domicile jour et nuit, accompagnement à l'adaptation du logement ;
2. **Gestion des situations de crise et soutien des aidants** : gestion des ruptures d'accompagnement, gestion des sorties d'hospitalisation des bénéficiaires, soutien et orientation des aidants vers des solutions de répit ;
3. **Suivi renforcé autour de la personne** : suivi des plans d'accompagnement et de soins, coordination de l'ensemble des interventions autour du bénéficiaire, surveillance gériatrique ;
4. **Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement** des personnes âgées, animation de la vie sociale, appui au parcours de vie.

Il n'est pas attendu des professionnels du centre de ressources territorial qu'ils réalisent eux même les prestations d'accompagnement (aide et soins) mais qu'ils coordonnent les acteurs autant que de besoin et qu'ils permettent aux bénéficiaires d'accéder à l'ensemble des prestations complémentaires au droit commun prévues par cet accompagnement particulier, qui repose sur une expertise complémentaire gérontologique et gériatrique. En accord avec les partenaires du dispositif, l'accompagnement renforcé permet au bénéficiaire et à ses aidants de s'adresser à un interlocuteur unique, plutôt qu'à une pluralité d'acteurs intervenants au domicile au sens où, le dispositif simplifie la réalisation des actions des différents intervenants et décharge le bénéficiaire et son aidant de l'organisation et du suivi de l'accompagnement. Le dispositif propose une offre de services modulable et intégrée, c'est-à-dire la possibilité d'accéder à une diversité de prestations relevant notamment de l'aide et de l'accompagnement, du soin, des repas et des activités, par une mise en place personnalisée et coordonnée des prestations.

L'accompagnement renforcé est mis en place **de façon graduée** lorsque les interventions déjà déployées au domicile ne suffisent plus à assurer le maintien à domicile dans de bonnes conditions. Il n'a pas vocation à se substituer aux compétences et aux missions assurées par les intervenants au domicile, tels que les professionnels libéraux (IDEL), les SAAD, SSIAD et SPASAD ou celles qui seront définies pour les futurs services autonomie à domicile qui assureront un premier niveau de coordination de l'aide et du soin. L'accompagnement renforcé intervient en complémentarité des acteurs du droit commun qui interviennent au domicile du bénéficiaire.

Ci-dessous le détail des prestations « socle » par domaine d'intervention réalisées par l'accompagnement renforcé à domicile (volet 2) :

Sécurisation du domicile et adaptation du logement :

- Adaptation du domicile sur préconisations d'un ergothérapeute : évaluation des besoins et aide aux démarches nécessaires aux aménagements constitués d'aides techniques, technologiques, domotiques dont des dispositifs de télésanté et de liaison numérique – un pack domotique peut être proposé.
- Mise en place d'un dispositif de téléassistance 24h/24 et 7j/7 au sens de téléalarme reposant sur la levée de doute et faisant le lien avec l'astreinte soignante de l'accompagnement renforcé (selon le libre choix du bénéficiaire). La solution doit être supérieure à une téléassistance classique en regard des objectifs du dispositif et de la population accompagnée. Il peut s'agir d'un système de téléassistance 24h/24 et 7j/7, par visio-assistance avec tablette connectée à l'astreinte de nuit par exemple.

Gestion des situations d'urgence ou de crise :

- Mise à disposition d'une solution d'accueil d'urgence dans un EHPAD du territoire : 24h/24 dans la mesure du possible, sur une place HT-SH ou HTU pour limiter le reste à charge.
- Organisation d'interventions à domicile par un professionnel de santé d'astreinte de nuit (IDE / aides-soignants / assistants de soins en gérontologie) de façon graduée et en réponse aux besoins ponctuels (en complément des gardes itinérantes de nuit financées par l'APA). => ces interventions peuvent être proposées en dehors des situations d'urgence pour répondre à des besoins spécifiques (troubles cognitifs, MND).

Coordination renforcée :

- Coordination renforcée des différents intervenants au domicile du bénéficiaire au-delà des volets soins et accompagnement via le suivi consolidé du plan d'accompagnement : assurer le partage de l'information et le maintien du lien entre les intervenants salariés, prestataires, le médecin traitant, les professionnels paramédicaux de ville et les aidants au moyen d'outils adaptés (SI, MSS, cahier de liaison numérique, PPCS...).
- Mise en place d'interventions complémentaires de professionnels (psychologue, diététicien, psychomotricien) en réponse aux besoins ponctuels.
- Mise en place d'actions de détection / surveillance des facteurs de risque : chute, dénutrition, troubles cognitifs – ces actions participent au suivi gériatrique du bénéficiaire et peuvent donner lieu à des orientations vers des structures et ressources adaptées.
- Organiser les transitions hôpital / ville / domicile.
- Assistance à la réalisation de téléconsultation médicale.

Continuité du projet de vie / lutte contre l'isolement :

- Suivi des parcours de vie et actions de promotion de la santé : mise en place d'actions d'éducation thérapeutique du patient, d'activités de prévention.
- Activités favorisant la vie sociale du bénéficiaire, de loisirs / lutte contre l'isolement et la fracture numérique.
- Gestion des transports liés aux prestations de soins, à la participation à la vie sociale.
- Aide aux démarches administratives d'accès aux droits, aux soins.

Soutien de l'aidant :

- Organisation d'un partage d'information régulier avec l'aidant du bénéficiaire.
- Orientation vers des solutions de répit et d'accompagnement souple pour les proches aidants en articulation avec la PFR du territoire qui propose une orientation vers des solutions d'accueil séquentiel (jour-nuit-soirée), de répit en dehors et au domicile. L'équipe d'accompagnement renforcé peut proposer un soutien psychologique ponctuel de l'aidant ainsi que des formations/sensibilisations. Les transports entre le domicile et le centre de ressources territorial pourront être financés en partie sur le volet 1 de la mission.

L'ensemble des prestations qui seront apportées par l'accompagnement renforcé peut être complété par des prestations optionnelles, qui sont à la charge du bénéficiaire :

– **Les prestations « socle », comprises dans l'accompagnement renforcé** : Il s'agit des prestations proposées à l'ensemble des bénéficiaires, délivrées en fonction de leurs besoins et qui complètent les prestations du droit commun. Elles sont constitutives de l'accompagnement renforcé proposé par le centre de ressources territorial. Ces prestations sont financées par un forfait mensuel versé sous forme de dotation au centre de ressources territorial.

– **Les prestations optionnelles** : Il s'agit de **prestations délivrées à la demande du bénéficiaire**. Elles sont facturables individuellement soit directement au prestataire, soit via le porteur. Elles ne relèvent pas du forfait mensuel et des financements de la CNSA.

Exemples : *prestations de conciergerie (jardinage, interventions de socio-esthétisme par exemple), offres optionnelles de téléassistance au sens de téléalarme selon les porteurs (téléalarme mobile par exemple), en fonction du pack minimum de téléassistance défini par le porteur.*

Les prestations peuvent être **fournies directement** par le porteur **ou bien coordonnées** par lui. Les prestations coordonnées peuvent alors être produites par des partenaires (SSIAD/SPASAD, intervenants libéraux) ou prestataires, mais la bonne organisation de ces prestations incombe à l'équipe de coordination du centre de ressources territorial.

Les conventions qui relient le porteur et ses partenaires sont donc de différentes natures (engagement de services, contrats de services) et doivent ainsi régler les relations contractuelles et notamment la responsabilité du gestionnaire et de ses partenaires dans la mise en œuvre des prestations.

Type de prestations	Sources de financement	Modalités de versement
Prestations du droit commun	Droit commun (APA, aide sociale, CNAV...)	Circuits de facturation habituels, en fonction du taux de participation du bénéficiaire
Prestations socle de l'accompagnement renforcé	Forfait mensuel par bénéficiaire: 900 euros	Financé par la CNSA sous forme de dotation au centre de ressources territorial
Prestations optionnelles	Participation du bénéficiaire	Facturé par le porteur ou le prestataire

6.1.2. Modèles organisationnels :

Les prestations proposées et le mode d'organisation de l'accompagnement renforcé dépendent des caractéristiques de l'offre territoriale. Différentes approches dans la construction du dispositif sont possibles, les deux s'inscrivant dans une logique de parcours de la personne âgée et des aidants et oscillent entre deux modèles :

– **un modèle de service intégré** : le porteur propose un accompagnement renforcé au domicile dans toutes ses dimensions. Il est titulaire d'une autorisation multiple (EHPAD hébergement permanent + accueil de jour + hébergement temporaire, mais aussi d'une autorisation de SAAD prestataire et d'une autorisation de SSIAD ou SPASAD). La quasi-totalité des prestations correspondantes sont assurées par une équipe salariée et des moyens matériels (transports, chambre d'urgence) du centre de ressources territorial. Même dans ce cadre, le choix doit être laissé au bénéficiaire sur les services qui interviennent au domicile ;

– **un modèle de service partenarial** qui prévoit un cadre de collaboration très structuré avec les acteurs traditionnels du secteur du domicile : SAAD, SSIAD, SPASAD, portage de repas... Le porteur n'est pas producteur des prestations du droit commun et n'assure pas la totalité des prestations complémentaires de l'accompagnement renforcé. L'équipe salariée du centre de ressources territorial est alors composée principalement de professionnels de coordination – outre les équipes assurant les activités complémentaires de jour et de nuit ou d'hébergement temporaire. L'enjeu de coopération avec les acteurs externes est alors très important du fait de la diversité des acteurs susceptibles d'intervenir au domicile.

L'ARS pourra retenir un mode d'organisation correspondant à l'un ou l'autre de ces modèles. Une attention particulière est portée sur le **degré d'intégration des prestations** choisi par le candidat et sur les **motifs de ce choix organisationnel**.

6.1.3. Système d'information :

Le système d'information permettra la mise en commun des données utiles à l'information et la coordination des acteurs du dispositif (professionnels de santé, médico-sociaux, aidants). Le centre de ressources territorial s'inscrit dans le programme ESMS numérique.

Il intégrera les outils et interopérabilités facilitant l'information et la coordination des acteurs : la MSS, un accès DMP, carnet de liaison, PPCS, agendas partagés, annuaires de description de l'offre du territoire (ROR, RPPS, FINESS...). Il pourra intégrer ou faire appel à des outils d'évaluation (fragilité, évaluation multidimensionnelle...) facilitant l'inclusion dans le dispositif.

Le système d'information gèrera les accès à l'information de santé selon le profil de chaque professionnel de santé ou médico-social y accédant et intégrera la gestion du consentement de la personne et la traçabilité des accès à l'information de santé et sa conservation conformément à la réglementation. Les informations de santé du système seront hébergées auprès d'un tiers certifié HDS.

Le périmètre des informations partagées devra être défini dans le cadre de concertation entre les acteurs du parcours. L'apport de nouvelles technologies à domicile devra intégrer une réflexion éthique et s'appuyer sur son appropriation, tant par les usagers que par les professionnels. Un accompagnement et une formation des différents professionnels intervenants auprès du bénéficiaire est donc à prévoir dans le cadre de la montée en charge.

6.2. Public cible :

Le profil des bénéficiaires est le suivant :

Personnes âgées en perte d'autonomie en niveau de GIR 1 à 4 résidant à leur domicile ayant besoin d'un niveau de prestations similaire à celui d'un EHPAD au moyen d'un accompagnement plus intensif, coordonnant si nécessaire l'offre de soins et d'accompagnement en partenariat avec les services du domicile. Le bénéficiaire réside à une distance du centre de ressources territorial et de ses partenaires, compatible notamment avec l'organisation de l'astreinte et de la garde itinérante de nuit (si elle doit être assurée par l'équipe dédiée à l'accompagnement renforcé), dans la limite du territoire d'intervention défini par le porteur du projet en lien avec l'ARS.

Parmi ces profils de bénéficiaires, les situations suivantes seront priorisées pour l'admission des bénéficiaires : retour d'hospitalisation, logement inadapté, absence d'aidant à proximité, isolement de la personne et les situations orientées par le DAC du territoire.

L'accompagnement n'est pas limité dans le temps. Il peut également s'effectuer sur une durée relativement courte et correspondre à la mise en place d'un plan d'accompagnement renforcé pour accompagner une sortie d'hospitalisation par exemple et prévenir les réhospitalisations évitables. Cet accompagnement complémentaire du droit commun sera déterminé qu'une HAD soit mise en place ou non, en articulation avec les interventions de ce partenaire le cas échéant ou avec celles des professionnels libéraux.

6.2.1. Admission dans le dispositif :

Le repérage des situations pouvant intégrer le dispositif d'accompagnement renforcé est réalisé à partir d'un signalement ou d'une demande des partenaires du territoire. Il peut s'agir des partenaires des champs sanitaire et médico-social (MT, DAC, CPTS, MSP, HAD, CH, EHPAD, SSIAD, SPASAD, SAAD...) du champ social (TS des services territoriaux, CCAS, CLIC), de la personne accompagnée ou de son aidant directement. L'admission au sein du dispositif peut être préconisée en urgence, en sortie d'hospitalisation, par un médecin hospitalier.

Dans la mesure du possible, le médecin traitant est associé à la décision d'intégration au sein du dispositif et à la mise en place d'un accompagnement renforcé, l'utilisateur apportant son consentement. La procédure d'admission des bénéficiaires devra inclure les étapes suivantes :

- Visite à domicile, qui peut être commune entre plusieurs structures pour éviter la multiplication de ces visites d'évaluation ;
- Evaluation médicale par le médecin coordonnateur de l'EHPAD porteur ou partenaire (ou par le médecin intervenant dans l'EHPAD) en lien, dans la mesure du possible, avec le médecin traitant ;
- Elaboration du plan d'accompagnement individualisé (sur le modèle du Plan personnalisé de coordination en santé) ;
- Signature du contrat d'accompagnement entre le bénéficiaire et le centre de ressources territorial.

La décision d'admission revient au coordinateur, par délégation du directeur de la structure porteuse, sur avis de l'équipe chargée de l'accompagnement renforcé.

Le porteur présente dans son projet ses cibles pour l'activité du volet 2 de centre de ressources territorial, dont **la file active ne pourra être inférieure à 30 personnes**. Il est admis que la montée en charge nécessite un temps préalable important de définition du projet avec les partenaires.

Il s'agit d'un objectif à minima de prise en charge. Au fur et à mesure que les accompagnements sont définis et stabilisés, la file active pourra augmenter pour répondre aux besoins du territoire si l'équipe est en mesure de suivre davantage de personnes.

6.2.2. Sortie du dispositif :

La sortie du dispositif peut intervenir dans plusieurs cas :

- Le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée supérieure à 3 mois ;
- Le bénéficiaire souhaite quitter le dispositif ;
- Le bénéficiaire change de lieu de vie pour une entrée en EHPAD ou en USLD ;
- Le bénéficiaire ne répond plus aux critères de prise en charge évalués par le coordinateur du CRT avec l'avis du médecin si ces critères sont liés à l'état de santé de l'utilisateur ;

- L’accompagnement renforcé ne présente plus de plus-value pour le bénéficiaire.

A la sortie du dispositif, une attention particulière sera donnée au suivi de la situation et l’équipe s’assurera qu’un relai soit bien pris par un dispositif du droit commun. Les décisions d’entrée et de sortie du dispositif sont systématiquement concertées au sein de l’équipe d’accompagnement renforcé.

6.3. Professionnels de l’accompagnement renforcé :

L’essentiel des crédits du volet 2 financent du temps supplémentaire, des recrutements ou des prestations de professionnels. Les professionnels composant l’équipe chargée de l’accompagnement renforcée sont à minima les suivants :

- **Le médecin du dispositif** : participation à l’évaluation pour l’admission au sein du dispositif, mission d’expertise gériatrique et rôle de coordination de second niveau. En fonction des besoins, mise en places de protocoles nécessaires à la surveillance gériatrique (le cas échéant : sollicitation de l’expertise gériatrique du territoire) et mobilisation des équipes de santé adaptées en lien avec l’IDE du dispositif. Le médecin traitant et le médecin coordonnateur ont un rôle central en étant parties prenantes de la décision d’admission dans le dispositif et du suivi de la mise en œuvre du plan d’accompagnement personnalisé selon les modalités fixées par les équipes de coordination du dispositif. Le rôle du médecin de l’équipe est alors complémentaire de celui du médecin traitant et ne se substitue pas à ce dernier.

- **Le coordinateur** : le profil d’IDE est privilégié pour ce poste. Il assure la coordination des interventions des professionnels à domicile (soins, accompagnement, activités de la personne), particulièrement en l’absence de SPASAD et d’HAD et de mobiliser si besoin les expertises complémentaires. Ce coordinateur est également chargé d’évaluer la situation des personnes, d’élaborer le plan d’accompagnement personnalisé et d’assurer son suivi et son adaptation si besoin. Le coordinateur est l’interlocuteur privilégié des personnes en perte d’autonomie à domicile et de leurs aidants ;

- **L’infirmier/infirmière (IDE), les aides-soignants, les assistants de soins en gérontologie (ASG), des auxiliaires de vie/accompagnants éducatifs et sociaux** dont les missions couvrent, en complémentarité des prestations de droit commun :

- * La mise en œuvre et la coordination du volet soins et accompagnement particulièrement en l’absence de SPASAD et d’HAD ;

- * Des missions de garde itinérante et de surveillance à domicile complémentaires au droit commun (qui doivent prioritairement être financées dans le cadre du plan d’aide APA domicile et dans ce cadre être assurées par un SAAD) ;

- * L’assistance à la réalisation d’actes de téléconsultation et d’expertise à domicile ;

- * L’aide au suivi des programmes d’éducation thérapeutique du patient et du parcours vaccinal ;

- * La participation à l’astreinte soignante 24h/24 et 7j/7, notamment dans le cadre du dispositif IDE de nuit mutualisée et/ou assurée par des aides-soignants de nuit, sur délégation des IDE et faute d’organisation d’une astreinte IDE ;

- **L’ergothérapeute** : évaluation des besoins et accompagnement des bénéficiaires en termes d’aides techniques et d’aménagement du logement et suivi du dossier jusqu’à mise en œuvre des recommandations ;

- **Le psychologue** pour l’accompagnement des bénéficiaires et leurs aidants (ex: repérage des situations à risque d’épuisement) ;

- **L’animateur** pour la mise en œuvre des activités collectives ou individuelles favorisant le lien social. Ce professionnel peut être partagé sur le volet 1.

D'autres professionnels interviennent auprès du bénéficiaire à son domicile et travaillent en articulation étroite avec l'équipe chargée de l'accompagnement renforcé au domicile :

- Les **services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** pour l'accompagnement aux actes essentiels et de la vie quotidienne ;

- Les **services de soins sanitaires et médico-sociaux** : les services d'HAD, les SSIAD et les SPASAD ;

- * Les **professionnels de soins libéraux** : médecin traitant, IDEL, kinésithérapeute, psychomotricien, orthophonistes, diététiciens ;

- * Les **équipes médico-sociales « Allocation personnalisée d'Autonomie » (APA)** du département pour le repérage des personnes pouvant être accompagnées par le dispositif et l'information sur son fonctionnement et les ressources du territoire ; * Les **travailleurs sociaux** des services territoriaux pour le repérage des bénéficiaires et de leurs aidants, l'information sur les démarches à réaliser, l'aide à l'ouverture des droits, la préparation du contrat d'accompagnement et son suivi.

6.4. Partenariats spécifiques de l'accompagnement renforcé :

En plus des partenariats transverses évoqués dans l'introduction de ce cahier des charges, la mission de centre de ressources territorial dédiée aux personnes âgées à leur domicile repose sur un partenariat étroit et opérationnel avec les acteurs de proximité. Il noue et entretient des liens avec des professionnels et gestionnaires variés : libéraux et salariés, établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, de statut privé non lucratif ou commerciaux et publics.

Cette mission implique une coordination nouvelle et renforcée entre les structures et professionnels des EHPAD et du domicile. La définition des rôles et des modalités de coopération entre professionnels doit être clairement partagée. Les partenariats doivent être formalisés afin de bien définir les modalités de coordination entre les acteurs et auprès des bénéficiaires.

6.4.1. Rôle du médecin traitant :

Le rôle du médecin traitant est central dans le dispositif. En complément du partage d'informations au moment de l'admission, l'équipe assurant la coordination des actions, et particulièrement le médecin coordinateur rattaché au dispositif, veillera à l'associer régulièrement et à lui transmettre les informations relatives au suivi du plan de soins et d'accompagnement.

6.4.2. Dispositifs de coordination agissant pour favoriser le parcours de santé :

L'accompagnement renforcé au domicile s'inscrit dans un environnement particulier, plusieurs dispositifs ayant pour objectif de favoriser la coordination des acteurs du soin peuvent s'articuler sur un même territoire.

C'est le cas pour le **dispositif d'appui à la coordination du territoire (DAC)** – en effet, les DAC viennent prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment au cumul de difficultés. Ils permettent d'apporter des réponses adaptées et coordonnées entre les professionnels, quels que soient la pathologie, l'âge de la personne qu'ils accompagnent ou la complexité de son parcours de santé. Ils seront ainsi saisis par / ou orienteront vers l'équipe chargée de l'accompagnement renforcé en fonction des situations. L'action des DAC peut être conçue en complémentarité / subsidiarité de celle de l'accompagnement renforcé à domicile qui s'attache à mettre en place une coordination « du quotidien, au domicile de la personne ». Le recours à cet accompagnement peut utilement compléter l'action menée par le DAC sur le volet prise en charge en santé. A l'inverse, le dispositif peut faire appel au DAC autant que de besoin dès qu'il a repéré une situation comme étant complexe. Par ailleurs, si le DAC peut disposer en interne de ressources gériatriques: le partenariat peut alors être renforcé de façon bilatérale.

La coopération du centre de ressources territorial avec l'hôpital de proximité ou le service d'urgence le plus proche intègre le suivi renforcé en cas de besoin d'hospitalisation, au travers notamment d'hospitalisation directe. La coordination des soins doit également intégrer le rôle des structures collectives de soins (ex des CPTS/MSP) en tant qu'acteur qui oriente et organise les parcours de santé et participe à l'animation territoriale de la prévention.

6.4.3. HAD :

Les modalités d'articulation entre l'équipe d'accompagnement renforcé et l'équipe de l'HAD devront être précisées.

Lorsqu'une HAD est positionnée et dans le cas d'une intervention conjointe SSIAD/HAD, la répartition des soins de nursing et des soins infirmiers entre le SSIAD/SPASAD et l'HAD ou même l'IDEL intervenant au domicile devra être partagée avec l'équipe d'accompagnement renforcé car le plan de d'accompagnement et de soins sera revu. Les soins réalisés par les professionnels de santé salariés de l'HAD ou libéraux ayant une convention avec l'HAD seront également intégrés au plan d'accompagnement et de soin et portés à la connaissance de l'équipe d'accompagnement renforcé.

Lorsqu'elle est mise en place, l'HAD :

- Est responsable de la prise en charge médicamenteuse et de la gestion du circuit du médicament (cela fait l'objet d'une convention entre l'HAD et le SSIAD) ;
- Assure les soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, la continuité des soins et organise la permanence notamment le soir et le week-end.

Le rôle de coordination de l'équipe d'accompagnement renforcé doit s'articuler avec ces compétences et les missions dévolues à ce dispositif. Le partage d'information sera assuré particulièrement à la fin de l'hospitalisation à domicile afin d'assurer la continuité de la prise en charge et d'apporter une vigilance particulière au bénéficiaire.

6.5. Financement :

Le forfait à hauteur de 900 € par bénéficiaire n'inclut ni les charges induites par le temps de chefferie de projet du dispositif, ni les charges liées aux locaux et aux véhicules. Celles-ci sont mutualisées pour les deux volets et à imputer sur l'enveloppe globale de 400 000 €.

Les principaux postes de charges couverts par la dotation du volet 2 sont les suivants :

Coûts de fonctionnement :

- Charges de personnel : professionnels médico-administratifs, équipe de pilotage de l'activité ;
- Coûts liés aux fonctionnement du dispositif: entretien du SI, équipement du personnel, frais liés aux transports, etc ;
- Prestations à la charge de centre de ressource territorial : astreinte 24/7 et système de téléassistance (en complément si nécessaire du dispositif déjà financé par le conseil départemental).

Investissements :

- Le cas échéant, des licences informatiques pour des logiciels de coordination, de visioconférence ;
- Achat d'outils numériques pour les actes de télésanté (téléconsultations, téléexpertise et télésoin notamment) et les loisirs (tablettes à domicile et objets connectés) ;
- Coûts d'ingénierie de projet : frais de formation du personnel.

III – Procédure de l'appel à candidature :

1. La publicité :

L'appel à candidature fait l'objet d'une publication sur le site internet de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, dans la rubrique appel à candidature.

[Appel à candidatures : création de Centres de Ressources Territoriaux à destination des Personnes Agées | Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes \(sante.fr\)](#)

2. Le calendrier :

Le calendrier de mise en œuvre de cette mesure est le suivant :

- Publication de l'appel à candidature : 6 juin 2023
- Réception des candidatures : Fenêtre de dépôt ouverte jusqu'au 15 septembre 2023 à minuit,
- 2 Commissions de sélection régionale (avec les CD) : Courant novembre / Début décembre 2023
- Notification de la sélection des dossiers : Décembre 2023
- Signature de l'arrêté d'autorisation : Décembre 2023 / Début 2024
- Ouverture des centres ressources territoriaux : A compter du 1^{er} janvier 2024 et au plus tard au 1^{er} Mars 2024

Les candidats proposeront un calendrier de déploiement tenant compte du planning présenté ci-dessus.

Chaque candidat devra adresser jusqu'au 15 septembre 2023 à minuit dernier délai et en une seule fois, un dossier de candidature complet, à partir du lien suivant :

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/aaccrtda2023>

3. Le dossier de candidature :

Le dossier de candidature doit être constitué d'une note synthétique (maximum 15 pages) décrivant le projet et vos motivations à réaliser celui-ci. Il devra comporter notamment les éléments suivants :

Les dossiers seront analysés en prenant compte :

1. Capacité à faire du porteur du CRT :

- Présentation et expérience du porteur, connaissance du territoire et du public cible
- Identification des enjeux et des besoins du territoire
- Délai de mise en œuvre et calendrier

2. Qualité du projet

- Indiquer la zone géographique ou territoire de réalisation du projet pour le volet 1 et le volet 2 (joindre liste des communes couvertes)
- Expliciter les modalités d'évaluation et l'analyse des besoins identifiés sur le territoire
- Décrire les modalités organisationnelles pour la mise en œuvre des volets 1 et 2
- Présenter les modalités d'animation et de pilotage du dispositif
- Présenter les ressources humaines disponibles propre au dispositif (tableau synthétique des effectifs par volet, missions, besoins de formations, ...).
- Décrire l'organisation et le fonctionnement (les activités assurées directement par le porteur et les activités coordonnées avec d'autres acteurs du territoire)
- Exposer le projet architectural respectant les exigences architecturales et ergonomiques en lien avec les spécificités des personnes accueillies
- Identifier la méthode d'évaluation et les indicateurs de suivi de l'activité

3. Partenariat et ouverture

- Présenter les partenariats obligatoires :
 - * Pour l'ensemble des porteurs (EHPAD ou service à domicile), les conventions avec les services à domicile qui interviennent au quotidien chez les bénéficiaires du volet 2 ;
 - * Pour les Centres de Ressources Territoriaux portés par un service à domicile, la convention conclue avec un EHPAD partenaire pour la réalisation de certaines prestations du volet 1 et du volet 2.
- Présenter les partenariats avec les acteurs institutionnels (CD, MDPH, CARSAT, CAF, CPAM et/ou mutuelles)
- Coopération avec le secteur sanitaire (dont HAD)
- Coopération avec le médico-social (EHPAD) et plus particulièrement les acteurs du domicile (CCAS, SSAD, SSIAD, SPASAD, ESA)
- Coopération avec les acteurs associatifs
- Décrire la coordination et l'articulation entre les différents partenaires.

A ce titre, les **lettres d'intention des partenaires identifiés devront être jointes au dossier.**

4. Cohérence financière du projet

- Présenter le budget prévisionnel du CRT en cohérence et respectant les moyens alloués
- Faire une présentation détaillée du budget pour les volets 1 et 2 et identifier le respect des budgets pour les 2 volets

RECAPITULATIF DES PIÈCES À JOINDRE :

- Le dossier de candidature doit comporter les pièces permettant d'attester les modes de collaboration avec les organismes partenaires, les modalités des partenariats formalisés, de l'ancrage du porteur du projet dans le tissu national et/ou local.
- La cartographie en précisant les communes couvertes
- Un budget prévisionnel
- Lettres d'intention des partenaires
- Les conventions partenariales avec les services à domicile qui interviennent au quotidien chez les bénéficiaires du volet 2
- Pour les CRT portés par un service à domicile, la convention conclue avec un EHPAD partenaire