

APPEL A CANDIDATURES 2023

Cahier des charges régional relatif à la création de Centre de ressources territoriaux pour les personnes âgées

Date limite de dépôt des candidatures : 9 juin 2023

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a consacré 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.**

Les centres ressources territoriaux, portés par un EHPAD ou un service à domicile, devront à ce titre mener conjointement deux modalités d'intervention :

- ❖ **Un appui aux professionnels du territoire** (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition ponctuelle d'expertise gériatrique, de ressources spécialisées ou de plateaux techniques)
- ❖ **Un accompagnement renforcé** pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement **à domicile** plus intensif, en alternative à l'EHPAD

En région PACA, cette deuxième mission a été déployée dès 2018 à travers le dispositif expérimental d'EHPAD « hors les murs », qui a montré la capacité des structures à faire évoluer leur offre et à s'ouvrir vers l'extérieur avec les acteurs des territoires.

A ce titre, la consécration des centres ressources territoriaux dans le droit commun est de nature à accélérer la recomposition de l'offre dans une optique pluridisciplinaire sur un territoire et dans une perspective de maintien à domicile.

Elle implique la mise en place d'un véritable projet de territoires associant l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes âgées.

Le présent cahier des charges vise à cadrer et définir les orientations régionales liées à la mise en place des centres ressources territoriaux, en complément des dispositions nationales.

Textes de référence

- ❖ Code de l'action sociale et des familles - 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 – articles 44 et 47 ;
- ❖ Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territoriaux 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 ;
- ❖ 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.

TABLE DES MATIERES

Propos introductif : modalités de déploiement des centres de ressources territoriaux en PACA en 2023	3
Objectifs des centres ressources territoriaux	3
Articulation avec les dispositifs existants	4
Territoires ciblés pour le présent appel à candidatures	5
Volet 1 : la mobilisation des compétences et la mise en œuvre d'actions favorisant le maintien à domicile des personnes âgées	7
1.1. Publics cibles	7
1.2. Prestations proposées	8
1.3. Partenariats spécifiques	
Volet 2 : un accompagnement renforcé au domicile des personnes pour lesquelles les prestations « classiques » ne suffisent plus	9
2.1. Modalités d'intervention et d'organisation	9
2.2. Modèles organisationnels	13
2.3. Système d'information	14
2.4. Public cible	14
2.5. Professionnels de l'accompagnement renforcé	16
2.6. Partenariats spécifiques de l'accompagnement renforcé	17
Volet 3 (optionnel) : l'inscription dans une démarche partenariale et pluridisciplinaire de territoire s'agissant des ressources humaines	19
3.1. L'adhésion à la CPTS du territoire	19
3.2. L'organisation de formations en commun à destination des directions	19
3.3. Le développement d'une démarche de mutualisation entre ESMS sur le territoire	20
3.4. Le développement d'une démarche commune de QVT sur l'ensemble du territoire	20
3.5. Le recours à la télé-coordination	21
Critères d'éligibilité du porteur et de sélection du projet	23
4.1. Critères d'éligibilité	23
4.2. Complémentarité des modalités d'intervention	25
4.3. Capacité du gestionnaire à mettre en œuvre le projet	25
4.4. Financement de la mission de CRT	27
Conclusion : modalités de candidature, de sélection et de dépôt des dossiers	29

ANNEXE N°1 – Suppléance à domicile – cahier des charges régional

ANNEXE N°2 – SSIAD renforcé – cahier des charges régional

ANNEXE N°3 – Astreinte mutualisée d'IDE de nuit entre plusieurs EHPAD – cahier des charges régional

ANNEXE N°4 – HTU-SH – cahier des charges régional

ANNEXE N°5 – Liste des partenaires

ANNEXE N°6 – Cartographie des CPTS en PACA

ANNEXE N°7 – Cartographie des DAC en PACA

ANNEXE N°8 – Dossier de candidature

Propos introductif : modalités de déploiement des centres de ressources territoriaux en PACA en 2023

Objectifs des centres 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 médico-social (EHPAD, Accueil de jour...) 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.**

Il s'agit d'une première étape de déploiement qui se poursuivra dans les années à venir. **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.

Au niveau régional, l'ARS s'est appuyée sur les conclusions du dispositif d'EHPAD « hors les murs » pour intégrer :

- ❖ **un 3^{ème} volet optionnel** portant sur des actions pouvant être menées au niveau des ressources humaines sur le territoire ciblé,
- ❖ **des actions supplémentaires** pouvant donner lieu à **des financements complémentaires** pérennes et non pérennes.

Le CRT devra agir, non pas en complément des dispositifs existants sur le territoire, mais selon le principe de subsidiarité.

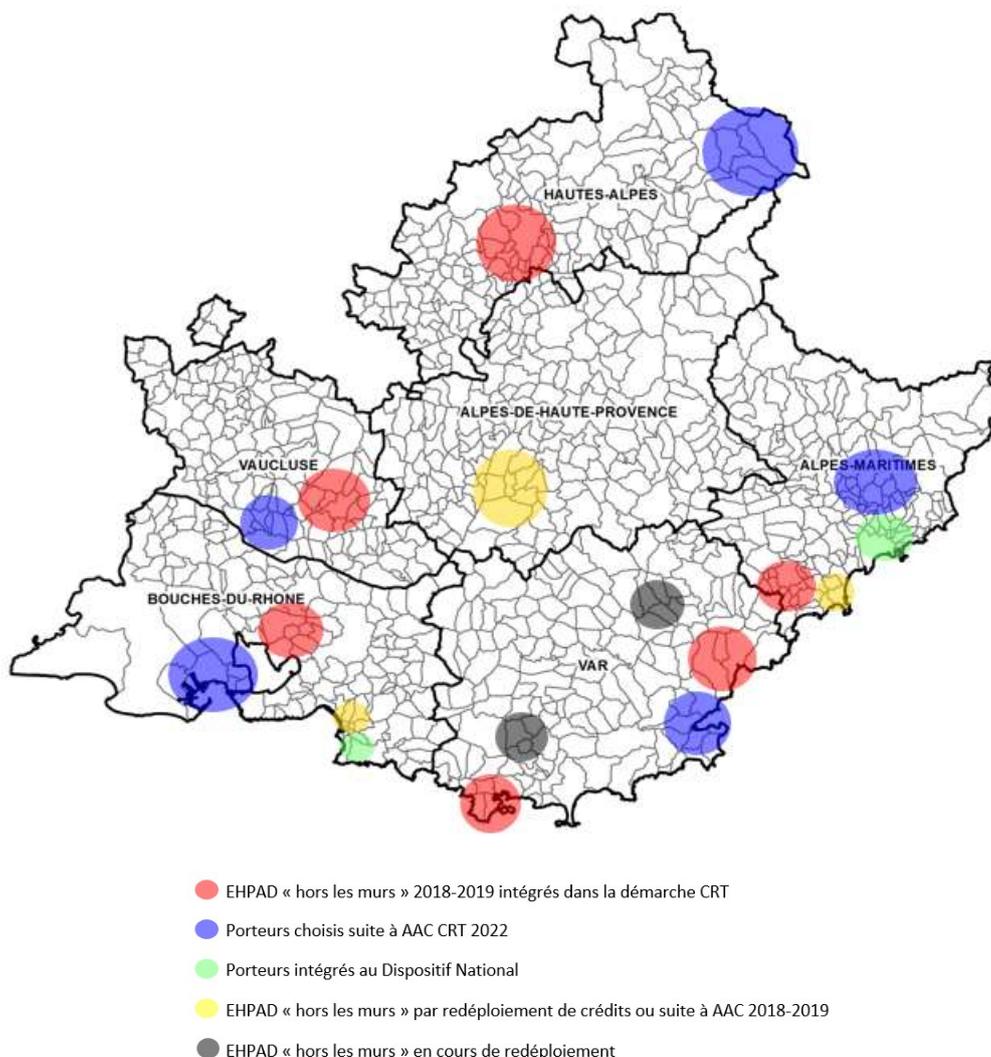
Articulation avec les dispositifs existants

Au 1^{er} avril 2023, en PACA, 16 porteurs déploient un dispositif s'inscrivant dans une démarche visant à devenir Centre de Ressource Territorial :

- ❖ **6 porteurs d'EHPAD « hors les murs »** intégrés dans la démarche depuis 2018, dont le financement a été pérennisé en 2022, et qui seront évalués en fin d'année 2023 en vue de devenir officiellement CRT ;
- ❖ **5 structures** choisies lors du premier appel à candidatures relatif à la mise en place des CRT, lancé en 2022, qui feront l'objet d'une évaluation en 2024 ;
- ❖ **2 dispositifs nationaux mis en place** dans le cadre de l'expérimentation Nationale « article 51 Dispositif Renforcé de Soutien A Domicile » (DRAD) depuis 2019, qui prendra fin le 5 octobre 2023 ;
- ❖ **3 porteurs d'EHPAD « hors les murs »** dont deux intégrés dans le cadre d'un redéploiement des moyens budgétaires d'un établissement.

Sur ce dernier point, il convient de souligner que cette modalité de création du dispositif, à moyens constants, hors procédure d'appel à candidatures, est encouragée, dès lors que le projet s'inscrit dans les territoires pré-identifiés par les autorités de tarification. Ainsi, chaque CRT ne pourra être mise en œuvre qu'après accord des autorités de tarification, et dans le respect du cahier des charges régional. **Deux EHPAD complémentaires sont en cours d'inscription dans cette démarche** dans le Var.

La cartographie ci-dessous illustre les territoires couverts/en cours d'inscription au 1^{er} avril 2023 :



Sur ces territoires, il ne sera pas désigné de centre de ressources territoriaux, pour éviter de doubler l'offre d'accompagnement renforcé au domicile sur une même zone géographique. L'ARS souhaite privilégier le déploiement des CRT sur des territoires qui aujourd'hui ne bénéficient pas de ce type d'accompagnement, afin d'augmenter la couverture territoriale de cette offre.

Territoires ciblés pour le présent appel à candidatures

Au titre du présent appel à candidatures, **13 territoires sont ciblés, soit potentiellement 13 porteurs CRT** (deux par département, à l'exception des Alpes de Haute Provence où trois porteurs pourront être désignés).

Au 1^{er} avril 2023, l'ARS ne dispose pas du calibrage des enveloppes régionales et se réservera donc le choix d'accompagner financièrement une partie des porteurs choisis en 2023, puis une autre partie au cours de l'exercice 2024, inscrivant par conséquent cet appel à candidatures **dans une perspective pluriannuelle**.

- ❖ **Pour le département des Alpes de Haute-Provence** : l'ensemble du département est ciblé à l'exception du territoire couvert par le porteur d'EHPAD « hors les murs », situé à Oraison.

Chaque porteur qui déposera une candidature devra identifier un territoire avec des communes clairement mentionnées, situées dans un rayon de déplacement de 30 minutes maximum à partir de l'établissement ou du service.

- ❖ **Pour le département des Hautes Alpes** :

- **Territoire du Buech Dévoluy** avec les communes suivantes : Aspremont, Aspres-sur-Buëch, La Bâtie-Montsaléon, La Beaume, Valdoule, Chabestan, Châteauneuf-d'Oze, Esparron, La Faurie, Furmeyer, La Haute-Beaume, Manteyer, Montbrand, Montclus, Montmaur, Moydans, Oze, Ribeyret, Saint-Auban-d'Oze, Dévoluy, Saint-Pierre-d'Argençon, Le Saix, Veynes
- **Territoire du Briançonnais** avec les communes suivantes : L'Argentière-la-Bessée, Briançon, Cervières, Champcella, Freissinières, La Grave, Le Monétier-les-Bains, Montgenèvre, Névache, Vallouise-Pelvoux, Puy-Saint-André, Puy-Saint-Pierre, Puy-Saint-Vincent, La Roche-de-Rame, Saint-Chaffrey, Saint-Martin-de-Queyrières, La Salle-les-Alpes, Val-des-Prés, Les Vigneaux, Villar-d'Arêne, Villar-Saint-Pancrace

L'objectif est d'envisager une couverture du nord et de l'ouest du département pour lesquels le pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules à domicile (55%) est plus important qu'au niveau régional (48,7%)

- ❖ **Pour le département des Alpes Maritimes** :

- **Territoire d'Antibes** avec les communes suivantes : Antibes, Biot, Cagnes-sur-mer, Saint-Laurent-du-Var, Vallauris, Villeneuve-Loubet
- **Territoire de Menton** avec les communes suivantes : Fontan, La Brigue, Saorge, Tende

Ces territoires sont ciblés dans la mesure où la part des personnes âgées de 75 ans et plus s'élève à 13,6%, au-dessus des niveaux régional (11,2%) et départemental (12,5%).

- ❖ **Pour le département des Bouches-du-Rhône** :

- **Territoire d'Aix-en-Provence**
- **Territoire d'Arles**

Chaque porteur qui déposera une candidature devra identifier un territoire avec des communes clairement mentionnées, situées dans un rayon de déplacement de 30 minutes maximum à partir de l'établissement ou du service.

- ❖ **Pour le département du Var** :

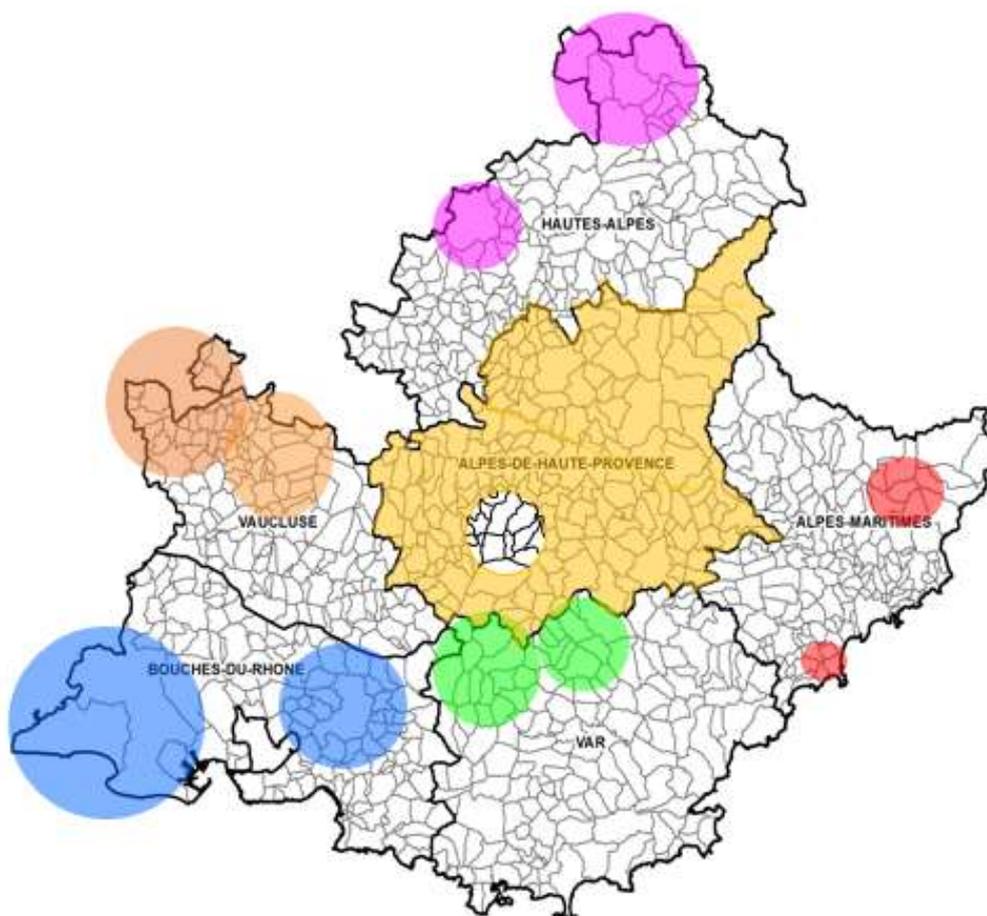
- **Un premier territoire** comportant les communes suivantes : Rians, Artigues, Esparron, St Martin, Seillons, Brue-Auriac, Barjols, Varages, La Verdière, Ginasservis, Vinon /Verdon, St Julien le Montagnié, Montmeyan, Tavernes, Fox-Amphoux, Pontevès
- **Un second territoire** constitué des communes suivantes : Salernes, Sillans la Cascade, Villecroze, Tourtour, Aups, Moissac, Regusse, Artignoc, Beaudinard, Bauduen, les Salles, Verignon, Aiguines

Ces territoires sont ciblés afin de couvrir l'arrière-pays Varois, dans une perspective de développement du maillage territorial complet, alors que le département compte 3 dispositifs en cours et deux autres potentiels par redéploiement.

❖ **Pour le département de Vaucluse :**

- **Territoire de Carpentras** avec les communes suivantes : Althen-des-Paluds, Aubignan, Aurel, Le Barroux, Beaumes-de-Venise, Beaumont-du-Ventoux, Bédoin, Blauvac, Brantes, Buisson, Cairanne, Caromb, Carpentras, Crestet, Crillon-le-Brave, Entraigues-sur-la-Sorgue, Entrechaux, Faucon, Flassan, Gigondas, Lafare, Loriol-du-Comtat, Malaucène, Malemort-du-Comtat, Mazan, Méthamis, Modène, Monieux, Monteux, Mormoiron, Puyméras, Rasteau, Roaix, La Roque-Alric, Sablet, Saint-Christol, Saint-Hippolyte-le-Graveyron, Saint-Léger-du-Ventoux, Saint-Marcellin-lès-Vaison, Saint-Pierre-de-Vassols, Saint-Romain-en-Viennois, Saint-Roman-de-Malegarde, Saint-Trinit, Sarrians, Sault, Savoillan, Séguret, Suzette, Vacqueyras, Vaison-la-Romaine, Villedieu, Villes-sur-Auzon
- **Territoire d'Orange-Bollène** avec les communes suivantes : Bollène, Caderousse, Camaret-sur-Aigues, Châteauneuf-du-Pape, Grillon, Jonquières, Lagarde-Paréol, Lamotte-du-Rhône, Lapalud, Mondragon, Mornas, Orange, Piolenc, Richerenches, Sainte-Cécile-les-Vignes, Sérignan-du-Comtat, Travaillan, Uchaux, Valréas, Violès, Visan

Le Haut Vaucluse est ciblé car l'indice de vieillissement de ce territoire est de 97,3%, bien supérieur à la moyenne départementale (92,3%), et le deuxième plus important après le sud Vaucluse (114%) couvert par les deux dispositifs en cours.



D'une manière générale, chaque territoire devra cibler obligatoirement les communes mentionnées mais pourra évoluer en ciblant d'autres communes avec un rayon de déplacement de 30 minutes maximum à partir de l'établissement ou du service.

1. Volet 1 : une mobilisation des compétences et la mise en œuvre d'actions favorisant le maintien à domicile des personnes âgées

1.1. Publics cibles

- ❖ **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.
- ❖ **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.

1.2. Prestations proposées

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 au moins à l'un des 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.

L'ARS invite fortement l'ensemble des ESMS du territoire à adhérer au projet du futur CRT et de s'inscrire dans une démarche partenariale et pluridisciplinaire sur le volet 1 (ainsi que les autres volets).

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 :

- 1. Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention ;**
- 2. Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants ;**
- 3. 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 :

- ❖ Proposer des prestations de télésanté (télé médecine/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 territoires en tension. 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.
- ❖ 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 (par exemple : ergothérapeute, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute, psychologue ou tout autre professionnel)
- ❖ Organisation de consultations infirmières de dépistage des fragilités et/ou de problématiques spécifiques (par exemple : conduites addictives, troubles du sommeil, souffrance psychique, troubles cognitifs)

L'ARS PACA, dans un souci de cohérence avec d'autres actions nationales et régionales lancées auprès des Personnes Âgées comme le plan antichute et le repérage de la fragilité **recommande** 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 ;
- ❖ à développer des actions de formations au repérage de la fragilité des personnes âgées et de leurs aidants, en lien avec les DAC du territoire, à destination des professionnels intervenant au 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 :

- ❖ Développer des actions qui concourent à renforcer les liens intergénérationnels : jumelage d'EHPAD ou de service à domicile/école ou actions avec des crèches, création de lien intergénérationnel à travers des activités pédagogiques ; développement 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-Pôle Info Seniors, 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 portant le temps libéré, le(s) dispositifs de relayage ;
 - mettre en place un partenariat formalisé et favoriser un maillage territorial cohérent avec les autres accueils de jour 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.

S'agissant des gestionnaires qui opérait pour ce type d'action à destination des aidants, les mesures envisagées devront se faire **en stricte complémentarité et selon le principe de subsidiarité** avec l'action relative à l'aide aux aidants développée dans le volet n°2, et plus particulièrement dans le lien avec les PFR sur le dispositif de « temps libéré » (cf. *Annexe n°1*) sauf si le porteur de CRT est gestionnaire d'une PFR ou porte déjà un dispositif de suppléance à domicile.

Exemple 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 ;
- ❖ Améliorer les 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 ;
- ❖ Organiser des réunions visant à faciliter l'appropriation par les professionnels des bonnes pratiques diffusées par la Haute Autorité de santé (HAS).

1.3. Partenariats spécifiques

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.**

Le Centre de ressources doit également, impérativement définir les liens et modalités de collaboration avec le DAC de son territoire (cartographie et coordonnées en *annexe n°7*), afin d'articuler au mieux sa mission sur les 2 volets. **A ce titre, il est fortement recommandé que le porteur travaille à la définition du projet de CRT avec le DAC, sur les deux volets (cf. 2.6.2.)**

2. Volet 2 : 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 renforcé justifiant une coordination accrue. Le projet devra préciser les critères d'inclusion et prévoir le suivi du public effectivement accompagné, en fonction des caractéristiques d'inclusion.

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 vise à proposer une offre intégrée visant à 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.
- ❖ avec les professionnels du territoire et en premier lieu **les CPTS (cartographie en annexe n°6) ainsi que les infirmiers libéraux.**

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 dans le présent cahier des charges.

2.1. 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.

Le dispositif inclut un niveau de prestations similaire à celui d'un EHPAD en proposant un accompagnement à domicile plus étayé, 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) et les professionnels libéraux.

Le cahier des charges national précise les prestations « socles » qui constituent l'offre d'accompagnement renforcé. **En complément des quatre domaines inscrit au cahier des charges national, l'ARS PACA en a intégré un cinquième, lui aussi obligatoire :**

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: accueil en chambre d'urgence, gestion des ruptures d'accompagnement, gestion des sorties d'hospitalisation des bénéficiaires ;
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
5. L'aide aux aidants

Il n'est pas attendu des professionnels du centre de ressources territorial qu'ils réalisent eux même toutes les prestations d'accompagnement (aide et soins) **mais qu'ils coordonnent** les acteurs autant que de besoin afin de permettre 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.

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

2.1.1. Sécurisation du domicile et adaptation du logement

Cette prestation inclut :

- 1. la mise en place d'un SSIAD « renforcé » sur le territoire** afin d'améliorer la continuité des soins en permettant un renforcement de la durée, de la fréquence et des modalités d'intervention du SSIAD préexistant.

L'EHPAD porteur ou le SAAD conventionnant avec un EHPAD, devra **obligatoirement s'inscrire dans une démarche partenariale de territoire avec l'ensemble des SSIAD du territoire**, dont l'un deviendra **SSIAD « renforcé »** dans le respect des dispositions régionales (cf. *Annexe n°2*). Ce SSIAD devra pleinement participer à l'accompagnement renforcé à domicile en lien avec l'ensemble des acteurs.

Par ailleurs, l'ARS financera l'intervention d'un temps de psychologue au titre du volet 2 via le SSIAD « renforcé » avec l'octroi d'un **forfait de 25 000 euros** pour l'accompagnement des bénéficiaires du volet 2 et leurs aidants.

Si plusieurs SSIAD interviennent sur ce territoire, le choix du SSIAD devra être effectué en concertation avec les services par le CRT. Dans le cas où un SSIAD « renforcé » serait déjà présent sur le territoire, le conventionnement serait automatique et il n'y aurait pas lieu de créer un nouveau SSIAD « renforcé ».

Ce conventionnement pourra donner à l'attribution de crédits complémentaires (non pérennes dans un premier temps) à destination du SSIAD dit « renforcé », selon l'analyse de la situation, et dans le respect du cahier des charges régional.

- 2. l'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.

Dans le cadre du conventionnement avec les SSIAD du territoire (y compris le SSIAD « renforcé » cf. ci-dessous), l'intervention de l'ergothérapeute de ce(s) service(s) peut être envisagée, dans le cas où ces derniers en disposent.

- 3. la 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.

2.1.2. Gestion des situations d'urgence ou de crise

Cette prestation inclut :

- 1. La mise à disposition du dispositif d'hébergement temporaire d'urgence - en sortie d'hospitalisation au sein de l'EHPAD porteur** : 24h/24 dans la mesure du possible, et selon les dispositions du cahier des charges régional figurant en *annexe n°4*.

Pour les porteurs déjà intégrés dans la démarche et bénéficiant du forfait de 30 000 €, aucun nouveau financement ne sera alloué ; ce forfait sera compris dans le financement relatif au CRT.

- 2. L'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)

L'ARS **demande** à l'EHPAD porteur (si cela n'est pas le cas) de s'intégrer dans un dispositif d'astreinte IDE de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD, dans une logique de territoire et dans le respect des instructions régionales (*cf. Annexe n°3*).

2.1.3. Coordination renforcée

Cette prestation inclut :

- 1. La 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...).
- 2. La mise en place d'interventions complémentaires de professionnels** (diététicien, psychomotricien...) en réponse aux besoins ponctuels.

Dans le cadre du conventionnement avec les SSIAD du territoire (y compris le SSIAD « renforcé), l'intervention des professionnels de ce(s) service(s) peut être envisagée, dans le cas où ces derniers en disposent.

- 3. La mise en place d'actions de détection / surveillance des facteurs de risque** : chute, dénutrition, plaies, escarres, troubles cognitifs, troubles psycho-comportementaux – ces actions participent au suivi gériatrique du bénéficiaire et peuvent donner lieu à des orientations vers des structures et ressources adaptées.
- 4. La mise en place d'avis de l'équipe territoriale de soins palliatifs afin de permettre le repérage précoce de soins palliatifs** : les soins palliatifs ne sont pas synonymes de soins terminaux mais sont des soins de support qui doivent être mis en place en amont de la phase terminale de la fin de vie. De nombreuses personnes âgées souhaitent être accompagnées au domicile jusqu'à la fin de leur vie. Afin de pouvoir respecter au mieux ce souhait, le lien avec les équipes de soins palliatifs devra se faire le plus en amont possible.
- 5. L'organisation des transitions hôpital / ville / domicile** : L'organisation de la transition hôpital-domicile désigne toutes les interventions qui ont pour objectif, pendant et après une hospitalisation, d'éviter la rupture de continuité des soins et de réduire la survenue d'événements de santé défavorables, incluant les réhospitalisations évitables. Une réhospitalisation évitable est définie comme une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie.

Chaque sortie devra faire l'objet d'une organisation singulière et individuelle et nécessitera une coordination renforcée par le CRT avec les services de l'APA, les professionnels libéraux, les services à domicile, l'HAD...

- 6. L'assistance à la réalisation de téléconsultation médicale**

2.1.4. Continuité du projet de vie / lutte contre l'isolement

La lutte contre l'isolement social constitue un enjeu majeur, alors que plus 2 personnes sur 5 âgées de plus de 75 ans vivent seules en région PACA, chiffre en progression depuis 2006 (+10 %) et supérieur aux données nationales. Cette prestation inclut :

- 1. Le suivi des parcours de vie et la mise en place d'actions de promotion de la santé (mise en place d'actions d'éducation thérapeutique du patient, d'activités de prévention).**
- 2. Le développement d'activités favorisant la vie sociale du bénéficiaire, de loisirs / lutte contre l'isolement et la fracture numérique.**
- 3. La gestion des transports liés aux prestations de soins, à la participation à la vie sociale**
- 4. L'aide aux démarches administratives d'accès aux droits, aux soins**

Sur l'ensemble de cet axe, l'ARS invite à développer toutes initiatives innovantes, en lien avec tous les acteurs, et notamment les EHPAD, telles par exemple que le PASA « hors les murs » développés par un porteur du dispositif d'EHPAD « hors les murs », dans une perspective de lutte contre l'isolement social et de maintien à domicile.

2.1.5. Soutien de l'aidant

Cette prestation inclut notamment :

- 1. Une articulation renforcée avec la Plateforme de répit du territoire porteuse du dispositif de « temps libéré » :** le temps libéré est un dispositif qui doit permettre aux aidants de prendre du repos en toute tranquillité durant une à quatre heures maximum en fonction de leurs besoins. Il s'agit de soutenir les aidants dans l'accompagnement de leur proche en leur proposant des stratégies d'intervention adaptées à leur propre situation et en leur fournissant une évaluation des capacités cognitives et de l'autonomie fonctionnelle de leur proche.

Le porteur devra, s'il choisit cette action, développer un partenariat renforcé avec la plateforme de répit du territoire, porteuse du dispositif de « temps libéré », comme cela a été mentionné en supra.

L'EHPAD porteur ou le SAAD porteur conventionné avec un EHPAD devra **obligatoirement** signer une convention avec la plateforme de répit du territoire, s'agissant en particulier d'un axe spécifique sur le « temps libéré », dédié aux usagers suivis dans le cadre du volet 2.

Cette convention devra prévoir le reversement d'un montant de 20 000 € à la PFR, dans le cadre de cette mission.

Les dispositions relatives au « Temps libéré » ainsi qu'une convention type sont intégrées en *annexe n°1*.

- 2. Au-delà des plateformes de répit, l'orientation vers des solutions de répit et d'accompagnement souple pour les proches aidants et qui proposent 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.

Sur ce volet, l'ARS invite les porteurs à développer une action innovante, parmi lesquelles notamment **l'accueil de nuit (cahier des charges à venir)**, et y compris en lien avec les EHPAD du territoire disposant d'un accueil de jour avec **le développement d'un accueil de jour itinérant**, à condition que cet accueil de jour réponde aux exigences du PRS¹

Des actions peuvent également être initiées en lien avec le SSIAD « renforcé ». Une dotation complémentaire pourra être accordée en fonction de la qualité du projet.

¹ Taux d'activité a minima à 75% et file active + de deux fois égale à la capacité autorisée

L'ensemble des prestations qui seront apportées par l'accompagnement renforcé sera 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.

Il s'agit par exemple de prestations de conciergerie (jardinage, interventions de socio-esthétisme par exemple), d'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	Source 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
Prestation socle de l'accompagnement renforcé	Forfait mensuel par bénéficiaire : 900 euros	Financé par la CNSA sous forme de dotation au CRT
Présentations optionnelles	Participation du bénéficiaire	Facturé par le porteur ou le prestataire

2.2. 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.

2.3. 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 peut à ce titre être porteur du projet « ESMS numérique » sur son territoire. 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.

2.4. Public cible

Il s'agit des 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 renforcé, 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 les profils des bénéficiaires, les situations suivantes seront priorisées pour leur admission des bénéficiaires : retour d'hospitalisation, logement inadapté, absence d'aidant à proximité (notamment hospitalisation de l'aidant), 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 viendra en appui d'une HAD et/ou en articulation avec les interventions de ce partenaire le cas échéant ou avec celles des professionnels libéraux.

2.4.1. 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.

2.4.2. 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 son état de santé ;
- ❖ 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.

2.5. 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 renforcé 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 le coordinateur 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 médecin coordonnateur de l'EHPAD pourra intervenir dans le cadre de l'analyse du risque iatrogénique des traitements, diminuer le nombre de prise, améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes et favoriser les thérapies non médicamenteuses, en lien avec le médecin traitant.

Dans le cas où l'EHPAD porteur ou conventionnant avec un SAD n'arrivait pas à disposer d'un médecin dédié au dispositif, deux options pourront être envisagées :

- l'EHPAD pourra proposer à son médecin coordonnateur d'augmenter son temps de travail afin d'endosser les missions de médecin du dispositif CRT. **Des crédits complémentaires pérennes pourront à ce titre être octroyés.**

Pour l'accompagner dans ses nouvelles missions, le médecin coordonnateur pourra bénéficier d'un dispositif de soutien à distance en faisant appel à **une structure de télécoordination** (cf paragraphe 3.5) et de direction médicale déléguée. Celle-ci l'aidera notamment dans son lien avec l'ensemble des interlocuteurs médicaux intégrés au CRT via la fourniture d'un encadrement scientifique. Le financement de ce dispositif de soutien pourra faire l'objet de financements supplémentaires non pérennes.

- si son médecin coordonnateur est dans l'impossibilité d'augmenter son temps de travail, l'EHPAD pourra avoir recours à une structure de télécoordination des soins (cf paragraphe 3.5) pour assurer les missions à distance de médecin du dispositif CRT. Dans ce cadre, le rôle du médecin télécoordonnateur du dispositif sera alors complémentaire aux rôles du médecin traitant et du médecin coordonnateur de l'EHPAD avec lesquels il fera le lien.

- ❖ **Le coordinateur** : le profil d'IDE est **obligatoire** pour ce poste si l'EHPAD est porteur, privilégié s'il s'agit d'un SAAD.

Le coordinateur 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) intervenant la nuit (de 21h à 7h en semaine, WE et jours fériés)**, par téléphone et/ou visio-assistance, et déplacement au domicile si besoin.

Cette assistance peut avoir la forme d'une astreinte ou d'autres formes, articulées avec le dispositif d'astreinte IDE de nuit mutualisé entre plusieurs EHPAD par exemple.

Si un usager bénéficie du SSIAD « renforcé », les horaires seront adaptés en conséquence ; il en sera de même si l'organisation en place avec les infirmiers libéraux couvre une partie de ce créneau horaire.

- ❖ **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

- ❖ **L'ergothérapeute (y compris via l'un des SSIAD du territoire) :** 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** (financé via le SSIAD « renforcé à hauteur de 25 000 euros) pour l'accompagnement des bénéficiaires et leurs aidants (ex: repérage des situations à risque d'épuisement) ;
- ❖ **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 pharmaciens dans le cadre notamment de la conciliation médicamenteuse ;
 - Les services de soins sanitaires et médico-sociaux : le SSIAD renforcé en lien avec les SSIAD du territoire, les SPASAD, les services d'HAD;
 - 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.

S'agissant du poste d'animateur, ce financement ne relève pas du champ de compétence de l'ARS.

Enfin, il est rappelé que le porteur du CRT devra obligatoirement prévoir le reversement d'un montant de 20 000 euros à la PFR du territoire dans le cadre de la mise en œuvre du « **temps libéré** », en vue d'accompagner les aidants des usagers suivis au titre du volet 2 (sauf si le porteur de CRT est gestionnaire d'une PFR ou porte déjà un dispositif de suppléance à domicile).

2.6. 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.

2.6.1. 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.

2.6.2. 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.

Il est à ce titre impératif qu'une articulation se fasse avec le dispositif d'appui à la coordination du territoire (DAC) pour définir des modalités d'action, de complémentarité et de coordination.

Le travail de mise en place du futur CRT avec le DAC du territoire est à ce titre un élément incontournable.

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 cartographie des DAC ainsi que leurs coordonnées sont mentionnées en *annexe n°7*.

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.

2.6.3. 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.

Une convention devra obligatoirement être signée avec l'HAD du territoire. 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.

3. Volet 3 (optionnel) : l'inscription dans une démarche partenariale et pluridisciplinaire de territoire s'agissant des ressources humaines

L'intégration de ce volet au cahier des charges par l'ARS PACA a pour objectif d'inscrire le centre ressource territorial comme un dispositif pouvant répondre aux problématiques de ressources humaines rencontrées par les ESMS depuis plusieurs exercices, et qui se sont aggravés avec la crise sanitaire.

Il s'agit d'un volet optionnel au titre duquel plusieurs actions pourront être envisagées pour répondre aux différentes problématiques rencontrées selon les territoires.

3.1. L'adhésion à la CPTS du territoire

La CPTS réunit des professionnels de santé de ville du premier et du second recours, des maisons de santé pluri professionnelles, des centres de santé, des équipes de soins primaires.

Mais d'autres acteurs ont également vocation à participer à la CPTS, parmi lesquels notamment :

- des acteurs du social et du médico-social (EHPAD, services à domicile...)
- des établissements et services de santé (hôpitaux publics et privés, hôpitaux de proximité, hospitalisation à domicile...),
- des acteurs de la prévention (centres de dépistage, associations...),
- les usagers et associations de patients.

L'adhésion à la CPTS du territoire est un préalable indispensable pour le futur CRT (cartographie en annexe n°5).

La mise en place des CRT sur un territoire doit s'inscrire dans une articulation renforcée avec la CPTS ; à ce titre le médecin coordonnateur de l'EHPAD porteur ou partenaire et le coordinateur de la CPTS ont un rôle déterminant à jouer pour s'intégrer dans cette démarche, qui pourrait faciliter la coopération et l'intervention des professionnels libéraux au sein du CRT et plus globalement de l'ensemble des EHPAD du territoire.

3.2. L'organisation de formations en commun à destination des directions

Les métiers de direction et d'encadrement deviennent plus complexes humainement, plus compliqués techniquement et plus denses temporellement.

Ainsi, les remontées des acteurs de terrain ont mis en exergue des difficultés pour mobiliser les personnes ressources et obtenir la bonne information au bon moment.

Par ailleurs, au travers des enquêtes diligentées par l'ARS, les directions d'EHPAD ont évoqué la nécessité de constituer des réseaux, de ne pas rester seuls dans l'exercice de leurs fonctions, et de d'échanger avec leurs homologues afin de partager et s'enrichir des pratiques des autres professionnels et d'autres directeurs d'EHPAD.

Des actions communes à destination des directions d'ESMS, visant à des groupes de co-développement, pourront être organisées par l'EHPAD ou le SAD porteur du Centre de Ressource Territorial en lien avec l'ensemble des autres structures du territoire.

3.3. Le développement d'une démarche de mutualisation entre ESMS sur le territoire

La mise en place du CRT doit permettre de créer des interactions entre les EHPAD et plus largement les ESMS du territoire.

Si un certain nombre d'EHPAD bénéficient de fonctions support (métiers, qualité, RH, DSI, finances, juridique...) régionales, inter-régionales ou nationales ou sont regroupés, d'autres, plus autonomes, ne disposent pas toujours de telles fonctions et peuvent être plus exposés à certaines difficultés en terme de sécurité sanitaire, ou de nature organisationnelle, managériale ou financière.

Le CRT doit permettre **la mutualisation d'un certain nombre de fonctions** pouvant être partagées entre ces établissements et/ou services parmi lesquelles notamment l'intervention de certains professionnels : diététicien, orthophoniste, podologue, voire d'orthoptiste (pour une rééducation en basse vision)

Par ailleurs, le CRT pourra proposer une mutualisation de personnels soignants du territoire par la constitution d'équipes mobiles / de « pools » de remplaçants redéployés entre les structures.

L'ARS prêtera une attention particulière à la mise en place d'initiatives de mutualisation, y compris innovantes sur cet axe.

L'adhésion de l'ensemble des ESMS et plus particulièrement HPAD du territoire à la CRT est vivement encouragée par l'ARS, dans une logique de projet de territoire.

3.4. Le développement d'une démarche commune de QVT sur l'ensemble du territoire

Les soignants sont exposés à des situations susceptibles d'engendrer de la souffrance et du mal-être au travail telles que l'intensification du travail ou la charge émotionnelle forte.

L'analyse croisée de plusieurs indicateurs tels que l'augmentation de l'absentéisme, l'augmentation du taux de sinistralité (accidents du travail et maladies professionnelles), les difficultés de recrutement, la difficulté à stabiliser les équipes soignantes, le taux de rotation des personnels, le poids du recours à l'intérim, le ratio d'encadrement du personnel soignant, le taux du recours aux faisant fonction mettent en exergue des problématiques auxquelles de nombreux ESMS de la région PACA doivent faire face.

L'ensemble de ces éléments peuvent avoir des répercussions sur la qualité des soins (réduction du temps passé avec chaque résident, risque d'erreurs, manque de coordination entre personnels de soin), mais aussi sur la qualité des relations au sein des ESMS et plus largement la qualité de vie au travail de l'ensemble du personnel.

L'ARS encouragera l'EHPAD ou le SAD porteur du Centre de Ressource Territorial à :

- ❖ engager des démarches territoriales collectives visant à améliorer la QVT. A ce titre, un rapprochement avec l'ARACT PACA devra notamment être envisagé ;
- ❖ mettre en place un plan d'action territorial en matière de QVT

Des financements complémentaires pourront ainsi être octroyés sur plusieurs types d'actions mutualisées entre ESMS, telles que, par exemple :

- le financement de formation à la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS), et/ou à la prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP)
- le financement d'actions spécifiques (séances d'ostéopathie à destination des professionnels et/ou vacations d'un psychologue extérieur à l'établissement, qui viendrait en soutien et en aide aux salariés).

3.5. Le recours à la télé-coordination

Un nombre croissant d'EHPAD rencontre des difficultés pour recruter un médecin coordonnateur qualifié avec un temps de travail conforme à la réglementation². Déjà près d'un tiers des établissements était dans cette situation en septembre 2018, au niveau National³.

Dans certains territoires de la région PACA, plus de 50% des EHPAD sont confrontés à cette problématique de démographie médicale, qui touche également les médecins généralistes qui y exercent en tant que médecins traitants des résidents.

En l'absence de médecin coordonnateur, l'ensemble du processus de prise en charge médicale est perturbé, et ces difficultés s'aggravent lorsque le poste reste vacant sur de longues périodes.

En réponse à ces difficultés, dès 2019, un dispositif de télécoordination des soins en EHPAD a été expérimenté en région PACA.

Portée par deux associations, il s'agit d'un **dispositif temporaire**, visant :

- ❖ à pallier l'absence de médecin coordonnateur,
- ❖ à garantir la continuité de la coordination des soins en établissement durant la période de carence.

L'objectif poursuivi in fine est de permettre la prise de poste d'un médecin coordonnateur en présentiel dans de meilleures conditions. A travers le maintien dans une situation saine de l'établissement et le lien créé avec les professionnels libéraux, la télécoordination permet également d'éviter la fuite des médecins traitants.

Depuis plus de trois ans, ce dispositif a permis d'accompagner un nombre croissant d'établissements avec des résultats très satisfaisants :

- ❖ réduction du turn-over des équipes soignantes grâce au soutien apporté par le « médecin télécoordonnateur », notamment à l'IDEC et aux IDE,
- ❖ amélioration des relations avec les médecins traitants du fait de la possibilité d'échanger avec un confrère, même à distance,
- ❖ maintien de l'établissement au sein de la filière gériatrique via les liens tissés par l'équipe de télécoordination avec les différents acteurs (HAD, équipes mobiles...),
- ❖ réduction significative des hospitalisations non-programmées.

Fort de ce constat positif, le déploiement de la télécoordination des soins en EHPAD, portée par deux associations en PACA, est désormais en cours de préparation au niveau National.

Ainsi, dans le cas où le futur EHPAD porteur ou le SAAD porteur conventionné avec un EHPAD, se trouvait sur un territoire au sein duquel un ou plusieurs établissements se retrouvaient en carence de médecin coordonnateur, cet axe devra être travaillé en lien avec une structure de télécoordination des soins.

Le financement de la télécoordination s'effectue via la dotation soin fléchée par l'EHPAD pour le poste de médecin coordonnateur.

Toutefois, des crédits complémentaires pourront être octroyés :

- **de façon pérenne**, sur la coordination médicale aux termes des évaluations menées par l'ARS ;
- **en non pérennes** au titre de la réalisation de formations, d'audits en présentiel ou de l'obtention de matériels, notamment informatiques, qui seront dédiés à la télécoordination, qui pourront également être utilisés afin de déployer des dispositifs de téléconsultation.

² « La prise en charge des personnes âgées en EHPAD – Un nouveau modèle à construire », Rapport de la Cour des Comptes, février 2022

³ Mission flash de l'Assemblée Nationale sur la situation des EHPAD, septembre 2018

Plusieurs points doivent être mentionnés :

- ❖ l'entrée dans le dispositif de télécoordination ne peut se faire qu'après que l'établissement demandeur ait apporté la preuve d'une recherche active de médecin coordonnateur durant un délai minimal de 3 mois au minimum, sans résultat ;
- ❖ une convention doit être établie entre la structure de télécoordination et l'établissement précisant les modalités de réalisation des missions de coordination médicale ;
- ❖ le contrat de télécoordination est établi pour une durée déterminée. Durant cette période, l'établissement s'engage à poursuivre la recherche active d'un médecin coordonnateur présentiel. Ce contrat est résilié dans un délai d'un mois en cas de recrutement d'un médecin coordonnateur
- ❖ la télécoordination n'a pas pour but de supprimer la fonction de médecin coordonnateur. C'est parce qu'il a été constaté qu'un établissement ne pouvait se passer des fonctions d'un médecin coordonnateur que le dispositif a vu le jour. C'est aussi la raison pour laquelle les médecins choisis devront être uniquement des médecins disposant d'un DU en coordination des soins et/ou d'une capacité en gériatrie.
- ❖ le dispositif ne devra pas viser à débaucher des médecins en place, mais visera au contraire à faire profiter de leur expérience un plus grand nombre d'établissements à travers une optimisation des ressources médicales. De plus, à travers ces nouvelles modalités d'exercice, la télécoordination pourra permettre à des médecins coordonnateurs en fin de carrière et qui auraient fait le choix d'arrêter leur activité, de la poursuivre et ainsi de faire profiter de leur expérience des établissements en besoin.
- ❖ l'optimisation de la ressource médicale se fera à travers la mise en place d'une équipe de télécoordination incluant notamment un(e) infirmier(e) télécoordinateur chargée du recueil des données et de l'organisation des temps d'échange avec les équipes soignantes.

Par ailleurs, cette équipe de télécoordination pourra être complétée par des experts pluridisciplinaires (ex. médecins spécialistes, diététicien(ne), ergothérapeute,) qui vont pouvoir apporter ponctuellement une expertise non détenue en présentiel du fait de l'isolement. Enfin, la mise à disposition d'une bibliothèque de formations en e-learning devra être également un axe d'optimisation de la ressource médicale.

4. Critères d'éligibilité du porteur et de sélection du projet

4.1. Critères d'éligibilité

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. Quelle que soit la nature du porteur, 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.

L'EHPAD porteur devra être majoritairement habilité à l'aide sociale. A défaut, le porteur :

- ❖ **devra proposer des prestations aux tarifs fixés par le département dans le cadre de l'aide sociale ;**
- ❖ **ou devra prévoir 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.**

Par ailleurs, s'agissant strictement des EHPAD, l'ARS prêtera **une attention très particulière au niveau capacitaire des Etablissements.**

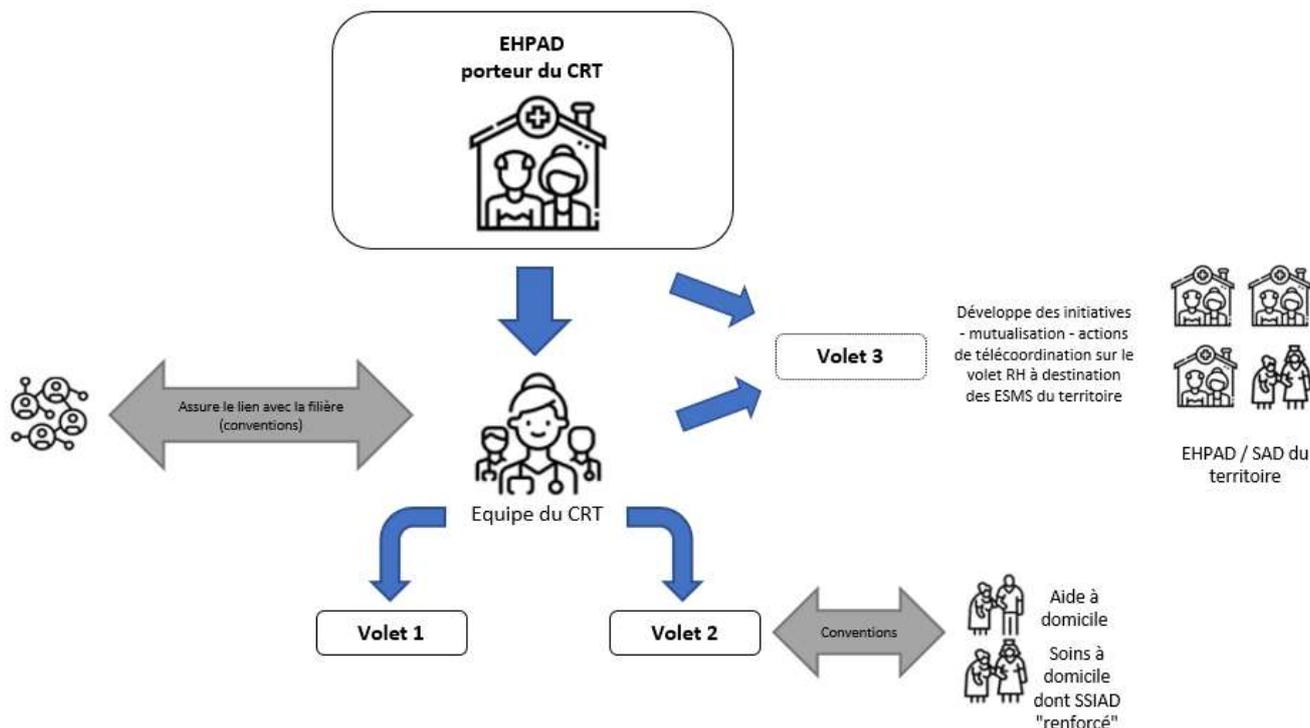
A ce titre, les EHPAD candidats devront disposer d'une « **taille critique** » **suffisante (80 lits d'EHPAD minimum⁴).** Néanmoins, cette condition ne sera pas retenue :

- ❖ **dans les territoires ciblés où les structures ne disposent pas de ce volume capacitaire ;**
- ❖ **si l'EHPAD candidat est physiquement rattaché à un Etablissement de Santé.**

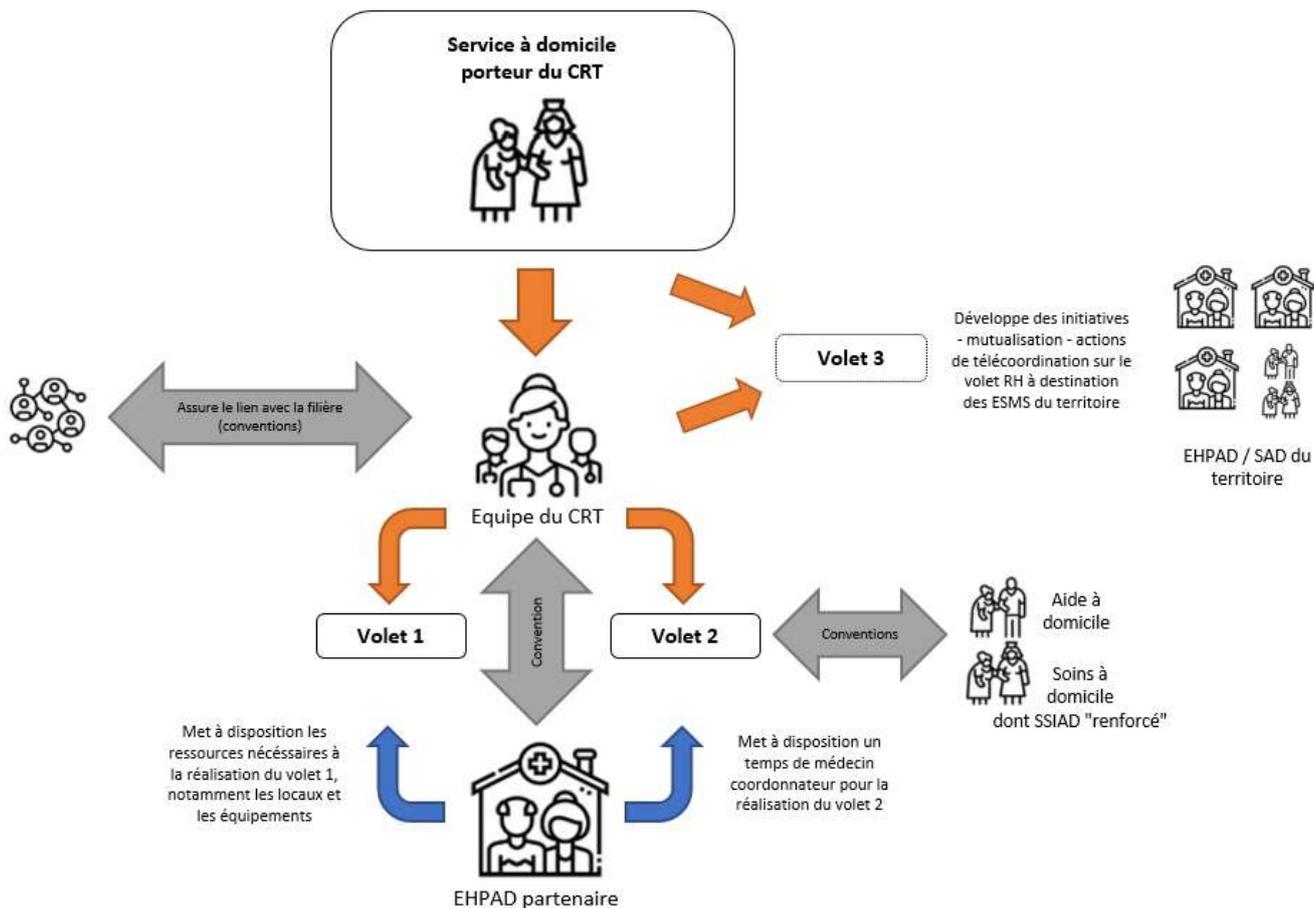
Enfin, les projets **ne comportant pas les deux premières modalités d'intervention** pour assurer le rôle de centre de ressources territorial ne seront pas éligibles à l'appel à candidatures.

⁴ Taille retenue sur un même site géographique

Cas n°1 : portage du CRT par un EHPAD



Cas n°2 : portage du CRT par un service à domicile



4.2. Complémentarité des 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 télésanté, actions de prévention et repérage) et aux activités en faveur de l'animation de la vie sociale.

De plus, l'ouverture d'un centre de ressources territorial sur son environnement doit permettre de repérer des situations susceptibles de bénéficier du volet 2.

S'agissant du volet 3, celui-ci concerne davantage la partie ressources humaines.

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.

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 – cf. *Annexe n°6*).

Parmi les conventions qui organisent et définissent ces partenariats, **des conventions entre l'EHPAD porteur et les services à domicile (y compris le SSIAD « renforcé ») qui interviennent au quotidien chez les bénéficiaires du volet 2 doivent être conclues.**

Outre ce type de convention, *l'annexe n°5* regroupe les partenariats nécessaires pour la réalisation des prestations dans les deux-trois 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, la structure devra impérativement établir 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 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 qui figure en *annexe n°5*.

4.3. Capacité du gestionnaire à mettre en œuvre le projet

Pour la sélection des projets, une attention particulière sera 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 :

- 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 gérontologique 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 et le rôle des acteurs du territoire justifiant le choix des prestations, l’organisation et les partenariats proposés par le porteur sera 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 : aide aux aidants, plan antichute, stratégie vieillir en bonne santé, feuille de route maladies neuro dégénératives). 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 (exemples : accueil de jour avec un niveau d’activité conforme aux PRS⁵, hébergement temporaire, PASA, UHR et PFR) ou bien des modalités d’accompagnement expérimentales (exemple : PASA de nuit, Astreinte mutualisée d’infirmière de nuit entre EHPAD ou portée par un établissement de santé, SSIAD renforcés...).

S’agissant de la solidité de l’EHPAD porteur de projet ou partenaire, l’EHPAD devra :

- **bénéficiaire 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) ;
- **bénéficiaire d’un temps d’infirmier coordinateur** ;
- **disposer d’espaces et d’équipements suffisants ou soit intégré dans une démarche de reconfiguration architecturale** – via notamment le Ségur de la Santé - pour organiser les actions du volet 1. Les espaces 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.

L’EHPAD porteur :

- ❖ ne disposant pas de places d’hébergement temporaire devra obligatoirement envisager la transformation d’une à deux places d’hébergement permanent en places d’hébergement temporaire d’urgence en conformité avec le futur cahier des charges régional ;
- ❖ ne disposant pas d’une présence ou d’une astreinte de nuit, devra prévoir le déploiement d’une astreinte de nuit dans une démarche de territoire, en lien avec les EHPAD du secteur dans le respect des instructions régionales (*cf. Annexes n°3*)

Dès lors que le candidat aura été choisi, la mise en œuvre du CRT devra respecter 4 étapes essentielles :

1. Analyse du territoire et ses besoins et identification des structures/services ressources potentielles ;
2. Construction du projet de CRT ;
3. Réévaluation régulière des besoins et des ressources du territoire pour faire évoluer le CRT en fonction de ceux-ci ;
4. Accompagnement des professionnels dans la mise en œuvre de ces dispositifs.

⁵ A minima 75% et une file active + de deux fois égale à la capacité autorisée

4.4. Financement de la mission de CRT

La dotation annuelle s'élève à 400 000 € pour remplir la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets. 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 (a minima à hauteur de 0,5 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 ;
- ❖ 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** ;

Le financement se décompose comme suit :

Volet 1	Volet 2
Dotation annuelle indicative De 20 000 € à 80 000 €* 	De 320 000 € à 380 000 €* Intégrant : <ul style="list-style-type: none"> - la mise en place de l'hébergement temporaire d'urgence (30 000 €) - la mise en place de l'astreinte de nuit - le forfait de 20 000 € à reverser à la Plateforme de répit du territoire - le versement de 25 000 € directement au SSIAD renforcé identifié au titre du financement du temps de psychologue

*dans la limite de 400 000 € par CRT/an

Fort de l'évaluation menée sur les dispositifs d'EHPAD « hors les murs », **des actions complémentaires** pourront être mises en œuvre, notamment concernant les aidants et ou l'isolement des personnes âgées ; ces actions pourront donner lieu à des financements complémentaires non pérennes, dans un premier temps, attribués de façon pluriannuelle

La mise en place d'un SSIAD renforcés : qui pourra donner lieu à l'octroi de crédits non reconductibles, en fonction des situations indiquées en *annexe n°2*.

En cas d'augmentation du temps de médecin coordonnateur, les crédits seront notifiés en sus des 400 000 €.

S'agissant du volet 3 (optionnel), la notification de crédits dépendra des actions pressenties par le porteur, en lien avec les acteurs du territoire. Il s'agira de crédits non pérennes, à l'exception des actions liées à la coordination médicale, pour lesquelles l'octroi de crédits pérennes pourra être envisagé.

Les périmètres de financements sont illustrés ci-dessous :

Volet 1	Volet 2	Volet 3 (optionnel)
Moyens humains (Liste non exhaustive)	Coûts de fonctionnement	Coûts de fonctionnement
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	Charges de personnel : professionnels médico-administratifs, équipe de pilotage de l'activité Coûts liés au fonctionnement du dispositif: entretien du SI, équipement du personnel, frais liés aux transports, etc Mise en place de l'hébergement temporaire d'urgence (forfait 30 000 euros)	Coûts liés au fonctionnement du dispositif : entretien SI, équipement du personnel, frais liés aux transports, etc Coûts annexes liés à la mise en place de la télécoordination
	Mise en place du « Temps libéré » (reversement forfait de 20 000 euros à la PFR)	

Moyens matériels (Liste non exhaustive)	Investissements	Investissements
Mise à disposition d'un transport pour faciliter la mobilité des bénéficiaires quand aucun autre type de transport n'est disponible.	Le cas échéant, des licences informatiques pour des logiciels de coordination, de visioconférence	Achat d'outils numériques
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	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
	Coûts d'ingénierie de projet : frais de formation du personnel	

L'ensemble des financements ne se substituent à aucun autre financement déjà perçus par l'établissement. Néanmoins, ceux-ci n'ont 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 l'astreinte mutualisée d'IDE de nuit si elle est déjà mise en place.

Aucune participation financière n'est demandée aux bénéficiaires des prestations du centre de ressources territorial.

Le financement de cette mission donne lieu à un avenant au CPOM pour le porteur du CRT. Si celui-ci 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 sera également organisé.

Conclusion : modalités de candidature, de dépôt des dossiers et délai de mise en oeuvre

Modalités de dépôt de candidature

Le dossier sera transmis par courriel (*format word ou pdf*) à l'adresse suivante : ars-paca-doms-pa@ars.sante.fr
Il devra mentionner dans l'objet la référence à l'appel à candidatures « *Candidature Centre ressources territorial 2023* » suivi du numéro du département.

Pour toute question relative à cet appel à candidatures, un courriel pourra être adressé à cette adresse.

Le dossier de candidature

La trame de dossier de candidature figurant *en annexe n°8* devra comporter **au maximum 25 pages sans annexes** (à l'exception des lettres d'intention)

Calendrier de l'appel à candidatures

- **Réception des candidatures : Fenêtre de dépôt ouverte jusqu'au 9 juin 2023 à 14h**
- Commission de sélection : septembre 2023
- Notification de la sélection des dossiers : octobre-novembre 2023

Délai de mise en oeuvre du CRT

Pour les projets sélectionnés, la mission de centre de ressources territorial donnera lieu à une évaluation menée au bout de 18 mois suivants la mise en oeuvre effective du CRT.

Aux termes de cette période et sous réserve des résultats de l'évaluation menée, une modification de l'arrêté d'autorisation de la structure retenue qui sera co-signé par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental.

Cette autorisation donnera 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.

La frise chronologique ci-dessous illustre les différentes étapes de mise en oeuvre du CRT pour les porteurs qui seront accompagnés dès 2023. Ces étapes seront décalées dans le temps pour les porteurs éventuellement accompagnés en 2024.

