



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**CENTRES DE RESSOURCES TERRITORIAUX (CRT)
POUR PERSONNES AGEES**

ANNEXE 1 - CAHIER DES CHARGES REGIONAL

L'article L313-12-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF), issu de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, prévoit que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les services à domicile peuvent assurer une **mission de centre de ressources territorial (CRT)**.

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. Il s'agit notamment de développer une alternative au placement en institution.

Cette mission de CRT, **portée par un EHPAD ou un service à domicile**, comporte **deux modalités d'intervention**, qui devront être menées conjointement :

- **Volet 1 : une mission d'appui aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées** afin notamment de les soutenir dans l'exercice de leurs missions, d'organiser des formations, de mettre les ressources humaines et les plateaux techniques de l'établissement à leur disposition ou de mettre en œuvre des dispositifs de télésanté leur permettant de répondre aux besoins ou d'améliorer le suivi des patients résidant dans l'établissement dès lors que la présence physique d'un professionnel médical n'est pas possible ;
- **Volet 2 : une mission d'accompagnement, en lien avec les services à domicile, pour les personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement ou les aidants**, afin d'améliorer la cohérence de leur parcours de santé et de leur parcours vaccinal, de prévenir leur perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale et de favoriser leur vie à domicile. A ce titre, ils peuvent proposer une offre d'accompagnement renforcé au domicile, incluant des dispositifs de télésanté.

Le décret n°2022-731 du 27 avril 2022 modifie l'article D 312-155 du CASF pour mettre en œuvre cette nouvelle mission facultative de « centre de ressources territorial ». Ce décret est complété par un arrêté du 27 avril 2022 fixant le cahier des charges de la mission des centres de ressources territoriaux et prévoyant les modalités d'enregistrement au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

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

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

I - Le projet de centre de ressources territorial

Cette nouvelle offre vient inscrire son action au sein des services à domicile et des établissements du territoire. Elle permet de renforcer les prestations proposées aux personnes âgées vivant à leur domicile dans le territoire en proposant des prestations au sein de l'EHPAD ou à leur domicile dans le cadre d'un accompagnement renforcé prévu dans le cadre du volet 2.

Cette mission a pour objectifs de :

- faire évoluer les missions de l'EHPAD et des services à domicile pour mettre en œuvre la nouvelle mission de CRT ;
- prévoir que le EHPAD nouent des coopérations avec les établissements de santé du territoire leur permettant de bénéficier de l'appui du sanitaire ;
- augmenter le temps minimal de médecin coordonnateur au sein des EHPAD.

⚠ Le CRT ne se substitue pas aux prestations réalisées par les établissements et les services du territoire : il vient compléter l'offre existante en contribuant au maintien à domicile des personnes âgées.

Le portage du CRT peut être réalisé :

- **Soit par un EHPAD en articulation avec les services à domicile** : l'EHPAD porteur devra conclure des conventions avec ces services lorsqu'ils ne sont pas portés par le même gestionnaire.
- **Soit par un service à domicile qui devra conventionner avec *a minima* un EHPAD partenaire** pour assurer les missions prévues dans le cadre du volet 1 et du volet 2 : locaux, équipements, accès aux ressources santé.

Un GCSMS dont un de ses membres est *a minima* un EHPAD ou un SSIAD (ou après application de la réforme des SAD, service autonomie à domicile mixte) peut être porteur de la mission de CRT.

Lorsque plusieurs EHPAD sont implantés sur un même territoire de projet, il est impérativement attendu que le CRT crée un partenariat avec l'ensemble de ces structures.

Lorsqu'elle est portée par un EHPAD, cette nouvelle mission doit être pensée comme un prolongement de l'action classique de la structure et doit s'articuler avec le fonctionnement habituel de celui-ci.

Si la mission 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 d'un conventionnement passé avec lui.

Comme rappelé supra, le CRT repose sur deux piliers complémentaires : **une mission d'appui aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées (volet 1) et un accompagnement renforcé au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement plus intensif à domicile, en alternative à l'EHPAD.**

En Corse, la création des CRT s'inscrit dans le cadre de la stratégie de renforcement de l'offre en faveur du maintien à domicile des personnes âgées avec pour objectif d'aboutir, en conformité avec les orientations fixées par le schéma régional de santé 2023-2028, à une couverture de l'ensemble des territoires de projet de la Région.

Leur déploiement tel que conçu par l'ARS de Corse présente une spécificité par rapport au cahier des charges national, dans la mesure où viennent s'adosser à ce dispositif des équipes territorialisées de prévention qui auront pour objectif de renforcer la mission prévention portée par le CRT.

1.1 Volet 1 : Appui aux professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées

1.1.1 Prestations proposées et les partenariats

Dans le cadre du volet 1, le centre de ressources territorial devra réaliser au minimum les actions socles listées infra, 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 des bonnes pratiques.

Pour chaque champ d'interventions, le CRT doit mettre en œuvre des prestations obligatoires qu'il pourra compléter avec des prestations complémentaires s'il le souhaite.

➤ **Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention – socle de prestations obligatoires :**

○ **Le déploiement d'équipes territorialisées de prévention**

Concernant ce champs d'intervention, au-delà des actions listées dans le cahier des charges nationales et détaillées ci-dessous, l'ARS de Corse a fait le choix de renforcer l'approche de prévention en dotant le CRT de ressources complémentaires pour garantir l'atteinte des objectifs dans ce domaine.

La priorité doit en effet être donnée à la prévention à domicile comme en établissement pour permettre aux personnes âgées de vieillir sans incapacité, notamment en évitant les chutes et en réduisant la prévalence des maladies chroniques.

Ainsi, en sus du financement propre au fonctionnement du CRT, un financement supplémentaire est alloué au porteur du CRT pour permettre la mise en place d'une **équipe territorialisée de prévention ayant vocation à intervenir auprès des professionnels des EHPAD et services à domicile présents sur l'ensemble du territoire d'intervention.**

Partie intégrante du CRT, cette équipe **dont l'objectif est de sensibiliser et de transmettre les bonnes pratiques et les outils mais également participer à la construction de plans de prévention et à l'organisation d'actions auprès des professionnels des EHPAD et SAD.**

Le cadrage des modalités de déploiement opérationnelles de ces équipes est en cours de définition et sera intégré définitivement à l'engagement de l'appel à candidatures. Il convient néanmoins que les porteurs intéressés par le portage d'un CRT intègrent cette dimension renforcée.

Les équipes territorialisées de prévention viendront notamment :

- Soutenir et accompagner les équipes et notamment les médecins coordonnateurs, dans une démarche globale de prévention des chutes, la dénutrition et les troubles de la déglutition, les contentions, l'hygiène bucco-dentaire, la douleur, l'ostéoporose/la sarcopénie, les dépressions et suicides ;
- Contribuer à la prévention individuelle et collective en aidant les professionnels à se former et à développer des actions et des outils ;
- Prévenir l'aggravation des conséquences des maladies sur les actes de la vie quotidienne et ainsi, favoriser le bien-être et l'état de santé général des résidents.

- Le public des équipes territorialisées de prévention

Le public de l'équipe territorialisée de prévention est constitué :

- des personnes âgées à domicile ou résidant en EHPAD relevant du périmètre d'intervention du CRT ;
- des professionnels de l'ensemble des EHPAD et des services à domicile, porteur ou partenaires du CRT. Cette exigence est en cohérence avec l'obligation faite au CRT d'engager en partenariat avec tous les EHPAD du territoire d'intervention concerné.

- Territoire d'intervention des équipes territorialisées de prévention

Le territoire d'intervention de l'équipe territorialisée de prévention est identique à celui du CRT auquel elle est rattachée.

- Organisation et fonctionnement des équipes territorialisées de prévention

L'équipe territorialisée de prévention respectera les modalités d'intervention suivantes :

- Elle ne réalise pas de soins. Elle vient en appui des professionnels des EHPAD et du domicile sans intervenir directement auprès des personnes âgées ;
- Elle prend à l'occasion d'une situation ayant posé des difficultés aux professionnels de l'EHPAD ou des services à domicile des mesures visant à améliorer l'éducation à la santé et la prévention contre tous risques pouvant altérer l'autonomie de la personne âgée (mise en place d'ateliers, formation...) ;
- Elle n'intervient pas dans l'accompagnement de la personne âgée mais elle peut être sollicitée à l'occasion d'une mesure d'accompagnement pour proposer à l'équipe de l'EHPAD ou des services intervenant au domicile de la personne âgée, la mise en place de principes d'intervention adaptés ;
- Si les compétences n'existent pas au sein de l'équipe de l'EHPAD ou des services à domicile, l'équipe territorialisée de prévention n'a pas vocation à s'y substituer. Elle ne peut venir qu'en complément de ces professionnels.

L'équipe territorialisée de prévention intervient à la demande du coordinateur du CRT, en lien :

- Soit avec le médecin coordonnateur dans l'EHPAD porteur ou partenaire pour les personnes âgées résidant au sein de cette structure ;
- Soit avec le médecin traitant pour les personnes âgées résidant à domicile.

- La composition des équipes territorialisées de prévention

La composition de l'équipe est détaillée dans la partie 1.2.3. infra.

- Les missions des équipes territorialisées de prévention

Comme indiqué supra, l'équipe territorialisée de prévention a pour mission générale de soutenir et d'accompagner les professionnels des EHPAD et des services à domicile dans la mise en œuvre d'une démarche de prévention pour les personnes âgées institutionnalisées ou vivant à domicile.

Les médecins coordonnateurs des EHPAD et les médecins traitants sont toujours informés de l'intervention de l'équipe et de ses modalités d'action. Il en est de même des éventuels spécialistes impliqués.

L'équipe territorialisée de prévention a vocation à intervenir auprès de tous les EHPAD porteur ou partenaire(s) du CRT.

Pour les personnes âgées vivant à domicile comme pour celles résidant en EHPAD, les équipes territorialisées de prévention aide à la construction du volet prévention avec les objectifs suivants :

- Accompagner les EHPAD ou les services à domicile porteur ou partenaires du CRT dans l'organisation d'un diagnostic des risques au travers des données médicales de la personne âgée, des procédures mises en place dans l'EHPAD, de l'environnement au domicile de la personne âgée... ;
- Evaluer le besoin en formation de tous les professionnels concernés sur les risques identifiés, aider à la construction du plan de formation et à la définition des démarches de prévention à mettre en œuvre pour y pallier ;
- Permettre l'appropriation par ces mêmes professionnels des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et d'outils en faisant notamment référence à des situations pratiques ;
- Engager une réflexion avec ces derniers aux fins d'examiner les possibilités d'application de ces recommandations, les freins éventuels et contribuer ainsi, à leur mise en œuvre.

L'équipe territorialisée de prévention participe également à la réflexion sur l'inclusion d'outils à intégrer dans le dossier de la personne âgée accompagnée. En ce sens, elle aide le coordinateur du CRT et le médecin coordonnateur de l'EHPAD à développer des outils ayant les objectifs suivants :

- Informer la personne âgée et ses proches du sens de l'évaluation gériatrique, des risques identifiés et des mesures de prévention à mettre ou mises en œuvre ;
- Noter dans le dossier de la personne âgée accompagnée, les actions dont elle a pu bénéficier et celles refusées par elle ;
- Fixer les dates de réévaluation des risques identifiés pour chaque résident de l'EHPAD ou chaque personne âgée vivant à domicile ;
- Dépister au moins une fois par an, et dans tous les cas à l'entrée dans le dispositif, l'ensemble des risques pour chaque personne âgée accompagnée.

Une évaluation de la charge de l'aidant est également réalisée avec orientation si nécessaire vers le psychologue du CRT ou la plateforme de répit partenaire.

- Le rôle du porteur du CRT

Pour leur fonctionnement, les équipes territorialisées de prévention disposent des moyens matériels mis à disposition par le CRT (secrétariat, matériel, moyens de déplacement...) et des locaux mis à disposition par l'EHPAD porteur ou partenaire.

Le porteur du CRT assure le suivi d'activité de l'équipe territorialisée de prévention et garantit le respect de la réalisation de ses missions dans les conditions fixées par le présent cahier des charges. Il transmet à l'ARS les indicateurs d'activité que cette dernière communiquera pour complétude à l'issue de la première année d'exercice.

Le porteur de CRT assure le suivi du budget qui est spécifiquement alloué par l'ARS pour le fonctionnement de ces équipes. A ce titre, en sus des documents budgétaire et comptable produits dans le cadre du fonctionnement du CRT, Il communique chaque année un budget prévisionnel ainsi qu'un compte-rendu des dépenses réalisés sur l'exercice N-1 propres au fonctionnement des équipes territorialisées de prévention.

⚠ Il est attendu que des porteurs qu'ils conçoivent les équipes territorialisées de prévention comme faisant partie intégrante du projet de CRT.

- **Actions pour prévenir les chutes à domicile et en EHPAD :**

Dans le cadre des dispositions de la circulaire SGMAS/CNSA/2022 du 09 février 2022 relative au lancement et à la mise en œuvre du plan triennal antichutes des personnes âgées, l'ARS travaille, avec le soutien de l'IREPS, au déploiement territorial de ce plan.

Les travaux d'élaboration de ce document ont, d'ores et déjà, permis de définir 5 actions régionales prioritaires :

- Axe 1 : savoir repérer les risques de chutes et alerter ;
- Axe 2 : aménager son logement et éviter le risque de chute ;
- Axe 3 : des aides techniques à la mobilité faites pour tous ;
- Axe 4 : l'activité physique, meilleure arme antichute ;
- Axe 5 : la téléassistance pour tous.

S'il appartient au porteur de déterminer les prestations qui seront proposées, ces dernières devront impérativement concourir à la mise en œuvre de ces actions.

Dans le cadre de l'Axe 1, le porteur de CRT devra s'engager, par le truchement des équipes territorialisées de prévention mises en place, à :

- Former et outiller les professionnels intervenant en EHPAD ou à domicile pour leur permettre de repérer les fragilités et prévenir la perte d'autonomie (art. 51 poursuite du déploiement ICOPE), mais également de repérer le risque de chute et d'identifier les professionnels à même de réaliser une évaluation ;
- Définir au sein de chaque EHPAD un plan de prévention des chutes ;
- Communiquer et sensibiliser autour de la iatrogénie médicamenteuse et ses risques en matière de chute (domicile et EHPAD) ;
- Développer la conciliation médicamenteuse comme paramètre de réduction de la iatrogénie médicamenteuse.

Concernant l'axe 2, le CRT proposera une organisation coordonnée des équipes de repérage, d'évaluation et d'aide aux aménagements. Il veillera à l'amélioration de la communication autour des aides à l'aménagement et des facteurs simples de réduction des chutes (chaussures par exemple). Par ailleurs, l'EHPAD porteur ou partenaire devra poursuivre l'adaptation de son environnement (Séjour investissement).

Dans le cadre de l'axe 3, les candidats pourront s'appuyer sur l'équipe Locale d'accompagnement sur les aides techniques « EqLAAT » portée par l'UMCS qui intervient sur l'ensemble du territoire régional pour évaluer et accompagner au choix et à la prise en main des aides techniques par les personnes âgées pour compenser une perte d'autonomie ou faciliter certains actes de la vie quotidienne.

S'agissant de l'axe 4, le CRT pourra proposer une offre d'activité physique ou le cas échéant, orienter les personnes âgées vers un programme d'activité physique adaptés à leurs besoins et capacités.

Enfin, concernant l'axe 5, devront être encouragées :

- **La participation au déploiement d'ICOPE ;**

Par exemple, le porteur pourra mettre à disposition de certains professionnels de l'EHPAD (médecins, ergothérapeutes, psychologues) du temps pour initier l'étape 4 ICOPE (fléchage du parcours de soins et suivi du plan de formation).

- **Les actions visant à favoriser la télésanté ;**
- **L'organisation de consultations avancées de professionnels de santé spécialisés, paramédicaux ou autres professionnels du soin au sein de l'EHPAD accessibles aux personnes âgées vivant à leur domicile.**

➤ **Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants - Socle de prestations obligatoires :**

○ **Actions culturelles, ludiques et sportives** mises en œuvre par le CRT en complémentarité des initiatives déjà existantes sur les territoires concernés à destination des personnes âgées vivant à leur domicile ou en EHPAD.

A ce titre, le CRT s'engage à candidater aux appels à projets conjointement lancés par la Collectivité de Corse, l'ARS Corse et la DRAC, dans le cadre de la programmation « *Culture et Santé* », dès lors que ces derniers encouragent la mise en œuvre de projets culturels visant à rompre l'isolement et favorisant la cohésion et la solidarité des publics susvisés.

Conformément aux dispositions du décret n°2023-621 du 17 juillet 2023, les EHPAD porteur ou partenaire du projet de CRT veilleront également, si tel n'est pas le cas, à désigner parmi leurs personnels un référent pour l'activité physique et sportive afin d'en promouvoir la pratique au sein de leurs établissements.

Par ailleurs, le CRT engagera un partenariat avec les maisons de santé de Corse (2A et 2B) afin que ces dernières informent, évaluent et orientent les personnes âgées qui le souhaitent dans un parcours de maintien ou de retour à l'activité physique.

○ **Actions spécifiques en direction des aidants obligatoirement en lien avec la PFR :**

La Corse dispose actuellement de :

- 3 accueils de jour dont 2 accueils de jours autonomes (27 places sur Ajaccio) et 6 places adossées à un EHPAD (Grand Bastia).
- Une plateforme de répit Maladie Neurodégénérative sur Ajaccio à vocation départementale ;
- 50 places de places d'hébergement temporaire disponibles au sein de 11 EHPAD.

Dans le cadre du Plan de renforcement et de rattrapage de l'offre, l'ARS et la Collectivité de Corse ont lancé un appel à projets conjoint visant à autoriser 5 pôles territoriaux d'aide aux aidants non professionnels de personnes âgées dépendantes et de personnes en situation de handicap a été lancé courant mai 2023 reposant sur les perspectives suivantes :

Territoires	Accueil de jour (en places)	Plateformes de répit (en nombre)
Pays Bastiais	21 (dont 9 en 2025)	2
Plaine orientale/CASTAGNICCIA	14 (dont 4 en 2025)	2
Extrême-Sud/Alta-Rocca/Sartenais-Taravo-Valinco	12 (dont 5 en 2025)	2
Pays ajaccien/Ouest-Corse	7 places	2
Pays de Balagne/Centre Corse	9 places dont 6 itinérantes	2

Un partenariat formalisé et opérationnel entre les CRT et les offres de répit existantes ou à venir est attendu, leurs actions respectives s'inscrivant autour de missions communes :

- Répondre aux besoins d'information, d'écoute, de conseils et de formation des proches aidants pour les conforter dans leur rôle dans une logique de proximité ;
- Favoriser le repérage et attentes des personnes ;
- Proposer des prestations de répit ou de soutien à l'aidant ;
- Favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de l'aidant et lutter contre l'isolement.

Par ailleurs, il est également attendu que le porteur de projet propose aux personnes âgées et à leurs aidants, la mise en place « d'apprentissage » concernant la prise de médicaments, la nutrition, l'appréhension des troubles du comportement...

➤ **Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques - Socle de prestations obligatoires :**

Des sessions régulières de formation aux bonnes pratiques devront être organisées au bénéfice des services à domicile et EHPAD pour permettre d'améliorer les prestations rendues aux personnes âgées et à leurs familles et permettre aux personnels de travailler dans de meilleures conditions.

Dans le cadre de leurs missions, les équipes territorialisées de prévention viendront en appui de cette mission en assurant la diffusion des outils et des bonnes pratiques auprès des professionnels des EHPAD et des services autonomie à domicile.

1.1.2 Les publics cibles

➤ **Les personnes âgées sans condition de GIR et leurs proches aidants**, en particulier les personnes bénéficiant du volet 2 mais plus largement les personnes âgées vivant sur les territoires concernés 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.

➤ **L'ensemble des professionnels des territoires concernés intervenant auprès des personnes âgées**, dans l'objectif d'améliorer les pratiques professionnelles et de partager les bonnes pratiques (notamment les personnels de services à domicile, des EHPAD, des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé pluri-professionnelles).

L'objectif est de mobiliser toutes les ressources permettant le partage et l'amélioration des pratiques professionnelles et notamment, les équipes spécialisées de prévention (cf.supra).

1.2 Volet 2 : un accompagnement renforcé au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement plus intensif à domicile, en alternative à l'EHPAD

1.2.1 Prestations proposées dans le cadre de l'accompagnement renforcé

L'objectif général de ce volet 2 consiste à proposer une solution aux personnes âgées pour lesquelles un accompagnement « classique » des services du domicile en termes de prestations d'aide, d'accompagnement et de soins n'est plus suffisant et qui seraient de prime abord orientées vers un EHPAD.

Il s'agit donc de personnes ayant besoin d'un panier de services d'accompagnement renforcé justifiant d'une coordination intégrée et renforcée des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée, tout en s'appuyant sur l'expertise du CRT dans l'accompagnement de la perte d'autonomie.

⚠ L'accompagnement renforcé ne se substitue pas aux prestations d'aide et d'accompagnement délivrées auprès de la personne âgée par les services.

Prestations relevant de l'accompagnement renforcé à domicile (Volet 2)

Volet 2	Prestations socles	Précisions
<p align="center">Assurer un accompagnement renforcé au domicile des personnes pour lesquelles les prestations classiques ne suffisent plus</p>	<p>Bénéficiaire de l'expertise et des ressources disponibles en EHPAD</p>	<p>Ces interventions peuvent être proposées en dehors des situations d'urgence pour répondre à des besoins spécifiques.</p>
<p align="center">Sécurisation du domicile et adaptation du logement</p>	<p>Adaptation du domicile sur préconisations d'un ergothérapeute : évaluation des besoins et aide aux démarches nécessaires aux aménagements constitués d'aides techniques, technologiques, domotiques dont des dispositifs de télésanté et de liaison numérique - un pack domotique peut être proposé.</p>	
	<p>Mise en place d'un dispositif de téléassistance 24h/24 et 7j/7 au sens de téléalarme reposant sur la levée de doute et faisant le lien avec l'astreinte soignante de l'accompagnement renforcé (selon le libre choix du bénéficiaire) - la solution doit être supérieure à une téléassistance classique en regard des objectifs du dispositif et de la population accompagnée. Il peut s'agir d'un système de téléassistance 24h/24 et 7j/7, par visio-assistance avec tablette connectée à l'astreinte de nuit par exemple.</p>	
<p align="center">Gestion des situations d'urgence</p>	<p>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.</p>	<p>Les établissements lauréats de l'AMI qui ne bénéficient pas de ces modalités d'hébergement devront impérativement faire une demande de création de places HT auprès de l'ARS de Corse dans le cadre de l'actualisation du PRIAC.</p>

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/domicile. Assistance à la réalisation de la 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.	Le porteur de CRT devra obligatoirement signer une convention avec la PFR. Cette convention pourra prévoir le reversement d'une partie de la dotation à la PFR dans le cadre de cette mission.

L'ensemble des prestations qui seront apportées par l'accompagnement renforcé sera complété par des prestations optionnelles, qui sont à la charge du bénéficiaire :

- **Les prestations « socle »** constitutives de l'accompagnement renforcé sont des prestations proposées à l'ensemble des bénéficiaires, délivrées en fonction de leurs besoins et qui complètent les prestations de droit commun. Elles sont financées par un forfait mensuel versé sous forme de dotation au CRT.
- **Les prestations optionnelles** sont des prestations délivrées à la demande du bénéficiaire. Elles sont facturables soit directement au prestataire, soit via le CRT. Elles ne relèvent pas du forfait mensuel et des financements de la CNSA. Il s'agit par exemple de prestations de conciergerie (jardinage, socio-esthétisme...), d'offres optionnelles de téléassistance au sens de téléalarme...

Les prestations peuvent être fournies directement par le porteur ou bien coordonnées par lui. Les prestations coordonnées peuvent alors être produites par des partenaires (SAD, 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	MODALITES DE REVERSEMENT
Prestations de droit commun	<i>Droit commun (APA, aide sociale, CNAV...)</i>	<i>Circuits de facturation habituels en fonction du taux de participation du bénéficiaire</i>
Prestations socle de l'accompagnement renforcé	<i>Forfait mensuel par bénéficiaire : 900 €</i>	<i>Financées par la CNSA sous forme de dotation au CRT</i>
Prestations optionnelles	<i>Participation du bénéficiaire</i>	<i>Facturées par le prestataire ou le porteur</i>

1.2.2 Public cible

Le **profil des bénéficiaires** est le suivant : **personnes âgées en perte d'autonomie en niveau de GIR 1 à 4 résidant à leur domicile ayant besoin d'un niveau de prestations similaire à celui d'un EHPAD au moyen d'un accompagnement plus intensif, coordonnant si nécessaire l'offre de soins et d'accompagnement en partenariat avec les services du domicile.**

Le bénéficiaire réside idéalement à moins de 30 minutes du centre de ressources territorial et de ses partenaires dans la limite du territoire d'intervention défini par le porteur du projet en lien avec l'ARS.

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 au 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.

Il est attendu du CRT des précisions sur l'usager cible de son territoire au regard de l'âge, de sa situation de handicap, de son profil aidant/aidé et, de son profil de psychiatrie.

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 (DAC, MS, HAD, CH, EHPAD, SAD, infirmiers libéraux...), du champ social (TS des services territoriaux, CCAS, CLIC), de l'aidant de la personne accompagnée directement.

L'admission au sein du dispositif peut être préconisée en urgence, ou bien encore en sortie d'hospitalisation. 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 ou son mandataire judiciaire apportant son consentement.

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

- Évaluation de la situation en lien avec les différents intervenants : elle se fera préférentiellement à domicile, et peut être conjointe entre plusieurs structures pour éviter la multiplication des visites d'évaluation ;
- Évaluation médicale par le médecin coordonnateur de l'EHPAD porteur ou partenaire (ou par le médecin intervenant dans l'EHPAD) en lien, dans la mesure du possible, avec le médecin traitant ;
- Élaboration du plan d'accompagnement individualisé (sur le modèle du Plan personnalisé de coordination en santé) ;
- Signature du contrat d'accompagnement entre le bénéficiaire et le centre de ressources territorial.

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

Le porteur présente dans son projet ses cibles pour l'activité du volet 2 de centre de ressources territorial, dont la file active ne pourra être inférieure à 30 personnes âgées.

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 a 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 ou son mandataire judiciaire 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.

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.

1.2.3 Les professionnels de l'accompagnement renforcé et de la prévention

L'essentiel des crédits du volet 2 finance du temps supplémentaire, des recrutements ou des prestations de professionnels.

Les professionnels composant l'équipe chargée de l'accompagnement renforcée sont a minima les suivants :

✓ **Le médecin du dispositif** : Il participe à l'évaluation pour l'admission au sein du dispositif, assure une mission d'expertise gériatrique et un rôle de coordination de second niveau. En fonction des besoins, des protocoles nécessaires à la surveillance gériatrique sont mis en place (le cas échéant, sollicitation de l'expertise gériatrique du territoire au sein du DAC ou de l'établissement référent de gériatrie) et les équipes de santé adaptées sont mobilisées en lien avec l'IDE du dispositif.

Ce médecin assure une présence effective dans l'EHPAD et est **prioritairement un médecin coordonnateur ou à défaut un médecin intervenant dans l'EHPAD** (ex : médecin prescripteur attaché à l'EHPAD). Il a un rôle central en étant partie prenante de la décision d'admission dans le dispositif et du suivi de la mise en œuvre du plan d'accompagnement personnalisé selon les modalités fixées par les équipes de coordination du dispositif.

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

✓ **Le coordinateur** : le profil d'IDE est privilégié pour ce poste. Le recrutement d'un professionnel autre qu'un IDE est possible mais devra être justifié (pénurie de professionnels, etc.). Il assure la coordination des interventions des professionnels à domicile (soins, accompagnement, activités de la personne), particulièrement en l'absence de SAD mixte (ex SSIAD ou SPASAD) et d'HAD et de mobiliser si besoin les expertises complémentaires. Si un SAD et/ou un SAD mixte interviennent préalablement auprès de la personne bénéficiant de l'accompagnement renforcé, le coordinateur assure la cohérence des prestations dispensées auprès de la personne. Ce coordinateur est également chargé d'évaluer la situation des personnes, d'élaborer le plan d'accompagnement personnalisé et d'assurer son suivi et son adaptation si besoin. Le coordinateur est l'interlocuteur privilégié des personnes en perte d'autonomie à domicile et de leurs aidants.

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

- La mise en œuvre et la coordination du volet de soins et accompagnement particulièrement en l'absence de SAD mixte et d'HAD ;
- Des missions de garde itinérante et de surveillance à domicile complémentaire 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) ;
- L'assistance à la réalisation d'actes de téléconsultation et d'expertise à domicile ;
- L'aide au suivi des programmes d'éducation thérapeutique du parcours vaccinal ;
- La participation à l'astreinte soignante 24h/24 et 7j/7, notamment dans le cadre de l'IDE de nuit mutualisée ;

✓ **L'ergothérapeute** : il évalue les besoins et accompagne les bénéficiaires en termes d'aides techniques et d'aménagement du logement et suivi du dossier jusqu'à mise en œuvre des recommandations.

✓ **Le psychologue** : il accompagne les bénéficiaires (repérage précoce des troubles psychiques et aide à leur gestion) et leurs aidants (ex : repérage des situations à risque d'épuisement). Il peut également accorder un soutien aux équipes du CRT et des services intervenant au domicile de la personne (ex : repérage des situations à risque d'épuisement professionnel).

✓ **L'animateur** : il met en œuvre des activités collectives ou individuelles favorisant le lien social.

A ces professionnels, viennent s'ajouter les professionnels de l'équipe territorialisée de prévention citée-supra (cf partie 1.1.1).

Cette équipe est composée d'un diététicien, d'un orthophoniste, d'un IDEC/cadre de santé, ergothérapeute/psychomotricien et d'un psychologue. Il est souhaitable que les professionnels de ces équipes soient mutualisés avec ceux assurant les volets 1 et 2 de la mission de CRT.

Les professionnels de l'équipe territorialisée de prévention se verront proposer par le porteur du CRT des formations spécialisées en gériatrie.

Ces professionnels peuvent intervenir 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 autonomie à domicile (SAD) pour l'accompagnement aux actes essentiels et de la vie quotidienne ;
 - Les services de soins sanitaires et médico-sociaux : HAD, SAD mixte ;
 - Les professionnels de soins libéraux (médecin traitant, IDEL, kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciens) ;
 - Les équipes médico-sociales « Allocation personnalisée d'autonomie » (APA) du département pour le repérage des personnes pouvant être accompagnées par le dispositif et l'information sur son fonctionnement et les ressources du territoire ;
 - Les travailleurs sociaux de pôles territoriaux sociaux (PTS) 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.

II. Le financement du CRT et des équipes territorialisées de prévention

1. Le financement du CRT

Une dotation annuelle de 400 000 € (quatre cents mille euros) est versée au CRT pour lui permettre de remplir sa mission dans ses deux volets.

Ce financement ne se substitue à aucun autre financement déjà perçu par l'établissement ou le service porteur. Néanmoins, il n'a pas vocation à financer des actions déjà financées par ailleurs et ne nécessitant aucun complément de financement.

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.

Aucune participation financière n'est demandée aux bénéficiaires des prestations du CRT.

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** (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 ;
- **Une somme fléchée vers le volet 1** : D'environ 80 000 € (19% de l'enveloppe globale), cette somme est dédiée au financement des moyens humains et matériels suivants :

- Moyens humains :
 - Temps en ressources humaines : (coordination, animation, communication, suivi administratif, soins) ;
 - Intervenants extérieurs (analyse de bonnes pratiques et actions de sensibilisation) ;
 - Formations pour les équipes internes et externes au CRT.

 - Moyens matériels (liste non exhaustive) :
 - Achats de matériels (fournitures, matériels informatiques, licences informatiques pour des logiciels de coordination, de visioconférence, téléconsultation à domicile...) ;
 - Mise à disposition d'un transport pour faciliter le déplacement des bénéficiaires ;
 - Aménagement des locaux pour la réalisation des actions du CRT
- **Une somme fléchée vers le volet 2** : Elle doit permettre de financer une offre d'accompagnement renforcé à domicile pour une file active de 30 bénéficiaires minimum.

2. Le financement des équipes de prévention

A la dotation du CRT, s'ajoute des moyens dédiés pour la mise en place de équipes spécialisés en prévention, définis en fonction de la part des personnes de plus de 75 ans et du nombre d'EHPAD présents sur le territoire.

III. Les prérequis à respecter dans la construction du projet

1. Les prérequis relatifs au portage

Le porteur CRT peut être soit un EHPAD, soit un service à domicile.

➤ **le porteur est un EHPAD** : l'EHPAD porteur devra conventionner avec des services à domicile de son territoire (SAD ou SAD mixte selon les besoins), lorsqu'ils ne sont pas portés par le même gestionnaire, pour lui permettre de mettre en place les prestations du volet 2 a minima entre eux ;

Dans un souci de mobiliser l'ensemble des ressources existantes et disponibles pour la réalisation des missions relevant des volets 1 et 2 du CRT, l'EHPAD porteur devra nécessairement conventionner avec l'ensemble des EHPAD présents sur le territoire d'intervention concerné.

Ressources médicales :

➤ L'EHPAD porteur ou partenaire doit bénéficier 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 (ex: médecin prescripteur attaché à l'EHPAD). 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 du dispositif est alors complémentaire de celui du médecin traitant et ne substitue pas à ce dernier.

➤ L'EHPAD porteur ou partenaire doit bénéficier d'un **temps de coordinateur (comme indiqué supra, un profil IDE est à privilégier sur ce poste) et d'une présence d'infirmière de nuit** ou être engagé dans un dispositif d'astreinte ou garde mutualisée d'IDE de nuit.

Equipement :

➤ Une à deux places d'hébergement temporaire (HT) ou « chambre d'urgence temporaire » sont à prévoir sur le territoire couvert par le CRT. Le projet devra décrire les modalités de fonctionnement de ces places.

Les établissements porteurs ou partenaires du CRT qui ne bénéficient pas de ces modalités d'hébergement devront impérativement faire une demande de création/transformation de places HT auprès de l'ARS et de la Collectivité sur la base du dossier type et dans le respect des dispositions prévues au Plan de rattrapage de l'offre pour personnes âgées dépendantes.

➤ **Le porteur est un service à domicile** : il doit avoir conventionné avec un EHPAD du territoire d'intervention concerné 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 la mobilisation d'un hébergement temporaire d'urgence pour la réalisation des prestations du volet 2.

Le porteur de projet, EHPAD ou service à domicile, devra impérativement :

- **Contractualiser avec l'ensemble des EHPAD/SAD présents et intervenant sur le territoire concerné ;**
- **Justifier au-delà de son implantation, d'intervention réelles sur ledit territoire.**

➤ Le fait que le porteur de projet ait d'ores et déjà développé des **modalités d'accueil et prestations spécifiques** (ex: places d'accueil de jour, PASA, UHR et PFR...) ou bien **des modalités d'accompagnement** démontrant une robustesse de la structure (ex: IDE de nuit) doit être mentionné dans l'AMI.

➤ L'EHPAD porteur ou partenaire doit disposer **d'espaces et d'équipements suffisants pour organiser les actions du volet 1**. Ces espaces 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.

Exemples : des espaces doivent être disponibles en nombre suffisant au sein de l'EHPAD porteur ou partenaires du service pour assurer des consultations de professionnels de santé spécialisés, de locaux disposant de matériels permettant des prestations de télésanté. Des locaux devront être prévus pour organiser des consultations infirmier et mettre en place des campagnes de vaccination pour les personnes âgées du territoire. Au sein de l'EHPAD porteur ou partenaires, des salles doivent être rendues disponibles pour permettre l'organisation à destination des personnes âgées du territoire de temps de convivialité (repas, jeux de société...), des ateliers à destination par exemple des aidants, des activités culturelles (pratiques artistiques, spectacles...), des activités sportives et de loisirs (Danse, yoga, gymnastique douce).

Expertises et capacité d'innovation :

➤ Les porteurs de projet doivent concentrer des expertises diverses, se prévaloir de la mise en place des actions innovantes et disposer de compétences intéressantes à diffuser sur le territoire.

Cela peut être en lien avec :

- des pratiques vertueuses reconnues en matière d'accompagnement des personnes âgées et de respect des principes de bientraitance ;
- avec son dynamisme sur les sujets d'attractivité des métiers et de qualité de vie au travail (QVT).

Des actions variées peuvent être mises en place : l'organisation de temps collectifs ou d'échanges professionnels tels que des analyses de pratiques et/ou des réflexions éthique, un accompagnement des nouveaux salariés aux postures de bientraitances, aux repérages des difficultés rencontrées et à l'organisation d'un traitement des réclamations des personnels et des aidants...

➤ Les actions susceptibles de relever de la mission de CRT faisant l'objet d'un financement par ailleurs doivent être impérativement identifiées par le candidat. L'objet, la nature et la durée de ces financements doivent être dûment précisés.

2. Le territoire d'intervention

L'objectif visé dans le cadre des orientations du Schéma régional de santé 2023-2028 est d'aboutir à une couverture de l'ensemble des territoires de projet.

Le territoire dans lequel le CRT doit s'insérer nécessitera d'être clairement délimité par le porteur de projet. Ce dernier doit être en capacité d'apporter des éléments et notamment, les données sociodémographiques ayant éclairé son choix.

Compte tenu de la zone de déploiement des CRT retenue en Corse (maille territoire de projet), le porteur de projet devra impérativement :

- ✓ **contractualiser avec l'ensemble des EHPAD/SAD présents et intervenant sur ledit territoire ;**
- ✓ **justifier au-delà de son implantation, d'interventions réelles sur le territoire concerné.**

Idéalement, le CRT devra assurer aux professionnels intervenant dans le volet 2 un accès au domicile de la file active cible du porteur en moins de 30 minutes en véhicule motorisé, correspondant au seuil de distance usuellement utilisé pour les professionnels de santé.

➤ Lorsque l'EHPAD porte le CRT, le territoire d'intervention tient compte de l'implantation de l'EHPAD porteur et de la file active cible du porteur sur le volet 2. Une réflexion sur la file active doit être intégrée pour garantir la pertinence du choix du territoire en fonction des besoins des personnes.

➤ Lorsqu'il s'agit d'un service autonomie à domicile qui est porteur, le territoire d'intervention tient compte de la zone d'intervention du service, de l'implantation de l'EHPAD partenaire et de la file active cible du porteur sur le volet 2. Une réflexion sur la file active doit être intégrée pour garantir la pertinence du choix du territoire en fonction des besoins des personnes. Le territoire d'intervention de la structure CRT sera prioritairement celui défini dans l'autorisation du service à domicile. Le territoire d'intervention pourra être différent si un accord écrit de la collectivité de Corse est inclus au dossier de candidature de l'AMI.

Le périmètre de ce territoire d'intervention est précisé et repris dans les conventions de partenariat et de coopération entre l'EHPAD et les services.

3. Le diagnostic territorial

En lien avec le DAC, un diagnostic territorial doit être obligatoirement réalisé par le porteur afin d'identifier sur son territoire d'intervention :

- Les ressources existantes (sanitaires, médico-sociales, sociales et du premier recours) intervenant ou susceptibles d'intervenir tout le long du parcours d'accompagnement et de prise en charge de la personne âgée ;
- La place et le rôle des acteurs du territoire ;
- Toutes les actions remarquables menées sur son territoire (QVT, ICOPE, Plan antichute, lutte contre la dépression, accompagnement psychologique, ouverture vers l'extérieur, actions innovantes, ...) menées par les EHPAD et SAD mixte avec comme objectif d'en faire bénéficier d'autres partenaires ;

- Les besoins actuels et à venir des personnes âgées et des professionnels pour assurer cet accompagnement et cette prise en charge, en insistant sur ceux qui ne trouvent pas de réponse ou des réponses insatisfaisantes ou insuffisantes ;
- Les prestations dispensées sur son territoire d'intervention s'adressant aux personnes âgées et à leurs aidants et le(s) besoin(s) au(x)quel(s) elles répondent. Ces éléments de diagnostic doivent permettre de justifier le choix des prestations, l'organisation et les partenariats proposés par le porteur.

4. Les partenariats

Le porteur devra lister les partenaires de son territoire avec lesquels il souhaite s'associer et expliquer les modalités de partenariat prévues. Des lettres d'engagement devront être jointes au dossier.

Le rattachement à un GCSMS sera considéré comme un atout pour endosser les missions de CRT.

Le porteur de projet doit s'inscrire dans une forte dynamique partenariale gérontologique, ainsi que sa place dans la filière gériatrique. L'existence de liens déjà actifs avec le secteur sanitaire tels que les hôpitaux de proximité, l'hospitalisation à domicile et les équipes mobiles de gériatrie (EMG) du territoire, sont également un gage de solidité du porteur. Un partenariat avec l'Equipe Parcours Santé Personnes Agées (EPS PA) de la région est également indispensable. Les partenariats avec les DAC, les MSP ou centres de santé, les PFR sont également essentiels. Les CRT doivent s'appuyer sur les missions des acteurs du territoire pour éviter les redondances et respecter le budget alloué.

Les CRT doivent relayer l'information auprès des personnes qu'ils accompagnent et de leurs aidants sur les partenariats qu'ils ont tissés sur le territoire et sur la possibilité d'en bénéficier.

Le SAD mixte porteur ou partenaire devra avoir conventionné avec une HAD de son territoire, afin que soit mis en place quand cela s'avère nécessaire au domicile du patient, une intervention conjointe du SAD mixte et de l'HAD dans le cadre de l'accompagnement renforcé prévu par le volet 2.

5. La mise en œuvre effective des deux volets

5.1 La mise en œuvre effective du Volet 1 - Modalités d'accueil, d'accompagnement et de prestations spécifiques

Le porteur devra définir les thématiques de travail prioritaires pour son CRT dans le cadre du volet 1 (mobilisation des ressources au bénéfice des personnes âgées et des professionnels du territoire).

Pour chaque thème, il devra mettre en œuvre un socle de prestations obligatoires qu'il pourra compléter. Le dossier doit comporter des éléments explicitant les modalités et l'organisation prévues pour mettre en œuvre ces prestations de façon effective. Les socles de prestations obligatoires sont explicités dans la partie 1 du présent cahier des charges.

Les modalités d'intervention de l'équipe territorialisée de prévention devront être précisées (activation du dispositif, articulation avec les équipes des EHPAD et services à domicile, composition de l'équipe préciser les quotités de temps de travail), mutualisations envisagées, actions mises en œuvre...).

Il devra également apporter des solutions de transports pour ces personnes.

5.2 La mise en œuvre effective du Volet 2 - Modalités d'accueil, d'accompagnement et de prestations spécifiques

Dans le cadre du volet 2, il s'agit de proposer des prestations équivalentes à celles d'un EHPAD pour des personnes souhaitant continuer à vivre à leur domicile et pour lesquelles l'accompagnement d'un SAD ou SAD mixte ne suffit plus. Ces prestations attendues sont précisées dans la partie 1 du présent AML.

6. Les modèles organisationnels

6.1 Le modèle de service intégré

Dans ce modèle organisationnel, le porteur propose au bénéficiaire un accompagnement renforcé au domicile dans toutes ses dimensions. Il est titulaire d'une autorisation multiple (EHPAD hébergement permanent + accueil de jour + hébergement temporaire, mais aussi d'une autorisation de SAD (ex-)SAAD prestataire et d'une autorisation de SAD mixte (ex-SSIAD ou ex-SPASAD).

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

6.2 Le modèle de service partenarial

Ce modèle d'organisation prévoit un cadre de collaboration très structuré avec les acteurs traditionnels du secteur du domicile (SAD, SAD mixte, portage de repas, ...). Le porteur ne produit pas les prestations de droit commun, et n'assure pas la totalité des prestations complémentaires relevant de l'accompagnement renforcé. L'équipe salariée du centre de ressources territorial est principalement composée de professionnels de coordination, en dehors des effectifs assurant les activités complémentaires de jour et de nuit ou d'hébergement temporaire. Le modèle de service partenarial crée un enjeu très important de coopération avec les acteurs externes, du fait de la diversité des intervenants au domicile du bénéficiaire.

Par ailleurs, ce projet peut être porté soit par un EHPAD, en lien avec des services à domicile, soit par un service à domicile, sur la base d'un conventionnement avec un EHPAD pour la mise à disposition des ressources nécessaires à la réalisation des prestations du volet 1 (locaux, équipements, accès aux ressources de santé, ...), ainsi que d'un temps de médecin coordonnateur et si possible la mobilisation d'un hébergement d'urgence, pour la réalisation des prestations du volet 2.

Le porteur du projet doit constituer une équipe dédiée, en recrutant ou en identifiant les professionnels qui sont chargés de conduire la mission de CRT, et préciser les modalités de fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire dédiée à la conduite de cette mission. L'équipe ainsi constituée collabore avec les professionnels de l'établissement ou du service porteur. Que la mission soit portée par un EHPAD ou un service à domicile, la complémentarité entre les deux modalités d'intervention, au sein des murs de l'EHPAD (porteur ou partenaire) et au domicile des bénéficiaires, est notamment assurée grâce à un temps de direction et de chefferie de projet dédié à la mise en œuvre de cette nouvelle mission.

Quel que soit le modèle organisationnel, les équipes qui assurent les missions principales de la structure porteuse doivent être associées le plus possible aux actions mises en œuvre dans le cadre des deux modalités d'intervention de la nouvelle mission de CRT.

L'ARS de Corse laisse aux porteurs de projet le choix du mode organisationnel tout en étant attentive aux projets qui développeront une offre intégrée qui serait de nature à faciliter la fluidité des interventions auprès des bénéficiaires du volet 2.

7. Les ressources humaines requises

En parallèle, le porteur du projet doit constituer une équipe dédiée en identifiant ou en recrutant les professionnels qui seront chargés de conduire la mission de **CRT** (IDE, aides-soignants, assistants de soins en gérontologie, accompagnants éducatifs et sociaux, auxiliaires de vie, ergothérapeute, psychologue et animateur).

Ces professionnels peuvent être recrutés comme salariés, travailleurs indépendants, libéraux, etc. Les professionnels composant cette équipe n'interviennent pas en substitution de celles existantes dans les services. Elles dispensent les prestations en sus de celles des services qui permettent à la personne de pouvoir rester à domicile.

Les IDE, assistants de soins en gérontologie, accompagnants éducatifs et sociaux, auxiliaires de vie doivent pouvoir dispenser des prestations se déroulant en dehors du temps d'ouverture des SAD (ex-SAAD) et des SAD mixtes (ex-SSIAD et ex-SPASAD) (le soir en semaine et le week-end).

La complémentarité entre les deux volets, 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 (sur la base de 0.2 ETP). 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 volets de la mission.

Aux professionnels du CRT, viennent s'ajouter les personnels de **l'équipe territorialisée de prévention** dont les attendus sont précisés dans la partie afférente supra. Une mutualisation de ces personnels pourra être envisagée. Dans ce cas, le porteur de projet détaillera les quotités de travail dévolues au fonctionnement du CRT et à l'équipe territorialisée de prévention.

Pour cela, le porteur devra préciser :

- **Les grandes lignes du plan organisationnel** : le porteur devra pouvoir justifier son choix de modèle organisationnel et apporter des garanties quant à son effectivité ;
- **Les besoins de recrutement en ressources humaines pour le CET et l'équipe territorialisée de prévention** ;
- **Les modalités de l'animation et de la coordination** au sein de l'équipe du CRT, avec l'équipe territorialisée de prévention et avec l'ensemble des services impliqués.

8. L'ouverture du CRT sur son environnement

L'ouverture du CRT sur son environnement doit permettre de repérer des situations susceptibles de bénéficier du volet 2.

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

Les porteurs devront expliquer précisément le plateau technique inclus et l'organisation actuelle ou prévisionnelle de la télésanté (télémédecine et télésoin). Dans le cadre du projet, il est attendu que la télésanté soit développée ou mutualisée entre les EHPAD. Une organisation spécifique sera attendue et devra être explicitée par le porteur. Les personnes âgées sur liste d'attente pour une entrée en EHPAD peuvent également être bénéficiaires du volet 2.

Outils à développer :

- Liste d'attente commune entre les partenaires comprenant une identification des rôles de chacun pour ces évaluations ;
- Utilisation de la démarche d'ICOPE : ICOPE est destinée aux GIR 5 et 6 qui ne sont pas accompagnés par les SAD et SAD mixte. Les aidants des personnes accompagnées par le CRT sont susceptibles d'être incluses dans la démarche ICOPE et à terme de bénéficier d'un plan personnalisé de soins.

Peuvent être enclenchés dans le cadre de ICOPE : une réévaluation du GIR par l'équipe médico-sociale de la collectivité de Corse et, une information sur la situation de la personne auprès des professionnels du CRT pour apporter des compléments à sa prise en charge et préparer l'intervention d'un SAD ou SAD mixte. Ce travail de repérage des fragilités sur le territoire couvert par le CRT devra être conduit étroitement avec la collectivité de Corse.

- Repérage et admission de la file active en lien avec la collectivité de Corse (lié à l'attribution de l'APA) ;
- Grille d'évaluation ;
- Plan de communication pour faire connaître aux personnes comme aux structures, le CRT et les équipes territorialisées.

9. Le transport des bénéficiaires

Certains postes de dépenses partagés, tels que la mise en place de moyens de transports, peuvent bénéficier aux deux volets de la mission de centre de ressources territorial. Le porteur de projet devra être en mesure de proposer des solutions de transports aux utilisateurs du CRT pour les deux volets.

Dans le cadre de la démarche « une seule santé » (« Onehealth »), le porteur de projet devra proposer des moyens de transport permettant de limiter l'impact carbone lié aux déplacements. Une réflexion sur les flux de mobilité doit également être engagée (ex réduction des déplacements par la mise en place de dispositif de téléconsultation, optimisation des déplacements...).

10. 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 et aidants).

A cette fin, le porteur de la mission de CRT et ses partenaires pourront s'appuyer sur le Dossier de l'Usager Informatisé (DUI) dans la mesure où ce dernier couvre les processus « métier » propres aux activités de la mission de CRT en permettant :

- de centraliser l'ensemble des informations qui concernent les personnes âgées, leur parcours de santé et de vie que ce soit dans les dimensions administratives, d'accompagnement ou de santé ;
- de mieux construire et de suivre le projet personnalisé de la personne et d'éviter les ruptures en cas d'évolution des besoins (institutionnalisation, retour à domicile, hospitalisation) ;
- une évaluation des services rendus par l'utilisateur qui peut ainsi devenir acteur de son propre parcours ;
- une amélioration de la qualité des services et des soins délivrés aux personnes accompagnées en favorisant la traçabilité et la transmission des informations, dans le respect des normes de sécurité et en garantissant un gain de temps aux professionnels concernés ;
- un suivi et un partage d'information entre les professionnels (médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux) mais également en étant un support d'échange avec les accompagnants (familles, aidants).

Le centre de ressources territorial s'inscrit dans le programme ESMS numérique :

A ce titre, le dispositif intégrera les outils et interopérabilités facilitant l'information et la coordination des acteurs : la messagerie sécurisée de santé (MSS), un accès au dossier médical partagé (DMP), carnet de liaison, plan personnalisé de coordination en santé (PPCS), agendas partagés, annuaires de description de l'offre du territoire (ROR, RPPS, FINISS, ...).

Il pourra intégrer ou faire appel à des outils d'évaluation (fragilité, évaluation multidimensionnelle, ...) facilitant l'inclusion dans le dispositif.

Le système d'information gèrera les accès à l'information de santé selon le profil de chaque professionnel de santé ou médico-social y accédant, et intégrera la gestion du consentement de la personne et la traçabilité des accès à l'information de santé ainsi que sa conservation conformément à la réglementation.

Les informations de santé du système seront hébergées auprès d'un tiers certifié HDS. Le périmètre des informations partagées devra être défini dans le cadre de concertations entre les acteurs du parcours.

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

11. La complémentarité des modalités d'intervention

Les bénéficiaires de l'accompagnement renforcé au domicile (volet 2) pourront participer aux actions mises en place au titre du volet 1 telles que l'accès aux ressources de santé (consultations et télésanté, actions de prévention et repérage) et aux activités en faveur de l'animation de la vie sociale. L'ouverture du centre de ressources territorial sur son environnement doit permettre de repérer des situations susceptibles de bénéficier du volet 2.