

Cahier des charges du

**Centre de Ressources Territorial pour les
personnes âgées**

2024

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées) consacre une mission de centre de ressources territorial. 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 pour leur permettre de continuer de vivre chez elles. Il s'agit de développer une alternative à l'entrée à l'établissement. Cette mission peut être portée dans des conditions fixées par le présent arrêté :

- **par un EHPAD**, ainsi que le prévoit l'article 47 de la LFSS 2022 et l'article 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) ;

- **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 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.

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

Les missions prévues dans le cadre du volet 2 sont inspirées de l'expérimentation art. 51 Dispositif renforcé d'accompagnement à domicile prévue jusqu'en décembre 2023¹. Le présent cahier des charges sera revu à l'issue de l'évaluation de cette expérimentation.

La définition de l'articulation des missions du volet 2 du centre de ressources territorial avec l'action des services intervenants au domicile du bénéficiaire devra être garante du respect des missions déjà effectuées par ces structures. Le centre de ressources territorial n'intervenant alors qu'en complémentarité ou, si nécessaire, en subsidiarité des intervenants du domicile.

¹ Expérimentation prévue par l'arrêté du 27 février 2023 modifiant l'arrêté du 5 octobre 2020 relatif à l'expérimentation des dispositifs renforcés de soutien au domicile (DRAD) pour les personnes âgées publié au JO du 03/03/2023.

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

1.1. 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.

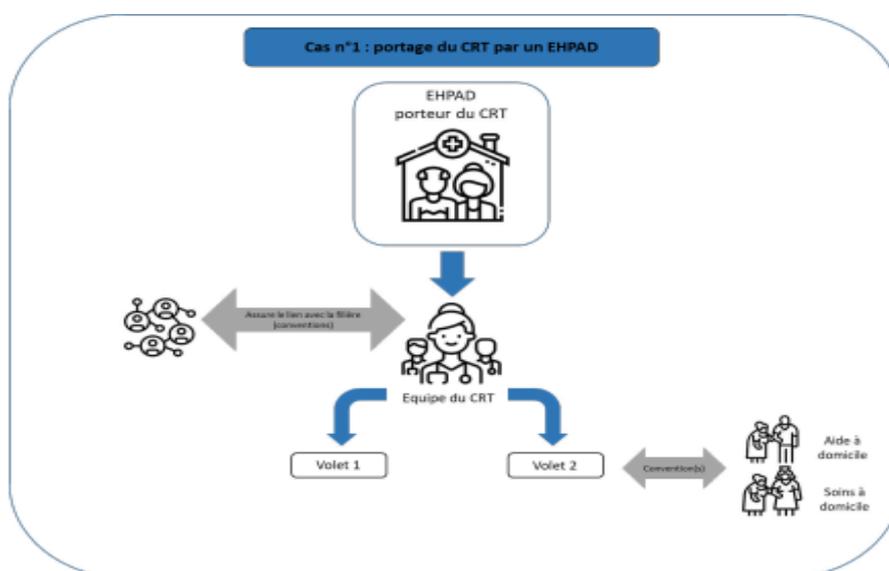
L'équipe ainsi constituée collabore avec les professionnels de l'établissement ou du service porteur.

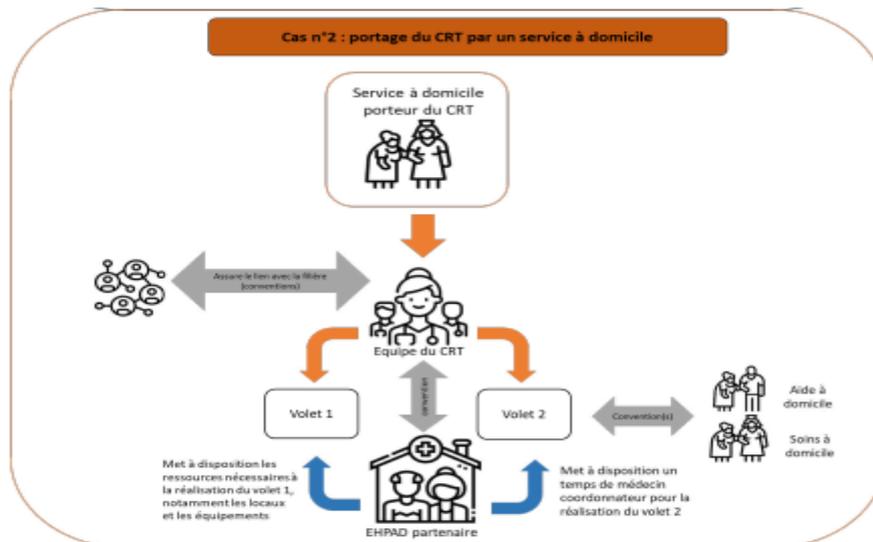
Que la mission soit portée par un EHPAD ou un service à domicile, la complémentarité entre les deux modalités d'intervention, au sein des murs de l'EHPAD (porteur ou partenaire) et au domicile des bénéficiaires, est notamment assurée grâce à un temps de direction et de chefferie de projet dédié à la 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° 1. – Les deux modalités de portage d'un centre de ressources territorial





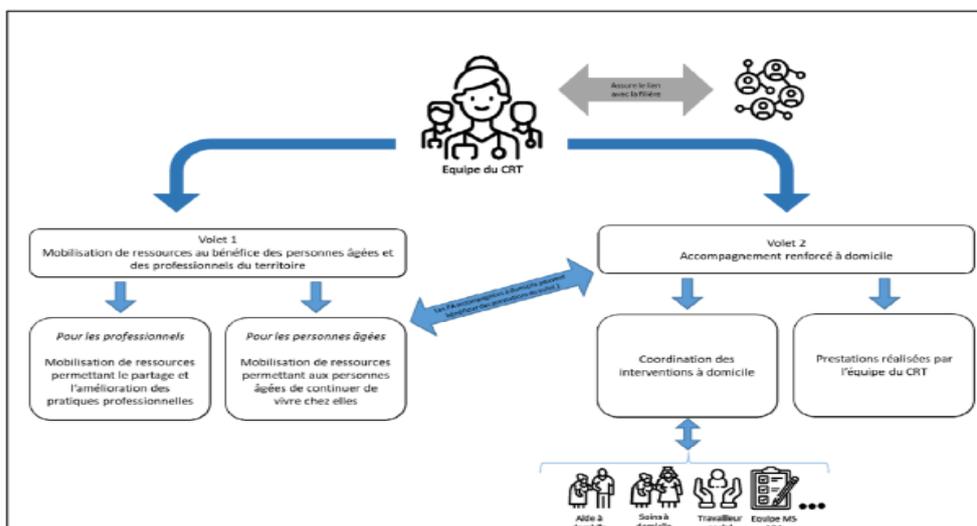
1.2. Complémentarité des deux modalités d'intervention

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 télésanté, 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.

Schéma n°2 : Le rôle de l'équipe du centre de ressources territorial



1.3. Appel à candidatures

Les structures porteuses de cette offre sont désignées par un appel à candidatures de l'ARS, qui peut être travaillé en lien avec les conseils départementaux concernés. L'ARS organise et pilote la sélection des candidatures en lien avec les conseils départementaux.

Cet appel à candidatures précise les modalités d'articulation et de complémentarité attendues entre le fonctionnement spécifique « centre de ressources territorial » et le fonctionnement des structures de « droit commun » notamment financées ou cofinancées par le conseil départemental dont peuvent bénéficier les personnes âgées en perte d'autonomie (l'aide humaine, la téléassistance, le portage de repas, l'accueil de jour, les solutions de nuit...). Il précise également l'articulation souhaitée avec les dispositifs d'information, de coordination et d'orientation, notamment les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Les réponses à l'appel à candidatures devront comporter les éléments suivants :

- le diagnostic, réalisé par le candidat, sur le territoire de son intervention en tant que centre de ressources territorial, qui est un élément central de la réponse à l'appel à candidature ;
- le modèle d'organisation choisi par le candidat ;
- les partenariats prioritairement mis en œuvre ;
- le territoire d'intervention, qui tient compte de l'implantation de l'EHPAD porteur ou partenaire et de la file active cible du porteur sur le volet 2. Si le porteur est un service à domicile, le territoire d'intervention de la structure centre de ressources peut être différent de celui défini dans l'autorisation en tant que SAAD, SSIAD ou SPASAD. Le périmètre de ce territoire d'intervention défini dans l'annexe 1 du présent cahier des charges est précisé dans la réponse à l'appel à candidatures et repris dans les conventions de partenariat et de coopération EHPAD-service. La zone d'intervention du centre de ressources territorial a été déterminée en cohérence avec les territoires de filière gériatrique tels que prévus dans le projet régional de santé et les schémas d'orientation et d'organisation départementaux ;
- les actions susceptibles de relever de la mission de centre de ressources territorial faisant l'objet d'un financement par ailleurs (actions financées par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ou par la dotation complémentaire des services d'aide à domicile) sont identifiées par le candidat ;
- Pour l'ensemble des porteurs, les conventions de partenariat signées, qu'il s'agisse d'un EHPAD ou d'un service à domicile, avec les services à domicile qui interviennent au quotidien chez les bénéficiaires du volet 2, ou à minima des courriers d'engagement de ces partenaires ;
- Pour les centres de ressources territoriaux portés par un service à domicile, une convention signée avec un EHPAD partenaire pour la réalisation de certaines prestations du volet 1 et du volet 2 ;
- L'attestation d'engagement à proposer une offre accessible financièrement en décrivant les modalités prévues pour assurer cette offre.

1.4. 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 ;
- les dossiers incomplets.

- **Orientations nationales pour la sélection des projets :**

Pour la sélection des projets, une attention particulière est portée sur son opérationnalité et la capacité du gestionnaire à mettre en œuvre rapidement la nouvelle mission. A cet égard, une capacité autorisée suffisante pourrait être un critère facilitant la mise en œuvre effective du centre de ressources territorial (+/- 80 places autorisées pour un EHPAD ; +/- 60 places qu'il s'agisse de places pour personnes âgées ou personnes en situation de handicap pour les services de soins infirmiers à domicile ; nombre d'heures, nombre de bénéficiaires, type de prestations, etc. pour les SAAD).

Il pourra être tenu compte également 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 d'ores et déjà 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 avérés avec le secteur sanitaire dont l'hospitalisation à domicile (HAD) est également un gage de solidité du porteur. En outre, le rattachement à un GCSMS peut être considéré comme un atout pour endosser les missions de centre de ressources territorial dans la mesure où le GCSMS formalise le partenariat de manière durable et sécurisée et favorise la coopération et la complémentarité des actions, facilitant ainsi le développement coordonné de l'offre ;

- La qualité du diagnostic territorial réalisé sur la place et le rôle des acteurs locaux 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 et programmes de santé publique en cours sera valorisé (ex : plan antichute, stratégie vieillir en bonne santé, feuille de route maladies neuro dégénératives, programme nutrition santé, plan de soins palliatifs, plan cancer, plan santé mentale). A cet égard, la stratégie de déploiement des missions de centre de ressources territorial doit tenir compte des dispositifs existants sur le territoire, innovants ou non, pour ne pas créer de doublon. Le porteur du projet existant sera obligatoirement associé pour permettre une complémentarité ou un renfort du dispositif (ex : les DRAD dispositifs renforcés à domicile, articles 51).

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 (ex : places d'accueil de jour, hébergement temporaire, PASA, UHR et PFR...) ou bien des modalités d'accompagnement démontrant une capacité d'animation et d'organisation éprouvée (ex : 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 assurant des missions de coordination (ex : médecin prescripteur attaché à l'EHPAD en capacité de dédier un temps de coordination) ;

- 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).

1.5. 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. 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 (dispositifs renforcés à domicile) 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, qui vient s'ajouter aux financements et prestations de droit commun, pour un nombre minimum de 30 bénéficiaires accompagnés au cours de l'année, dans le cadre de l'enveloppe limitative allouée. La file active annuelle dépendra de la durée d'accompagnement, selon le projet.

Dans l'hypothèse d'un portage par un service à domicile, le fonctionnement du centre de ressources territorial repose obligatoirement 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 en capacité de dédier un temps de coordination au projet). 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. Si le service à domicile n'est pas inclus à un SPASAD, il aura également une convention avec un porteur de SSIAD et l'HAD du territoire.

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.

1.6. 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, le tableau 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 soins gériatriques, acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social...) en s'appuyant sur les instances de concertation et de coordination territoriales existantes. Cette instance de pilotage inclura des représentants d'usagers.

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 soins libéraux) ou encore les acteurs associatifs (association d'usagers, CCAS, associations socio-culturelles...) 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 le tableau ci-après :

Institutionnels et financiers	<ul style="list-style-type: none"> - ARS - Conseil départemental - Commune et intercommunalité
Filière de soins	<ul style="list-style-type: none"> - 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) ; - Coordonnateurs de filière Gériatrique - Toute autre équipe mobile ou projet territorial local - Equipes mobiles d'hygiène (EMH) - ESPREVE - ECEPE - L'équipe mobile de psycho-gériatrie (EMPG) - Etablissements de santé (MCO/SMR/USLD/UCC) et notamment les hôpitaux de proximité - Etablissements et services de santé mentale
Aide et soins à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - SAAD, SSIAD, SPASAD, futurs services autonomie à domicile. - L'hospitalisation à domicile (HAD) - Equipe PRADO pour les personnes âgées - Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) - ESPRAD - Equipes spécialisées Maladies Neuro-Dégénératives (ESMND) - Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation (EAAR) - Equipes médico-sociales APA
Prévention de la perte d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> -Associations -Caisses et mutuelles -Centres sur les aides techniques
Aide aux aidants	<ul style="list-style-type: none"> - PFR du territoire - Associations d'aide aux aidants - Représentants du CVS - Autres acteurs qui proposent du répit au domicile
Vie sociale et citoyenne	<ul style="list-style-type: none"> Associations dédiées Les projets de tiers lieux Associations d'usagers ou de patients
Professionnels libéraux	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin traitant - Equipes de soins libérales (IDEL) - Organisations d'exercice coordonnées : Equipes Soins Primaires, CPTS, MSP, centres de santé - Pharmacies d'officine
Coordination locale	<ul style="list-style-type: none"> Dispositif d'appui à la coordination (DAC) CLIC
Autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements hébergeant des personnes âgées - Résidences autonomie - Porteurs des habitats inclusifs du territoire - Résidences Services Séniors (RSS)

2. Volet 1 : Le centre de ressources territorial mobilise des compétences et des actions favorisant le maintien à domicile des personnes âgées

2.1. 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.

2.2. 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 territorial 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.

Des exemples d'actions pour chacun des trois champs d'interventions sont présentés, à titre indicatif, en annexe 2 de ce présent cahier des charges.

2.3. 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 (Cohérence de l'ensemble de la nouvelle mission/Gouvernance et partenariats), le centre de

ressources territorial doit se rapprocher, pour la mise en œuvre du volet 1, tout particulièrement des établissements de santé 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 ou offre complémentaire déjà présente sur le territoire.

2.4. Financement

S'agissant du volet 1, l'enveloppe allouée (19% de l'enveloppe globale affectée à la mission de centre de ressources territorial) 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 ressources territorial ;
 - Achats de matériels (fournitures, informatique, équipements permettant de faire des actes de téléconsultation à domicile...) pour la réalisation des actions du centre de ressources territorial ;
 - Mise à disposition d'un transport pour faciliter la mobilité des bénéficiaires quand aucun autre type de transport n'est disponible.

3. 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 selon les manques repérés sur le territoire.

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 à la mission du volet 2.

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 en annexe 3 du présent cahier des charges.

Cette offre renforcée doit être travaillée tout particulièrement avec :

- l'animateur territorial du DAC (dispositif d'appui à la coordination) du territoire afin que l'action du DAC puisse être subsidiaire sur le territoire de l'action ;
- le coordonnateur de filière gériatrique pour structurer notamment les procédures d'aval et d'amont de l'hôpital ;
- la plateforme de répit du territoire pour le volet aide aux aidants.

3.1. 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.

3.1.1. 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 toutes 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 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 collaboration et en complémentarité des acteurs du droit commun qui interviennent au domicile du bénéficiaire. L'accompagnement mobilise également toutes les aides financières existantes de droit commun dont l'ARDH (aide au retour à domicile post-hospitalisation).

- 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.

Afin de mieux repérer les prestations réalisées par l'accompagnement renforcé (volet 2), le détail des prestations « socle » par domaine d'intervention est indiqué dans le tableau en annexe 3.

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. 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 de 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 €	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

3.1.2. 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 retiendra 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 choisies par le candidat et sur les motifs de ce choix organisationnel à l'aune du contexte territorial.

3.1.3. 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.

Le système d'informations doit respecter le cadre fixé par la Doctrine Technique du Numérique en Santé en terme de sécurité, d'interopérabilité et d'urbanisation régionale et nationale.

A ce titre, il intégrera les outils et interopérabilités facilitant l'information et la coordination des acteurs : comme 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 système d'information du CRT s'appuiera sur les services numériques de coordination déployés régionalement, afin de disposer d'un outil partagé avec les autres acteurs du territoire. Ces services numériques de coordination sont définis dans le cadre de la Doctrine Technique du Numérique en santé et comprennent notamment :

- Le dossier de coordination, qui rassemble les informations nécessaires à la mise en œuvre de la coordination et s'appuie sur le dossier médical partagé pour la restitution des données médicales de l'utilisateur ;
- Les services et outils de repérage, dépistage, évaluation et planification ;
- La description de l'équipe de prise en charge ;
- Le carnet de liaison/ suivi de l'utilisateur et la gestion d'alertes, qui permet de signaler des événements imprévus aux professionnels de l'équipe de prise en charge ;
- Le partage d'agenda de l'utilisateur, afin de faciliter l'organisation des soins ;
- La gestion des orientations, appuyée sur le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) ;
- Le réseau social professionnel, qui permet aux professionnels d'échanger en instantané et de manière sécurisée en complément d'un service de messagerie sécurisée de santé au sujet du bénéficiaire. Ces outils viennent appuyer les organisations et processus de travail harmonisés du CRT et sont donc adaptés aux contextes territoriaux et aux différentes modalités de travail.

Les différents partenaires de la mission de CRT s'engagent à avoir des échanges de messagerie uniquement par voie de la Messagerie sécurisée de santé (MSS) et d'être en capacité de le faire pour les autres professionnels participant à l'accompagnement et disposant eux-mêmes d'une adresse email sécurisée.

Pour les professionnels non soignants concernés (personnels non soignants de l'EHPAD, coordinatrice de territoire au SAAD, ...), il sera nécessaire pour les structures faisant partie de la mission de CRT d'établir un contrat de structure avec l'Agence du Numérique en Santé (ANS) et de déclarer les professionnels habilités au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS+) pour bénéficier de moyens d'identification et d'authentification électronique nécessaire à l'exercice d'accompagnement.

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.

3.2. 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, dans la limite du territoire d'intervention défini par 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 ré-hospitalisations 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, avec le soutien financier de l'ARDH par accord du porteur avec la CARSAT.

3.2.1. 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 avec procédure préalable fixée avec l'établissement. 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 à plusieurs structures pour éviter la multiplication de ces visites d'évaluation (les partenaires territoriaux s'entendent dans le projet sur une évaluation reconnue de tous);

- évaluation médicale sur pièce ou en visite à domicile ou en téléconsultation par le médecin coordonnateur de l'EHPAD porteur ou EHPAD partenaire (ou par le médecin intervenant dans l'EHPAD en l'absence de médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD) en lien, dans la mesure du possible, avec le médecin traitant ;
- élaboration du plan d'accompagnement individualisé (sur le modèle du Plan personnalisé de coordination en santé ou PPCS de la HAS, inclus à PREDICE) ;
- 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.

3.2.2. 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'usager ;
- 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 ou poursuivi 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.

3.3. Professionnels de l'accompagnement renforcé

L'essentiel des crédits du volet 2 financent du temps supplémentaire, des recrutements ou des prestations de professionnels. Il revient au porteur de proposer la constitution d'une équipe pluri-professionnelle chargée de l'accompagnement renforcé lui apparaissant la plus adaptée aux besoins sur son territoire d'intervention. Les professionnels seront 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 au sein du DAC ou de l'établissement référent de gériatrie) et mobilisation des équipes mobiles 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, sauf en cas de patient sans médecin traitant, pour lequel le dispositif devra tout mettre en œuvre pour en trouver un et pourra alors pallier dans l'attente aux besoins de prescriptions.

- 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 et en subsidiarité 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 de téléexpertise 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 ;

- l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien : 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, permettre au patient de mieux maîtriser son corps et d'améliorer son comportement par des activités de coordination et de rythme, exercices d'orientation, jeux...

- 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 et services 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 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, kinésithérapeutes, 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.

3.4. Partenariats spécifiques de l'accompagnement renforcé

En plus des partenariats transverses évoqués dans l'introduction de ce cahier des charges (Cohérence de l'ensemble de la nouvelle mission/ Gouvernance et partenariat), 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.

3.4.1. 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.

3.4.2. 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.

Les DAC

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 est donc nécessaire pour organiser avec le porteur les procédures utiles au travail ensemble et à la subsidiarité.

Les coordinations gériatriques

La coopération du centre de ressources territorial avec l'hôpital de proximité, la filière gériatrique 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 coopération dans le projet avec les coordonnateurs de filière gériatrique qui structurent les parcours de soins territoriaux est donc nécessaire.

Les CPTS

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.

Le porteur de projet devra donc prendre contact avec la ou les CPTS de son territoire afin de connaître leur volonté de s'inscrire dans le projet.

3.4.3. 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/HAD², 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 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.

² Telle que prévu à l'article D. 6124-205 du CSP.

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.

3.5. Financements

Les gestionnaires retenus dans le cadre de l'appel à candidatures recevront chacun une dotation annuelle s'élevant à 400 000 €. Ce financement doit permettre le développement des deux volets de la mission de centre de ressources territorial sans se substituer à une offre déjà financée sur le territoire.

Aucune participation financière n'est demandée aux bénéficiaires des prestations du centre de ressources territorial, sauf pour les prestations optionnelles.

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 au fonctionnement du dispositif : entretien du SI, équipement du personnel, frais liés aux transports, etc. ;
- Prestations à la charge du centre de ressources 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 etc. ;
- Achat d'outils numériques pour les actes de télésanté (téléconsultations, téléexpertise et télésoin notamment) et les loisirs (tablettes à domicile et objets connectés) en lien avec les programmes régionaux en vigueur ;
- Coûts d'ingénierie de projet : frais de formation du personnel.

3.6. Territoires d'intervention

Les projets se déploient sur les territoires fixés par l'ARS figurant dans l'annexe 1 du cahier des charges et énoncés ci-dessous. Une seule équipe sera financée par territoire défini. Celle-ci aura vocation à intervenir sur l'ensemble du territoire.

L'instruction N° DGCS/SD3A/CNSA/2023/111 du 10 juillet 2023 prévoit la création de 43 CRT dans les Hauts de France d'ici 2028 au lieu des 15 CRT prévus initialement. Les projets se déploient sur les territoires nouvellement fixés par l'ARS figurant sur la carte jointe en annexe. 18 CRT ont été autorisés lors des deux premiers appels à candidature.

Les territoires restant à pourvoir sont les suivants :

- 1) **NORD** : CRT n°2, CRT n°5, CRT n°6, CRT n°7, CRT n°9, CRT n°10, CRT n°11, CRT n°12, CRT n°13, CRT n°14, CRT n°15
- 2) **PAS-DE-CALAIS** : CRT n°16, CRT n°18, CRT n°19, CRT n°21
- 3) **OISE** : CRT n°27, CRT n°28
- 4) **SOMME** : CRT n°39, CRT n°40, CRT n°41, CRT n°42
- 5) **AISNE** : CRT n°35, CRT n°36, CRT n°37, CRT n°38

4. Les modalités d'évaluation et de suivi de la mission de centre de ressources territorial

Une instance de suivi du projet, composé à minima des directeurs d'établissements et des services portant le dispositif, du médecin coordonnateur intervenant dans le dispositif, et le coordonnateur doit être mis en place afin d'élaborer le projet puis d'échanger de façon régulière sur les procédures et le fonctionnement du projet. Cette instance de suivi pourra comprendre d'autres acteurs en fonction du contexte local.

Le suivi d'activité sera organisé dans un premier temps sur la base de remontées semestrielles. Par la suite, le suivi sera annuel.

Ce suivi concerne à minima les indicateurs socles retenus au niveau national pour le suivi du déploiement de la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets et précisés ci-après :

➤ **Déploiement de la mission :**

- nombre de centres de ressources territoriaux ;
- nombre de centres de ressources territoriaux portés par un EHPAD ;
- nombre de centres de ressources territoriaux portés par un service à domicile ;
- nombre de conventions passées avec d'autres acteurs de la filière.

➤ **Indicateurs transversaux :**

- nombre de personnes bénéficiant à la fois de prestations du volet 1 et du volet 2 ;
- composition de l'équipe du centre de ressource territorial (ETP et qualifications) ;
- liste des partenaires du centre de ressources territorial et gouvernance mises en place avec eux.

INDICATEURS QUANTITATIFS	
VOLET 1	VOLET 2
<p>S'agissant des effets sur les personnes âgées du territoire ne bénéficiant pas de la prestation hébergement et leur(s) aidant(s) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes âgées du territoire ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 ; - Nombre d'aidants ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 ; - Nombre de prestations de télésanté réalisées par un professionnel de l'EHPAD (téléconsultations accompagnées, télé-expertises sollicitées, et le cas échéant actes de télésoin) ; <p>Nombre de prestations proposées par champ d'interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions favorisant l'accès aux soins et à la prévention <p>Nombre d'actions permettant de lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants</p> <p>Nombre d'actions contribuant à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques</p> <p>Nombre de personnes ayant bénéficié des prestations du volet 1/actions</p> <p>Pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions améliorant les pratiques professionnelles dont actions de sensibilisation, partage de bonnes pratiques... ; - Nombre de professionnels ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 ; - Parmi eux, nombre de professionnels d'un service à domicile ou d'un autre EHPAD 	<p>S'agissant des bénéficiaires de l'accompagnement renforcé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes dans la file active ; - Nombre de personnes âgées du territoire n'ayant pu bénéficier du dispositif <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'entrées / sorties dont sorties temporaires (motifs et durée) ; - Nombre de prestations réalisées par domaine et par bénéficiaire de l'accompagnement. - Nombre d'utilisateurs avec existence d'un reste à charge - Nombre de personnes ayant été orientées par un service à domicile - Nombre de personnes ayant été orientées par un service hospitalier - Nombre de personnes ayant été orientées par un médecin libéral <p>Durée moyenne d'accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - File active de personnes âgées ayant bénéficié du dispositif d'accompagnement renforcé - Nombre total de bénéficiaires accompagnés au cours de l'année <p>Coûts du dispositif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Part du forfait consacré aux frais de fonctionnement / investissement ; - Détail du coût des prestations complémentaires dans les quatre domaines suivants : - Sécurisation de l'environnement de la personne ; - Gestion des situations de crise et soutien des aidants ; - Coordination renforcée autour de la personne ; - Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement des personnes âgées, animation de la vie sociale, appui au parcours de vie.

INDICATEURS QUALITATIFS	
VOLET 1	VOLET 2
<ul style="list-style-type: none"> - Profil des bénéficiaires (GIR, lieu de vie, etc..) - Prestations proposées pour chacun des trois objectifs du volet 1 ; - Modalités de prise en charge d'un coût de transports vers le lieu de réalisation du volet 1 par le CRT lorsqu'aucune autre solution de mobilité ne peut être mobilisée ; - Satisfaction des personnes ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 ; - Retour d'expérience du gestionnaire du centre de ressources territorial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Modalités d'organisation - Modèle organisationnel (intégré ou coordonné); - Organisation de l'astreinte de nuit 24/24 et 7/7 (IDE / AS). - profils des bénéficiaires - Typologie des bénéficiaires : âge, sexe, situation au domicile, GIR ; - Motifs d'accompagnement non satisfaits - Motifs d'admission et de sortie. - Prestations assurées dans le cadre de l'accompagnement renforcé - Typologie des prestations mises en œuvre : soins / accompagnement / sécurisation du domicile - panier de prestations type par bénéficiaire - Coordination : modalités / temps consacré - Articulation avec le droit commun - Satisfaction / au service rendu - Satisfaction des bénéficiaires / aidants - Satisfaction des professionnels - Difficultés éventuelles

Le développement de la mission de centre de ressources territorial fera l'objet d'une évaluation par la DGCS deux ans après le début de sa mise en œuvre soit en 2024. A cette fin, le suivi du déploiement de la mission sur la base des indicateurs de suivi d'activité indiqués ci-dessus devra être assuré.

Le porteur s'engage à participer à l'évaluation et donc à fournir tous les éléments jugés nécessaires par l'ARS. Il participera aux réunions de travail et de suivi régionales organisées par l'ARS.

Le suivi financier sera réalisé au travers d'un bilan annuel arrêté au 31 décembre.

5. Les modalités de mise en œuvre de la mission de centre de ressources territorial

Pour être retenus, les projets devront répondre aux exigences du cahier des charges. La mise en œuvre du projet devra être effective au plus tard dans les 6 mois après la date de notification.

ANNEXE 2 : LES PRESTATIONS PROPOSEES AU TITRE DU VOLET 1

1. 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 ou dans les locaux d'un partenaire de proximité 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.

2. 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 EHPAD ou 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.

3. 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).

ANNEXE 3 : DETAIL DES PRESTATIONS SOCLES PAR DOMAINE D'INTERVENTION

<p>Sécurisation du domicile et adaptation du logement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 domotique³ 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.
<p>Gestion des situations d'urgence ou de crise</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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).
<p>Coordination renforcée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

³ Le pack minimum recouvre un système de téléassistance avec capteurs permettant une gestion autonome des alertes au regard du profil des usagers accompagnés avec un outil de coordination. Il doit être défini en amont de la mise en œuvre pour éviter la mise en place d'un simple système de téléassistance qui se révélerait insuffisant.

	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>Continuité du projet de vie/lutte contre l'isolement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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...
<p>Soutien de l'aidant</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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.