

APPEL A CANDIDATURES

Création de 6 centres de ressources territoriaux à
destination des personnes âgées

1. Références

- Code de l'action sociale et des familles notamment L.312-1, L.313-1-3, L.313-12-3, D.312-7-2, 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 centre ressources territoriaux pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en EHPAD,
- Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission du centre ressources territoriaux pour personnes âgées,
- 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 ressources territoriaux pour personnes âgées.

2. Contexte

La loi de financement de la sécurité sociale pour 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. Il s'agit de développer une alternative à l'entrée à l'établissement.

Elle vise à positionner la structure désignée comme un facilitateur du parcours de santé des personnes âgées du territoire résidant à domicile ou dans un autre établissement ainsi qu'aux professionnels en charge de leur accompagnement. L'enrichissement des missions des structures concernées est également conçu comme un levier pour renforcer l'attractivité des métiers et des parcours professionnels dans le champ du grand âge.

Cette mission peut être portée dans des conditions fixées par le présent cahier des charges :

- **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.

Elle comporte deux modalités d'intervention, qui devront toutes deux être menées conjointement par les centres de ressources territoriaux :

- **Volet 1** – Une mission d'appui ciblé prioritairement aux professionnels du territoire (formation des professionnels sur la base d'un recueil de besoins : thèmes et modalités d'organisation, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques et de ressources et équipements spécialisés ou de locaux adaptés). Cette mission est complétée pour les personnes âgées du territoire d'une mission de type « accueil/écoute/orientation » en vue de leur faciliter l'accès aux ressources existantes sur le territoire (actions de prévention, télésanté...),

- **Volet 2** – Une mission d’accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d’autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif coordonné et sécurisé, en alternative à l’EHPAD.

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.

Attention : Le CRT n’a pas vocation à agir en subsidiarité sur les missions d’aide « ménagère » mais bien sur les missions de soin.

3. Les territoires prioritaires

Le présent appel à candidature vise à déployer **6 centres de ressources territoriaux** supplémentaires. Il s’agit d’une troisième vague de déploiement qui se poursuivra dans les années à venir. L’instruction de la DGCS du 10 juillet 2023 relative aux autorisations d’engagement de dépenses pour les centres de ressources territoriaux prévoit la création de 26 CRT en Normandie à l’horizon 2028. Au regard de la population âgée de plus de 75 ans par département, il est prévu 9 CRT en Seine Maritime, 5 CRT dans le Calvados, 5 CRT dans la Manche, 4 CRT dans l’Eure et 3 CRT dans l’Orne. L’objectif est de proposer une offre en réponse aux besoins de santé et d’accompagnement des personnes sur l’ensemble du territoire.

Pour 2025, la répartition par département est identifiée ci-dessous :

- 1 CRT dans le département du Calvados,
- 1 CRT dans le département de l’Eure,
- 2 CRT dans le département de la Manche,
- 2 CRT dans le département de la Seine-Maritime.

Il est attendu que le candidat précise, sur le volet 2, le bassin de population qui sera couvert par le CRT au sein du territoire ciblé (communauté de communes, agglomération...). Ce périmètre d’intervention est à distinguer de celui du volet 1. Une analyse des besoins auxquels le CRT à vocation à répondre devra être communiquée.
La structure porteuse du CRT doit être implantée sur le territoire qu’elle aura ciblé.

4. Les missions du centre de ressources territorial

Organisation du centre de ressources territorial

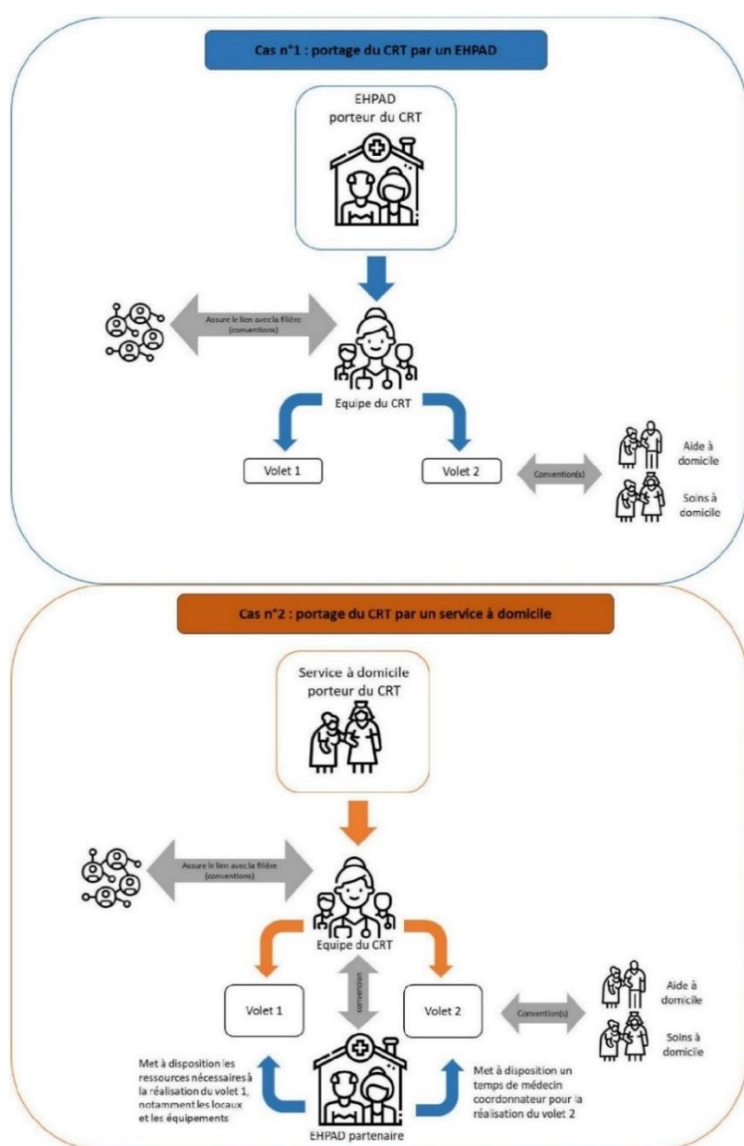
La mission de centre de ressources territorial peut être portée soit par un EHPAD, en lien avec des services à domicile, soit par un service à domicile, sur la base d’un conventionnement avec un EHPAD pour la mise à disposition des ressources nécessaires à la réalisation des prestations du volet 1 (locaux, équipements, accès aux ressources de santé...) ainsi que d’un temps de

médecin coordonnateur et si possible la mobilisation d'un hébergement d'urgence pour la réalisation des prestations du volet 2.

Le porteur du projet doit constituer une équipe dédiée en recrutant ou en identifiant les professionnels qui sont chargés de conduire la mission de centre de ressources territorial et préciser les modalités de fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire dédiée à la conduite de cette mission. L'équipe ainsi constituée collabore avec les professionnels de l'établissement ou du service porteur.

La nouvelle mission est pensée comme un prolongement de l'action classique de la structure et doit s'articuler avec le fonctionnement habituel de cette dernière. Si la mission de centre de ressources territorial est portée par un service à domicile, une attention devra également être portée à l'articulation avec les équipes qui assurent les missions classiques de l'EHPAD partenaire, dans le cadre du conventionnement passé avec lui.

Schéma n°1 : les deux modalités de portage d'un CRT



Complémentarité des deux modalités d'intervention

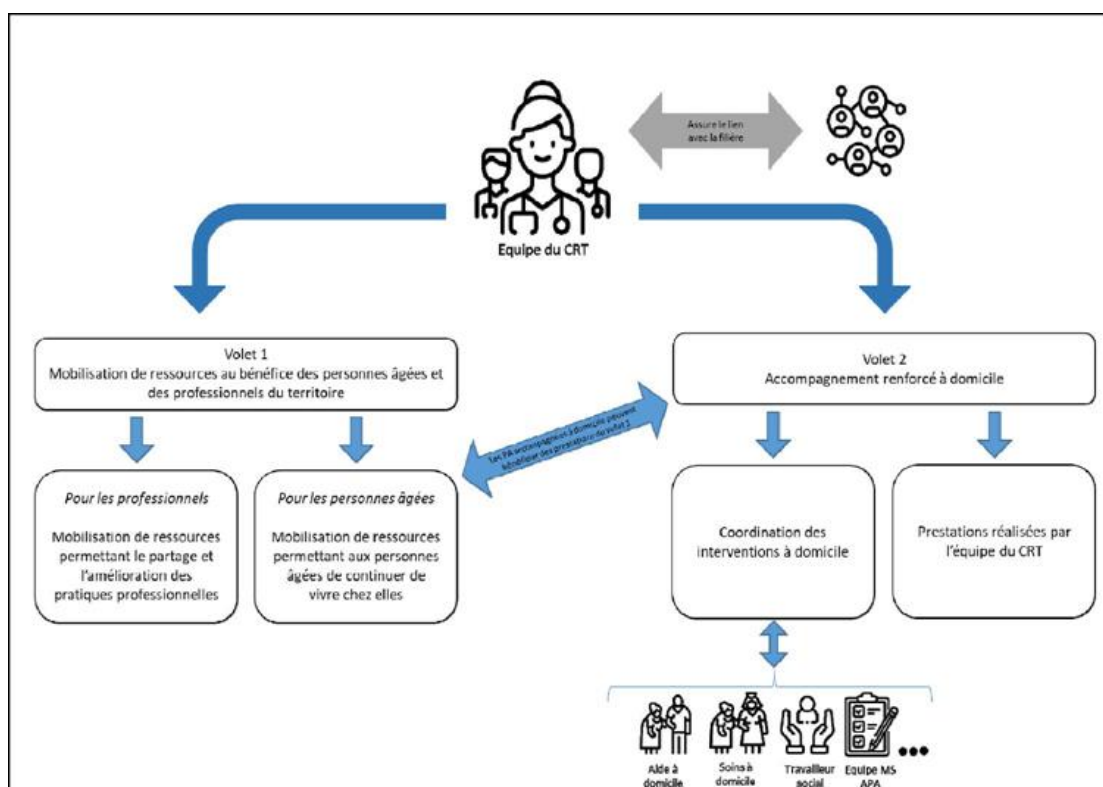
Il est prévu que les bénéficiaires de l'accompagnement renforcé au domicile (volet 2) puissent bénéficier des actions mises en place au titre du volet 1 telles que l'accès aux ressources de santé (consultations et télé santé, actions de prévention et repérage) et aux activités en faveur de l'animation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

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

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

Certains postes de dépenses partagés, tels que la mise en place de moyens de transports, peuvent bénéficier aux volets 1 et 2 de la mission de centre de ressources territorial.

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



5. Organisation du volet 1 : mission d'appui aux professionnels

Les publics cibles

Les publics cibles du centre de ressources territorial dans son volet 1 sont de façon prioritaire 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, de résidences autonomie ou d'ESMS accueillant des Personnes en situation de Handicap Vieillissantes.

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 peuvent également bénéficier au titre du volet 1 d'un service de type accueil/écoute/orientation en vue de leur faciliter l'accès aux ressources présentes sur le territoire (actions de prévention, télésanté...)

Les prestations proposées

Les actions listées au sein de ce cahier des charges représentent une liste non exhaustive. Il n'est pas attendu qu'un centre de ressources territorial propose l'intégralité des actions identifiées. De plus, le porteur sera libre de proposer des actions qui n'apparaissent pas dans cette liste mais qui répondent 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, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), commission des financeurs, CLIC...).

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

- Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention ;
- Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants ;
- Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques.

Le candidat devra détailler dans son dossier les actions qu'il propose de mettre en œuvre dans le cadre du démarrage d'activité du CRT et justifiera des éléments de diagnostic partagé réalisé sur son territoire ayant amené ces propositions.

Exemples d'actions visant à favoriser l'accès aux soins :

- Proposer des prestations de télésanté (télémédecine/télé soin) pour répondre aux besoins et améliorer le suivi des résidents en proposant ces services aux personnes âgées du territoire ou à d'autres établissements,
- Orienter la personne âgée vers le dispositif le plus adapté pour répondre à ses besoins et demande,
- Offrir ou organiser des actions visant à lutter contre l'isolement et au maintien du lien social 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 :

- Accompagner vers toutes les solutions de répit et notamment les plateformes de répit (PFR), les CLIC, les CCAS, des organisation bénévoles et l'hébergement temporaire notamment en cas d'urgence ou de besoin de répit de l'aidant,
- 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,
- Organiser des campagnes de vaccination pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées en lien avec les acteurs du territoire (médecins traitants).

Partenariats spécifiques

Lorsque le porteur du centre de ressources est un service à domicile, le dossier de candidature doit inclure une convention de partenariat avec un EHPAD (ou un engagement formalisé justifiant d'un partenariat déjà établi dans l'attente de la signature de la convention). Si le service porteur peut réaliser lui-même certaines prestations, les locaux, équipements et compétences de santé dont dispose l'EHPAD partenaire doivent pouvoir être mobilisés pour remplir les exigences du volet 1.

Parmi les partenariats transverses évoqués dans le cahier des charges, le centre de ressources territorial doit se rapprocher, pour la mise en œuvre du volet 1, tout particulièrement des hôpitaux de proximité présents sur le territoire couvert notamment pour organiser l'accès à des consultations avancées. En effet, il doit impérativement veiller à porter une attention particulière à l'articulation avec l'offre d'expertise déjà présente sur le territoire.

6. Organisation du volet 2 : accompagnement renforcé au domicile

Le volet 2 est constitué 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 leur territoire.

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

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

Un des enjeux de ce volet repose sur le partenariat noué avec des services autonomie à domicile (SAD) 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) SAD intervenant au domicile des bénéficiaires et faisant l'objet d'autorisations

portées par un seul et même gestionnaire ou par plusieurs gestionnaires qui conventionnent pour répondre à la mission du volet 2.

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) et les SAD qui assureront un premier niveau de coordination de l'aide et du soin.

L'accompagnement renforcé intervient en complémentarité et en articulation des acteurs du droit commun qui interviennent au domicile du bénéficiaire, **sans se substituer les uns aux autres**. L'accompagnement mobilise également toutes les aides financières existantes de droit commun.

Public cible

Le profil des bénéficiaires est les 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.

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
- Situations orientées par le DAC du territoire.

L'accompagnement n'est pas limité dans le temps. Il peut également s'effectuer sur une durée relativement courte et correspondre à la mise en place d'un plan d'accompagnement renforcé pour accompagner une sortie d'hospitalisation par exemple et prévenir les réhospitalisations évitables.

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.

Les prestations sociales qui constituent l'offre d'accompagnement renforcé sont financées par un forfait mensuel versé sous forme de dotation au centre de ressources territorial. Elles recouvrent les quatre domaines suivants qui devront être développés de façon précise dans le dossier du candidat :

1. Sécurisation de l'environnement de la personne notamment :

- Mise en place d'un dispositif de téléassistance 24h/24 et 7j/7 au sens de téléalarme faisant le lien avec une astreinte soignante de l'accompagnement renforcé en complémentarité avec le dispositif déjà financé en tout ou partie par le conseil départemental pour les bénéficiaires de l'APA,
- Adaptation du domicile sur préconisations d'un ergothérapeute.

2. Gestion des situations de crise et soutien des aidants notamment :

- 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 pour limiter le reste à charge,
- Accompagnement des aidants à la gestion des hospitalisations (préparation, sortie...),
- Prévention de l'épuisement des aidants en organisant un accès régulier aux offres des plateformes de répit.

3. Suivi renforcé autour de la personne notamment :

- Organisation d'une coordination renforcée : Pour chaque personne susceptible d'être accompagnée une concertation entre tous les acteurs du territoire sera menée pour déterminer qui sera le coordonnateur référent du parcours de vie de la personne âgée accompagnée par le CRT. Cette coordination concerne les différents intervenants au domicile du bénéficiaire au-delà des volets soins et 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 (système d'information, messagerie sécurisée de santé (MSS), cahier de liaison numérique, plan personnalisé de coordination en santé (PPCS)...), le référent APA.
- 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 et relai vers les acteurs organisant des actions de prévention.

4. Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement notamment :

- 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,

- En lien avec la plateforme de répit du territoire, relai vers les activités favorisant la vie sociale, les loisirs, la lutte contre l'isolement et la fracture numérique.

Le cas des prestations optionnelles :

Il s'agit de prestations délivrées à la demande du bénéficiaire. Elles sont facturables individuellement soit directement au prestataire, soit via le porteur. Elles ne relèvent pas du forfait mensuel et des financements délégués au centre de ressources territorial.

***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 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 du 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 euros	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

Modèle organisationnel

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

Le déploiement des CRT en Normandie s'appuiera sur un modèle de service intégré.

Le porteur proposera un accompagnement renforcé au domicile dans toutes ses dimensions. Il est titulaire d'une autorisation multiple ou peut organiser les prestations en s'appuyant sur un partenaire avec lequel il a conventionné (EHPAD hébergement permanent + accueil de jour + hébergement temporaire, mais aussi d'une autorisation de SAD. 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.

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 : la MSS, un accès dossier médical partagé (DMP), carnet de liaison, PPCS, agendas partagés, annuaires de description de l'offre du territoire (Répertoire national de l'Offre et des Ressources en santé et accompagnement médico-social (ROR), Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS), fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS...). Il pourra intégrer ou faire appel à des outils d'évaluation (fragilité, évaluation multidimensionnelle...) facilitant l'inclusion dans le dispositif.

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

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

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

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 en lien avec le médecin traitant. Il peut s'agir des partenaires des champs sanitaire et médico-social (médecin traitant, Dispositif d'Appui à la Coordination, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, Maison de Santé pluriprofessionnelle, Hospitalisation à domicile, Centres hospitaliers, EHPAD, SAD...), 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 en lien avec le médecin traitant et après recherche du consentement de l'usager.

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

- Visite à domicile si possible en pluridisciplinaire,

- 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 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.

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,
- 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.

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** : participation à l'évaluation pour l'admission au sein du dispositif, mission d'expertise gériatrique et rôle de coordination de second niveau. En fonction des besoins, mise en place 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 pour lequel le dispositif devra tout mettre en œuvre pour en trouver un et pourra pallier dans l'attente aux besoins de prescriptions ;

- **L'infirmier coordinateur** : coordination des interventions des professionnels à domicile (soins, accompagnement, activités de la personne), particulièrement en l'absence de SAD et d'HAD et de mobiliser si besoin les expertises complémentaires. Ce coordinateur est également chargé d'évaluer la situation des personnes, d'élaborer le plan d'accompagnement personnalisé et d'assurer son suivi et son adaptation si besoin. Le coordinateur est l'interlocuteur privilégié des personnes en perte d'autonomie à domicile et de leurs aidants ;
- **L'infirmier/infirmière (IDE), les aides-soignants, les assistants de soins en gérontologie (ASG), des aides à domicile/accompagnants éducatifs et sociaux** dont les missions couvrent, en complémentarité des prestations de droit commun :
 - o La mise en œuvre et la coordination du volet soins et accompagnement,
 - o Des missions 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 SAD),
 - o L'assistance à la réalisation d'actes de téléconsultation et d'expertise à domicile,
 - o L'aide au suivi des programmes d'éducation thérapeutique du patient et du parcours vaccinal,
 - o La participation à l'astreinte soignante 24h/24 et 7j/7, notamment dans le cadre du dispositif IDE de nuit mutualisée et/ou assurée par des aides-soignants de nuit, sur délégation des IDE.
- **L'ergothérapeute** : évaluation des besoins et accompagnement des bénéficiaires en termes d'aides techniques et d'aménagement du logement et suivi du dossier jusqu'à mise en œuvre des recommandations ;
- **Le psychologue** : accompagnement des bénéficiaires et leurs aidants (ex : repérage des situations à risque d'épuisement) ;
- **L'animateur** : 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 de soins sanitaires et médico-sociaux** : HAD et SAD ;

- **Les professionnels de soins libéraux** : médecin traitant, IDEL, kinésithérapeute, psychomotricien, orthophonistes, diététiciens ;
- **Les équipes médico-sociales « Allocation Personnalisée d'Autonomie » (APA)** du département pour :
 - o Le repérage des personnes pouvant être accompagnées par le dispositif,
 - o L'information sur son fonctionnement et les ressources du territoire,
 - o La révision éventuelle du plan d'aide de la personne.
- **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.

Partenariats spécifiques de l'accompagnement renforcé

En plus des partenariats transverses évoqués infra (7. Gouvernance et partenariat), la mission de centre de ressources territorial dédiée aux personnes âgées à leur domicile repose sur un partenariat étroit et opérationnel avec les acteurs de proximité. Il noue et entretient des liens avec des professionnels et gestionnaires variés : libéraux et salariés, établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, de statut privé non lucratifs 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.

L'accompagnement renforcé au domicile s'inscrit dans un environnement particulier, plusieurs dispositifs ayant pour objectif de favoriser la coordination des acteurs de santé peuvent s'articuler sur un même territoire, **en complémentarité, sans se substituer les uns aux autres.**

❖ Les dispositifs d'appui à la coordination du territoire (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. Le DAC peut être porte d'entrée vers le CRT et/ou être associé aux commissions d'admission en CRT (sur le volet 2) par l'Etablissement ou le service porteur. L'accompagnement du CRT peut se poursuivre après l'arrêt du suivi de la situation par le DAC. À l'inverse, le CRT peut faire appel au DAC autant que de besoin lorsqu'il repère une situation complexe. Il doit y avoir une connaissance réciproque des missions réalisées par chacun et une identification des territoires d'intervention respectifs ; un partage de l'information sur le suivi individuel des bénéficiaires doit s'opérer à l'appui d'outils partagés et interopérables (programme e-parcours).

❖ Les coordinations gériatriques

La coopération du centre de ressources territorial avec l'hôpital de proximité, la filière gériatrique territoriale intègre le suivi renforcé, au travers de l'accès facilité à l'expertise

gériatrique, à la diffusion de la culture gériatrique et au parcours admissions directes visant à éviter au tant que de besoin le recours aux services d'urgence.

❖ Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) / Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

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

❖ L'hospitalisation à domicile (HAD)

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

❖ Les médecins traitants

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.

7. Gouvernance et partenariats

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

- Pour l'ensemble des porteurs, qu'il s'agisse d'un EHPAD ou d'un service à domicile, des conventions avec les services à domicile qui interviennent au quotidien chez les bénéficiaires du volet 2 doivent être conclues,
- Pour les centres de ressources territoriaux portés par un service à domicile, une convention doit être conclue avec un EHPAD partenaire pour la réalisation de certaines prestations du volet 1 et du volet 2.

Outre ces conventions incontournables, une diversité de partenariats est nécessaire pour la réalisation des prestations dans les deux volets avec les acteurs :

- Des filières de soin,
- De l'aide et du soin à domicile,
- Du soutien aux aidants,
- De la vie sociale et citoyenne,
- De l'exercice coordonné des libéraux,
- De la coordination des parcours,
- De l'hébergement et de logement en milieu ordinaire.

L'animation des partenariats constitue un point essentiel pour le bon fonctionnement du centre de ressources territorial et l'effectivité de ses missions sur le territoire. Elle repose sur des conventions permettant de préciser les articulations avec les structures de droit commun.

Par conséquent, le gestionnaire doit définir une instance de pilotage de la mission de centre de ressources avec les acteurs et partenaires du territoire (acteurs de la filière de soin gériatrique, acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social...) en s'appuyant sur les instances de concertation et de coordination territoriale existantes. Cette instance inclura des représentants d'usagers qui auront les mêmes prérogatives que les acteurs mentionnés supra.

Le tableau ci-dessous regroupe les partenariats nécessaires pour la réalisation des prestations dans les deux volets, qui sont susceptibles de varier selon les territoires et les configurations locales. Les partenariats prévus plus spécifiquement pour chacun des volets de la mission sont précisés dans les parties concernées :

Institutionnels et financiers	- ARS - Conseil départemental - Commune et intercommunalité
Filière de soins	- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - L'appui soins palliatif territorial : l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ; - L'appui gériatrique territorial (partie intégrante de la filière de soins gériatrique territoriale) et notamment les équipes mobiles gériatriques (EMG) ; - Coordonnateurs de filière Gériatrique - Toute autre équipe mobile ou projet territorial local - Equipes mobiles d'hygiène (EMH) - ESPREVE - ECEPE - L'équipe mobile de psycho-gériatrie (EMPG) - Etablissements de santé (MCO/SMR/USLD/UCC) et notamment les hôpitaux de proximité - Etablissements et services de santé mentale
Aide et soins à domicile	- SAAD, SSIAD, SPASAD, futurs services autonomie à domicile. - L'hospitalisation à domicile (HAD) - Equipe PRADO pour les personnes âgées - Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) - ESPRAD - Equipes spécialisées Maladies Neuro-Dégénératives (ESMND) - Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation (EAAR) - Equipes médico-sociales APA
Prévention de la perte d'autonomie	-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 sociale et citoyenne	Associations dédiées Les projets de tiers lieux Associations d'usagers ou de patients
Professionnels libéraux	- Médecin traitant - Equipes de soins libérales (IDEL) - Organisations d'exercice coordonnées : Equipes Soins Primaires, CPTS, MSP, centres de santé - Pharmacies d'officine
Coordination locale	Dispositif d'appui à la coordination (DAC) CLIC
Autres établissements	- Etablissements hébergeant des personnes âgées - Résidences autonomie - Porteurs des habitats inclusifs du territoire - Résidences Services Séniors (RSS)

8. Indicateurs de suivi et d'évaluation

Le candidat devra suivre l'activité du centre de ressources territorial sur la base des indicateurs figurant dans l'enquête relative au déploiement des CRT, jointe en annexe 2 et qui fera l'objet d'une remontée annuelle via l'application SIDOBA.

9. Calendrier prévisionnel

Le CRT devra être opérationnel pour un déploiement au plus tard le 1^{er} juin 2026.

Le calendrier prévisionnel de lancement de l'activité devra être précisé.

10. Financement de la mission

❖ Niveau de financement du projet

Une dotation annuelle de 400 000 € est versée aux structures retenues dans le cadre de l'appel à candidatures pour remplir la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets.

Ce financement ne se substitue à aucun autre financement déjà perçu par l'établissement ou le service porteur. Il n'a pas vocation à financer des actions déjà financées par ailleurs et qui ne nécessitent aucun complément de financement (à titre d'exemple, des actions du volet 1 déjà réalisées et financées par la commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ou par la dotation complémentaire versée aux SAD 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 dotation peut être répartie librement entre les deux modalités d'intervention de la mission, sous réserve de respecter les contraintes suivantes :

- 0.2 ETP au plus de temps administratif dédié, 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 des 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 une capacité d'accueil maximale en simultané de 25 personnes avec un objectif de file active annuelle de 30 bénéficiaires minimum, financée à hauteur de 900 € par mois par bénéficiaire.

S'agissant du volet 1, l'enveloppe allouée peut financer :

- Des moyens humains :

- Coordination, animation, communication, suivi administratif, évaluation du dispositif, soins,
- Intervenants extérieurs (professionnels de santé, animateurs d'ateliers),
- Formation spécifique pour la personne amenée à réaliser une action relevant des prestations supplémentaires

➤ Des moyens matériels :

- Aménagement des locaux pour la réalisation des actions de centre de ressources territorial
- Achats de matériels (fournitures, informatique, équipements permettant de faire des actes de téléconsultation à domicile...) pour la réalisation des actions de 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.

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 400 000€.

Les postes de charges couverts sur le volet 2 sont les suivants :

Coûts de fonctionnement :

- Charges de personnel : professionnels médico-administratifs, équipe de pilotage de l'activité,
- Coûts liés au fonctionnement du dispositif : entretien du SI, équipement du personnel, frais liés aux transports, etc.
- Prestations à la charge du centre de ressources territorial : astreinte 24/7 et système de téléassistance en complémentarité avec le dispositif déjà financé en tout ou partie par le conseil départemental pour les bénéficiaires de l'APA.

Coûts d'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, télé expertise et télé soin notamment) et les loisirs (tablettes à domicile et objets connectés),
- Coûts d'ingénierie de projet : frais de formation du personnel.

❖ Précisions concernant les modalités de gestion budgétaire entre le porteur de projet et son partenaire EHPAD ou service à domicile

Dans l'hypothèse d'un portage par un service à domicile, le fonctionnement du centre de ressources territorial repose sur un conventionnement avec un EHPAD partenaire pour assurer les missions du volet 1 et pour le volet 2 pour organiser la mise à disposition d'un temps de

médecin qui assure une présence effective dans l'EHPAD (prioritairement, un médecin coordonnateur). 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 ne dispose pas d'une activité soins, il aura également une convention avec un porteur de SAD mixte et un service d'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 états Prévisionnels des Recettes et des Dépenses (EPRD)/ des états Réalisés des Recettes et des Dépenses (ERRD) pour retrancher ces dépenses dans le cadre d'un CPOM. Un suivi d'indicateurs d'activité dédiés est également organisé.

11. Modalité de dépôt et de sélection des dossiers des candidatures

Composition du dossier de candidature

Le dossier de candidature doit comprendre :

- Le dossier type complété figurant en **annexe 1** ;
- Les conventions obligatoires (ou engagements formalisés justifiant des partenariats déjà établis dans l'attente de la signature des conventions), à savoir :
 - ✓ Pour l'ensemble des porteurs (EHPAD ou service à domicile), les conventions avec les services à domicile intervenant au quotidien chez les bénéficiaires du volet 2 ;
 - ✓ Pour les CRT portés par un service à domicile, la convention avec un EHPAD partenaire pour la réalisation de certaines prestations du volet 1 et du volet 2.
- Les lettres d'engagement/conventions avec d'autres partenaires ;
- Le budget prévisionnel comprenant tout élément permettant d'avoir une vision juste sur l'activité projetée (charges et produits) et une présentation détaillée pour les volets 1 et 2.

Dépôt des candidatures

L'envoi des dossiers devra se faire impérativement sous format dématérialisé, **au plus tard pour le 9 octobre 2025** délai de rigueur, par mail, à l'adresse suivante :

ars-normandie-appelprojet-medsoc@ars.sante.fr

ATTENTION ! Les dossiers envoyés après la date limite de dépôt ne seront pas recevables (l'accusé réception faisant foi).

Des précisions complémentaires pourront être sollicitées par les candidats **jusqu'au 2 octobre 2025** par messagerie à l'adresse citée supra, en mentionnant, dans l'objet du courriel, la référence de l'appel à candidatures « **AAC CRT** ».

Les réponses d'ordre général aux précisions sollicitées seront communiquées sur le forum aux questions qui sera mis en ligne sur le site Internet de l'ARS de Normandie dans la rubrique de l'appel à candidatures.

Calendrier prévisionnel de la procédure

Publication de l'avis d'appel à candidature	4 juillet 2025
Date limite de dépôt des dossiers	9 octobre 2025
Sélection des projets	CRT 27 : 24 novembre 2025 CRT 14 : 25 novembre 2025 CRT 76 : 27 novembre 2025 CRT 50 : 28 novembre 2025
Date butoir de mise en œuvre du projet	1 ^{er} juin 2026

Critères et modalités de sélection des dossiers

Les projets seront étudiés par des instructeurs désignés au sein de l'ARS de Normandie, en lien avec les conseils départementaux. **Les candidats seront auditionnés lors du comité de sélection.**

Sans être déterminants, une attention particulière sera portée aux critères suivants pour la sélection des projets :

- Niveau d'expertise du porteur en gérontologie et gériatrie (compétences internes ou conventionnées avec la filière gériatrique du territoire) notamment en termes de diffusion de bonnes pratiques professionnelles en matière d'accompagnement des résidents et bénéficiaires et de respect des principes de bientraitance,
- Inscription du porteur de projet dans une forte dynamique partenariale gérontologique, en matière de qualité de vie au travail et d'attractivité des métiers,
- 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. 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 (ex : plan anti-chute, stratégie vieillir en bonne santé, feuille de route maladies neuro dégénératives).

- Diversité des modalités d'accueil et prestations spécifiques mobilisables par le porteur de projet (ex : places d'accueil de jour, hébergement temporaire, PASA, PFR...). Pour les places d'hébergement temporaire (HT), une vigilance sera apportée au niveau du tarif hébergement et à leur accessibilité notamment, dans les départements concernés, via l'habilitation à l'aide sociale.
- Présence d'une infirmière de nuit ou d'un engagement effectif dans un dispositif d'astreinte mutualisée d'infirmière de nuit.

Pour les projets sélectionnés, la mission de centre de ressources territorial donne lieu à une modification de l'arrêté d'autorisation de la structure retenue. Selon la structure concernée, il est co-signé par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental ou signé uniquement par le directeur général de l'ARS. Dans l'hypothèse où un service ne proposant que de l'aide à domicile est retenu, l'autorisation est modifiée et co-signée par l'ARS.

Cette autorisation donne lieu à un enregistrement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).