

CAHIER DES CHARGES

APPEL A MANIFESTATION D'INTERETS N°436-2025

Déploiement de Centres Ressources Territoriaux (CRT)
pour Personnes Agées



DATE DE PUBLICATION :

18/07/2025

DATE LIMITE DE RECEPTION DES CANDIDATURES :

PHASE 1 : JUILLET – 28 NOVEMBRE 2025	PAYS DE BALAGNE / CASTAGNICCIA – MARE E MONTI
PHASE 2 : OCTOBRE 2025 – 27 FEVRIER 2026	SARTENAIS – TARAVAL – VALINCO / CENTRE CORSE
PHASE 3 : FEVRIER 2026 – 26 JUIN 2026	EXTREME SUD – ALTA ROCCA / PLAINE ORIENTALE

SOMMAIRE

I.	Cadrage général de l'appel à manifestation d'intérêts	3
1.	Cadrage réglementaire et référentiel	3
2.	Organisation et diagnostic territorial	4
3.	Prérequis relatifs au portage du CRT	6
II.	Les objectifs et caractéristiques du projet	8
1.	Les publics concernés.....	8
2.	Les prestations proposées et partenariats du volet 1	9
3.	Les prestations proposées et partenariats du volet 2	15
4.	Les professionnels de l'accompagnement renforcé et de la prévention (volet 2).....	22
5.	Les partenariats	24
III.	Mise en œuvre effective des volets du CRT	25
1.	Mise en œuvre effective du volet 1 : modalités d'accueil, d'accompagnements et prestations attendues	25
2.	Mise en œuvre effective du volet 2 : modalités d'accueil, d'accompagnements et prestations attendues	25
IV.	Les modèles organisationnels du CRT	26
1.	Le modèle de service intégré	26
2.	Le modèle de service partenarial.....	26
V.	Les ressources humaines requises.....	27
VI.	L'ouverture du CRT sur son environnement	28
VII.	Le transport des bénéficiaires	29
VIII.	Le cadre financier et budgétaire	29
1.	Le financement du CRT	29
2.	Le financement des équipes territorialisées de prévention	30
IX.	Modalités et calendrier de mise en œuvre	31

I. Cadrage général de l'appel à manifestation d'intérêts

1. Cadrage réglementaire et référentiel

Le déploiement de Centres Ressources Territoriaux s'appuie notamment sur le cadre réglementaire suivant :

- ♦ Code de l'action sociale et familles (CASF), notamment son article L313-12-3 ;
- ♦ Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 qui modifie l'article D 312-155 du CASF ;
- ♦ 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) ;
- ♦ Plan de renforcement et de rattrapage de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées dépendantes 2018-2028 ;
- ♦ Schéma régional de santé 2023-2028 ;
- ♦ Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (PRIAC) 2024 – 2028.

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 (volet 2).**

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.

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 l'EHPAD noue 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 du 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.

2. Organisation et diagnostic territorial

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/SSIAD/SAAD 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.

Enfin, **en lien avec le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) Corsica**, 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 SSIAD/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.

Pour élaborer ce diagnostic, le porteur pourra s'appuyer notamment sur le Schéma régional de santé 2023-2028 et notamment sur son annexe 3 « Panorama de la santé », qui détaille l'ensemble de l'offre existante relevant du domaine de compétence de l'ARS.

Par ailleurs, un questionnaire élaboré par l'ANAP à destination des partenaires est joint en annexe 2 du présent AMI pour servir de base à l'élaboration de ce diagnostic.

3. Prérequis relatifs au portage du CRT

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

- **Dans le cas où le porteur est un EHPAD** : l'EHPAD porteur devra conventionner avec des services à domicile de son territoire (SAAD/SAD ou SSIAD/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.

- **Dans le cas où 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, ou à défaut un médecin intervenant dans l'EHPAD, 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/SSIAD/SAAD 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 la réponse au présent 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 ;
- 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...

En sus, 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.

II. Les objectifs et caractéristiques du projet

1. Les publics concernés

Public cible du volet 1 :

- **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 pluriprofessionnelles).

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).

Public cible du volet 2 :

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'utilisateur 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.

Public cible de l'équipe territorialisée de prévention :

- personnes âgées à domicile ou résidant en EHPAD relevant du périmètre d'intervention du CRT ;
- 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.

2. Les prestations proposées et partenariats du volet 1

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 champ 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.**

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.

⇒ **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.

⇒ **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 antichute des personnes âgées, l'ARS travaille, avec le soutien de l'IREPS et en lien étroit avec le Gérontôle, au déploiement territorial de ce plan.

Les travaux d'élaboration de ce Plan 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.

A ce titre, les porteurs du CRT sont invités à se rapprocher du Gérontôle afin de pouvoir notamment identifier les catégories de solutions qui pourront être déployées dans le cadre de l'accompagnement des usagers concernant ce volet prévention.

Dans le cadre de l'Axe 1, le porteur de CRT devra s'engager, par l'intermédiaire 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 et 1 accueil de jour adossé à un EHPAD ;
- Une plateforme de répit Maladie Neurodégénérative sur Ajaccio à vocation départementale ;
- 52 places de places d'hébergement temporaire disponibles au sein de 12 EHPAD.

Dans le cadre du PRIAC 2024 – 2028, 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. Le tableau ci-dessous permet de visualiser les dispositifs autorisés/en cours d'installation ainsi que les perspectives à venir au titre des prochaines phases de déploiement des futurs PTAA :

Territoires	Accueil de jour (en places)	Plateformes de répit (en nombre)
PTAA autorisés/ en cours d'installation 2025		
Pays Bastiais	21 (dont 9 dans les 6 mois suivants l'autorisation)	2

Plaine orientale/Castagniccia	14 (dont 4 en dans les 6 mois suivants l'autorisation)	2
Pays de Balagne/Centre Corse	9 places dont 6 itinérantes	2
Perspectives de déploiement		
Extrême-Sud/Alta-Rocca/Sartenais-Taravo-Valinco	12 (dont 5 dans les 6 mois suivants l'autorisation)	2
Pays ajaccien/Ouest-Corse	7 places	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.

3. Les prestations proposées et partenariats du volet 2

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
Assurer un accompagnement renforcé au domicile des personnes pour lesquelles les prestations classiques ne suffisent plus	Bénéficier de l'expertise et des ressources disponibles en EHPAD	Ces interventions peuvent être proposées en dehors des situations d'urgence pour répondre à des besoins spécifiques.
Sécurisation du domicile et adaptation du logement	Adaptation du domicile sur préconisations d'un ergothérapeute : évaluation des besoins et aide aux démarches nécessaires aux aménagements constitués d'aides techniques, technologiques, domotiques dont des dispositifs de télésanté et de liaison numérique - un pack domotique peut être proposé.	
	Mise en place d'un dispositif de téléassistance 24h/24 et 7j/7 au sens de téléalarme reposant sur la levée de doute et faisant le lien avec l'astreinte soignante de l'accompagnement renforcé (selon le libre choix du bénéficiaire) - la solution doit être supérieure à une téléassistance classique en regard des objectifs du dispositif et de la population accompagnée. Il peut s'agir d'un système de téléassistance 24h/24 et 7j/7, par visio-assistance avec tablette connectée à l'astreinte de nuit par exemple.	

Gestion des situations d'urgence	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.	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.
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 et/ou le PTAA du territoire. 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>

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 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 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.

Il est attendu que les porteurs définissent clairement dans son dossier de candidature les modalités d'organisation envisagées dans le cadre du processus admission/sortie du dispositif.

4. Les professionnels de l'accompagnement renforcé et de la prévention (volet 2)

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**.

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.

5. Les partenariats

Le porteur devra lister les partenaires de son territoire avec lesquels il souhaite s'associer et expliquer clairement les modalités de partenariat prévues. A minima des lettres d'engagement devront **impérativement** 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** gériatologique, 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.

A ce titre, des modalités partenariales renforcées auprès des acteurs cibles (médecin traitant, HAD, IDEL, SAD, équipes mobiles soins palliatifs) devront être recherchées dans le cadre **d'accompagnement de patients devant bénéficier de soins palliatifs au domicile** ; permettant d'anticiper les situations de rupture et un accompagnement sur la fin de vie adapté et sécurisé.

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.

III. Mise en œuvre effective des volets du CRT

1. Mise en œuvre effective du volet 1 : modalités d'accueil, d'accompagnements et prestations attendues

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 première partie 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

2. Mise en œuvre effective du volet 2 : modalités d'accueil, d'accompagnements et prestations attendues

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 première partie du présent cahier des charges.

IV. Les modèles organisationnels du CRT

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.

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.

V. Les ressources humaines requises

En parallèle, et comme précisé supra, 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 gériatrie, 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 gériatrie, 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 CRT 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.

VI. 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 :

- o **Liste d'attente commune** entre les partenaires comprenant une identification des rôles de chacun pour ces évaluations ;
- o **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.

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

VII. 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...).

Une attention particulière sera portée sur les modalités de transports envisagées par le porteur permettant de couvrir l'ensemble du territoire d'intervention du CRT visant à un accompagnement renforcé optimal pour les usagers.

VIII. Le cadre financier et budgétaire

1. Le financement du CRT

Une dotation annuelle de 400 000 € (quatre cent 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 territorialisées de prévention

A la dotation du CRT, s'ajoute des moyens dédiés pour la mise en place des équipes territorialisées de prévention :

<u>Territoire de projet</u>	<u>Montant alloué</u>
Pays de Balagne	100 000 €
Castagniccia – Mare e Monti	100 000 €
Sartenais – Taravo – Valinco	150 000 €
Centre Corse	150 000 €
Plaine Orientale	100 000 €
Extrême-Sud – Alta Rocca	150 000 €

Les financements susvisés et alloués aux équipes territorialisées de prévention tiennent compte du nombre d'EHPAD sur les territoires de projets.

IX. Modalités et calendrier de mise en œuvre

Les candidats attesteront, outre la démarche partenariale, d'un plan de communication dynamique afin que l'existence et les missions du CRT soient bien identifiés au niveau du territoire d'intervention concerné.

Une communication spécifique propre à la structure doit être mise en place à un double niveau :

- en direction du grand public via des relais de communication locaux,
- en direction des professionnels du secteur médico-social, social et sanitaire : intervenants du domicile, médecins traitants, infirmiers libéraux, centres hospitaliers généraux et spécialisés, Clic et DAC et services de proximité (mairie, pharmacie...).

Le candidat présentera la stratégie de communication qu'il envisage de mettre en place pour communiquer sur l'existence du CRT.

L'autorisation devra être mise en œuvre dans un délai de 6 mois à compter de sa notification. La mise en œuvre est caractérisée par la prise en charge effective des usagers à compter de la notification de l'autorisation. À défaut, celle-ci sera réputée caduque, sauf cas de force majeure ou circonstances exceptionnelles appréciées par l'ARS de Corse.