

APPEL À CANDIDATURES

Pour le déploiement de la mission de centres de ressources territoriaux à destination des personnes âgées en Région Île-de-France

Cahier des charges

Autorité responsable de l'appel à candidatures :

**Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France
13 rue du Landy
Le Curve
93200 Saint-Denis**

Date de publication de l'avis de l'appel à candidatures : 14 mai 2025

Date de limite de dépôt des candidatures : 30 août 2025

Pour tout renseignement : ars-idf-aap-medicosocial-pa@ars.sante.fr

Table des matières

I.	Cadre réglementaire.....	3
II.	Contexte	3
II.1	Cadre stratégique	3
II.2	Objectifs du projet.....	3
II.3	Articulation avec les dispositifs issus de l'appel à manifestation d'intérêt « Des solutions innovantes pour faire face au défi du grand âge » lancé par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France en 2019	4
III.	Modalités du cahier des charges de la mission du CRT.....	5
III.1	Porteurs du projet	5
III.2	Missions de CRT.....	5
III.3	Financement.....	5
III.4	Modèle d'organisation d'un CRT	6
III.5	Gouvernance et partenariats	8
IV.	Fonctionnement du CRT	9
IV.1	Volet 1	9
IV.1.1	Publics cibles.....	9
IV.1.2	Prestations proposées au titre du volet 1	10
IV.1.3	Partenariats spécifiques	10
IV.1.4	Financement.....	11
IV.2	Volet 2	11
IV.2.1	Publics cibles.....	11
IV.2.2	Prestations apportées par l'accompagnement renforcé	13
IV.2.3	Modèles organisationnels	14
➤	Modèle de services intégrés.....	14
➤	Modèle de service partenarial	15
IV.2.4	Système d'information	15
IV.2.5	Professionnels de l'accompagnement renforcé.....	15
IV.2.6	Partenariats spécifiques de l'accompagnement renforcé.....	17
IV.2.7	Financement.....	18
V.	Suivi et évaluation de l'activité et d'évaluation du déploiement de la mission CRT.....	19
VI.	Procédure de l'appel à candidatures.....	21
VI.1	Publicité de l'appel à candidatures	21
VI.2	Critères de sélection des projets.....	21
VI.3	Composition du dossier.....	22
VI.4	Calendrier de mise en œuvre	23
VI.5	Modalités d'envoi de candidature	23
VII.	Communauté de pratiques.....	23

I. Cadre réglementaire

- Article L. 313-12-3 du code de l'action sociale et des familles issu de l'article 47 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2022
- Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la Sécurité sociale pour 2022, notamment ses articles 44 et 47
- Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Arrêté du 5 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile (DRAD) pour les personnes âgées (Journal officiel de la République française du 16 octobre 2020)
- Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées (Journal officiel de la République française du 29 avril 2022)
- Instruction interministérielle n° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2022/108 du 12 avril 2022 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2022
- Instruction n° DGCS/SD3A/2022/113 du 15 avril 2022 relative à l'appel à candidatures portant sur le déploiement de la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées

II. Contexte

II.1 Cadre stratégique

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2022 pose, dans son article 47, le cadre législatif à la création d'une nouvelle mission facultative de centre de ressources territorial (CRT) pour les personnes âgées. Il s'agit de développer une alternative à l'entrée à l'établissement. Un décret, un arrêté ainsi qu'une instruction ministérielle ont consacré ce dispositif (cf. cadre réglementaire) dont le déploiement de la mission de CRT relève des agences régionales de santé.

Depuis de nombreuses années, l'Agence Régionale de Santé de la Région Île-de-France (ARS) a à cœur d'investir dans de nouveaux modèles d'accompagnement des personnes âgées.

En effet, l'évolution démographique de la population d'Île-de-France conduit l'ARS à adapter et développer son offre d'accompagnement au regard notamment de l'évolution du risque de perte d'autonomie et d'évolution de la dépendance des personnes âgées. D'ici 2030, la région connaîtra une forte croissance de sa population âgée dépendante, localisée principalement en grande couronne.

Le déploiement de la nouvelle mission de CRT s'inscrit pleinement dans la continuité de la stratégie régionale sur le champ des personnes âgées.

Le présent appel à candidature (AAC) pour le déploiement de la mission de CRT constitue le 3^{ème} AAC. A la suite des AAC 2023 et 2024, 38 porteurs de projet, sur une cible de 62, déploient aujourd'hui cette mission sur le territoire de la Région Île-de-France.

II.2 Objectifs du projet

La mission de CRT consiste à maintenir à domicile des personnes âgées par un accompagnement renforcé, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus adapté. Il s'agit ici de développer une alternative à l'entrée en institution.

Le développement de cette mission vise ainsi à positionner le porteur de projet comme un facilitateur du parcours de santé des personnes âgées du territoire vivant au domicile, ainsi que les professionnels, en charge de leur accompagnement, par une mission d'appui.

La mission de CRT peut être portée par un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou un service à domicile [service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), service autonomie à domicile (SAD)].

Cette mission comporte deux modalités d'intervention, qui devront toutes deux être menées conjointement par le porteur de projet :

- **Volet 1 : une mission d'appui aux professionnels du territoire ;**
- **Volet 2 : une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.**

La valorisation des missions réalisées par des structures identifiées CRT permet également de développer et renforcer l'attractivité des métiers et des parcours professionnels dans le champ du grand âge.

Par la mise en place des CRT, l'ARS vise en particulier à :

- Améliorer la qualité, la sécurité et la continuité des soins dispensés aux personnes âgées à domicile ;
- Favoriser le maintien à domicile et limiter l'institutionnalisation ;
- Prévenir la perte d'autonomie ;
- Améliorer la coordination ou apporter une expertise aux acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes âgées ;
- Promouvoir une coordination et une mutualisation territoriale des ressources.

Le présent AAC s'inscrit dès lors dans la dynamique de la stratégie de l'ARS au bénéfice des personnes âgées avec pour objectif de sélectionner **13 CRT au 1^{er} janvier 2026 sur la Région Île-de-France (cf. annexe 1). Ces CRT ont vocation à se déployer sur le territoire des dispositifs d'appui à la coordination (DAC).**

II.3 Articulation avec le dispositif Services Renforcés à Domicile issu de l'appel à manifestation d'intérêt « Des solutions innovantes pour faire face au défi du grand âge » lancé par l'ARS en 2019

Les porteurs de projets du dispositif expérimental Services Renforcés à Domicile « SRAD » ont la possibilité de postuler à cet AAC en vue d'une mise en œuvre fixée au 1^{er} janvier 2026.

Si le projet est sélectionné par l'ARS, il sera alors mis fin à ce dispositif.

Le financement au titre du CRT se substituera à celui alloué dans le cadre du SRAD.

Il incombera au porteur de projet lauréat de la mission CRT de mettre en réserve les crédits correspondants au déploiement du SRAD qui feront l'objet d'une reprise lors de la 1^{ère} campagne budgétaire 2026.

III. Modalités du cahier des charges de la mission du CRT

III.1 Porteurs du projet

La nouvelle mission facultative de CRT peut être portée, dans les conditions fixées par l'arrêté du 27 avril 2022 :

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

III.2 Missions de CRT

Les deux modalités d'intervention, qui **devront toutes deux être menées conjointement par le porteur de projet**, sont définies comme suit :

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

III.3 Financement

Une dotation annuelle de **400 000 €** (quatre cent mille euros) sera versée aux structures retenues dans le cadre de l'appel à candidatures pour remplir la mission de CRT dans ses deux volets.

Cette allocation financière ne se substitue pas aux autres sources de revenus déjà perçues par l'établissement ou le service porteur. Elle n'a pas vocation à financer des actions déjà payées par ailleurs et ne nécessitant aucun complément de financement (à titre d'exemple, des actions du volet 1 déjà réalisées et financées par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ou par la dotation complémentaire versée aux SAD par le conseil départemental).

Cette dotation, comme les prestations qu'elle finance, s'ajoutent aux subventions versées aux services à domicile pour dispenser des prestations d'aide ou de soins à domicile.

Aucune participation financière ne peut être demandée aux bénéficiaires des prestations du CRT (en dehors de prestations optionnelles).

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

- o Un temps de chefferie de projet dédié est financé, notamment pour assurer la coordination administrative, la gestion budgétaire et comptable, la gestion des ressources humaines et la gestion des systèmes d'information ;
- o La somme fléchée vers le volet 1 doit permettre de financer le socle de prestations attendues dans le volet 1 ;
- o La somme fléchée vers le volet 2 doit permettre de financer une offre d'accompagnement renforcé à domicile pour une file active de 30 bénéficiaires minimum, financée à hauteur de 900€ par mois par bénéficiaire.

Dans l'hypothèse d'un portage par un service à domicile, le fonctionnement de CRT **repose sur un conventionnement avec un EHPAD partenaire** pour assurer les missions du volet 1 et pour organiser, pour ce qui concerne le volet 2, la mise à disposition d'un temps de médecin coordonnateur qui assure une présence effective dans l'EHPAD. Les prestations apportées par l'EHPAD y sont définies et facturées par l'EHPAD au service porteur de la mission de CRT.

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

La dotation est versée selon les modalités suivantes en fonction du porteur du projet :

- Pour les EHPAD, au titre d'un financement complémentaire de la dotation soins de l'EHPAD (II de l'article R. 314-163 du CASF) ;
- Pour les SAD mixtes et SSIAD, dans le cadre de la dotation globale de soins (article R. 314-137 du CASF) ;
- Pour les SAD aide, la dotation est versée à l'EHPAD partenaire au titre d'un financement complémentaire de la dotation soins ; la convention entre l'EHPAD et le service porteur, qui est obligatoirement conclue, prévoit alors les modalités de reversement des financements dus au SAD aide.

III.4 Modèle d'organisation d'un CRT

La mission de CRT peut être portée soit par un EHPAD, en lien avec des services à domicile, soit par un service à domicile, sur la base d'un conventionnement avec un EHPAD.

Cette convention a pour objet la mise à disposition des ressources nécessaires à la réalisation des prestations du volet 1 (locaux, équipements, accès aux ressources de santé, etc.), 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.

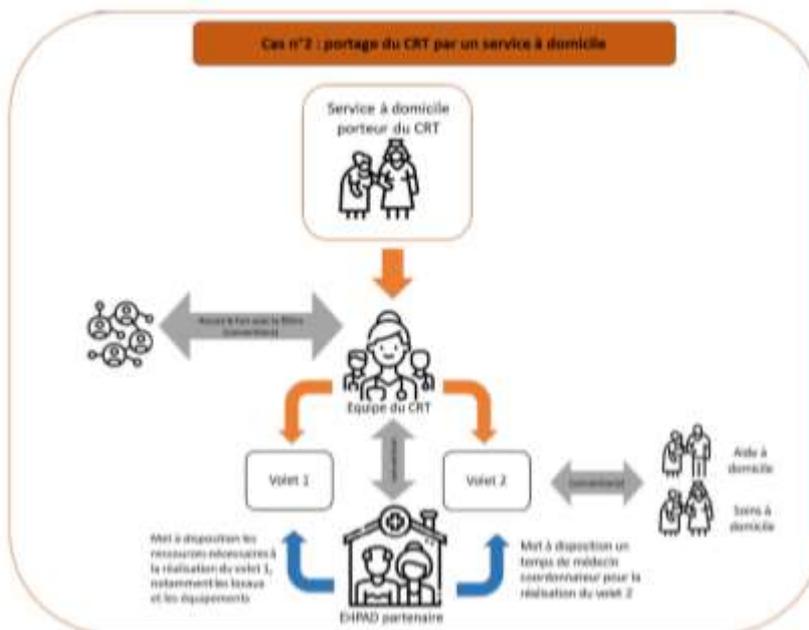
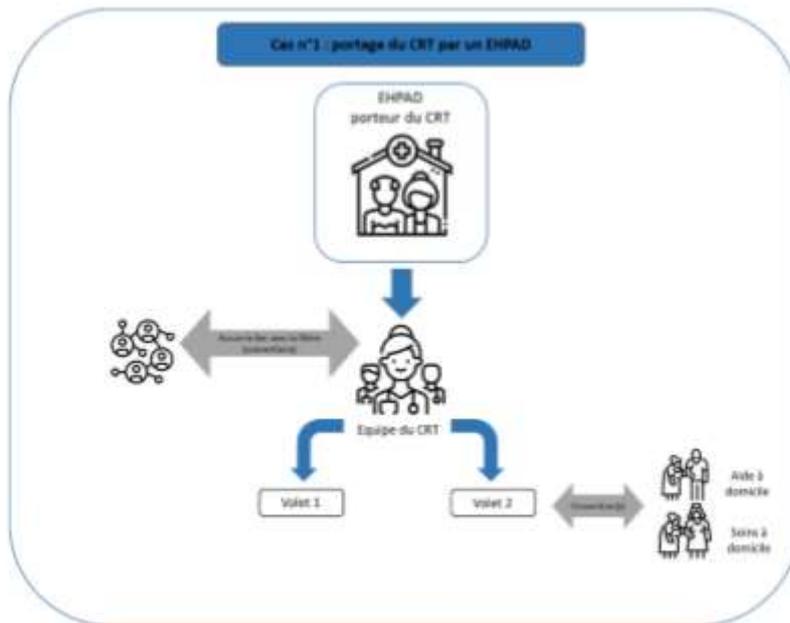
Que la mission soit portée par un EHPAD ou un service à domicile, la complémentarité entre les deux modalités d'intervention, au sein des murs de l'EHPAD (porteur ou partenaire) et au domicile des bénéficiaires, est notamment assurée grâce à un temps de direction et de chefferie de projet dédiés à la mise en œuvre de cette nouvelle mission.

Les équipes, assurant 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 (volet 1 et 2).

La nouvelle mission est ainsi pensée comme un prolongement de l'action classique de la structure et doit s'articuler avec le fonctionnement habituel de celle-ci.

Si la mission de CRT est portée par un service à domicile, une attention devra également être portée à l'articulation avec les équipes qui assurent les missions classiques de l'EHPAD partenaire, dans le cadre du conventionnement passé avec lui.

Les deux modalités de portage d'un CRT sont les suivantes :



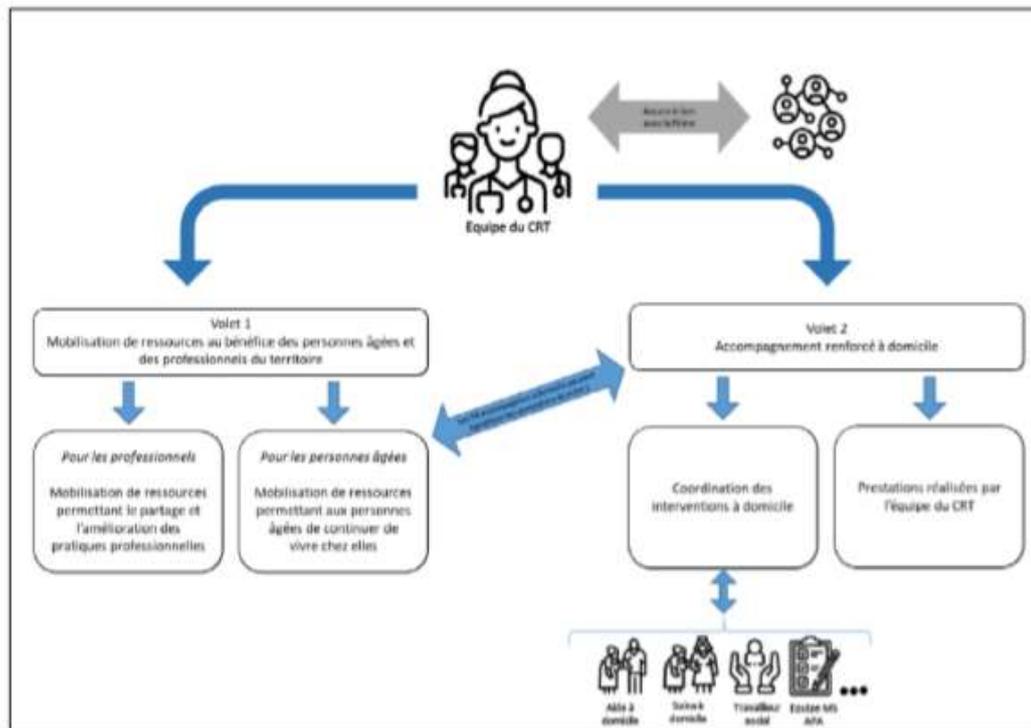
La mission du CRT se compose de deux volets qui interviennent nécessairement en complémentarité. Aussi, les bénéficiaires de l'accompagnement renforcé au domicile (volet 2) doivent pouvoir participer aux actions mises en place au titre du volet 1 [exemples : accès aux ressources de santé (consultations et télésanté, actions de prévention et repérage)], et aux activités en faveur de l'animation de la vie sociale.

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

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

Certains postes de dépenses partagés, tels que la mise en place de moyens de transports, peuvent bénéficier aux deux volets de la mission de CRT.

Le rôle de l'équipe du CRT peut être schématisé comme suit :



III.5 Gouvernance et partenariats

L'action du CRT repose sur de nombreux partenariats qui doivent être déterminés dans le dossier de candidature (lettres d'engagement par exemple).

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

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

L'animation des partenariats constitue un point essentiel pour le bon fonctionnement du CRT et l'effectivité de ses missions sur le territoire. Elle repose sur des conventions permettant de préciser les articulations avec les structures de droit commun (et notamment celles financées ou cofinancées par le conseil départemental).

Le gestionnaire doit en conséquence définir une instance de pilotage de la mission de CRT avec

les acteurs et partenaires du territoire en s'appuyant sur les instances de concertation et de coordination territoriales existantes.

Dans le cadre des prestations mises en œuvre, l'ARS s'assurera que la structure établisse des partenariats en particulier avec les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, les acteurs de la prévention, de la coordination, les professionnels du domicile ou encore les acteurs associatifs de son territoire d'intervention.

Le porteur de projet veillera à porter une attention particulière à l'articulation avec l'offre d'expertise déjà existante (cf. annexe 2). Le tableau présenté au sein de cette annexe regroupe les partenariats nécessaires pour la réalisation des prestations dans les deux volets ; ceux-ci sont toutefois susceptibles de varier selon les territoires et les configurations locales.

IV. Fonctionnement du CRT

La mission de CRT se compose de deux volets complémentaires :

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

IV.1 Volet 1

Au titre du volet 1, le CRT mobilise des compétences et des actions favorisant le maintien au domicile des personnes âgées.

IV.1.1 Publics cibles

Les publics cibles sont :

- **Les personnes âgées, sans condition de niveau de GIR, et leurs aidants**, en particulier les personnes bénéficiant du volet 2 mais plus largement les personnes âgées du territoire résidant à leur domicile ; ce terme est entendu au sens large (résidence principale ; résidence autonomie ; résidence seniors ; etc.). L'objectif consiste à mobiliser toutes les ressources pertinentes pour permettre à ces personnes, en complément de l'accompagnement à domicile, de vieillir chez elles ; le porteur de projet veillera à ce que les ressources disponibles, en particulier celles des EHPAD associés au dispositif, qui bénéficient généralement exclusivement aux résidents de l'EHPAD, soient mises à disposition de personnes âgées résidant à domicile ;
- **L'ensemble des professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées**, dans l'objectif d'améliorer les pratiques professionnelles et de partager les bonnes pratiques (exemples : personnels de services à domicile, d'EHPAD ou de résidences autonomie).

IV.1.2 Prestations proposées au titre du volet 1

Les actions listées au sein de ce cahier des charges (cf. annexe 3) ne sont pas exhaustives.

Il n'est pas attendu que le porteur propose l'intégralité des actions mentionnées dans le présent cahier des charges. Le porteur de projet est également libre de proposer des actions qui n'apparaissent pas dans cette liste mais qui répondent aux trois champs d'interventions détaillés ci-après.

Ces actions **doivent s'articuler avec les acteurs déjà présents** sur le territoire afin de veiller à ce qu'elles répondent à **un besoin du territoire** qui jusque-là n'était pas ou insuffisamment couvert (DAC, ESP, CPTS, conférence des financeurs, CLIC, etc.) ; à partir d'un diagnostic partagé.

Le DAC, à titre d'exemple, agit comme relais d'information et d'orientation vers le CRT. Il utilise les supports de communication et d'information fournis par le CRT. De plus, le CRT organise, en collaboration avec le DAC, les prestations proposées sur le territoire (planification, logistique, évaluation, etc.).

Dans le cadre du volet 1, le CRT devra réaliser **au minimum une action** dans chacun des trois champs d'interventions suivants :

- Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention ;

Sur ce point, le CRT devra lutter contre les chutes des personnes âgées, en déployant au moins une activité en lien avec le plan antichute des personnes âgées

- Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants ;
- Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques. Les CRT sont invités à organiser des actions d'information, de sensibilisation à destination des professionnels et bénévoles sur l'accompagnement de la fin de vie et les soins palliatifs. De plus, il est fortement recommandé d'inviter les instituts de formation en Soins Infirmiers, d'Aides-Soignants, en Masso-Kinésithérapie ainsi que les médecins en formation (établissements de santé ; médecin généraliste ; etc.).

IV.1.3 Partenariats spécifiques

Si le porteur du CRT est un service à domicile, un partenariat conventionné avec un EHPAD, doit être organisé. Si le service à domicile porteur du CRT peut réaliser lui-même certaines prestations, les locaux, équipements et compétences de santé dont dispose l'EHPAD partenaire doivent pouvoir être mobilisés pour remplir les exigences du volet 1.

L'articulation avec les dispositifs d'information et de coordination existants, notamment les communautés professionnelles territoriales de santé et les DAC, doit être systématiquement recherchée dans une volonté d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes notamment dans des contextes de cumul des problématiques.

Parmi les partenariats transverses, le CRT doit se rapprocher, pour la mise en œuvre du volet 1, tout particulièrement des hôpitaux de proximité présents sur le territoire couvert dans un souci d'efficacité de l'articulation de l'offre d'expertise déjà présente sur ledit territoire.

IV.1.4 Financement

S'agissant du volet 1, l'enveloppe allouée peut financer des moyens humains ou matériels (liste non exhaustive) :

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

- Moyens matériels :
 - o Aménagement des locaux et achat de matériel pour la réalisation des actions de CRT
 - o Mise à disposition d'un transport pour faciliter la mobilité des bénéficiaires quand aucun autre type de transport n'est disponible

IV.2 Volet 2

Le volet 2 du CRT est dédié à l'accompagnement renforcé à domicile. Il s'agit ainsi d'actions visant à étayer et renforcer l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à leur domicile.

L'accompagnement renforcé à domicile des personnes est mis en œuvre lorsque les prestations « classiques » ne suffisent plus.

Le volet 2 repose sur 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.

Il suppose que le porteur s'associe au(x) SSIAD, ou SAD intervenant au domicile des bénéficiaires.

Des prestations d'accompagnement renforcé (sécurisation de l'environnement, gestion du parcours de soins, etc.) sont proposées par le porteur du projet **en complémentarité** avec les autres acteurs intervenants auprès de la personne et de son aidant.

Une articulation avec le DAC référent sur le territoire du porteur souhaitant assurer la mission de CRT devra être présentée dans le dossier de candidature, notamment sur le volet 2.

IV.2.1 Publics cibles

Le volet 2 du CRT a pour finalité de proposer une solution aux personnes âgées en situation de **perte d'autonomie (GIR 1 à 4) qui souhaitent rester à leur domicile**, pour lesquelles un accompagnement « classique » des services du domicile n'est plus suffisant et qui seraient de prime abord orientées vers un établissement d'hébergement adapté. Ce sont ainsi des personnes ayant besoin d'un panier de services d'accompagnement large justifiant une coordination renforcée. A cet égard, le projet devra préciser les critères d'inclusion et prévoir le suivi des caractéristiques du public effectivement accompagné.

Les bénéficiaires, compte-tenu de leur perte d'autonomie, ont 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.

Il s'agit de personnes résidant à une distance du CRT et de ses partenaires, compatible notamment avec l'organisation de l'astreinte et de la garde itinérante de nuit (si elle doit être assurée par

l'équipe dédiée à l'accompagnement renforcé), dans la limite du territoire d'intervention défini par le porteur du projet en lien avec l'ARS.

Pour l'admission des bénéficiaires, sont priorisées les situations suivantes :

- Le retour d'hospitalisation ;
- Le logement inadapté ;
- L'absence d'aidant à proximité ;
- L'isolement de la personne ;
- Les situations orientées par le DAC du territoire.

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

➤ **Admission dans le dispositif**

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

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

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

- Visite à domicile, qui peut être commune entre plusieurs structures pour éviter la multiplication de ces visites d'évaluation ;
- Évaluation médicale par le médecin coordonnateur de l'EHPAD porteur ou partenaire 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 CRT, dont la file active ne peut pas être inférieure à 30 personnes.

➤ **Sortie du dispositif**

La sortie du dispositif peut intervenir dans plusieurs situations :

- Le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée supérieure à 3 mois ;
- Le bénéficiaire souhaite quitter le dispositif ;
- Le bénéficiaire change de lieu de vie pour une entrée en EHPAD ou en unité de soins longue durée (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.

IV.2.2 Prestations apportées par l'accompagnement renforcé

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

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

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

Il n'est pas obligatoire pour les professionnels du CRT de réaliser eux-mêmes les prestations d'accompagnement (aide et soins) : cela reste à la discrétion du porteur de projet. En revanche, ces professionnels doivent **coordonner les acteurs** autant que de besoin et permettre aux bénéficiaires d'accéder à l'ensemble des prestations complémentaires au droit commun prévues par cet accompagnement particulier, qui repose sur une expertise complémentaire gériatrique et gériatrique.

En accord avec les partenaires du dispositif, l'accompagnement renforcé permet au bénéficiaire et à ses aidants de s'adresser à un interlocuteur unique, plutôt qu'à une pluralité d'acteurs intervenants au domicile. Ainsi, le dispositif simplifie la réalisation des actions des différents intervenants et décharge le bénéficiaire et son aidant de l'organisation et du suivi de l'accompagnement.

Le dispositif propose une offre de services modulable et intégrée, c'est-à-dire la possibilité d'accéder à une diversité de prestations relevant notamment de l'aide et de l'accompagnement, du soin, des repas et des activités, par une mise en place personnalisée et coordonnée des prestations.

L'accompagnement renforcé est mis en place de façon graduée lorsque les interventions déjà déployées au domicile ne suffisent plus à assurer le maintien à domicile dans de bonnes conditions. Il n'a pas vocation à se substituer aux compétences et aux missions assurées par les intervenants au domicile, tels que les professionnels libéraux (IDEL), les SSIAD, ou SAD qui assureront un premier niveau de coordination de l'aide et du soin. **L'accompagnement renforcé intervient en complémentarité des acteurs du droit commun qui interviennent au domicile du bénéficiaire.**

Afin de mieux repérer les prestations réalisées par l'accompagnement renforcé, le détail des prestations « socle » par domaine d'intervention est indiqué dans l'annexe 5.

Les transports entre le domicile et le CRT peuvent également être financés en partie sur le volet 1 de la mission.

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

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

Les prestations peuvent être fournies directement par le porteur du CRT ou bien coordonnées par lui. Les prestations coordonnées peuvent alors être produites par des partenaires (SSIAD/SAD, intervenants libéraux) ou prestataires, mais la bonne organisation de ces prestations incombe à l'équipe de coordination du CRT.

Les conventions qui relient le porteur de projet et ses partenaires sont, par conséquent, de différentes natures (engagement de services, contrats de services). Celles-ci doivent encadrer les relations contractuelles et prévoir notamment des clauses relatives à la responsabilité du gestionnaire et de ses partenaires dans la mise en œuvre des prestations.

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

IV.2.3 Modèles organisationnels

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

Dans une logique de parcours de la personne âgée et des aidants, deux modèles organisationnels sont envisagés : un modèle de services intégrés et un modèle fondé sur les partenariats.

➤ **Modèle de services intégrés**

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

➤ **Modèle de service partenarial**

Ce modèle d'organisation prévoit un cadre de collaboration très structuré avec les acteurs traditionnels du secteur du domicile (SSIAD, SAD, etc.). 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 CRT 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 une dynamique de coopération avec les acteurs externes, du fait de la diversité des intervenants au domicile du bénéficiaire.

Le porteur de projet mentionnera dans son dossier de candidature le degré d'intégration des prestations ainsi que les raisons de son choix organisationnel.

IV.2.4 Système d'information

Le système d'information permettra la mise en commun des données utiles à l'information et la coordination des acteurs du dispositif (professionnels de santé, médico-sociaux, aidants).

Le CRT s'inscrit dans le programme ESMS numérique. Il intégrera les outils et interopérabilités facilitant l'information et la coordination des acteurs : la MSS, un accès DMP, PPCS, agendas partagés, annuaires de description de l'offre du territoire (ROR, RPPS, FINESS, etc.). Il pourra intégrer ou faire appel à des outils d'évaluation (fragilité, évaluation multidimensionnelle...) facilitant l'inclusion dans le dispositif.

Le système d'information gèrera les accès à l'information de santé selon le profil de chaque professionnel de santé ou médico-social y accédant et intégrera la gestion du consentement de la personne et la traçabilité des accès à l'information de santé et sa conservation conformément à la réglementation. Les informations de santé du système seront hébergées auprès d'un tiers certifié HDS. Le périmètre des informations partagées devra être défini dans le cadre de concertation entre les acteurs du parcours. L'apport de nouvelles technologies à domicile devra intégrer une réflexion éthique et s'appuyer sur son appropriation, tant par les usagers que par les professionnels. Un accompagnement et une formation des différents professionnels intervenants auprès du bénéficiaire sera donc à prévoir dans le cadre de la montée en charge.

De par sa mission, le CRT doit structurer à l'échelle territoriale, une organisation de la prise en charge globale, avec un ensemble d'intervenants des champs sanitaire, médico-social et social pour organiser la prise en charge du bénéficiaire à son domicile. Cette organisation doit dès lors être outillée. Pour cela, Santélien, la solution régionale de coordination eParcours, doit être analysée par le porteur pour en identifier le meilleur usage afin de faciliter les échanges et le partage entre les acteurs impliqués dans la prise en charge et dans cette organisation.

Pour rendre visible l'offre du CRT, les contacts pertinents pour les partenaires, ainsi que son territoire d'intervention, le CRT doit se décrire dans le ROR.

IV.2.5 Professionnels de l'accompagnement renforcé

La majorité 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 renforcé sont à minima les suivants :

- **le médecin du dispositif** : participation à l'évaluation pour l'admission au sein du dispositif,

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

Les missions du médecin coordonnateur sont en particulier orientées sur l'évaluation du parcours des bénéficiaires du dispositif du CRT. Cette évaluation inclut la hiérarchisation des objectifs de soins avec le médecin traitant (fiche « urgence pallia ») ; l'évaluation gériatrique de la personne (évaluation gériatrique standardisée) ; la tenue et l'actualisation du dossier médical de la personne (volet de synthèse médicale, directive anticipée de la personne).

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. Il assure la coordination des interventions des professionnels à domicile (soins, accompagnement, activités de la personne), particulièrement en l'absence de SAD, et d'HAD et de mobiliser, si besoin, les expertises complémentaires. Ce coordinateur est également chargé d'évaluer la situation des personnes, d'élaborer le plan d'accompagnement personnalisé et d'assurer son suivi et son adaptation si besoin. Le coordinateur est l'interlocuteur privilégié des personnes en perte d'autonomie à domicile et de leurs aidants ;
- **L'infirmier (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 :
 - o La mise en œuvre et la coordination du volet soins et accompagnement particulièrement en l'absence de SAD et d'HAD
 - o Des missions de garde itinérante et de surveillance à domicile complémentaires au droit commun (qui doivent prioritairement être financées dans le cadre du plan d'aide APA domicile et, dans ce cadre, être assurées par un SAD)
 - o L'assistance à la réalisation d'actes de téléconsultation et d'expertise à domicile
 - o L'aide au suivi des programmes d'éducation thérapeutique du patient et du parcours vaccinal
 - o La participation à l'astreinte soignante 24h/24 et 7j/7 dont l'objectif consiste notamment à assurer (i) une réponse rapide et appropriée aux situations d'urgence et (ii) une coordination fluide entre les différents acteurs par la rédaction de procédures (astreinte soignante ; services à domicile ; pompiers, etc.).
L'astreinte soignante est réalisée par un soignant. Elle consiste en une astreinte téléphonique avec, si nécessaire, un déplacement au domicile du bénéficiaire pour une levée de doute. Cette astreinte soignante a vocation à intervenir uniquement pour des besoins ponctuels, non programmés ou pour des besoins spécifiques liés aux troubles cognitifs et maladies neuro-dégénératives.
- **L'ergothérapeute** : évaluation des besoins et accompagnement des bénéficiaires en termes d'aides techniques et d'aménagement du logement et suivi du dossier jusqu'à mise en œuvre des recommandations ;
- **Le psychologue** pour l'accompagnement des bénéficiaires et leurs aidants (ex : repérage des situations à risque d'épuisement) ;
- **L'animateur** pour la mise en œuvre des activités collectives ou individuelles favorisant le lien social. Ce professionnel peut être partagé sur le volet 1.

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

- Les SAD pour l'accompagnement aux actes essentiels et de la vie quotidienne ;
- Les services de soins sanitaires et médico-sociaux : les services d'HAD, les SSIAD, les SAD mixtes ;
- Les professionnels de soins libéraux : médecins traitants, IDEL, kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens ;
- Les équipes médico-sociales « Allocation personnalisée d'autonomie » (APA) du département pour le repérage des personnes pouvant être accompagnées par le dispositif et l'information sur son fonctionnement et les ressources du territoire ;
- Les travailleurs sociaux des services territoriaux pour le repérage des bénéficiaires et de leurs aidants, l'information sur les démarches à réaliser, l'aide à l'ouverture des droits, la préparation du contrat d'accompagnement et son suivi.

IV.2.6 Partenariats spécifiques de l'accompagnement renforcé

La mission de CRT dédiée aux personnes âgées à leur domicile repose sur un partenariat étroit et opérationnel avec les acteurs de proximité, outre les partenariats transverses précités. Il noue et entretient des liens avec des professionnels et gestionnaires variés : libéraux et salariés, établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Cette mission implique une coordination nouvelle et renforcée entre les structures et professionnels des EHPAD et du domicile. La définition des rôles et des modalités de coopération entre professionnels doit être clairement partagée. Les partenariats doivent être dûment formalisés afin de bien définir les modalités de coordination entre les acteurs et auprès des bénéficiaires.

➤ *Rôle du médecin traitant*

Le rôle du médecin traitant est central dans le dispositif. En complément du partage d'informations au moment de l'admission, l'équipe assurant la coordination des actions, et particulièrement le médecin coordinateur rattaché au dispositif, veillera à l'associer régulièrement et à lui transmettre les informations relatives au suivi du plan de soins et d'accompagnement.

➤ *Dispositifs de coordination agissant pour favoriser le parcours de santé :*

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

C'est le cas pour le DAC ; en effet, les DAC viennent prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment au cumul de difficultés. Ils permettent d'apporter des réponses adaptées et coordonnées entre les professionnels, quels que soient la pathologie, l'âge de la personne qu'ils accompagnent ou la complexité de son parcours de santé.

Les DAC seront ainsi saisis par l'équipe chargée de l'accompagnement renforcé du CRT ou orienteront vers l'équipe chargée de l'accompagnement renforcé en fonction des situations.

L'action des DAC peut être conçue en complémentarité / subsidiarité de celle de l'accompagnement renforcé à domicile qui s'attache à mettre en place une coordination « du quotidien, au domicile de la personne ». Le recours à cet accompagnement peut utilement compléter l'action menée par le DAC sur le volet prise en charge en santé. A l'inverse, le CRT peut faire appel au DAC autant que de besoin dès qu'il a repéré une situation comme étant complexe.

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

Afin de répondre de manière coordonnée et adaptée au contexte territorial entre professionnels et organisations des services, il est donc nécessaire qu'une convention soit conclue entre le DAC et le CRT pour déterminer notamment leurs missions respectives et leur collaboration (exemples : procédure d'admission ; coordination des interventions ; information sur les évolutions du projet d'une personne ; accompagnement social spécifique).

La coopération du CRT avec l'hôpital de proximité ou le service d'urgence le plus proche intègre le suivi renforcé en cas de besoin d'hospitalisation, au travers notamment d'hospitalisation directe. La coordination des soins doit également intégrer le rôle des structures collectives de soins (exemple des CPTS/MSP) en tant qu'acteur qui oriente et organise les parcours de santé et participe à l'animation territoriale de la prévention.

➤ *HAD*

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

Lorsqu'une HAD est positionnée et dans le cas d'une intervention conjointe SSIAD-SAD/HAD, la répartition des soins de nursing et des soins infirmiers entre le SSIAD--SAD et l'HAD ou même l'IDEL intervenant au domicile doit être partagée avec l'équipe d'accompagnement renforcé ; le plan de d'accompagnement et de soins devra en effet être revu.

Les soins réalisés par les professionnels de santé salariés de l'HAD ou libéraux ayant une convention avec l'HAD sont également à intégrer au plan d'accompagnement et de soin et porter à la connaissance de l'équipe d'accompagnement renforcé.

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

- Est responsable de la prise en charge médicamenteuse et de la gestion du circuit du médicament ;
- Assure les soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, la continuité des soins et organise la permanence notamment le soir et le week-end.

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

➤ *Porteurs de la structuration du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH)*

Les CRT et les structures HTSH sont invités à collaborer.

Les structures HTSH peuvent se mettre en contact avec des porteurs de CRT pour des résidents HTSH (GIR entre 1 à 4) qui, à l'issue de leur séjour, ont besoin d'un accompagnement renforcé à domicile.

Dans le cadre de la gestion des situations d'urgence ou de crise, les CRT peuvent se rapprocher des structures HTSH pour que ces dernières puissent accueillir sur une place HTSH durant 30 jours maximum des bénéficiaires du volet 2 dont l'état de santé se dégrade et qui nécessite des soins médicaux pouvant être dispensés par les EHPAD/USLD permettant ainsi d'éviter une hospitalisation. Le séjour est financé selon les modalités habituelles du dispositif HTSH, avec un reste à charge du bénéficiaire à hauteur de 20 € par jour.

IV.2.7 Financement

Une dotation annuelle à hauteur de 400 000 € est versée aux structures retenues dans le cadre de l'AAC pour remplir la mission de CRT dans ses deux volets.

La dotation allouée peut être répartie librement entre les deux modalités d'intervention de la mission, sous réserve notamment que la somme fléchée vers le volet 2 permette de financer une offre d'accompagnement renforcé à domicile pour une file active de 30 bénéficiaires minimum, financée à hauteur de 900€ par mois par bénéficiaire ; en d'autres termes, si 30 bénéficiaires bénéficient du volet 2, la dotation au titre du volet 1 s'élève à 76 000 €.

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

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

Coûts de fonctionnement :

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

Investissements :

- Le cas échéant, des licences informatiques pour des logiciels de coordination, de visioconférence
- Achat d'outils numériques pour les actes de télésanté (téléconsultations, télé expertise et télé soin notamment) et les loisirs (tablettes à domicile et objets connectés)
- Coûts d'ingénierie de projet : frais de formation du personnel

V. Suivi et évaluation de l'activité et d'évaluation du déploiement de la mission CRT

L'évaluation du dispositif sera portée par une instance composée des directeurs d'établissements inclus dans le projet, du médecin coordonnateur, du coordinateur du CRT et de la délégation départementale de l'ARS du département concerné et d'un représentant de la direction de l'autonomie de l'ARS. L'évaluation sera réalisée à partir des indicateurs décrits notamment ci-dessous.

Les porteurs du projet devront transmettre sous forme de rapport d'activité les indicateurs de suivi ci-après avant la date du 30 avril de l'année N+1 qui suit le démarrage du dispositif puis chaque année à la même date. D'autres indicateurs pourront être sollicités ultérieurement du porteur de projet en particulier de la Caisse nationale de l'Assurance maladie, la Direction générale de la cohésion sociale et l'ARS.

Les indicateurs transversaux	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de personnes bénéficiant à la fois de prestations du volet 1 et du volet 2- Composition de l'équipe du CRT (ETP et qualifications)- Liste des partenaires du CRT et gouvernance mises en place avec eux- Nombre de conventions passées avec d'autres acteurs de la filière
-------------------------------------	--

Indicateurs - Volet 1	Indicateurs - Volet 2
Indicateurs quantitatifs	Indicateurs quantitatifs
<p>S'agissant des effets sur les personnes âgées du territoire ne bénéficiant pas de la prestation hébergement et leur(s) aidant(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes âgées du territoire ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 - Nombre d'aidants ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 - Nombre de prestations de télésanté réalisées par un professionnel de l'EHPAD (téléconsultations accompagnées, télé expertises sollicitées, et le cas échéant, actes de télé soin) <p>Pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions améliorant les pratiques professionnelles dont actions de sensibilisation, partage de bonnes pratiques, etc. - Nombre de professionnels ayant bénéficié d'une prestation du volet 1, dont nombre de professionnels d'un service à domicile ou d'un autre EHPAD 	<p>S'agissant des bénéficiaires de l'accompagnement renforcé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes dans la file active - Nombre d'entrées / sorties dont sorties temporaires (motifs et durée) - Nombre de prestations réalisées par domaine et par bénéficiaire de l'accompagnement - Existence d'une participation financière du bénéficiaire <p>Coûts du dispositif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Part du forfait consacré aux frais de fonctionnement / investissement - Détail du coût des prestations complémentaires dans les 4 domaines du volet 2 <ul style="list-style-type: none"> • Sécurisation de l'environnement de la personne • Gestion des situations de crise et soutien des aidants • Coordination renforcée autour de la personne • Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement des personnes âgées, animation de la vie sociale, appui au parcours de vie

Indicateurs qualitatifs	Indicateurs qualitatifs
<p>Profil des bénéficiaires (GIR, lieu de vie, etc.)</p> <p>Prestations proposées pour chacun des trois objectifs du volet 1</p> <p>Modalités de prise en charge d'un coût de transports vers le lieu de réalisation du volet 1 par le CRT lorsqu'aucune autre solution de mobilité ne peut être mobilisée</p> <p>Satisfaction des personnes ayant bénéficié d'une prestation du volet 1</p> <p>Retour d'expérience du gestionnaire du CRT</p>	<p>Modalités d'organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modèle organisationnel (intégré ou coordonné) - Organisation de l'astreinte de nuit 24/24 et 7/7 (IDE/AS) <p>File active et profil des bénéficiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Typologie des bénéficiaires : âge, sexe, situation au domicile, GIR - Motifs d'admission et de sortie <p>Prestations assurées dans le cadre de l'accompagnement renforcé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Typologie des prestations mises en œuvre : soins / accompagnement / sécurisation du domicile – panier de prestations type par bénéficiaire ; - Coordination : modalités / temps consacré ; - Articulation avec le droit commun ; <p>Satisfaction du service rendu ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction des bénéficiaires / aidants - Satisfaction des professionnels - Difficultés éventuelles

VI. Procédure de l'appel à candidatures

VI.1 Publicité de l'appel à candidatures

L'appel à candidatures fait l'objet d'une publication sur le site internet de l'ARS, dans la rubrique « appels à projets – appels à candidatures » :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/>

VI.2 Critères de sélection des projets

Ne sont pas éligibles :

- Les dossiers incomplets ;
- Les projets ne comportant pas les deux modalités d'intervention pour assurer le rôle de CRT ;
- Lorsque le porteur est un service à domicile, les projets ne prévoyant pas de conventionnement avec un EHPAD ;
- Les projets ne s'articulant pas avec les actions déployées par les lauréats de la mission CRT au titre de l'AAC 2023 et de l'AAC 2024 sur le territoire DAC concerné ;
- Les projets ne répondant pas aux dispositions législatives et réglementaires ;
- Les projets ne permettant pas de proposer aux personnes âgées une offre financièrement accessible.

Une lecture attentive des annexes du cahier des charges est recommandée.

Dans la sélection des projets par l'ARS, en lien avec les conseils départementaux, une attention particulière sera notamment portée sur les éléments ci-après, lesquels doivent figurer dans le dossier de candidature :

- Le territoire d'intervention des CRT : le déploiement du volet 1 porte sur l'intégralité du territoire DAC. Le déploiement du volet 2, sur ce même territoire DAC, est nécessairement plus restreint afin de garantir une logique de proximité et doit être précisé dans la candidature. Les structures porteuses seront sélectionnées au regard des territoires identifiés au sein de chaque département (cf. annexe 4) ; à noter que le porteur de projet ne peut pas déployer le CRT sur deux DAC différents ;
- La description détaillée du projet (exemples : actions, offre de service ; date de mise en œuvre) ainsi qu'un plan d'action permettant de déployer de manière effective la mission CRT au 1^{er} janvier 2026 ;
- L'articulation du projet présenté avec le déploiement des CRT sélectionnés au titre des AAC 2023 et 2024 ; une collaboration entre porteurs de CRT et les candidats est nécessaire pour optimiser la mise en œuvre des deux volets du CRT, leur visibilité et la communication sur le territoire ; les actions proposées par le candidat doivent intervenir notamment en complémentarité avec celles déjà mises en œuvre ;
- La collaboration du porteur de projet avec le DAC de son territoire ; il est fortement recommandé que le porteur travaille à la définition du CRT avec le DAC, sur les deux volets ;
- Une articulation renforcée entre le porteur de projet et la CPTS ; le médecin coordonnateur de l'EHPAD porteur ou partenaire et le coordinateur de la CPTS constituant des acteurs majeurs dans le déploiement du CRT. A ce titre, ils pourraient faciliter la coopération et l'intervention des professionnels libéraux au sein du CRT voire des EHPAD du territoire ;
- Les porteurs de projets qui concentrent des expertises diverses ou mettant en place des actions innovantes et disposant de compétences à diffuser sur le territoire identifié ;
- La démarche partenariale et pluridisciplinaire des actions du volet 1 et 2 ;
- L'inscription du porteur de projet dans une forte dynamique partenariale gérontologique (liens avec la filière gériatrique, l'HAD et le secteur sanitaire) ; le rattachement à un GCSMS peut être considéré comme un atout pour endosser les missions de CRT ;
- La qualité du diagnostic réalisé sur la place et le rôle des acteurs du territoire justifiant le

choix des prestations, l'organisation et les partenariats proposés par le porteur est un critère déterminant (proposition en faveur de l'amélioration de la qualité, du maillage territorial) ; le fait que les prestations proposées permettent d'améliorer la qualité et le maillage territorial de l'offre à destination des personnes âgées et répondent aux objectifs des plans en cours sera valorisé (exemples : plan antichute, stratégie vieillir en bonne santé, feuille de route maladies neuro dégénératives).

- Le fait que le porteur de projet ait d'ores et déjà développé des modalités d'accueil et de prestations spécifiques ou bien des modalités d'accompagnement démontrant une forte capacité fonctionnelle au bénéfice des personnes âgées ;
- La capacité du porteur à assurer une qualité de prestations 24h sur 24 et de répondre à l'urgence.

L'offre devra être financièrement accessible. Ainsi dans l'hypothèse où l'accompagnement renforcé à domicile ne permet plus à la personne âgée de continuer de vivre chez elle, le porteur doit être en mesure de proposer une solution d'hébergement en aval du volet 2 à un prix accessible.

L'accessibilité financière est assurée si l'EHPAD porteur ou partenaire est majoritairement habilité à l'aide sociale.

A défaut, le porteur :

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

L'EHPAD porteur ou partenaire doit bénéficier :

- D'un médecin coordonnateur conformément à la réglementation en vigueur ; le temps consacré par le médecin coordonnateur au déploiement du CRT intervient en complémentarité de son temps de présence prescrit par le Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (cf. article D312-156 du CASF) ;
- D'un temps effectif de cadre de santé ou d'infirmier coordonnateur (IDEC) ;
- Être engagé dans un dispositif d'astreinte IDE de nuit.

L'EHPAD porteur ou partenaire doit mettre à disposition un local ou une pièce équipés d'un système fixe de rafraîchissement de l'air à destination des résidents de l'EHPAD et des personnes âgées du territoire.

Pour les projets sélectionnés, la mission de CRT donnera lieu à une modification de l'arrêté d'autorisation de la structure retenue.

VI.3 Composition du dossier

Le dossier de candidature (cf. annexe 6) est à renseigner dans son intégralité. Les candidatures devront privilégier un format synthétique et conforme au modèle annexé.

Le dossier de candidature devra ainsi mentionner les éléments suivants :

- Les informations précédemment sollicitées (cf. VI. 2 Critères de sélection des projets) ;
- Une description du projet précisant son opérationnalité, la capacité du candidat à mettre en œuvre rapidement la nouvelle mission ainsi que l'articulation avec les CRT (volet 1 et volet 2) déjà présents sur le territoire DAC ;
- Le territoire d'intervention, qui tient compte de l'implantation de l'EHPAD porteur ou partenaire et de la file active cible du porteur sur le volet 2. Si le porteur est un service à domicile, le territoire d'intervention de la structure CRT peut être différent de celui défini dans l'autorisation en tant que SSIAD ou SAD mixte. Le périmètre de ce territoire

d'intervention est précisé dans la réponse à l'appel à candidatures et repris dans les conventions de partenariat et de coopération EHPAD-service. La zone d'intervention du CRT est définie en cohérence avec les territoires de parcours des personnes âgées tels que prévus dans les projets régionaux de santé et les schémas d'orientation et d'organisation départementaux ;

- Le diagnostic du territoire d'intervention choisi, fondé sur un état des lieux de l'offre de service et de santé de ce territoire, des besoins identifiés et une cartographie des acteurs ;
- Le modèle d'organisation choisi par le candidat ;
- Les partenariats prioritairement mis en œuvre ;
- Les actions susceptibles de relever de la mission de CRT faisant l'objet d'un financement par ailleurs (actions financées par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ou par la dotation complémentaire des services d'aide à domicile) ;
- Une information complète sur l'EHPAD porteur de projet ou partenaire ; sur ce point, les données sont en particulier les suivantes : temps de médecin qui assure une présence effective dans l'EHPAD (préciser si médecin coordonnateur/ médecin prescripteur/autres), temps d'infirmier coordinateur ; EHPAD engagé dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ; description des espaces et équipements permettant d'organiser les actions du volet 1.

Le dossier sera accompagné des documents suivants :

- Engagement écrit des partenaires parties prenantes au projet de CRT
- Budget prévisionnel en année pleine de la mission de CRT
- Organigramme et tableau synthétique des effectifs par volet

VI.4 Calendrier de mise en œuvre

Publication de l'appel à candidatures	14 mai 2025
Dépôt des candidatures	30 août 2025 inclus
Instruction des candidatures par l'ARS	Entre septembre et novembre 2025
Notification de sélection des dossiers et des financements	Novembre 2025
Démarrage de l'activité	1 ^{er} janvier 2026

VI.5 Modalités d'envoi de candidature

Les dossiers complets sont à adresser au format numérique au plus tard **le 30 août 2025** à l'adresse mail suivante : ars-idf-aap-medicosocial-pa@ars.sante.fr

Tout dossier réceptionné hors délai ne sera pas instruit.

VII. Communauté de pratiques

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé (sanitaires et médico-sociaux) (ANAP) a mis en place une Communauté de pratiques à destination des porteurs et potentiels porteurs de la mission CRT.

Cette Communauté de pratiques a pour objectif d'appuyer la généralisation du dispositif en accompagnant la mise en œuvre.

Dans ce cadre, l'ANAP met à disposition des potentiels porteurs des outils utiles à l'élaboration de la réponse à un AAC et au déploiement de la mission de CRT :

<https://www.anap.fr/s/article/centre-ressources-territorial-crt-ambition-nouvelle>

<https://www.anap.fr/s/centre-de-ressources-territorial>

Pour toutes informations complémentaires, il convient d'adresser un courriel à l'adresse électronique ci-après : resolution@anap.fr