

APPEL A CANDIDATURES (AAC)

ARS/DAOSS/DCT n°971-2025-04-02-00004

POUR LA CREATION D'UN CENTRE DE RESSOURCE TERRITORIAL (CRT) POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Territoire : Iles du Nord

CAHIER DES CHARGES - Annexe 1

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1, L. 313-1-3, L. 313-12-3, D. 312-7-2 et D. 312-155-0 ;
- Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, notamment ses articles 44 et 47 ;
- Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de Centres de Ressources Territoriaux pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de Centre de Ressources Territorial pour les personnes âgées
- Instruction n° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2022/108 du 12 avril 2022 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2022.
- Instruction n° DGCS/SD3A/2022/113 du 15 avril 2022 relative à l'appel à candidature portant sur le déploiement de la mission de Centre de Ressources Territorial pour les personnes âgées.

CONTEXTE

Face au défi lié à l'évolution démographique et au vieillissement de la population, particulièrement prégnant en Guadeloupe, l'Agence Régionale de Santé Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy s'est fixée pour objectif de prévenir et d'accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées dans le respect de leur lieu de vie.

C'est dans ce cadre que, depuis 2021, ont été initiés différents dispositifs tels l'astreinte d'infirmier de nuit mutualisée entre EHPAD et SSIAD, l'expérimentation « SSIAD renforcé », le renforcement et la création d'Equipe spécialisée Alzheimer (ESA), avec pour objectifs de faciliter le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie tant à domicile qu'en établissement, en lui évitant notamment des ruptures d'accompagnement et des hospitalisations non programmées. Il s'agit également de mutualiser les moyens mis en œuvre et d'associer les acteurs de proximité face aux enjeux sociétaux sur des actions innovantes.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de Centre de Ressources Territorial pour les personnes âgées) consacre une mission de Centre de Ressources Territorial. Cette mission vise à permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, dès lors que l'accompagnement dit « classique » déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant pour leur permettre de continuer de vivre chez elles. Il s'agit, notamment, de développer une alternative à l'entrée à l'établissement.

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

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

Le présent cahier des charges vise à préciser les attendus de la mission du Centre de Ressources Territorial, portée par un EHPAD ou par un service à domicile, devant se déployer sur le territoire de santé de Guadeloupe. Deux équipes ayant vocation à intervenir sur le territoire, dont le périmètre reste à définir conjointement avec l'Agence Régionale de Santé seront financées.

1. LA MISSION DU CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL

1.1. LES OBJECTIFS

Il s'agit de **développer une offre nouvelle d'accompagnement renforcé à domicile** pour donner corps au virage domiciliaire, avec deux piliers complémentaires qui visent à permettre le maintien à domicile :

a) Donner accès aux ressources des EHPAD :

Diffuser plus largement sur le territoire les compétences et ressources gérontologiques disponibles aujourd'hui en ESMS afin d'en faire bénéficier les professionnels de la filière gérontologique et les personnes âgées du territoire ;

b) Intervenir à domicile, en complément des services classiques :

Offrir un accompagnement renforcé aux personnes âgées qui, alors qu'une entrée en EHPAD semble inévitable, pourraient rester à domicile grâce à un dispositif renforcé d'accompagnement à domicile (inspiré de l'expérimentation ART 51 DRAD).

Le développement d'une mission de CRT vise à positionner la structure porteuse comme un facilitateur du parcours de santé des personnes âgées du territoire résidant à domicile, mais également comme un appui aux professionnels en charge de leur accompagnement.

Par la mise en place du CRT, les objectifs ciblés par l'ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy sont définis comme suit :

- Améliorer la qualité, la sécurité et la continuité des soins dispensés aux personnes âgées à domicile ;
- Favoriser le maintien à domicile et limiter l'institutionnalisation ;
- Apporter une expertise aux acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes âgées ;
- Promouvoir une coordination et une mutualisation territoriale des ressources ;
- Créer des interactions entre l'EHPAD et son environnement de proximité (partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires) : ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur afin de permettre aux résidents de l'établissement des interactions valorisantes et des opportunités concrètes de participation sociale dans les domaines de vie courante de la personne ;
- Permettre aux personnes extérieures à l'EHPAD de participer à certaines activités, voire de bénéficier de certaines interventions et prestations à visée préventive dans leur environnement habituel de vie ; Proposer des actions de répit et d'aide aux aidants ;
- Favoriser les expérimentations et les projets innovants, susceptibles d'être reproduits en tenant compte des spécificités territoriales.

1.2. L'OFFRE DE SERVICE DU CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL

La mission comporte **deux modalités d'intervention à mener conjointement** par le CRT :

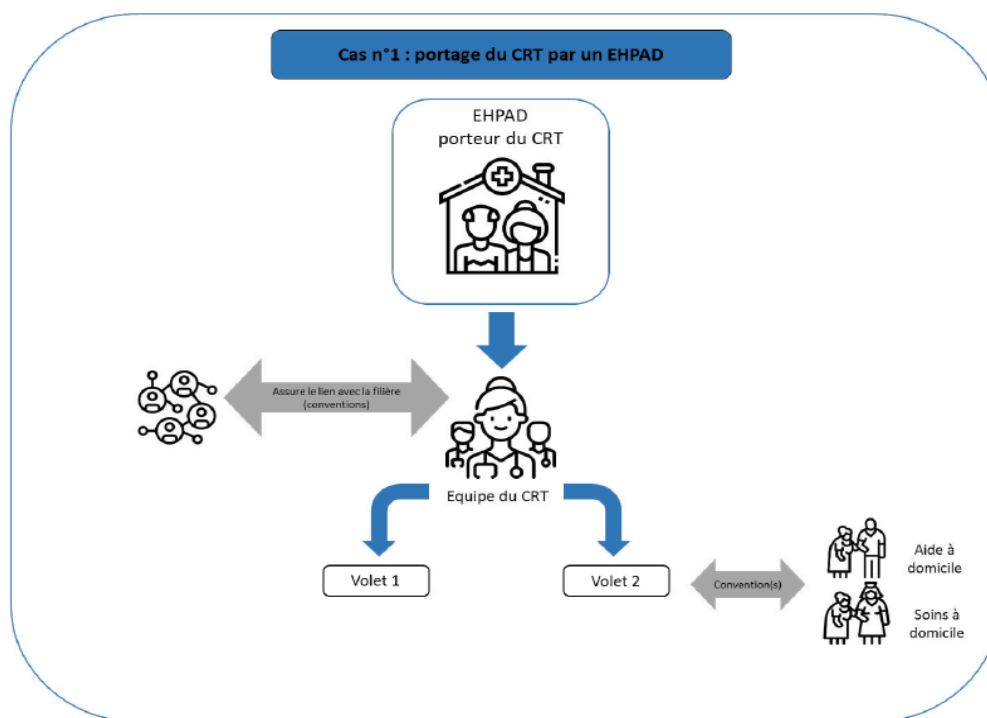
- **Volet 1** - Une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques, d'équipements spécialisés, ou de locaux adaptés) ;
- **Volet 2** - Une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

L'attention des candidats est particulièrement attirée sur la détermination de la zone d'intervention et le maillage territorial. Notamment, pour le volet 2, la zone d'intervention pourra être modulée en distance ou en minutes de trajet en fonction des caractéristiques du territoire.

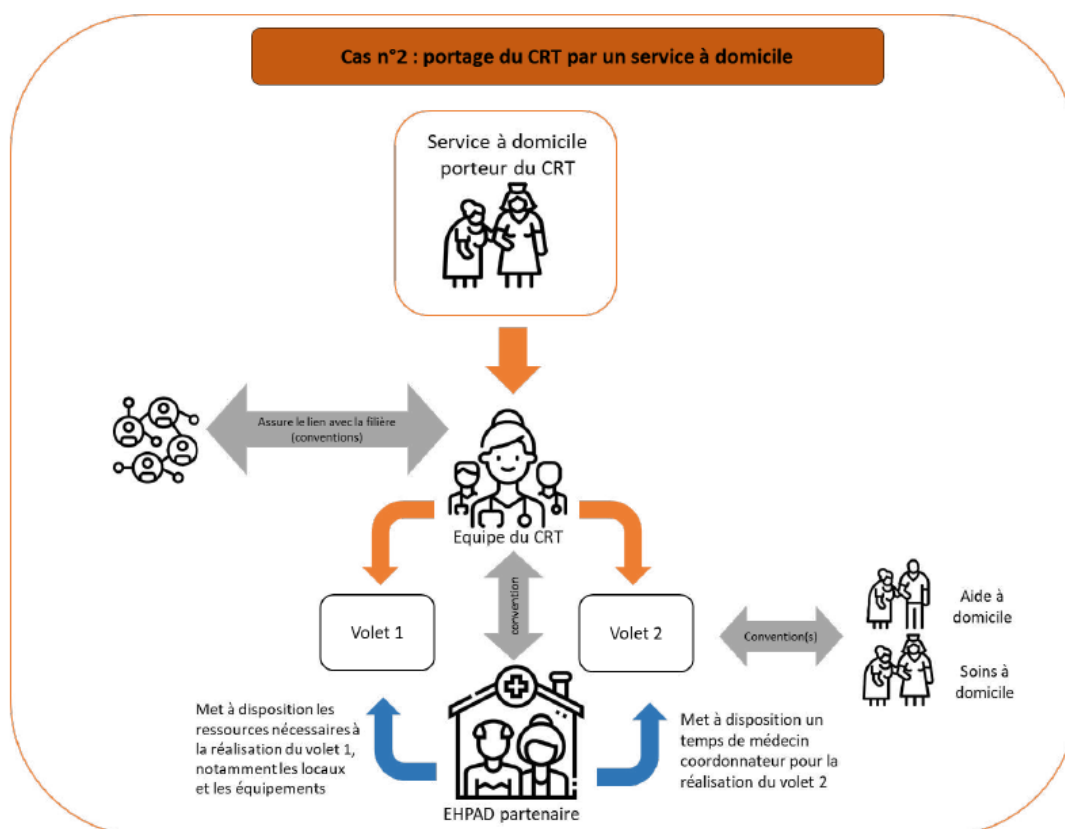
1.3. LES MODALITÉS DE PORTAGE

Le CRT peut être porté par :

Un EHPAD, en lien avec des services à domicile, ainsi que le prévoient les articles L. 313-12-3 et D. 312-155-0 CASF :



Un service à domicile, ainsi que le prévoit l'article D. 312-7-2 CASF, 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 :



2. ORGANISATION DU CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL

Le porteur du projet doit constituer une équipe dédiée en recrutant ou en identifiant les professionnels qui seront chargés de conduire la mission de Centre de Ressources Territorial et préciser les modalités de fonctionnement de **l'équipe pluridisciplinaire dédiée à la conduite de cette mission**.

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

Que la mission soit portée par un EHPAD ou un service à domicile :

- la **complémentarité entre les deux modalités d'intervention**, au sein des murs de l'EHPAD (porteur ou partenaire) et au domicile des bénéficiaires, est notamment assurée grâce à un **temps de direction et de chefferie de projet** dédié à la mise en œuvre de cette nouvelle mission.
- les **équipes qui assurent les missions classiques de la structure porteuse doivent être associées** le plus possible aux actions mises en œuvre dans le cadre des deux modalités d'intervention de la nouvelle mission (volet 1 et 2).

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

2.1. COMPLÉMENTARITÉ DES DEUX MODALITÉS D'INTERVENTION

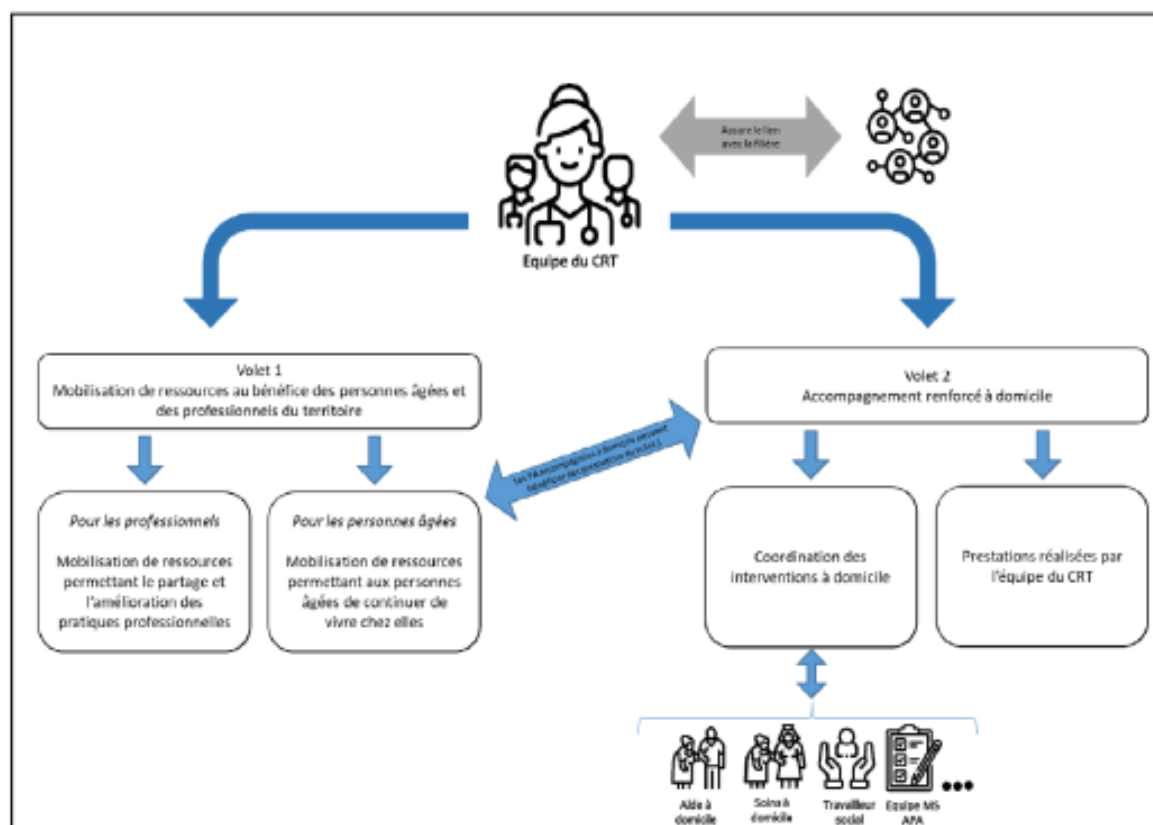
Il est prévu que les bénéficiaires de l'accompagnement renforcé au domicile (volet 2) puissent participer aux actions mises en place au titre du volet 1 telles que l'accès aux ressources de santé (consultations et télésanté, actions de prévention et repérage) et aux activités en faveur de l'animation de la vie sociale.

De plus, l'ouverture du Centre de Ressources Territorial sur son environnement doit permettre de repérer des situations susceptibles de bénéficier du volet 2.

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

Certains postes de dépenses partagées, tels que les moyens de transports, peuvent bénéficier aux deux volets de la mission de Centre de Ressources Territorial.

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



Volet 1 :

Le Centre de Ressources Territorial mobilise des compétences et des actions favorisant le maintien à domicile des personnes âgées

Les publics ciblés

Les publics cibles du Centre de Ressources Territorial dans son volet 1 sont :

- les **personnes âgées, et en particulier les personnes bénéficiant du volet 2, mais plus largement les personnes âgées du territoire et leurs aidants, sans condition de niveau de GIR, 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. Précisément, le porteur de projet veillera à ce que les ressources des EHPAD (porteur ou partenaires), généralement réservées à leurs résidents, soient mises à disposition des 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, le personnel de services à domicile, d'EHPAD ou de résidences autonomie.

A. LES PRESTATIONS PROPOSÉES AU TITRE DU VOLET 1

Les actions listées au sein de ce cahier des charges sont non exhaustives. 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 aux besoins qui jusque-là n'étaient pas ou insuffisamment couverts (ESP, CPTS, conférence des financeurs, etc.). Elles sont élaborées sur la base d'un diagnostic territorial partagé.

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

- a) favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention ;
- b) lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants ;
- c) contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques.

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

B. PARTENARIATS SPÉCIFIQUES

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

Parmi les partenariats transverses évoqués (cf. point 4. « Gouvernance et partenariats »), le Centre de Ressources Territorial doit se rapprocher, pour la mise en œuvre du volet 1, tout particulièrement des établissements de santé de proximité présents sur le territoire couvert. En effet, il doit impérativement veiller à porter une attention particulière à l'articulation avec l'offre d'expertise ou offre complémentaire déjà présentes sur le territoire.

C. FINANCEMENT

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

a) Moyens humains (*liste non-exhaustive*) :

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

b) Moyens matériels (*liste non-exhaustive*) :

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

Volet 2 :

Assurer un accompagnement renforcé au domicile des personnes pour lesquelles les prestations « classiques » ne suffisent plus

La mission du Centre de Ressources Territorial comporte un volet 2 « accompagnement renforcé à domicile ». Il s'agit d'actions visant à étayer et renforcer l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à leur domicile, selon les manques repérés sur le territoire.

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

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

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

Un des enjeux de ce volet repose sur le partenariat noué avec des SAAD et des SSIAD pour proposer une offre intégrée afin de mieux répondre aux besoins des personnes dans une logique de « panier de services ». Ce volet suppose donc que le porteur s'associe au(x) SAAD, SSIAD intervenant au domicile des bénéficiaires et faisant l'objet d'autorisations portées par un seul ou plusieurs gestionnaires conventionnant pour répondre à la mission du volet 2.

En complément des autres acteurs intervenant auprès de la personne âgée et de son aidant, des prestations d'accompagnement renforcé (sécurisation de l'environnement, gestion du parcours de soins, etc.) sont proposées. Elles sont détaillées en annexe B du présent cahier des charges.

Cette offre renforcée doit être étudiée tout particulièrement avec :

- l'animateur territorial du DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) Guadeloupe et Iles du Sud afin que l'action puisse être subsidiaire sur le territoire ;
- le coordonnateur de filière gériatrique (lorsqu'il sera identifié) pour structurer notamment les procédures d'aval et d'amont de l'hôpital ;
- les plateformes de répit du territoire pour le volet « aide aux aidants ».

A. 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.

➤ Prestations apportées par l'accompagnement renforcé

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

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-mêmes toutes les prestations d'accompagnement (aide et soins) mais qu'ils coordonnent les acteurs autant que de besoin et qu'ils permettent aux bénéficiaires d'accéder à l'ensemble des prestations complémentaires au droit commun prévues par cet accompagnement particulier, qui repose sur une expertise gériatrique.

En accord avec les partenaires du dispositif, l'accompagnement renforcé permet au bénéficiaire et à ses aidants de s'adresser à un interlocuteur unique, plutôt qu'à une pluralité d'acteurs intervenants au domicile.

Le dispositif simplifie la réalisation des actions des différents intervenants et décharge le bénéficiaire et son aidant de l'organisation ainsi que du suivi de l'accompagnement. Le dispositif propose de ce fait une offre de services modulable et intégrée, c'est-à-dire la possibilité d'accéder à une diversité de prestations relevant notamment de l'aide et de l'accompagnement, du soin, des repas et des activités, par une mise en place personnalisée et coordonnée des prestations.

L'accompagnement renforcé est mis en place de **façon graduée** lorsque les interventions déjà déployées au domicile ne suffisent plus à assurer le maintien à domicile dans de bonnes conditions. Il n'a pas vocation à se substituer aux compétences et aux missions assurées par les intervenants au domicile, tels que les professionnels libéraux (IDEL), les SAAD, SSIAD 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.

➤ **Prestations « socle »** comprises dans l'accompagnement renforcé :

Il s'agit des prestations proposées à l'ensemble des bénéficiaires, délivrées en fonction de leurs besoins et qui complètent les prestations du droit commun. Elles sont constitutives de l'accompagnement renforcé proposé par le Centre de Ressources Territorial. Ces prestations sont financées par un forfait mensuel versé sous forme de dotation au Centre de Ressources Territorial.

Les transports entre le domicile et le Centre de Ressources Territorial pourront être financés en partie sur le volet 1 de la mission.

L'ensemble des prestations qui seront apportées par l'accompagnement renforcé peut être complété par des prestations optionnelles, qui sont à la charge du bénéficiaire, car à sa demande. Elles sont facturables individuellement soit directement au prestataire, soit via le porteur. **Elles ne relèvent pas du forfait mensuel et des financements de la CNSA. Néanmoins, l'Agence de Santé Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy insistera, auprès du porteur de projet, afin qu'il conserve la traçabilité des prix pratiqués par le(s) prestataire(s) et veille à l'accessibilité de ceux-ci pour l'utilisateur concerné.**

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

Les prestations peuvent être **fournies directement** par le porteur **ou bien coordonnées** par lui.

Les prestations coordonnées peuvent être produites par des partenaires (SSIAD, intervenants libéraux) ou prestataires, mais la bonne organisation de ces prestations incombe à l'équipe de coordination du Centre de Ressources Territorial.

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

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

B. MODÈLES ORGANISATIONNELS

Les prestations proposées et le mode d'organisation de l'accompagnement renforcé dépendent des caractéristiques de l'offre territoriale.

Différentes approches dans la construction du dispositif sont possibles, les deux s'inscrivant dans une logique de parcours de la personne âgée et des aidants, et oscillent entre deux modèles :

- a) **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 et temporaire, accueil de jour, mais aussi d'une autorisation de SAAD prestataire et d'une autorisation de SSIAD). La quasi-totalité des prestations correspondantes sont assurées par une équipe salariée et des moyens matériels (transports, chambre d'urgence, etc.) du Centre de Ressources Territorial. Même dans ce cadre, le choix doit être laissé au bénéficiaire sur les services qui interviennent au domicile ;
- b) **un modèle de service partenarial** qui prévoit un cadre de collaboration très structuré avec les acteurs traditionnels du secteur du domicile : SAAD, SSIAD, portage de repas. Le porteur n'est pas producteur des prestations du droit commun et n'assure pas la totalité des prestations complémentaires de l'accompagnement renforcé. L'équipe salariée du Centre de Ressources Territorial est alors composée principalement de professionnels de coordination, outre les équipes assurant les activités complémentaires de jour et de nuit ou d'hébergement temporaire. L'enjeu de coopération avec les acteurs externes est alors très important du fait de la diversité des acteurs susceptibles d'intervenir au domicile.

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

C. PUBLIC CIBLE

Le profil des bénéficiaires est le suivant : personnes âgées **en perte d'autonomie en niveau de GIR 1 à 4** résidant à leur domicile ayant besoin d'un niveau de prestations similaire à celui d'un EHPAD au moyen d'un accompagnement plus intensif, coordonnant si nécessaire l'offre de soins et d'accompagnement en partenariat avec les services du domicile. Le bénéficiaire réside à une distance, du Centre de Ressources Territorial et de ses partenaires, compatible notamment avec l'organisation de l'astreinte et de la garde itinérante de nuit, dans la limite du territoire d'intervention définie par l'ARS.

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

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

D. ADMISSION DANS LE DISPOSITIF

Le repérage des situations pouvant intégrer le dispositif d'accompagnement renforcé est réalisé à partir d'un signalement ou d'une demande des partenaires du territoire. Il peut s'agir des partenaires des champs sanitaire et médico-social (MT, DAC, CPTS, MSP, HAD, CH, EHPAD, SSIAD, SAAD, etc.), du champ social (TS des services territoriaux, CCAS), de la personne accompagnée ou directement de son aidant.

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

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

- visite à domicile, avec le consentement de l'utilisateur, qui peut être commune entre plusieurs structures pour éviter la multiplication de ces visites d'évaluation (les partenaires territoriaux s'entendent dans le projet sur une évaluation reconnue de tous) ;
- évaluation médicale sur pièce ou en visite à domicile ou en téléconsultation par le médecin coordonnateur de l'EHPAD porteur ou EHPAD partenaire (ou à défaut par un médecin intervenant dans l'EHPAD en l'absence de médecin coordonnateur) en lien, dans la mesure du possible, avec le médecin traitant ;
- élaboration du plan d'accompagnement individualisé (sur le modèle du Plan personnalisé de coordination en santé ou PPCS de la HAS) ;
- 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 *a minima* d'un objectif 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.

E. SORTIE DU DISPOSITIF

La sortie du dispositif peut intervenir dans plusieurs cas :

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

A la sortie du dispositif, une attention particulière sera donnée au suivi de la situation et l'équipe s'assurera qu'un relai soit bien pris ou poursuivi par un dispositif du droit commun.

Les décisions d'entrée et de sortie du dispositif sont systématiquement concertées au sein de l'équipe d'accompagnement renforcé.

F. PROFESSIONNELS DE L'ACCOMPAGNEMENT RENFORCÉ

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

- **Le médecin du dispositif** : il participe à l'évaluation pour l'admission au sein du dispositif, dispose d'une mission d'expertise gériatrique et d'un rôle de coordination de second niveau. En fonction des besoins, il est possible de considérer la mise en place des protocoles nécessaires à la surveillance gériatrique (le cas échéant : sollicitation de l'expertise gériatrique du territoire au sein du DAC ou de l'établissement référent de gériatrie) et la sollicitation des équipes mobiles adaptées en lien avec l'IDE du dispositif.

Le médecin traitant et le médecin coordonnateur ont un rôle central en étant parties prenantes de la décision d'admission dans le dispositif, et du suivi de la mise en œuvre du plan d'accompagnement personnalisé décidé en équipe. Le rôle du médecin du CRT est alors complémentaire de celui du médecin traitant. Il ne se substituera pas à ce dernier, sauf s'il ne dispose pas de médecin traitant. Dans ce dernier cas, le dispositif devant alors tout mettre en œuvre pour en trouver un, et pourra alors dans l'attente pallier les besoins de prescriptions.

- **Le coordinateur** : le profil IDE est privilégié pour ce poste. Il est chargé d'évaluer la situation des personnes, d'élaborer le plan d'accompagnement personnalisé et d'assurer son suivi ainsi que son adaptation si besoin.

Le coordinateur est l'interlocuteur privilégié des personnes en perte d'autonomie. Il coordonne et assure les interventions des professionnels à domicile (soins, accompagnement, activités de la personne), particulièrement en l'absence d'HAD et mobilise si besoin les expertises complémentaires.

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

- la mise en œuvre et la coordination du volet soins et accompagnement, particulièrement en l'absence 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 donc 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 ;

- **L'ergothérapeute** : il assure une évaluation des besoins et accompagnement des bénéficiaires en termes d'aides techniques, d'aménagement du logement et de suivi du dossier jusqu'à la mise en œuvre des recommandations.

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

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

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

- **les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** pour l'accompagnement aux actes essentiels de la vie quotidienne ;
- **les services de soins sanitaires et médico-sociaux** : les services d'HAD, les SSIAD ;
- **les professionnels de soins libéraux** : médecin traitant, IDEL, kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciens ;
- **les équipes médico-sociales « Allocation personnalisée d'autonomie » (APA)** du Conseil Départemental 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.

G. PARTENARIATS SPÉCIFIQUES DE L'ACCOMPAGNEMENT RENFORCÉ

En plus des partenariats transverses (cf point 4. « Gouvernance et partenariat »), la mission de Centre de Ressources Territorial dédiée aux personnes âgées à leur domicile repose sur un partenariat étroit et opérationnel avec les acteurs de proximité. Le centre 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.

Le rôle du médecin traitant

Son rôle 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.

Les 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.

a) Le DAC

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 du DAC peut être conçue en complémentarité de celle de l'accompagnement renforcé à domicile qui s'attache à mettre en place une coordination « du quotidien, au domicile de la personne ». Le recours à cet accompagnement peut utilement compléter l'action menée par le DAC sur le volet prise en charge en santé.

A l'inverse, le dispositif peut faire appel au DAC autant que de besoin dès qu'il a repéré une situation comme étant complexe.

Par ailleurs, si le DAC peut disposer en interne de ressources gériatriques, le partenariat peut alors être renforcé de façon bilatérale.

La coopération est donc nécessaire pour organiser avec le porteur les procédures utiles au partenariat et à la subsidiarité.

b) La coordination gériatrique

La coopération du Centre de Ressources Territorial avec l'hôpital de proximité, la filière gériatrique ou le service d'urgence le plus proche intègre le suivi renforcé en cas de besoin d'hospitalisation, au travers notamment d'hospitalisation directe. La coopération dans le projet avec les coordonnateurs de filière gériatrique qui structurent les parcours de soins territoriaux est donc nécessaire.

c) Les Communautés professionnelles territoriales de santé

La coordination des soins doit également intégrer le rôle des structures collectives de soins (telles que les CPTS et les MSP) en tant qu'acteur qui oriente, organise les parcours de santé et participe à l'animation territoriale de la prévention. Le porteur de projet devra donc prendre contact avec la ou les CPTS de son territoire afin de connaître leur volonté de s'inscrire dans le projet.

La 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/HAD¹, la répartition des soins de nursing et des soins infirmiers (voire même de l'IDEL) au domicile devra être partagée avec l'équipe d'accompagnement renforcé aux fins de révision du plan de soins et d'accompagnement.

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 puis 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.

H. FINANCEMENT

S'agissant du volet 2, 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 480 000 €.

Aucune participation financière n'est demandée aux bénéficiaires des prestations du Centre de Ressources Territorial, sauf pour les prestations optionnelles.

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

a) Coûts de fonctionnement :

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

¹ Telle que prévu à l'article D. 6124-205 du CSP.

b) Investissements :

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

3. FINANCEMENT DE LA MISSION CRT

Une **dotation globale annuelle de 480 000 €** est versée à chacun des gestionnaires retenus dans le cadre de l'appel à candidatures pour remplir la mission de Centre de Ressources Territorial dans ses deux volets.

Ce financement, qui doit permettre le développement des deux volets de la mission de CRT, ne se substitue à aucun autre financement déjà perçu par l'établissement ou le service porteur. Néanmoins, ce financement n'a pas vocation à financer des actions déjà financées par ailleurs et ne nécessitant aucun complément de financement (à titre d'exemple, des actions du volet 1 déjà réalisées et financées par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ou par la dotation complémentaire versée aux SAAD par le Conseil Départemental).

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

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

- **un temps de chefferie de projet** dédié est financé (exemple : à hauteur de 0,2 ETP), notamment pour assurer la coordination administrative, la gestion budgétaire et comptable, la gestion des ressources humaines et la gestion des systèmes d'information ;
- **la somme fléchée vers le volet 1 doit permettre de financer le socle de prestations attendues dans le volet 1 ;**
- **la somme fléchée vers le volet 2 doit permettre de financer une offre d'accompagnement renforcé à domicile**, qui vient s'ajouter aux financements et prestations de droit commun, pour un nombre minimum de 30 bénéficiaires accompagnés au cours de l'année, financée à hauteur de 900 € par mois par bénéficiaire.

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

Si le service à domicile n'est pas regroupé au sein d'un SPASAD, il devra également établir une convention avec un porteur de SSIAD et l'HAD du territoire.

Le financement de cette mission donne lieu à un avenant au CPOM de la structure.

Si le porteur n'a pas de CPOM, la dotation est versée en complément de la dotation soins aux services autorisés totalement ou partiellement par l'ARS.

Pour les services proposant uniquement de l'aide et de l'accompagnement à domicile, le financement est versé

par l'ARS à l'EHPAD partenaire, avec lequel une convention doit être conclue ; cette convention prévoit le reversement de la part revenant au porteur de projet (somme fixée pour le volet 2 et pour les actions du volet 1 que le service mène en propre).

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

Un suivi d'indicateurs d'activité dédiés est également organisé, dans un premier temps sur la base de remontées semestrielles. Par la suite, le suivi sera annuel.

Ce suivi concerne *a minima* les indicateurs socles retenus au niveau national pour le déploiement de la mission de Centre de Ressources Territorial dans ses deux volets, comme suit :

- **Déploiement de la mission :**
 - nombre de centres de ressources territoriaux ;
 - nombre de centres de ressources territoriaux portés par un EHPAD ;
 - nombre de centres de ressources territoriaux portés par un service à domicile ;
 - nombre de conventions passées avec d'autres acteurs de la filière.
- **Indicateurs transversaux :**
 - nombre de personnes bénéficiant à la fois de prestations du volet 1 et du volet 2 ;
 - composition de l'équipe du centre de ressource territorial (ETP et qualifications) ;
 - liste des partenaires du Centre de Ressources Territorial et gouvernance mises en place avec eux.

INDICATEURS QUANTITATIFS	
VOLET 1	VOLET 2
S'agissant des effets sur les personnes âgées du territoire ne bénéficiant pas de la prestation hébergement et leur(s) aidant(s) : - Nombre de personnes âgées du territoire ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 ; - Nombre d'aidants ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 ; - Nombre de prestations de télésanté réalisées par un professionnel de l'EHPAD (téléconsultations accompagnées, télé-expertises sollicitées, et le cas échéant actes de télésoin) ; - Nombre de prestations proposées par champ d'interventions - Nombre d'actions favorisant l'accès aux soins et à la prévention - Nombre d'actions permettant de lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants - Nombre d'actions contribuant à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques - Nombre de personnes ayant bénéficié des prestations du volet 1 par actions Pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées :	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 domaine et par bénéficiaire de l'accompagnement. - Existence d'une participation financière du bénéficiaire - Nombre de personnes âgées du territoire n'ayant pu bénéficier du dispositif - Nombre d'usagers avec existence d'un reste à charge - Nombre de personnes ayant été orientées par un service à domicile - Nombre de personnes ayant été orientées par un service hospitalier et le DAC - Nombre de personnes ayant été orientées par un médecin libéral - Durée moyenne d'accompagnement - File active de personnes âgées ayant bénéficié du dispositif d'accompagnement renforcé - Nombre total de bénéficiaires accompagnés au cours de l'année Coûts du dispositif :

- 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	- Part du forfait consacré aux frais de fonctionnement / investissement ; - Détail du coût des prestations complémentaires dans les quatre domaines suivants : a) <i>Sécurisation de l'environnement de la personne ;</i> b) <i>Gestion des situations de crise et soutien des aidants ;</i> c) <i>Coordination renforcée autour de la personne ;</i> d) <i>Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement des personnes âgées, animation de la vie sociale, appui au parcours de vie.</i>
--	--

INDICATEURS QUALITATIFS	
VOLET 1	VOLET 2
- 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.	Modalités d'organisation - Modèle organisationnel (intégré ou coordonné); - Organisation de l'astreinte de nuit 24/24 et 7/7 (IDE / AS). File active et profils des bénéficiaires - Typologie des bénéficiaires : âge, sexe, situation au domicile, GIR ; - Motifs d'accompagnement non satisfaits - Motifs d'admission et de sortie. Prestations assurées dans le cadre de l'accompagnement renforcé - Typologie des prestations mises en œuvre : soins / accompagnement / sécurisation du domicile - panier de prestations type par bénéficiaire - Coordination : modalités / temps consacré - Articulation avec le droit commun Satisfaction au service rendu - Satisfaction des bénéficiaires / aidants - Satisfaction des professionnels Difficultés éventuelles

Le porteur s'engage à participer à l'évaluation et donc à fournir tous les éléments jugés nécessaires par l'ARS.

4. 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 *a minima*). Parmi les conventions qui organisent et définissent ces partenariats, **deux types de convention sont obligatoires** pour la mise en œuvre et doivent être prévues dans le projet du porteur :

- **Pour l'ensemble des porteurs**, qu'il s'agisse d'un EHPAD ou d'un service à domicile, des conventions avec les services à domicile qui interviennent au quotidien chez les bénéficiaires du volet 2 doivent être conclues ;

- **Pour le CRT porté par un service à domicile**, une convention doit être conclue avec un EHPAD partenaire pour la réalisation de certaines prestations du volet 1 et du volet 2.

Outre ces conventions incontournables, une liste regroupant les partenariats nécessaires pour la réalisation des prestations dans les deux volets, qui sont susceptibles de varier selon les territoires et les configurations locales, est proposée dans le décret (cf. infra). Les partenariats prévus plus spécifiquement pour chacun des volets de la mission sont également précisés.

L'animation des partenariats constitue un point essentiel pour le bon fonctionnement du Centre de Ressources Territorial et l'effectivité de ses missions sur le territoire. Elle repose sur des conventions permettant de préciser les articulations avec les structures de droit commun. Par conséquent, **le gestionnaire doit définir une instance de pilotage de la mission de centre de ressources avec les acteurs et partenaires du territoire** en s'appuyant sur les instances de concertation et de coordination territoriales existantes. L'ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy souhaite que cette instance de pilotage inclue des représentants d'usagers.

Dans le cadre des prestations mises en œuvre, l'ARS veillera à ce que la structure établisse des partenariats notamment avec les acteurs des secteurs sanitaire (établissements, services et professionnels de santé) et médico-social, les acteurs de la prévention, de la coordination (DAC), les professionnels du domicile (dont les professionnels de soins libéraux) ou encore les acteurs associatifs (association d'usagers, CCAS, associations socio-culturelles, etc.) de son territoire d'intervention.

La structure portera, en étroite collaboration avec l'ARS, une attention particulière à l'articulation avec l'offre d'expertise déjà existante, tout particulièrement portée par les dispositifs sanitaires identifiés dans la liste des partenaires (cf. infra).

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 - 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, 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 - Associations d'usagers ou de patients
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 - Porteurs des habitats inclusifs du territoire - Résidence Séniors - Résidence autonomie

5. LE SYSTÈME D'INFORMATION

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

Il intégrera les outils et interopérabilités facilitant l'information et la coordination des acteurs : messagerie sécurisée en santé (MSS), accès DMP, carnet de liaison, plan personnalisé de coordination en santé (PPCS), agendas partagés, annuaires de description de l'offre du territoire (ROR, RPPS, FINESS, etc.). 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, la traçabilité des accès à l'information de santé et sa conservation, conformément à la réglementation. Les informations de santé du système seront hébergées auprès d'un tiers certifié HDS.

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

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

6. CRITÈRES D'ELIGIBILITE DU PORTEUR

Cet appel à candidature s'appuie sur le cahier des charges national relatif à la nouvelle mission CRT publié par arrêté du 27/04/2022. Les dossiers de candidature devront répondre aux attendus présentés à la fois dans ce cahier des charges et le présent cadrage régional.

Ne sont pas éligibles les projets :

- Ne comportant pas les deux modalités d'intervention pour assurer le rôle de Centre de Ressources Territorial ;
- Ne prévoyant pas de conventionnement avec un EHPAD, lorsque le porteur est un service à domicile.
- Les dossiers incomplets

Orientations pour la sélection des projets :

Une attention particulière sera portée sur l'opérationnalité du projet et la capacité du gestionnaire à mettre en œuvre rapidement la nouvelle mission.

À cet égard, il pourra être tenu compte des éléments suivants pour la sélection des projets, qu'il s'agisse d'un EHPAD ou d'un service à domicile :

- Les porteurs de projet qui concentrent des **expertises diverses** ou mettant en place des **actions innovantes** et disposant de compétences intéressantes à diffuser sur le territoire. Cela peut être en lien avec des pratiques vertueuses reconnues en matière d'accompagnement des résidents et bénéficiaires et de respect des **principes de bientraitance** ainsi qu'avec son dynamisme sur les sujets **d'attractivité des métiers** et de **qualité de vie au travail** ;
- L'inscription du porteur de projet dans une **forte dynamique partenariale gérontologique** ainsi que sa place dans la **filière gériatrique**. L'existence de liens avec le **secteur sanitaire** et **l'hospitalisation à domicile** sont également un gage de solidité du porteur. En outre, le rattachement à un **groupement de coopération sociale et médico-sociale** (GCSMS) peut être considéré comme un atout pour endosser les missions de Centre de Ressources Territorial ;
- La **qualité du diagnostic** réalisé sur la place et le rôle des acteurs du territoire justifiant le choix des prestations, l'organisation et les partenariats proposés par le porteur est un critère déterminant. Le fait que les prestations proposées permettent **d'améliorer la qualité et le maillage territorial de l'offre** à destination des personnes âgées et **répondent aux objectifs des plans en cours** sera valorisé (exemple : plan antichute, stratégie vieillir en bonne santé, feuille de route maladies neuro dégénératives). Une priorité sera donnée à la réponse apportée par le CRT **à un besoin du territoire qui jusque-là n'était pas ou insuffisamment couvert** ;
- La proposition par le porteur de projet ou ses partenaires de dispositifs spécifiques de **soutien des patients et des aidants à domicile** : accueil de jour, hébergement temporaire, hébergement temporaire d'urgence, PFR ou bien des modalités d'accompagnement démontrant une robustesse de la structure (exemple : IDE de nuit, PRP).
- Le fait que le porteur de projet ou ses partenaires propose des modalités d'accueil spécifiques pour les **personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives** : PASA, PFR, ESA.

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

- bénéficie d'un **temps de médecin** qui assure une présence effective dans l'EHPAD, prioritairement un médecin coordonnateur ou à défaut un médecin intervenant dans l'EHPAD assurant des missions de coordination (ex : médecin prescripteur attaché à l'EHPAD en capacité de dédier un temps de coordination) ;
- bénéficie d'un **temps d'infirmier coordinateur** ;
- ait une **présence d'infirmière de nuit ou soit engagé dans un dispositif d'astreinte mutualisée** d'IDE de nuit ;
- dispose d'**espaces et d'équipements** suffisants pour organiser les actions du volet 1. Ils doivent être accessibles aux différents acteurs susceptibles d'y intervenir, s'agissant notamment de l'emplacement géographique, ainsi que des horaires d'ouverture au public.

S'agissant de la solidité du **service à domicile porteur** de projet ou partenaire, l'ARS veillera à ce que ce service :

- soit engagé dans un projet de service autonomie à domicile (SAD) au sens de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, permettant la mise en œuvre d'un projet global d'aide, d'accompagnement et de soins ;
- développe des partenariats solides et variés avec l'ensemble des acteurs de la filière « personnes âgées » de son territoire, à domicile et en établissement : HAD, DAC/PTA, PFR, établissements de santé, médecins traitants ;
- propose une organisation des soins permettant de garantir la qualité, la sécurité et la continuité des prises en charge à domicile 7 jours sur 7, ainsi que l'adaptation des interventions aux besoins spécifiques des patients.

La gestion d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA), tout comme la participation du service à domicile à l'expérimentation nationale « SSIAD renforcés » seront considérés comme un atout dans le cadre de la gestion d'un dispositif « CRT ».

L'Agence veillera à ce que le porteur de projet assure une offre accessible financièrement. En particulier, dans l'hypothèse où l'accompagnement renforcé à domicile ne permet plus à la personne de continuer de vivre chez elle, le porteur doit être en mesure de proposer une solution d'hébergement en aval du volet 2 à un prix accessible.

L'accessibilité financière est assurée si l'EHPAD porteur ou partenaire est majoritairement habilité à l'aide sociale. A défaut, le porteur peut :

- soit proposer des prestations aux tarifs fixés par le département dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement ;
- soit prévoir dans sa candidature les modalités d'orientation des bénéficiaires du volet 2 vers une offre d'hébergement accessible financièrement via une convention avec un ou plusieurs EHPAD majoritairement habilités à l'aide sociale.

7. PROCÉDURE D'APPEL A CANDIDATURE

7.1. LE DOSSIER DE CANDIDATURE

Les dossiers seront analysés en tenant compte de :

- **La capacité à faire du porteur** : présentation, enjeux et besoins du territoire, délai de mise en œuvre ;
- **La qualité du projet** : organisation, fonctionnement, compétences, modalités concrètes de mise en œuvre ;
- **Le partenariat et l'ouverture** : conventions, coopérations, lettres d'intention ;
- **La cohérence financière du projet** : cohérence et respect du budget prévisionnel du CRT, budget prévisionnel détaillé pour les volets 1 et 2 ;

7.2. PUBLICITÉ, MODALITÉS DE DÉPÔT ET CALENDRIER

L'appel à candidature fait l'objet d'une publication sur le site internet de l'ARS Guadeloupe, Saint Martin et Saint-Barthélemy, dans la rubrique « appel à candidature ».

Le dossier de candidature, en 1 exemplaire accompagné d'une clé USB, devra être adressé par pli postal, en recommandé avec accusé de réception (cachet de la Poste faisant foi) à l'adresse suivante :

ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy
"AAC CRT – 971 – NE PAS OUVRIR"
DAOSS / SAE - DCT
Rue des Archives – Bisdary
97113 GOURBEYRE

Le **calendrier prévisionnel** de mise en œuvre est le suivant :

- **Date butoir de dépôt des dossiers de candidatures : 29/11/2024**
- **Date butoir de notification de la décision : courant décembre 2024**
- **Date butoir de mise en oeuvre du projet : 1er trimestre 2025**

7.3. PROCÉDURE D'INSTRUCTION

Les dossiers déposés feront l'objet d'une instruction pour avis par les services de l'Agence de Santé qui associeront le Conseil Départemental.

Ils seront ensuite étudiés dans le cadre d'une **commission consultative** qui émettra un avis sur les projets présentés et leurs montants, avec priorisation en fonction des critères de l'appel à candidature.

Sur la base des avis rendus, **le Directeur Général de l'ARS (DGARS) décidera des projets retenus.**

Les porteurs de projets seront informés, par courrier officiel, de la décision du DGARS.

ANNEXE A : LES PRESTATIONS PROPOSEES AU TITRE DU VOLET 1

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

- proposer des prestations de télésanté (télémédecine/télésoin) pour répondre aux besoins et améliorer le suivi des résidents en proposant ces services aux personnes âgées du territoire ou à d'autres établissements ;
- donner accès à des consultations avancées de professionnels de santé spécialisés (ophtalmologie, kinésithérapie, ergothérapie, cardiologie, dermatologie, nutrition, chirurgie-dentaire...) ouvertes aux personnes âgées vivant à leur domicile, en résidence autonomie ainsi qu'aux résidents d'autres EHPAD. Le porteur peut organiser des journées de présence de spécialistes dans ses murs ou dans les locaux d'un partenaire de proximité afin de rapprocher le spécialiste des personnes âgées et leur éviter de parcourir trop de distance notamment dans les déserts médicaux. Il peut mettre à disposition des locaux et des équipements adaptés pour les spécialistes en fonction des besoins spécifiques identifiés dans le territoire et des consultations pouvant être mises en place au sein d'un EHPAD. Exemples : masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, audioprothésiste, chirurgien-dentiste... Le porteur pourra également organiser le transport de la personne âgée pour se rendre à ces consultations ;
- mettre à disposition des temps de professionnels pour se rendre sur demande dans un autre établissement (EHPAD, Résidence autonomie) ou service à domicile, par exemple lorsque cela est possible. Exemples : ergothérapeute, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute, psychologue ou tout autre professionnel ;
- organiser des consultations infirmière de dépistage des fragilités et/ou de problématiques spécifiques. Exemples : conduites addictives, troubles du sommeil, souffrance psychique, troubles cognitifs ;
- organiser des campagnes de vaccination pour les personnes âgées du territoire résidant à domicile, au sein de l'EHPAD porteur ou partenaire ou au sein d'autres établissements, ainsi que leurs aidants (ex : grippe) ;
- ouvrir à des personnes âgées du territoire et leurs aidants ne bénéficiant pas d'une prestation d'hébergement des actions collectives de prévention sécurisantes et susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être et des actions de repérages des problématiques spécifiques. Exemples : atelier de renforcement musculaire et prévention des chutes ; créer des rencontres régulières avec les personnes âgées résidant à domicile pour des activités stimulant la mémoire (ateliers mémoire, revue de presse, scrabble, jeux de cartes, jeux de société, chants...) ; atelier cuisine et diététique ; atelier de conseils d'aménagement du domicile.

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

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

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

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

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

Sécurisation du domicile et adaptation du logement	- Adaptation du domicile sur préconisations d'un ergothérapeute : évaluation des besoins et aide aux démarches nécessaires aux aménagements constitués d'aides techniques, technologiques, domotiques dont des dispositifs de télésanté et de liaison numérique - un pack domotique³ peut être proposé. - Mise en place d'un dispositif de téléassistance 24h/24 et 7j/7 au sens de téléalarme reposant sur la levée de doute et faisant le lien avec l'astreinte soignante de l'accompagnement renforcé (selon le libre choix du bénéficiaire) - la solution doit être supérieure à une téléassistance classique en regard des objectifs du dispositif et de la population accompagnée. Il peut s'agir d'un système de téléassistance 24h/24 et 7j/7, par visio-assistance avec tablette connectée à l'astreinte de nuit par exemple.
Gestion des situations d'urgence ou de crise	- Mise à disposition d'une solution d'accueil d'urgence dans un EHPAD du territoire : 24h/24 dans la mesure du possible, sur une place HT-SH ou HTU pour limiter le reste à charge. - Organisation d'interventions à domicile par un professionnel de santé d'astreinte de nuit (IDE / aides-soignants / assistants de soins en 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	- Coordination renforcée des différents intervenants au domicile du bénéficiaire au-delà des volets soins et accompagnement via le suivi consolidé du plan d'accompagnement : assurer le partage de l'information et le maintien du lien entre les intervenants salariés, prestataires, le médecin traitant, les professionnels paramédicaux de ville et les aidants au moyen d'outils adaptés (SI, MSS, cahier de liaison numérique, PPCS...) - Mise en place d'interventions complémentaires de professionnels (psychologue, diététicien, psychomotricien) en réponse aux besoins ponctuels. - Mise en place d'actions de détection / surveillance des facteurs de risque : chute, dénutrition, troubles cognitifs - ces actions participent au suivi gériatrique du bénéficiaire et peuvent donner lieu à des orientations vers des structures et ressources adaptées. - Organiser les transitions hôpital / ville / domicile. - Assistance à la réalisation de téléconsultation médicale.
Continuité du projet de vie/lutte contre l'isolement	- Suivi des parcours de vie et actions de promotion de la santé : mise en place d'actions d'éducation thérapeutique du patient, d'activités de prévention. - Activités favorisant la vie sociale du bénéficiaire, de loisirs / lutte contre l'isolement et la fracture numérique. - Gestion des transports liés aux prestations de soins, à la participation à la vie sociale. - Aide aux démarches administratives d'accès aux droits, aux soins...
Soutien de l'aidant	- Organisation d'un partage d'information régulier avec l'aidant du bénéficiaire. - Orientation vers des solutions de répit et d'accompagnement souple pour les proches aidants en articulation avec la PFR du territoire qui propose une orientation vers des solutions d'accueil séquentiel (jour-nuit-soirée), de répit en dehors et au domicile => l'équipe d'accompagnement renforcé peut proposer un soutien psychologique ponctuel de l'aidant ainsi que des formations/sensibilisations.