

Appel à candidatures

Centre de Ressources Territorial

(CRT)

Date limite de dépôt des candidatures : 1 octobre 2023

CAHIER DES CHARGES MISSION DE CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL

Sommaire

1. La mission de centre de ressources territorial se compose de deux volets complémentaires	4
1.1. Organisation du centre de ressources territorial	4
1.2. Complémentarité des deux modalités d'intervention.....	4
1.3. Appel à candidatures.....	4
1.4. Critères d'éligibilité du porteur et de sélection du projet.....	5
1.5. Financement de la mission.....	6
1.6. Gouvernance et partenariats.....	7
1.7. Indicateurs de suivi et d'évaluation	8
2. Volet 1: le centre de ressources territoriales mobilise des compétences et des actions favorisant le maintien à domicile des personnes âgées.....	8
2.1. Les publics cibles	8
2.2. Les prestations proposées au titre du volet 1.....	8
2.3. Partenariats spécifiques	9
2.4. Financement.....	9
3. Volet 2: assurer un accompagnement renforcé au domicile des personnes pour lesquelles les prestations «classiques» ne suffisent plus	9
3.1. Modalités d'intervention et d'organisation	10
3.1.1. Prestations apportées par l'accompagnement renforcé	10
3.1.2. Modèles organisationnels	11
3.1.3. Système d'information	12
3.2. Public cible	12
3.2.1. Admission dans le dispositif.....	13
3.2.2. Sortie du dispositif	13
3.3. Professionnels de l'accompagnement renforcé	13
3.4. Partenariats spécifiques de l'accompagnement renforcé.....	15
3.4.1. Rôle du médecin traitant.....	15
3.4.2. Dispositifs de coordination agissant pour favoriser le parcours de santé.....	15
3.4.3. HAD	16
3.5. Financement.....	16

Préambule

L'[article L. 313-12-3 du code de l'action sociale et des familles](#), créé par [l'article 47 de la LFSS 2022](#), 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.

Elle peut être portée 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 ;
- ⇒ un service à domicile, ainsi que le prévoit l'article D. 312-7-2 du code de l'action sociale et des familles.

Elle comporte deux modalités d'intervention, qui devront être menées conjointement :

- ⇒ Volet 1 – Une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition ponctuelle d'expertise gériatrique, de ressources spécialisées ou de plateaux techniques) ;
- ⇒ Volet 2 – Une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

Le présent cahier des charges vise à préciser les attendus de la mission de centre de ressources territorial.

La structure désignée se positionne comme un facilitateur du parcours de santé des personnes âgées du territoire résidant à domicile ou dans un établissement ainsi qu'aux professionnels en charge de leur accompagnement.

L'enrichissement des missions des structures concernées est conçu comme un levier pour renforcer l'attractivité des métiers et des parcours professionnels dans le champ du grand âge.

Les missions prévues dans le cadre du volet 2 sont inspirées de l'expérimentation art. 51 Dispositif Renforcé d'Accompagnement à Domicile (DRAD) prévue jusqu'en octobre 2023 par l'arrêté du 5 octobre 2020. 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. La mission de centre de ressources territorial se compose de deux volets complémentaires

1.1. Organisation du centre de ressources territorial

Situation n°1 : La mission de centre de ressources territorial est portée par un EHPAD en lien avec des services à domicile.

Situation n°2 : La mission de centre de ressources territorial est portée par un service à domicile sur la base d'un conventionnement avec un ou plusieurs 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.

Fournir la liste des partenariats envisagés ainsi que les projets de convention. Dans la situation 2, le projet de convention précise les ressources mises à disposition et à minima le temps de médecin coordonnateur ainsi que l'offre en hébergement d'urgence mobilisable.

Une équipe dédiée doit être constituée en recrutant ou en identifiant les professionnels qui sont chargés de conduire la mission de centre de ressources territorial en précisant les modalités de fonctionnement et de collaboration avec les professionnels de l'établissement ou du service porteur.

Indiquer la composition de l'équipe (fiche de poste, effectifs, ETP) qui doit comprendre un temps de direction et de chefferie de projet

Préciser les modalités de fonctionnement et de collaboration avec les professionnels de l'établissement ou du service porteur qui doivent être associés aux actions mises en œuvre dans les 2 volets en complémentarité et en prolongement de l'action classique de la structure.

Dans le cas d'un portage par un service à domicile, la complémentarité avec les missions classiques de l'EHPAD doit être précisée dans la convention évoquée plus haut.

1.2. Complémentarité des deux modalités d'intervention

Les bénéficiaires de l'accompagnement renforcé au domicile du volet 2 doivent pouvoir 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.

Préciser les actions mises en place et les modalités d'accès pour les personnes à domicile.

L'ouverture du centre de ressources territorial sur son environnement doit permettre de repérer des situations susceptibles de bénéficier du volet 2. Dans ce cadre, un travail sur la base de la liste d'attente des EHPAD doit être réalisé afin d'identifier les personnes qui pourraient bénéficier 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.

Indiquer les moyens mutualisés entre les 2 volets

1.3. Appel à candidatures

Le présent appel à candidature vise à identifier les structures autorisées à mettre en œuvre une mission de centre de ressources territorial sur la base du cahier des charges défini par arrêté du 27 avril.

D'ici 2025, l'objectif est de couvrir les besoins relevant d'une mission de centre de ressources territorial sur l'ensemble du territoire de la région Bourgogne-Franche-Comté.

L'ARS organise et pilote la sélection des dossiers. Les conseils départementaux concernés par les candidatures seront sollicités pour avis.

Les réponses à l'appel à candidatures devront décrire de façon précise les modalités d'articulation et de complémentarité avec les structures de "droit commun" dont celles financées ou co-financées par le conseil départemental en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie.

De plus, l'ARS sera très attentive à la formalisation de l'articulation avec les missions des dispositifs d'information, de coordination et d'orientation, et plus particulièrement les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) dans le cadre de leur collaboration.

Le dossier de candidature doit 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 et devra notamment s'inscrire en anticipation de l'évolution attendu des services autonomie. 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 ;

- **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.**

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

Les projets suivants ne sont pas éligibles:

- ⇒ **les projets ne comportant pas les deux modalités d'intervention pour assurer le rôle de centre de ressources territorial ;**
- ⇒ **les services à domicile porteur ne prévoyant pas de conventionnement avec un EHPAD.**

Le porteur du projet devra démontrer l'opérationnalité du projet et sa capacité à mettre en œuvre rapidement la nouvelle mission.

Décrire les expertises diverses, les actions innovantes et les compétences intéressantes existantes à diffuser sur le territoire permettant notamment de diffuser des pratiques vertueuses reconnues en matière d'accompagnement des résidents et bénéficiaires et de respect des principes de bientraitance et que les dynamiques développées sur les sujets d'attractivité des métiers et de qualité de vie au travail

L'inscription du porteur dans une forte dynamique partenariale gérontologique ainsi que sa place dans la filière gériatrique seront étudiées. L'existence de liens avec le secteur sanitaire et l'hospitalisation à domicile sont également un gage de solidité du porteur. Le rattachement à un GCSMS sera considéré comme un atout pour endosser les missions de centre de ressources territorial ainsi que la cohérence du territoire couvert avec celui des GHT.

Réaliser un diagnostic précis et argumenté sur la place et le rôle des acteurs du territoire justifiant le choix des prestations, l'organisation et les partenariats proposés par le porteur. Il

devra démontrer que les prestations proposées permettent d'améliorer la qualité et le maillage territorial de l'offre à destination des personnes âgées et de répondre aux objectifs des plans en cours (ex: plan anti-chute, stratégie vieillir en bonne santé, feuille de route maladies neuro dégénératives).

La priorité sera donnée aux projets proposant des modalités d'accueil et des prestations spécifiques diversifiées: places d'accueil de jour, hébergement temporaire, Hébergement Temporaire en Sortie d'Hospitalisation (HTSH), Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) et plateformes d'accompagnement et de répit (PFR), ...) ou bien des modalités d'accompagnement démontrant une robustesse de la structure (ex : garde itinérante de nuit).

Lister les modalités d'accueil et les prestations spécifiques

L'EHPAD porteur de projet ou partenaire doit disposer des éléments suivants :

- 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 (ex: médecin prescripteur attaché à l'EHPAD) ;
- un temps d'infirmier coordinateur ;
- une présence d'infirmière de nuit ou est engagé dans un dispositif d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit ;
- 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.
- L'offre proposée doit être accessible financièrement et notamment lorsque l'accompagnement renforcé à domicile ne suffit plus et qu'une solution d'hébergement en aval du volet 2 est nécessaire. 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.

Fournir les éléments permettant de justifier de la présence effective du personnel (convention, ...), de la possibilité de mettre en place les prestations du volet 1 (plan, organisation, ...) ainsi que ceux relatifs à l'accessibilité financière.

Les projets retenus pour mettre en œuvre la mission de centre de ressources territorial donnent lieu à une modification de leur arrêté d'autorisation. Selon la structure concernée, il est co-signé par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental ou signé uniquement par le directeur général de l'ARS. Dans l'hypothèse où un service ne proposant que de l'aide à domicile est retenu, l'autorisation est modifiée et co-signée par l'ARS.

Cette autorisation donne lieu à un enregistrement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) dont les modalités sont précisées dans l'**annexe 1** du présent cahier des charges.

1.5. Financement de la mission

Les structures retenues recevront une dotation annuelle de 400 000 € pour remplir la mission de centre de ressources territorial sur les deux volets.

Ce financement ne se substitue à aucun autre financement et n'a pas vocation à financer des actions déjà financées par ailleurs et ne nécessitant aucun complément de financement (Exemple : les 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.

La répartition du financement entre les deux modalités d'intervention est libre mais doit comprendre à minima :

- un temps de chefferie de projet dédié est 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 € par mois par bénéficiaire.

Indiquer le temps de chefferie ainsi que la répartition financière envisagée entre les 2 volets.

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 afin d'organiser pour le 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). Ces prestations et leurs modalités de facturation sont précisées dans la convention de partenariat.

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 et les modalités de reversement de la part revenant au porteur de projet sont prévues dans la convention de partenariat.

Une comptabilité analytique doit être établie pour retracer les dépenses spécifiques à la mission de centre de ressources territorial. Elle permet notamment d'identifier et d'isoler les dépenses de la mission du centre de ressource qui doivent être détaillées dans le rapport budgétaire et financier qui constitue une annexe obligatoire de l'EPRD et de l'ERRD. Un suivi d'indicateurs d'activité dédiés doit également y figurer.

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.

Pour information, le tableau en **annexe 2** 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.

Deux types de conventions sont obligatoires :

- Pour les EHPAD ou les services à domicile, une convention avec les services à domicile qui interviennent au quotidien chez les bénéficiaires du volet 2 ;
- Pour les centres de ressources territoriaux portés par un service à domicile, une convention avec un EHPAD partenaire pour la réalisation de certaines prestations du volet 1 et du volet 2.

Une convention précisant l'articulation avec le DAC du territoire est souhaitée.

Fournir les lettres d'engagement des partenaires et les projets de conventions.

En complément des conventions de partenariat, une instance de pilotage doit être définie avec les partenaires du territoire en s'appuyant sur les instances de concertation et de coordination territoriale existantes et notamment les instances de coordination territoriale infra départementale mise en place par les DAC pour l'organisation et la prise en charge du parcours complexes du patient.

Détailler l'organisation prévue

Dans le cadre des prestations mises en œuvre, la structure doit établir des partenariats notamment avec les acteurs des secteurs sanitaire (établissements, services et professionnels de santé) et médico-social, les acteurs de la prévention, de la coordination, les professionnels du domicile (dont les professionnels de soin libéraux) ou encore les acteurs associatifs de son territoire d'intervention.

La structure veillera, 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 et notamment avec la filière gériatrique (hotlines, équipes mobiles de gériatrie).

1.7. Indicateurs de suivi et d'évaluation

La structure retenue s'engage à transmettre annuellement les indicateurs fixés dans le cahier des charges national repris dans l'**annexe 3**

L'ARS proposera un cadre afin de faciliter la collecte des données.

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.

2. Volet 1: le centre de ressources territoriales 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 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 (exemples d'actions en **annexe 4**) :

- 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.

Joindre un diagnostic des prestations existant sur le territoire et un projet d'action à mettre en œuvre pour répondre aux besoins non couverts.

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 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. En effet, il doit impérativement veiller à porter une attention particulière à l'articulation avec l'offre d'expertise déjà présente sur le territoire.

Indiquer les modalités de partenariat avec les HPX

2.4. Financement

L'enveloppe qui sera allouée peut financer des moyens humains ou matériels.

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

Indiquer les moyens financés dans le cadre du volet 1

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.

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 en collaboration avec le DAC.

Préciser les critères d'inclusion et les modalités de 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 les services à domicile 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) service intervenant au domicile des bénéficiaires et faisant l'objet d'autorisations portées par un seul et même gestionnaire ou par plusieurs

gestionnaires qui conventionnent pour répondre au projet dans une logique d'évolution vers les services autonomie.

Les prestations d'accompagnement renforcé (sécurisation de l'environnement, gestion du parcours de soins, etc.) proposées à la personne et son aidant interviennent en complémentarité avec les autres acteurs.

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 dans la perspective des futurs services autonomie.

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

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

Il n'est pas attendu des professionnels du centre de ressources territorial qu'ils réalisent eux même les prestations d'accompagnement (aide et soins) mais qu'ils coordonnent les acteurs autant que de besoin et qu'ils permettent aux bénéficiaires d'accéder à l'ensemble des prestations complémentaires au droit commun prévues par cet accompagnement particulier, qui repose sur une expertise complémentaire gérontologique et gériatrique. Il doit pour cela s'appuyer sur les DAC dont c'est la mission.

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 services à domicile 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. Il intervient en complémentarité des acteurs du droit commun qui interviennent au domicile du bénéficiaire.

3 types de prestations peuvent-être mise en place :

- ⇒ **Les prestations de droit commun** (APA, aide sociale, CNAV, ...).

⇒ **Les prestations socle**, comprises dans l'accompagnement renforcé et proposées à l'ensemble des bénéficiaires. Elles sont délivrées en fonction de leurs besoins et complètent les prestations du droit commun. Elles sont constitutives de l'accompagnement renforcé proposé par le centre de ressources territorial. Ces prestations sont financées par un forfait mensuel versé sous forme de dotation au centre de ressources territorial. Les transports entre le domicile et le centre de ressources territorial pourront être financés en partie sur le volet 1 de la mission. Elles sont détaillées ci-après :

Sécurisation du domicile et adaptation du logement	<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 domotique (2) peut être proposé. - Mise en place d'un dispositif de téléassistance 24h/24 et 7j/7 au sens de téléalarme reposant sur la levée de doute et faisant le lien avec l'astreinte soignante de l'accompagnement renforcé (selon le libre choix du bénéficiaire) - la solution doit être supérieure à une téléassistance classique en regard des objectifs du dispositif et de la population accompagnée. Il peut s'agir d'un système de téléassistance 24h/24 et 7j/7, par visio-assistance avec tablette connectée à l'astreinte de nuit par exemple.
Gestion des situations d'urgence ou de crise	<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 gériatrie) de façon graduée et en réponse aux besoins ponctuels (en complément des gardes itinérantes de nuit financées par l'APA). => ces interventions peuvent être proposées en dehors des situations d'urgence pour répondre à des besoins spécifiques (troubles cognitifs, MND).
Coordination renforcée	<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. - Mise en place d'actions de détection / surveillance des facteurs de risque : chute, dénutrition, troubles cognitifs – ces actions participent au suivi gériatrique du bénéficiaire et peuvent donner lieu à des orientations vers des structures et ressources adaptées. - Organiser les transitions hôpital / ville / domicile. - Assistance à la réalisation de téléconsultation médicale.
Continuité du projet de vie / lutte contre l'isolement	<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...
Soutien de l'aidant	<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.

⇒ **Les prestations optionnelles** à la demande du bénéficiaire et facturables individuellement soit directement au prestataire, soit via le porteur mais en dehors du forfait mensuel et des financements de la CNSA (exemple : jardinage, offres optionnelles de téléassistance, ...).

Fournir une description complète des prestations offertes

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 selon 2 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.

Une attention particulière sera portée sur le degré d'intégration des prestations choisi par le candidat et sur les motifs de ce choix organisationnel.

Indiquer le modèle organisationnel choisi et fournir l'argumentaire ayant conduit à ce choix.

3.1.3. Système d'information

Afin d'assurer la coordination entre les acteurs du dispositif (Centre de ressources territorial, professionnels de santé, médico-sociaux, aidants) mais également les différentes actions déjà existantes sur le territoire (DAC, Article 51, Plateforme de répit...), le système d'information retenu est la plateforme régionale eParcours ETICSS.

La plateforme ETICSS assure déjà la coordination entre les DAC, les articles 51, les plateformes de répits et certains projets régionaux ou nationaux.

Cette plateforme, portée par l'ARS BFC et le GRADeS BFC, assurera de façon sécurisée les échanges d'informations structurés entre les différentes structures : Dossier de coordination, carnet de liaison (Note de suivi), PPCS, agendas partagés, outils d'évaluation (fragilité, évaluation multidimensionnelle...) et permettra également la mise à disposition de tableaux de bords pour l'évaluation du dispositif.

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

Le périmètre des informations partagées sera défini dans le cadre de concertation entre les acteurs du parcours.

Un accompagnement et une formation des différents professionnels intervenants auprès du bénéficiaire seront prévus dans le cadre de la montée en charge de l'utilisation de la plateforme eParcours. Public cible.

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

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 une sortie d'hospitalisation, par exemple, et prévenir les réhospitalisations évitables. Cet accompagnement complémentaire du droit commun sera déterminé, qu'une HAD soit mise en place ou non, en articulation avec les interventions de ce partenaire le cas échéant ou avec celles des professionnels libéraux.

3.1.4. 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 (Médecin Traitant, DAC, CPTS, MSP, HAD, CH, EHPAD, SSIAD, SPASAD, SAAD...) du champ social (travailleurs sociaux des services territoriaux, CCAS, CLIC), de la personne accompagnée ou de son aidant directement.

L'admission au sein du dispositif peut être préconisée en urgence, en sortie d'hospitalisation, par un médecin hospitalier. Dans la mesure du possible, le médecin traitant est associé à la décision d'intégration au sein du dispositif et à la mise en place d'un accompagnement renforcé, l'usager apportant son consentement.

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

- visite à domicile, qui peut être commune entre plusieurs structures pour éviter la multiplication de ces visites d'évaluation ;
- 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 ;
- élaboration du plan d'accompagnement individualisé (sur le modèle du Plan personnalisé de coordination en santé) ;
- signature du contrat d'accompagnement entre le bénéficiaire et le centre de ressources territorial.

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

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

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

Joindre la procédure d'admission et indiquer les cibles d'activité pour le volet 2

3.1.5. 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 ou décède;
- le bénéficiaire change de lieu de vie pour une entrée en EHPAD ou en USLD (ou future Unité de Soins Prolongés Complexes (USPC)) ;
- 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 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 en lien avec le DAC.

3.2. Professionnels de l'accompagnement renforcé

L'essentiel des crédits du volet 2 financent du temps supplémentaire, des recrutements ou des

prestations de professionnels. Les professionnels composant l'équipe chargée de l'accompagnement renforcée sont à minima les suivants :

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

Le rôle du médecin de l'équipe est alors complémentaire de celui du médecin traitant et ne se substitue pas à ce dernier.

- Le coordinateur : le profil d'IDE ou IPA est privilégié pour ce poste. Cette mission est à travailler avec les coordonnateurs des DAC notamment en ex Bourgogne où ce sont principalement des 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 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), les auxiliaires de vie/accompagnants éducatifs et sociaux dont les missions couvrent, en complémentarité des prestations de droit commun :
 - ⇒ la mise en œuvre et la coordination du volet soins et accompagnement particulièrement en l'absence de SPASAD et d'HAD ;
 - ⇒ des missions de garde itinérante et de surveillance à domicile complémentaires au droit commun (qui doivent prioritairement être financées dans le cadre du plan d'aide APA domicile et dans ce cadre être assurées par un SAAD) ;
 - ⇒ l'assistance à la réalisation d'actes de téléconsultation et d'expertise à domicile ;
 - ⇒ l'aide au suivi des programmes d'éducation thérapeutique du patient et du parcours vaccinal ;
 - ⇒ la participation à l'astreinte soignante 24h/24 et 7j/7, notamment dans le cadre du dispositif IDE de nuit mutualisée et/ou assurée par des aides-soignants de nuit, sur délégation des IDE et faute d'organisation d'une astreinte IDE ;
- l'ergothérapeute : évalue les besoins et accompagnement des bénéficiaires en termes d'aides techniques et d'aménagement du logement et suivi du dossier jusqu'à mise en œuvre des recommandations ;
- le psychologue pour l'accompagnement des bénéficiaires et leurs aidants (ex: repérage des situations à risque d'épuisement) ;
- l'animateur pour la mise en œuvre des activités collectives ou individuelles favorisant le lien social. Ce professionnel peut être partagé sur le volet 1.

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

- les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour l'accompagnement aux actes essentiels et de la vie quotidienne ;
- les services de soins sanitaires et médico-sociaux : les services d'HAD, les SSIAD et les SPASAD;

- les professionnels de soins libéraux : médecin traitant, IDEL, kinésithérapeute, psychomotricien, orthophonistes, diététiciens ;
- les équipes médico-sociales «Allocation personnalisée d'autonomie» (APA) du département pour le repérage des personnes pouvant être accompagnées par le dispositif et l'information sur son fonctionnement et les ressources du territoire ;
- les travailleurs sociaux des services territoriaux pour le repérage des bénéficiaires et de leurs aidants, l'information sur les démarches à réaliser, l'aide à l'ouverture des droits, la préparation du contrat d'accompagnement et son suivi.

Décrire l'accompagnement envisagé et les professionnels mobilisés

3.3. Partenariats spécifiques de l'accompagnement renforcé

En plus des partenariats transverses, 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.

Fournir une définition des rôles et des modalités de coopération entre professionnels ainsi que les documents dans lesquels il sont formalisés (convention, lettre d'engagement, ...).

3.3.1. 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.

Décrire les modalités prévues

3.3.2. Dispositifs de coordination agissant pour favoriser le parcours de santé

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

C'est le cas pour le dispositif d'appui à la coordination du territoire (DAC), en effet, les DAC viennent prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment au cumul de difficultés.

Ils permettent d'apporter des réponses adaptées et coordonnées entre les professionnels, quels que soient la pathologie, l'âge de la personne qu'ils accompagnent ou la complexité de son parcours de santé. Ils seront ainsi saisis par / ou orienteront vers l'équipe chargée de l'accompagnement renforcé en fonction des situations. L'action des DAC peut être conçue en complémentarité / subsidiarité de celle de l'accompagnement renforcé à domicile qui s'attache à mettre en place une coordination "du quotidien, au domicile de la personne". Le recours à cet accompagnement peut utilement compléter l'action menée par le DAC sur le volet prise en charge en santé.

A l'inverse, le dispositif peut faire appel au DAC autant que de besoin dès qu'il a repéré une situation comme étant complexe. Par ailleurs, si le DAC peut disposer en interne de ressources gériatriques : le partenariat peut alors être renforcé de façon bilatérale.

La coopération du centre de ressources territorial avec l'hôpital de proximité ou le service d'urgence le

plus proche intègre le suivi renforcé en cas de besoin d'hospitalisation, au travers notamment d'hospitalisation directe.

La coordination des soins doit également intégrer le rôle des structures collectives de soins (ex des CPTS/MSP) en tant qu'acteur qui oriente et organise les parcours de santé et participe à l'animation territoriale de la prévention.

3.3.3. HAD

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

Lorsqu'une HAD est positionnée et dans le cas d'une intervention conjointe SSIAD/HAD (3), la répartition des soins de nursing et des soins infirmiers entre le SSIAD/SPASAD et l'HAD ou même l'IDEL intervenant au domicile devra être partagée avec l'équipe d'accompagnement renforcé car le plan de d'accompagnement et de soins sera revu. Les soins réalisés par les professionnels de santé salariés de l'HAD ou libéraux ayant une convention avec l'HAD seront également intégrés au plan d'accompagnement et de soin et portés à la connaissance de l'équipe d'accompagnement renforcé.

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

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

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

Préciser les modalités d'articulation et joindre les projets de convention.

3.4. Financement

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

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

- Coûts de fonctionnement :
 - ⇒ charges de personnel: professionnels médico-administratifs, équipe de pilotage de l'activité ;
 - ⇒ coûts liés aux fonctionnement du dispositif: entretien du SI, équipement du personnel, frais liés aux transports, etc .;
 - ⇒ prestations à la charge de centre de ressource territorial: astreinte 24/7 et système de téléassistance (en complément si nécessaire du dispositif déjà financé par le conseil départemental).
- Investissements :
 - ⇒ le cas échéant, des licences informatiques pour des logiciels de coordination, de visioconférence etc ;
 - ⇒ achat d'outils numériques pour les actes de télésanté (téléconsultations, téléexpertise et télésoin notamment) et les loisirs (tablettes à domicile et objets connectés) ;
 - ⇒ coûts d'ingénierie de projet : frais de formation du personnel.

Transmettre une prévision détaillée de ces charges