

Direction de l'offre de soins et de l'autonomie  
Direction déléguée à l'autonomie

## ANNEXE 1

### CAHIER DES CHARGES

Cahier des charges pour la mise en œuvre de  
trois (3) Centres de Ressources Territoriaux (CRT)  
Pour les personnes âgées  
**SUR LE TERRITOIRE DE LA MARTINIQUE**

#### Cadre juridique

- Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ;
- Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées ;
- Décret n° 731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

#### Définition

La mission de centre ressources territorial (CRT) vise à permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant pour leur permettre de continuer de vivre chez elles. Il s'agit de développer une alternative à l'entrée en établissement, en particulier lorsque c'est le souhait de la personne concernée.

Le développement d'une mission de centre de ressources territorial vise à positionner la structure désignée comme un facilitateur du parcours de santé des personnes âgées du territoire résidant à domicile ou dans un autre établissement ainsi qu'aux professionnels en charge de leur accompagnement.

L'enrichissement des missions des structures concernées est également conçu comme un levier pour renforcer l'attractivité des métiers et des parcours professionnels dans le champ du grand âge.

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

- **Volet 1** : Une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques et de ressources et 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.

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

### **Public cible**

Les publics cibles du CRT dans son volet 1 :

- Les personnes âgées sans condition de niveau de GIR, et leurs aidants ;
- 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.

Le public cible du CRT dans son volet 2 :

- Les personnes âgées en perte d'autonomie en niveau de GIR 1 à 4 résidant à leur domicile ayant besoin d'un niveau de prestations similaire à celui d'un EHPAD.

L'ouverture du CRT sur son environnement doit permettre de repérer les situations susceptibles de bénéficier du volet 2. Aussi, une attention particulière doit être portée pour les personnes âgées sur liste d'attente pour une entrée en EHPAD. En effet, cette mission de CRT pourrait participer à une meilleure préparation à l'entrée éventuelle en EHPAD.

### **Le territoire d'implantation**

L'appel à candidatures vise la mise en place de trois (3) Centres de Ressources Territoriaux en Martinique :

- Un sur le territoire de proximité du Centre
- Un sur le territoire de proximité du Sud
- Un sur le territoire de proximité du Nord Atlantique

Le territoire d'intervention doit être défini par le candidat, doit tenir compte de l'implantation de l'EHPAD porteur et de la file active cible sur le volet 2 des missions du CRT qui devra être explicitée.

Le périmètre de ce territoire d'intervention doit être précisé dans la réponse à l'appel à candidatures et repris dans les projets de conventions de partenariat et de coopération EHPAD/structures à domicile.

La zone d'intervention du centre de ressources territorial doit être en cohérence avec les territoires de proximité.

### **Le portage du CRT**

Cette mission de CRT peut-être portée :

- Soit par un EHPAD, en lien avec des services à domicile ;
- Soit par un service à domicile, mais 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.

### **Caractéristiques d'organisation et de fonctionnement**

Cette mission CRT est portée par une équipe dédiée (identifiée/recrutée par le porteur) qui est chargée de conduire la mission en collaboration avec les professionnels de l'établissement et/ou du service porteur. A ce titre, un temps de direction et de chefferie de projet doit être dédié pour sa mise en œuvre.

Cette nouvelle mission doit être en cohérence avec les actions classiquement portées par le ou les porteurs de projets.

L'EHPAD porteur de projet 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 (exemple un médecin prescripteur attaché à l'EHPAD) ;
- Bénéficier d'un temps d'infirmier coordonnateur.
- Disposer d'espaces et d'équipements suffisants pour organiser les actions du volet 1. Ils doivent être accessibles aux différents acteurs susceptibles d'y intervenir, s'agissant notamment de l'emplacement géographique, ainsi que des horaires d'ouverture au public.

Une attention particulière sera portée lorsque l'EHPAD porteur ou partenaire :

- Bénéficie d'une présence d'infirmière de nuit ou est engagé dans un dispositif d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit ;
- Développe des modalités d'accueil et prestations spécifiques (ex : places

d'accueil de jour, hébergement temporaire, PASA, UHR, et PFR....).

L'action du CRT repose sur de nombreux partenariats et des conventions doivent être conclues pour organiser et définir les relations. Pour l'ensemble des porteurs, des conventions avec les services à domicile qui interviennent au quotidien chez les bénéficiaires du volet 2 doivent être conclues. Les prestations peuvent être fournies directement par le porteur ou bien coordonnées par lui.

Une instance de pilotage doit être définie, mais elle peut s'appuyer sur des instances existantes.

### **Système d'information**

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

Il intégrera les outils et interopérabilités facilitant l'information et la coordination des acteurs : un accès « Mon espace santé », carnet de liaison, agendas partagés, annuaires de description de l'offre du territoire (ROR, FINESS...). Il pourra intégrer ou faire appel à des outils d'évaluation (fragilité, évaluation multidimensionnelle...) facilitant l'inclusion dans le dispositif.

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

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

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

### **Prestations proposées**

❖ Dans le cadre du **volet 1**, le CRT devra mobiliser des compétences et des actions favorisant le maintien à domicile. Il devra réaliser au minimum une action dans chacun des 3 champs d'interventions suivants :

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

Des exemples d'actions sont listées dans l'arrêté du 27 avril 2022 au point 2.2, mais celles-ci ne sont pas exhaustives ou toutes obligatoires.

❖ Dans le cadre du **volet 2**, le CRT devra proposer un accompagnement renforcé au domicile des personnes (de GIR 1 à 4) pour lesquelles les prestations « classiques » ne suffisent plus. Il s'agit donc de personnes ayant besoin d'un panier de services

d'accompagnement large justifiant une coordination renforcée. Le projet devra préciser les critères d'inclusion et d'exclusion et prévoir le suivi des caractéristiques du public effectivement accompagné.

Ce volet de mission repose sur une coordination intégrée et renforcée des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée, tout en s'appuyant sur l'expertise du CRT dans l'accompagnement de la perte d'autonomie. Un des enjeux de ce volet repose sur le partenariat noué avec des SSAAD et SSIAD/SPASAD pour proposer une offre intégrée afin de mieux répondre aux besoins des personnes dans une logique de « panier de services ».

Le dispositif inclut un niveau de prestations qui pourrait être similaire à celui d'un EHPAD en proposant un accompagnement plus intensif que celui qui serait réalisé dans le cadre du domicile strict, 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, SSAD et/ou SPSAD, futurs services autonomie). Les prestations peuvent être fournies directement par le porteur ou bien coordonnées par lui.

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

- Sécurisation de l'environnement de la personne : surveillance et sécurisation du domicile jour et nuit, accompagnement à l'adaptation du logement ;
- 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 ;
- 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 ;
- Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement des personnes âgées, animation de la vie sociale, appui au parcours de vie.

Le détail des prestations « socle » par domaine d'intervention est indiqué dans l'arrêté du 27 avril 2022 au point 3.1.1. Des prestations opérationnelles, à la demande du bénéficiaire, sont possibles et facturables individuellement.

*Récapitulatif :*

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

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

- Le médecin du dispositif ;
- Le coordonnateur ;
- L'infirmier/infirmière (IDE), les aides-soignants, les assistants de soins en gériatrie (ASG), des auxiliaires de vie/accompagnants éducatifs et sociaux ;
- L'ergothérapeute ;
- Le psychologue ;
- L'animateur.

### **Admission et sortie dans le dispositif**

❖ **L'admission**, le repérage des situations pouvant intégrer le dispositif d'accompagnement renforcé sont réalisés à partir d'un signalement ou d'une demande des partenaires du territoire, avec ou sans urgence (en sortie d'hospitalisation par exemple).

Dans la mesure du possible, le médecin traitant est associé à la décision d'intégration au sein du dispositif et à la mise en places 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 ;
- Evaluation 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 ;
- Elaboration 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.

❖ **La sortie** du dispositif peut intervenir dans plusieurs cas :

- Le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée supérieure à 3 mois ;
- Le bénéficiaire souhaite quitter le dispositif ;
- Le bénéficiaire change de lieu de vie pour une entrée en EHAD 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.

## **Le financement**

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

Elle 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 ;
- Pour les SSIAD et SPASAD, dans le cadre de la dotation globale de soins ;

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

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

- Un temps de chefferie de projet dédié est financé (exemple : à hauteur de 0,2 ETP), notamment pour assurer la coordination administrative, la gestion budgétaire et comptable, la gestion des ressources humaines et la gestion des systèmes d'information ;
- La somme fléchée vers le volet 1 doit permettre de financer le socle de prestations attendues dans le volet 1 (temps de ressources humaines, intervenants extérieurs, formations spécifiques pour la personne amenée à réaliser une action relevant des prestations supplémentaires, aménagement des locaux pour la réalisation des actions de CRT, mise à disposition d'un transport pour faciliter la mobilité des bénéficiaires quand aucun autre type de transport n'est disponible, ...) ;
- 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 (324 000 € annuel).

La mission de CRT donnera lieu à la signature d'un avenant au CPOM de la structure retenue.

Une comptabilité analytique est établie pour retracer les dépenses spécifiques à cette mission de CRT. Les 2 volets doivent être différenciés.

## **Délai de mise en œuvre du projet**

Le CRT devra être mis en œuvre au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2024.

## Suivi et évaluation de la mise en œuvre du projet

### ❖ *Indicateurs transversaux*

- Composition de l'équipe du centre de ressources territorial (ETP, qualification et fonction) ;
- Liste des partenaires du centre de ressources territorial et gouvernance mises en place avec eux ;
- Liste des communes du territoire desservi.

### ➤ Volet 1

#### ❖ *Indicateurs quantitatifs*

S'agissant des effets sur les personnes âgées du territoire ne bénéficiant pas de la prestation hébergement et leur (s) aidants (s) :

- Nombre de personnes âgées du territoire ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 ;
- Nombre d'aidants ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 ;
- Nombre de prestations de télésanté réalisées par un professionnel de l'EHPAD (téléconsultations accompagnées, télé-expertises sollicitées, et le cas échéant actes de télé-soins).

Pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées :

- Nombre d'actions améliorant les pratiques professionnelles dont actions de sensibilisation, partage de bonnes pratiques, ... ;
- Nombre de professionnels ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 ;
  - Parmi eux, nombre de professionnels d'un service à domicile ou d'un autre EHPAD.

#### ❖ *Indicateurs qualitatifs*

- Profil des bénéficiaires [GIR, âge, lieu de vie (domicile ordinaire, domicile collectif)]
- Prestations proposées pour chacun des trois objectifs du volet 1 ;
- Modalités de prise en charge d'un coût de transports vers le lieu de réalisation du volet 1 par le CRT lorsqu'aucune autre solution de mobilité ne peut être mobilisée ;
- Satisfaction des personnes ayant bénéficié d'une prestation du volet 1.
- Retour d'expérience du gestionnaire du centre de ressources territorial.

## ➤ Volet 2

### ❖ *Indicateurs quantitatifs*

S'agissant des bénéficiaires de l'accompagnement renforcé :

- Nombre de personnes dans la file active ;
- Nombre d'entrées/sortie 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.

Coûts du dispositif :

- Part du forfait consacré aux frais de fonctionnement/investissement ;
- Détail du coût des prestations complémentaires dans les quatre domaines suivants :
  - 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*

Modalités d'organisation :

- Modèle organisationnel (intégré ou coordonné) ;
- Organisation de l'astreinte de nuit 24/24 et 7/7 (IDE/AS).

File active et profils des bénéficiaires :

- Typologie des bénéficiaires : âge, sexe, situation au domicile, GIR ;
- Motifs d'admission et de sortie.

Prestations assurées dans le cadre de l'accompagnement renforcé :

- Typologie des prestations mises en œuvre : soins/accompagnement/sécurisation du domicile ;
- Panier de prestations type par bénéficiaire ;
- Coordination : modalités/temps consacré ;
- Articulation avec le droit commun.

Satisfaction/au service rendu :

- Satisfaction des bénéficiaires/aidants ;
- Satisfaction des professionnels.

Difficultés éventuelles

Les réponses à l'appel à candidatures devront comporter les éléments suivants :

- le diagnostic, réalisé par le candidat, sur le territoire de son intervention en tant que centre de ressources territorial, qui est un élément central de la réponse à l'appel à candidature ;
- le modèle d'organisation choisi par le candidat ;
- les partenariats prioritairement mis en œuvre, notamment avec le DAC, l'HAD, ...;
- 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 centre de ressources peut être différent de celui défini dans l'autorisation en tant que SAAD, SSIAD ou SPASAD. 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 centre de ressources territorial 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 ;
- les actions susceptibles de relever de la mission de centre de ressources territorial 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) sont identifiées par le candidat.

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

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

- Les porteurs de projet qui concentrent des **expertises diverses** ou mettant en place des **actions innovantes** et disposant de compétences intéressante à diffuser sur le territoire. Cela peut-être en lien avec des pratiques vertueuses reconnues en matière d'accompagnement des résidents et bénéficiaires, et de respect des principes de bientraitance ainsi qu'avec son dynamisme sur les sujets **d'attractivité des métiers** et de **qualité de vie au travail** ;
- La **qualité du diagnostic** réalisé sur la place et le rôle des acteurs du territoire justifiant le choix des prestations, l'organisation et les partenariats proposés par le porteur est un critère déterminant. Le fait que les prestations proposées permettent **d'améliorer la qualité et le maillage territorial de l'offre** à destination des personnes âgées et **répondent aux objectifs des plans en cours** sera valorisé (exemple plan antichute, stratégie vieillir en bonne santé, feuille de route maladies neurodégénératives).
- Le fait que le porteur de projet ou ses partenaires propose des dispositifs spécifiques de **soutien des patients et des aidants à domicile** : accueil de jour, hébergement temporaire, hébergement temporaire d'urgence, PFR ou des

modalités d'accompagnement démontrant une robustesse de la structure (exemple IDE de nuit)

- Le fait que le porteur de projet ou ses partenaires propose des modalités d'accueil spécifique pour les **personnes atteintes de maladies neuro dégénératives : PASA, UHR, ESA.**

#### Pièces à joindre

- Un budget prévisionnel
- Les statuts signés et datés (pour les établissements sous statuts associatifs)
- Lettres d'intention des partenaires
- Les conventions partenariales avec les services à domicile qui interviennent au quotidien chez les bénéficiaires du volet 2
- Pour les CRT portés par un service à domicile, la convention conclue avec un EHPAD partenaire.