

Centre de Ressources Territorial

Accès à une expertise

Alternative à l'institutionnalisation

Virage domiciliaire

APPEL À CANDIDATURES

2023

Direction de l'Autonomie – Département Parcours Personnes Âgées

Table des matières

I.	INTRODUCTION	3
II.	OBJECTIFS DU PROJET	4
III.	CARACTÉRISTIQUES DU PROJET	4
1.	PORTEURS DU PROJET	4
2.	MISSION DE CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL	4
2.1.	Volet 1 : Mission d'accompagnement des professionnels du territoire	5
2.2.	Volet 2 : Mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie	5
3.	MODÈLE ORGANISATIONNEL	6
3.1.	Modèle de service intégré	6
3.2.	Modèle de service partenarial	6
4.	FONCTIONNEMENT DU CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL	8
4.1.	Admission dans le dispositif	8
4.2.	Sortie du dispositif	8
4.3.	Public cible	9
4.4.	Professionnels de l'accompagnement renforcé	9
4.5.	Gouvernance et partenariats	10
5.	SYSTÈMES D'INFORMATION	12
6.	MODALITÉS DE FINANCEMENT	12
7.	SUIVI DU DISPOSITIF ET DE L'ACTIVITÉ	13
IV.	MODALITÉS D'ORGANISATION DE L'APPEL À CANDIDATURES	15
1.	PUBLICATION DE L'APPEL A CANDIDATURES ET COMPOSITION DU DOSSIER	15
2.	CRITÈRES DE SÉLECTION DES PROJETS	15
3.	CALENDRIER	16
	ANNEXE N°1 : Exemple de prestations proposées au titre du volet 1 de la mission de centre de ressource territorial	18
	ANNEXE N°2 : Exemple de prestations proposées au titre du volet 2 de la mission de centre de ressource territorial	19

I. INTRODUCTION

Ces dernières années, les progrès médicaux et sociétaux ont entraîné l'allongement de l'espérance de vie de la population française, engendrant ainsi de nouvelles problématiques pour le système de santé et de soins.

Pour rappel, la majorité des personnes âgées de plus de 60 ans vit à domicile, ce qui explique l'importance de la demande de maintien et de soutien à domicile, dans une démarche inclusive.

L'insuffisance de coordination entre les prises en charge et accompagnements, et entre les acteurs des secteurs impliqués (sanitaire, social et médico-social) constitue l'une des principales causes de rupture dans le parcours de soins et de vie des personnes âgées, la seconde étant le recours non pertinent à l'hospitalisation.

Le Projet régional de Santé (PRS) 2018-2028 constitue, pour l'ARS et ses partenaires, une feuille de route pour la politique de santé régionale des 10 prochaines années. Il intègre et concrétise au niveau régional les priorités de santé établies par la Stratégie nationale de santé ainsi que par le Plan national pour l'égal accès aux soins dans les territoires, la Stratégie nationale de transformation du système de santé et les priorités nationales en matière de prévention et de promotion de la santé.

L'Axe stratégique n°5 du PRS Grand Est vise à améliorer l'accès aux soins et à l'autonomie des personnes âgées [...] dans une logique inclusive. La prévention de la dépendance et de la perte d'autonomie en est un des enjeux majeurs.

Face aux conséquences de la transition épidémiologique et de l'évolution démographique (vieillesse de la population et chronicisation des pathologies), le système de santé a été et est contraint de s'adapter, d'évoluer, afin de répondre au mieux aux nouveaux besoins de santé de la population. Ces dernières années, le développement de l'approche par parcours notamment, en considérant la personne dans sa globalité, a permis d'accentuer les actions en faveur de la prévention de la dépendance et du ralentissement de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Ainsi, la préservation de l'autonomie des personnes âgées dans le respect de la logique inclusive, suppose de poursuivre les actions sur les champs suivants :

- Développer des actions de prévention et de promotion de la santé ;
- Accompagner les aidants ;
- Faire évoluer l'offre globalement pour répondre à une logique de parcours ;
- Travailler dans une logique de « prestations » ;
- Veiller à un équilibre adapté entre institutionnalisation et domicile ;
- Renforcer et rendre lisibles les réponses coordonnées sur un territoire ;
- Prévenir les ruptures de parcours ;
- Mobiliser les technologies adaptées.

Dans ce contexte, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2022 a posé dans son article 47 le cadre législatif d'une nouvelle mission de Centre de Ressources Territorial pour les personnes âgées, en cohérence avec les évolutions constatées et dans le cadre de la mise en œuvre des enjeux inhérents au virage domiciliaire.

Les décret n°2022-731 et arrêté du 27 avril 2022 relatifs à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées, ainsi que l'instruction N°DGCS/SD3A/2022/113 du 15 avril 2022 relative à l'appel à candidatures portant sur le déploiement de la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées, sont venus préciser les modalités opérationnelles de ce déploiement.

II. OBJECTIFS DU PROJET

Le développement d'une mission de centre de ressources territorial (CRT) vise à positionner la structure porteuse, d'une part comme un facilitateur du parcours de santé des personnes âgées du territoire résidant à domicile, et d'autre part en apport d'appui 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.

La mission de CRT a, entre autres, pour objectif de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile grâce à un accompagnement renforcé, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus adapté. Il s'agit ici de développer une alternative à l'entrée en institution.

Les objectifs ciblés par l'Agence Régionale de Santé Grand Est dans la mise en place de ces centres de ressources territoriaux sont :

- D'améliorer la qualité, la sécurité et la continuité des soins dispensés aux personnes âgées à domicile ;
- De favoriser le maintien à domicile et limiter l'institutionnalisation ;
- De prévenir la perte d'autonomie ;
- D'améliorer la coordination ou d'apporter une expertise aux acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes âgées ;
- De promouvoir une coordination et une mutualisation territoriale des ressources.

Dans le cadre d'un premier appel à candidatures publié le 5 août 2022 par l'ARS Grand Est, 7 CRT ont d'ores et déjà été identifiés, portés par les structures suivantes :

- EHPAD de Foug (54)
- SSIAD ABRAPA, Geipolsheim (67)
- EHPAD Les Jardins de Saint-Jacques, Dieuze (57)
- Association Les Lys d'Argent, Saint-Louis (68)
- EHPAD Les Bruyères, Épinal (88)
- EHPAD Saint Georges, Hannonville-sous-les-côtes (55)
- Foyer Françoise de Sales Aviat, Sézanne (51)

Le présent appel à projet vise à poursuivre l'identification de potentiels centres de ressources territoriaux pour personnes âgées, visant à compléter cette première liste.

III. CARACTÉRISTIQUES DU PROJET

1. PORTEURS DU PROJET

La mission de CRT peut être portée dans les conditions fixées par l'arrêté du 27 avril 2022, relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées, soit :

- Par un EHPAD, ainsi que le prévoient les articles 47 de la LFSS 2022 et D.312-155-0 du code l'action sociale et des familles ;
- Par un service à domicile, ainsi que le prévoit l'article D.312-7-2 du code l'action sociale et des familles.

2. MISSION DE CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL

Les deux modalités d'intervention, **qui devront toutes deux être menées conjointement** par les centres de ressources territoriaux, sont définies comme suit :

- 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 spécialisés 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.

2.1. Volet 1 : Mission d'accompagnement des professionnels du territoire

Le volet 1 de la mission de CRT s'adresse aux personnes âgées, sans condition de niveau GIR, et à leurs aidants, et plus particulièrement aux personnes résidant à domicile, ainsi qu'à l'ensemble des professionnels du territoire intervenant auprès de ce public.

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 si tel est leur souhait. Le porteur de projet veillera en particulier à ce que les ressources disponibles, notamment au sein des EHPAD (porteurs ou partenaires), qui bénéficient généralement exclusivement aux résidents de l'établissement, soient mises à disposition des personnes âgées résidant à domicile du territoire.

Les actions citées dans ce cahier des charges ne constituent pas une liste exhaustive. Il n'est pas attendu de la structure porteuse qu'elle propose l'intégralité des actions mentionnées par le cahier des charges. Le porteur est également libre de proposer des actions ne figurant pas dans la liste, dès lors qu'elles répondent aux champs d'intervention 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 des bonnes pratiques.

Ces actions doivent s'articuler avec les acteurs déjà présents sur le territoire, afin de veiller à ce qu'elles répondent à un besoin qui, jusque-là, n'était pas ou insuffisamment couvert. Il convient donc de définir et de mettre en place ces actions sur la base d'un diagnostic territorial partagé.

→ *Liste des exemples d'actions répondant aux champs d'intervention en annexe n°1.*

2.2. Volet 2 : Mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie

Le volet 2 est composé d'actions visant renforcer l'accompagnement à domicile. L'objectif est de proposer une solution aux personnes âgées en perte d'autonomie (GIR 1 à 4) qui souhaitent rester à domicile, mais pour lesquelles un accompagnement « classique » des services du domicile n'est plus suffisant, et qui seraient orientées vers un établissement d'hébergement adapté. Il s'agit donc de personnes ayant besoin d'un large panel de services d'accompagnements, justifiant une coordination renforcée. Le volet 2, et son objectif d'accompagnement renforcé au domicile, se trouve donc 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.

Cette mission repose sur une coordination intégrée et renforcée des différents professionnels de santé intervenant dans le parcours de la personne âgée. **Les notions de coordination et de partenariat représentent donc l'enjeu central de ce volet de la mission de centre de ressources territorial.**

Ce projet présente un niveau de prestations similaire à celui d'un EHPAD, en proposant un accompagnement à domicile plus intensif et en coordonnant si nécessaire l'offre de soins et d'accompagnement, en partenariat avec les différents intervenants (SSIAD, SAAD et/ou SPASAD).

Les prestations composant l'offre d'accompagnement renforcé recouvrent les 4 domaines suivants :

- **Sécurisation de l'environnement de la personne** : surveillance et sécurisation du domicile jour et nuit, accompagnement à l'adaptation du logement ;
- **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 ;
- **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 ;
- **Continuité du projet de vie** et lutte contre l'isolement des personnes âgées, animation de la vie sociale, appui au parcours de vie.

→ Liste des exemples d'actions répondant aux champs d'intervention en annexe n°2.

Ces prestations sociales de l'accompagnement renforcé sont complémentaires des prestations de droit commun et de prestations optionnelles mises en place par le CRT comme le présente le tableau ci-après :

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

3. MODÈLE ORGANISATIONNEL

3.1. Modèle de service intégré

Dans ce modèle organisationnel, le porteur propose au bénéficiaire 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 de SPASAD). La quasi-totalité des prestations correspondantes sont assurées par une équipe salariée et des moyens matériels du centre de ressources territorial. Même dans ce cadre, le choix des services intervenant au domicile est laissé au bénéficiaire.

3.2. Modèle de service partenarial

Ce modèle d'organisation prévoit un cadre de collaboration très structuré avec les acteurs traditionnels du secteur du domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD, portage de repas, ...). Le porteur ne produit pas les prestations de droit commun, et n'assure pas la totalité des prestations complémentaires relevant de l'accompagnement renforcé. L'équipe salariée du centre de ressources territorial est principalement composée de professionnels de coordination, en dehors des effectifs assurant les activités complémentaires de jour et de nuit ou d'hébergement temporaire.

Le modèle de service partenarial crée un enjeu très important de coopération avec les acteurs externes, du fait de la diversité des intervenants au domicile du bénéficiaire.

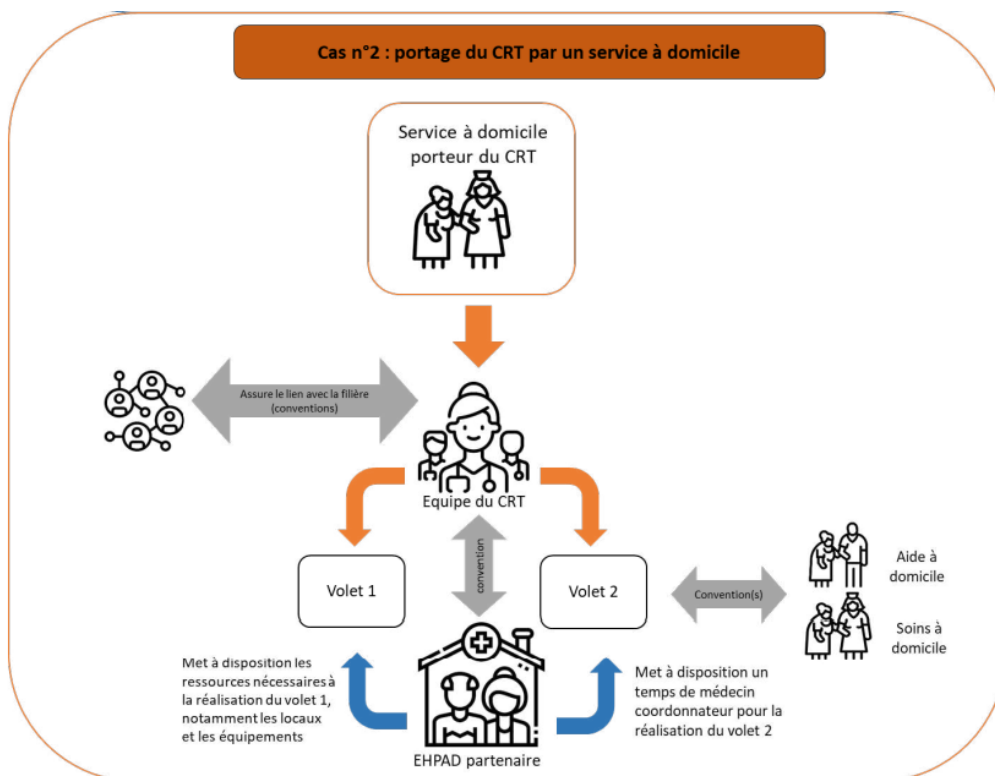
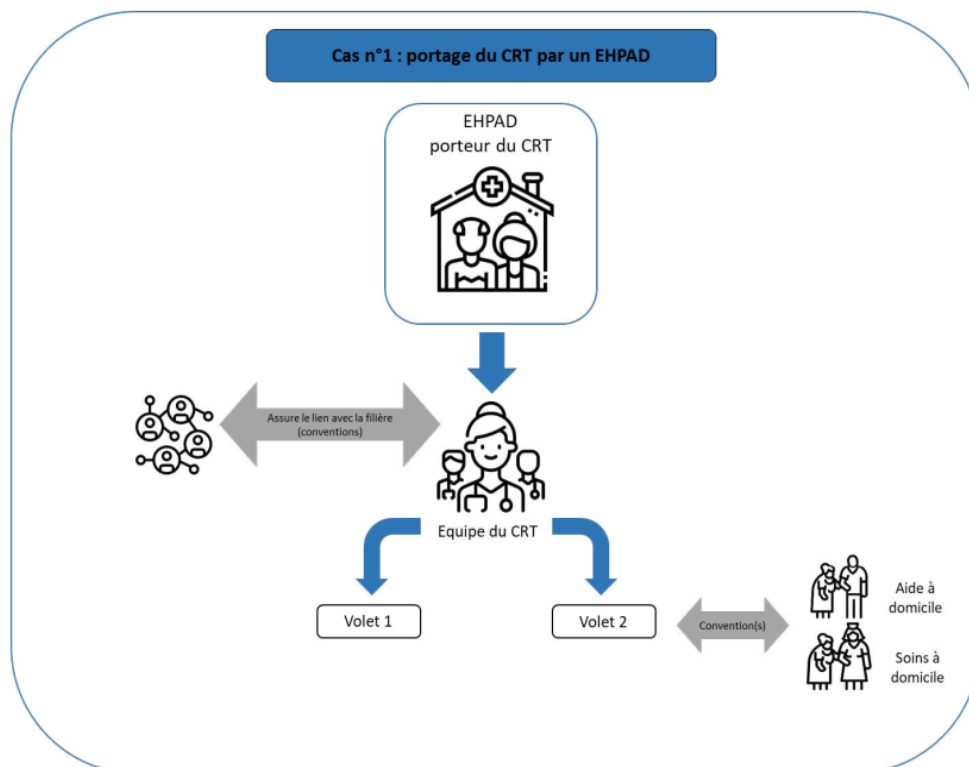
Par ailleurs, ce projet peut être porté soit par un EHPAD, en lien avec des services à domicile, soit par un service à domicile, sur la base d'un conventionnement avec un EHPAD pour la mise à disposition des ressources nécessaires à la réalisation des prestations du volet 1 (locaux, équipements, accès 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 CRT, 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.

Quel que soit le modèle organisationnel, les équipes qui assurent les missions principales 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 de CRT.



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.

L'ouverture du centre de ressources territorial sur son environnement doit également permettre de repérer des personnes susceptibles de bénéficier des actions mises en place au titre du volet 2.

Par ailleurs, les personnes âgées sur liste d'attente pour une entrée en EHPAD peuvent se révéler être de futurs bénéficiaires de cet accompagnement.

Le suivi des personnes à leur domicile dans le cadre du volet 1 et du volet 2 peut participer à une meilleure préparation de l'entrée en EHPAD des personnes concernées.

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

4. FONCTIONNEMENT DU CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL

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 ambulatoires, sanitaires et/ou médico-social (médecins traitants, DAC ; CPTS, MSP, HAD, CH, EHPAD, SSIAD, SPASAD, SAAD, ...), des professionnels du champ social (travailleurs sociaux des services territoriaux, CCAS, CLIC), et/ou de la personne accompagnée elle-même ou de son aidant.

L'admission au sein du dispositif peut être préconisée en urgence, en sortie d'hospitalisation, par un médecin hospitalier. 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'usager apportant son consentement.

La procédure d'admission des bénéficiaires devra inclure les étapes suivantes :

- Une visite à domicile, qui peut être commune entre plusieurs structures pour éviter la multiplication de ces visites d'évaluation ;
- Une évaluation 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 ;
- L'élaboration du plan d'accompagnement individualisé (sur le modèle du plan personnalisé de coordination en santé) ;
- La 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 au domicile. La décision d'admission doit en effet être systématiquement concertée avec cette équipe.

La file active des activités du volet 2 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 minimal de prise en charge. Au fur et à mesure que les accompagnements sont définis et stabilisés, la file active pourra augmenter afin de répondre aux besoins du territoire, en adéquation avec les moyens et les capacités effectives du centre de ressources territorial.

4.2. Sortie du dispositif

La sortie du dispositif peut intervenir dans plusieurs cas :

- Le bénéficiaire souhaite quitter le dispositif ;
- Le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée supérieure à 3 mois ;
- 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 du bénéficiaire, et l'équipe s'assurera du relais effectif par un dispositif de droit commun. Comme pour l'admission, la décision de sortie du dispositif est systématiquement concertée avec l'équipe d'accompagnement renforcé.

4.3. Public cible

Ce dispositif de centre de ressources territorial s'adresse aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie, résidant à leur domicile et nécessitant un niveau de prestations similaire à celui dispensé en EHPAD, au moyen d'un accompagnement intensif, et impliquant une coordination de l'offre de soins et d'accompagnement, en partenariat avec les services du domicile.

Le bénéficiaire réside sur le territoire d'intervention défini du centre de ressources et de ses partenaires.

Les situations prioritaires pour la mise en place d'un accompagnement renforcé par le centre de ressources territorial seront : le retour d'hospitalisation, le logement inadapté, l'absence d'aidant à proximité, l'isolement de la personne et/ou les situations orientées par le DAC du territoire.

L'accompagnement par le CRT 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 accompagnement renforcé pour une accompagner une sortie d'hospitalisation par exemple, et ainsi prévenir les réhospitalisations évitables.

4.4. Professionnels de l'accompagnement renforcé

Les crédits fléchés sur le volet 2 sont essentiellement destinés au financement du temps supplémentaire, des recrutements ou des prestations des professionnels. L'équipe chargée de l'accompagnement renforcé est composée des professionnels suivants :

- **Le médecin du dispositif** : il participe à l'évaluation initiale pour admission, assure des missions d'expertise gériatrique et le rôle de coordination de second niveau. En fonction des besoins, il peut mettre en place les protocoles nécessaires à la surveillance gériatrique (le cas échéant, sollicitation de l'expertise gériatrique du territoire) et mobiliser des équipes de santé adaptées, en lien avec l'IDE du dispositif. Le médecin traitant et le médecin coordonnateur ont un rôle central, 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 l'équipe de coordination du dispositif. Le rôle du médecin de l'équipe est alors complémentaire à celui du médecin traitant, et ne s'y substitue pas.
- **Le coordinateur** : ayant de préférence un profil IDE, 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 mobilise si besoin les expertises complémentaires. Il est chargé de l'interface avec les partenaires et professionnels du territoire, notamment ceux à l'origine du signalement ou de la demande d'admission ou ceux qui interviennent au domicile du bénéficiaire (cf infra). Le 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 résidant à domicile et de leurs aidants.**
- **L'infirmier/ère, les aides-soignants, les assistants de soins en gérontologie, les auxiliaires de vie / accompagnants éducatifs et sociaux**, dont les missions couvrent, en complémentarité, les prestations de droit commun :
 - o La mise en œuvre et la coordination du volet soins et accompagnement, particulièrement en l'absence de SPASAD et d'HAD ;
 - o 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 assurées par un SAAD) ;
 - o L'assistance à la réalisation d'actes de téléconsultation et d'expertise à domicile ;
 - o L'aide au suivi des programmes d'éducation thérapeutique du patient et du parcours vaccinal ;
 - o La participation à l'astreinte soignante 24h/24 et 7j/7, notamment dans le cadre du dispositif IDE de nuit mutualisé(e) et/ou assurée par des aides-soignants de nuit, sur délégation des IDE et faute d'organisation d'une astreinte IDE.

- **L'ergothérapeute** : en charge de l'évaluation des besoins et de l'accompagnement des bénéficiaires en termes d'aide techniques et d'aménagement du logement et suivi du dossier jusqu'à mise en œuvre des recommandations ;
- **Le psychologue** : pour l'accompagnement des bénéficiaires et de leurs aidants (repérage des situations à risque d'épuisement par exemple) ;
- **L'animateur** : en charge de mettre en œuvre les activités collectives ou individuelles favorisant le lien social. Le temps de ce professionnel peut être partagé sur le volet 1.

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

- Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), pour l'accompagnement aux actes essentiels de la vie quotidienne ;
 - Les services de soins sanitaires et médico-sociaux : les services d'HAD, les SSIAD et les SPASAD ;
 - Les professionnels de soins libéraux : médecin traitant, IDEL, kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste, diététicien ;
 - 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.

4.5. Gouvernance et partenariats

L'action du centre de ressources territorial repose sur de nombreux partenariats qui doivent être identifiés dans le dossier de candidature (lettres d'engagement par exemple). Parmi les conventions qui organisent et définissent ces partenariats, deux types de conventions 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.

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, et notamment celles financées ou cofinancées par le conseil départemental. Par conséquent, le gestionnaire doit définir une instance de pilotage de la mission de centre de ressources avec les acteurs et partenaires du territoire, en s'appuyant sur les instances de concertation et de coordination territoriales existantes.

Dans le cadre des prestations mises en œuvre au titre de la mission de centre de ressources territorial, l'ARS veillera à ce que la structure établisse des partenariats, notamment avec les acteurs des secteurs sanitaires et médico-social, les acteurs de la prévention, de la coordination, les professionnels du domicile 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 sur le territoire.

L'articulation avec les dispositifs d'information et de coordination existants, notamment les CPTS et les DAC, doit être recherchée. Le DAC, par exemple, vient prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes, notamment liées aux cumuls de difficultés. Il permet 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. Il est ainsi saisi, et oriente la personne vers l'équipe chargée de l'accompagnement renforcé en fonction des situations. L'activité du DAC peut être conçue en complémentarité et en 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, le DAC peut disposer, en interne, de ressources gériatriques : le partenariat peut alors être renforcé de façon bilatérale.

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 partenaires transverses, le centre de ressources territorial doit se rapprocher, pour la mise en œuvre du volet 1, des hôpitaux de proximité présents sur le territoire couvert.

Institutionnels et financiers	- ARS - Conseil Départemental - Commune et intercommunalité
Filière de soins	- EHPAD - Appui soins palliatifs territorial : équipe mobile de soins palliatifs - Appui gériatrique territorial et équipes mobiles gériatriques - Equipes mobiles d'hygiène - Equipe mobile de gérontopsychiatrie (EMGP) ou de psychogériatrie - Etablissements de santé (MCO/SMR/USLD/UCC) et notamment hôpitaux de proximité - Etablissements et services de santé mentale
Aide et soins à domicile	- SAAD, SSIAD, SPASAD, futurs services autonomie à domicile - HAD - Equipe PRADO pour les personnes âgées - Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) - Equipes Spécialisées Maladies Neurodégénératives (ESMND) - Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation - Equipes médico-sociales APA
Prévention de la perte d'autonomie	- Associations - Caisses et mutuelles - Centres sur les aides techniques
Aide aux aidants	- PFR du territoire - Associations d'aide aux aidants - Représentants du CVS - Autres acteurs qui proposent du répit au domicile
Vie citoyenne et sociale	- Associations dédiées
Professionnels libéraux	- Médecin traitant - Equipes de soins libérales (IDEL) - Organisations d'exercice coordonnés : Equipes Soins Primaires, CPTS, MSP, centres de santé - Pharmacie d'officine
Coordination locale	- Dispositifs d'Appui à la Coordination
Autres établissements	- Etablissements hébergeant des personnes âgées - Résidences autonomie - Porteurs des habitats inclusifs du territoire - Résidences Services Séniors (RSS)

Articulation des acteurs de l'offre à domicile



5. SYSTÈMES 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 et aidants). Le centre de ressources territorial s'inscrit dans le programme ESMS numérique.

Le dispositif intégrera les outils et interopérabilités facilitant l'information et la coordination des acteurs : la messagerie sécurisée de santé (MSS), un accès au dossier médical partagé (DMP), carnet de liaison, plan personnalisé de coordination en santé (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 ainsi que 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 concertations 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 intervenant auprès du bénéficiaire est donc à prévoir dans le cadre de la montée en charge.

6. MODALITÉS DE FINANCEMENT

Une dotation annuelle de 400 000 euros 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.

Cette dotation ne se substitue à aucune autre source de revenus déjà perçue par l'établissement ou le service porteur, et n'a pas vocation à financer des actions n'entrant pas dans le cadre de la mission de centre de ressources territorial. Cette dotation, comme les prestations qu'elle finance, s'ajoute ainsi aux subventions versées aux services à domicile pour dispenser des prestations d'aide ou de soins à domicile.

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

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 doit être financé, notamment pour assurer la coordination administrative, la gestion budgétaire et comptable, la gestion des ressources humaines et la gestion des systèmes d'information ;
- La somme fléchée vers le volet 1 doit permettre de financer le socle de prestations attendues dans le volet 1 ;
- La somme fléchée vers le volet 2 doit permettre de financer une offre d'accompagnement renforcé à domicile pour une file active de 30 bénéficiaires minimum, financée à hauteur de 900€/mois/bénéficiaire.

Les principaux postes de financement couverts par la dotation fléchée vers le volet 2 sont :

- Coûts de fonctionnement :
 - Charges de personnel : professionnels médico-administratifs, équipe de pilotage de l'activité ;
 - Coûts liés au fonctionnement du dispositif : entretien et gestion du SI, équipement du personnel, frais liés aux transports, ... ;
 - 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 :
 - Licences informatiques des logiciels de coordination, visioconférences, ...
 - Achats d'outils numériques pour les actes de télésanté (téléconsultations, télé-expertise et télésoin notamment) et pour les loisirs (tablette à domicile, objets connectés) en lien avec les programmes régionaux en vigueur ;
 - Coûts d'ingénierie de projet : frais de formation du personnel.

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

Cette dotation sera versée aux structures retenues, au titre d'un financement complémentaire de la dotation soins, s'il s'agit d'un EHPAD, dans le cadre de la dotation globale de soins, s'il s'agit d'un SSIAD ou SPASAD. S'il s'agit d'un SAAD, la dotation sera versée à l'EHPAD partenaire au titre d'un financement complémentaire de la dotation soins, qui sera reversée par l'EHPAD au SAAD selon les modalités prévues par convention entre l'EHPAD et le SAAD.

Le financement de cette mission de centre de ressources territorial donne lieu à la rédaction d'une convention d'objectifs et de moyens, et/ou à un ajustement du CPOM de l'établissement porteur quand il existe.

Une comptabilité analytique est à établir afin de retracer les dépenses spécifiques à la mission de centre de ressources territorial. Un suivi d'indicateurs d'activité dédiés est également organisé et décrit infra.

7. SUIVI DU DISPOSITIF ET DE L'ACTIVITÉ

Les indicateurs socles retenus au niveau national pour le suivi du déploiement de la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets sont :

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

Les indicateurs transversaux retenus sont :

- Le nombre de personnes bénéficiant à la fois de prestations du volet 1 et du volet 2 ;
- La composition de l'équipe du centre de ressource territorial ;
- La liste des partenaires du centre de ressources territorial et gouvernances mises en place.

Volet 1**Volet 2****Indicateurs quantitatifs :****S'agissant des effets sur les personnes âgées du territoire ne bénéficiant pas de la prestation hébergement et leurs aidants :**

- 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 télé soins).

Pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées :

- 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**Indicateurs qualitatifs :**

- 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.

Indicateurs quantitatifs :**S'agissant des bénéficiaires de l'accompagnement renforcé :**

- Nombre de personnes dans la file active ;
- Nombre d'entrées / sorties dont sorties temporaires (motifs et durée) ;
- Nombre de prestations réalisées par champ d'intervention et par bénéficiaire de l'accompagnement ;
- Existence d'une participation financière du bénéficiaire.

Coûts du dispositif :

- Part du forfait consacré aux frais de fonctionnement / investissement ;
- Détail du coût des prestations complémentaires dans les 4 domaines du volet 2 (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 :

- Modalités d'organisation ;
- Modèle organisationnel (intégré ou coordonné) ;
- Organisation de l'astreinte de nuit 24/24 et 7/7 (IDE/AS) ;
- File active et profil des bénéficiaires
- Typologie des bénéficiaires : âge, sexe, situation au domicile, GIR ;
- 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 du service rendu ;
- Satisfaction des bénéficiaires / aidants ;
- Satisfaction des professionnels ;
- Difficultés éventuelles.

Les indicateurs nationaux seront complétés en région dans le cadre du suivi de mise en œuvre du projet et de l'activité réalisée.

IV. MODALITÉS D'ORGANISATION DE L'APPEL À CANDIDATURES

1. PUBLICATION DE L'APPEL A CANDIDATURES ET COMPOSITION DU DOSSIER

L'appel à candidatures fait l'objet d'une publication sur le site internet de l'ARS Grand Est. Les Délégations Territoriales de l'ARS Grand Est assurent l'information auprès de tous les établissements éligibles de leur département.

Les structures intéressées déposent un dossier de candidature selon le modèle joint, devant comporter entre autres :

- Un diagnostic du territoire d'intervention choisi, fondé sur un état des lieux de l'offre de services et de santé de ce territoire et une cartographie des acteurs ;
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 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 est définie en cohérence avec les territoires de parcours des personnes âgées tels que prévus dans les projets régionaux de santé et les schémas d'orientation et d'organisation départementaux.
- Le modèle d'organisation choisi ;
- Les partenariats prioritairement mis en œuvre ;
- Les actions retenues pour les volets 1 et 2 ainsi que leurs modalités de mise en œuvre,
- Les actions susceptibles de relever de la mission de centre de ressources territorial et 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).

Le dossier devra être annexé des pièces suivantes :

- Un budget prévisionnel ;
- Un Relevé d'Identité Bancaire ;
- Les statuts datés et signés (pour les établissements sous statuts associatifs).

2. CRITÈRES DE SÉLECTION DES PROJETS

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.

Une attention particulière est portée sur la description détaillée de la mise en œuvre du projet, des actions et de l'offre de service. A cet égard, il pourra être tenu compte des éléments suivants pour la sélection des projets, qu'il s'agisse d'un EHPAD ou d'un service à domicile :

- Les porteurs de projets 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 GCSMS peut être considéré comme un atout pour endosser les missions de centre de ressources territorial,
- La qualité du diagnostic réalisé sur la place et le rôle des acteurs du territoire justifiant le choix des prestations, l'organisation et les partenariats proposés par le porteur, est un critère déterminant. Le fait que les prestations proposées permettent d'améliorer la qualité et le

maillage territorial de l'offre à destination des personnes âgées et répondent aux objectifs des plans en cours sera valorisé,

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

Les ARS et les conseils départementaux, qui instruiront conjointement les dossiers reçus, veilleront 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'EHPAD porteur ou partenaire doit être 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 (faisant l'objet d'un arrêté modificatif signé par les autorités concernées en fonction de la nature de la structure)..

Dans le cas où un service ne proposant que de l'aide à domicile est retenu, l'autorisation est modifiée et co-signée par l'ARS. Cette autorisation donne lieu à un enregistrement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), dont les modalités sont précisées dans l'annexe 2 de l'arrêté du 27 avril 2022, relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées.

3. CALENDRIER



Les notifications de décisions relatives à l'appel à candidature « Centre de Ressources Territorial » 2023 seront communiquées aux structures ayant déposé une candidature **à partir du 12 juin 2023.**

4. MODALITÉS D'ENVOI

Les dossiers seront envoyés sous format dématérialisé à l'adresse suivante :
ars-grandest-da-parcours-pa@ars.sante.fr

Et à l'adresse de la délégation territoriale de votre département :

ars-grandest-dt08-delegate@ars.sante.fr

ars-grandest-dt10-delegate@ars.sante.fr

ars-grandest-dt51-delegate@ars.sante.fr

ars-grandest-dt52-delegate@ars.sante.fr

ars-grandest-dt54-delegate@ars.sante.fr

ars-grandest-dt55-delegate@ars.sante.fr

ars-grandest-dt57-delegate@ars.sante.fr

ars-grandest-dt67-delegate@ars.sante.fr

ars-grandest-dt68-delegate@ars.sante.fr

ars-grandest-dt88-delegate@ars.sante.fr

Les dossiers parvenus ou envoyés après le vendredi 28 avril à 00h00 ne seront pas recevables.

Des précisions complémentaires portant sur le présent cahier des charges pourront être sollicitées par messagerie à l'adresse suivante : ars-grandest-da-parcours-pa@ars.sante.fr.

ANNEXE N°1 : Exemple de prestations proposées au titre du volet 1 de la mission de centre de ressource territorial

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 des bonnes pratiques
- Proposition d'actions de télésanté pour répondre aux besoins et améliorer le suivi des résidents - Accessibilité à des consultations avancées de professionnels de santé spécialisés, ouvertes aux personnes âgées vivant à domicile, en résidence autonomie ou résidents d'autres établissements - Mise à disposition des temps de professionnels pour intervenir dans d'autres établissements - Organisation de consultations IDE de dépistage des fragilités et/ou de problématiques spécifiques - Organisation de campagnes de vaccination pour les personnes âgées du territoire, à domicile, au sein de l'EHPAD porteur ou partenaire ou d'autres établissements ainsi que pour leurs aidants - Ouverture d'actions de prévention collectives aux personnes âgées ne bénéficiant pas d'une prestation d'hébergement	- Contribution au maintien du lien social - Partage des temps de repas - Mise en place d'activités culturelles, ludiques et sportives - Développement d'actions ayant pour objectif de renforcer les liens intergénérationnels - Apport d'un soutien aux aidants par des partenariats avec les PFR - Sensibilisation des aidants - Organisation d'échanges de pratiques entre aidants et professionnels	- Organisation d'actions d'information, de sensibilisation à destination des professionnels et des bénévoles - Organisation de campagnes de vaccination pour les professionnels intervenant auprès de personnes âgées

ANNEXE N°2 : Exemple de prestations proposées au titre du volet 2 de la mission de centre de ressource territorial

Sécurisation du domicile et adaptation du logement	- Adaptation du domicile sur préconisations d'un ergothérapeute - Mise en place d'un dispositif de téléassistance
Gestion des situations d'urgence ou de crise	- Mise à disposition d'une solution d'accueil d'urgence dans un EHPAD du territoire - Organisation d'interventions à domicile par un professionnel de santé d'astreinte de nuit
Coordination renforcée	- Coordination renforcée des différents intervenants au domicile du bénéficiaire - Mise en place d'interventions complémentaires de professionnels - Mise en place d'actions de détection / surveillance des facteurs de risque - Organisation des transitions ville / hôpital / domicile - Assistance à la réalisation de téléconsultations médicales
Continuité du projet de vie / lutte contre l'isolement	- Suivi des parcours de vie et actions de promotion de la santé - Activités favorisant la vie sociale du bénéficiaire, loisirs, lutte contre l'isolement et la fracture numérique - Gestion des transports liés aux prestations de soins, à la vie sociale - Aide aux démarches administratives d'accès aux droits, aux soins
Soutien de l'aidant	- Organisation d'un partage d'information régulier avec l'aidant du bénéficiaire - Orientation vers des solutions de répit et d'accompagnement pour les aidants, en articulation avec la Plateforme de Répit (PFR) du territoire

/// ARS Grand Est

Siège régional : 3 boulevard Joffre - CS 80071
54036 Nancy Cedex
Standard régional : 03 83 39 30 30

www.grand-est.ars.sante.fr