

APPEL A CANDIDATURE
Création d'un centre ressources territorial

Date limite : 28/08/2023

Contact : christine.fontaine@ars.sante.fr

ANNEXE 1 : CAHIER DES CHARGES

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 consacre une mission de centre de ressources territorial. Cette mission vise à permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant pour leur permettre de continuer à vivre chez elles. Il s'agit de développer une alternative à l'entrée à l'établissement.

I. LA MISSION DE CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL : DEUX VOILETS COMPLEMENTAIRES

La mission de centre de ressources territorial se compose de deux volets complémentaires qui devront toutes deux être menées conjointement :

- **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 les personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

Les missions prévues dans le cadre du volet 2 sont inspirées de l'expérimentation art.51 « Dispositif renforcé d'accompagnement à domicile » jusqu'en octobre 2023.

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.

La mission de centre de ressources territorial peut être portée dans les conditions fixées par l'arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées :

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

Ne sont pas éligibles les projets ne comportant pas les deux modalités d'intervention pour assurer le rôle de centre de ressources territorial, et lorsque le porteur est un service à domicile, les projets ne prévoyant pas de conventionnement avec un EHPAD.

Pour les projets sélectionnés, la mission de centre de ressources territorial donne lieu à une modification de l'arrêté d'autorisation de la structure retenue. Cette autorisation donne lieu à un enregistrement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

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

1. Organisation du centre de ressources territorial

Le porteur du projet doit constituer une équipe dédiée en recrutant ou en identifiant des personnels qui sont chargés de conduire la mission de centre de ressources territorial et préciser les modalités de fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire dédiée à la conduite de cette mission.

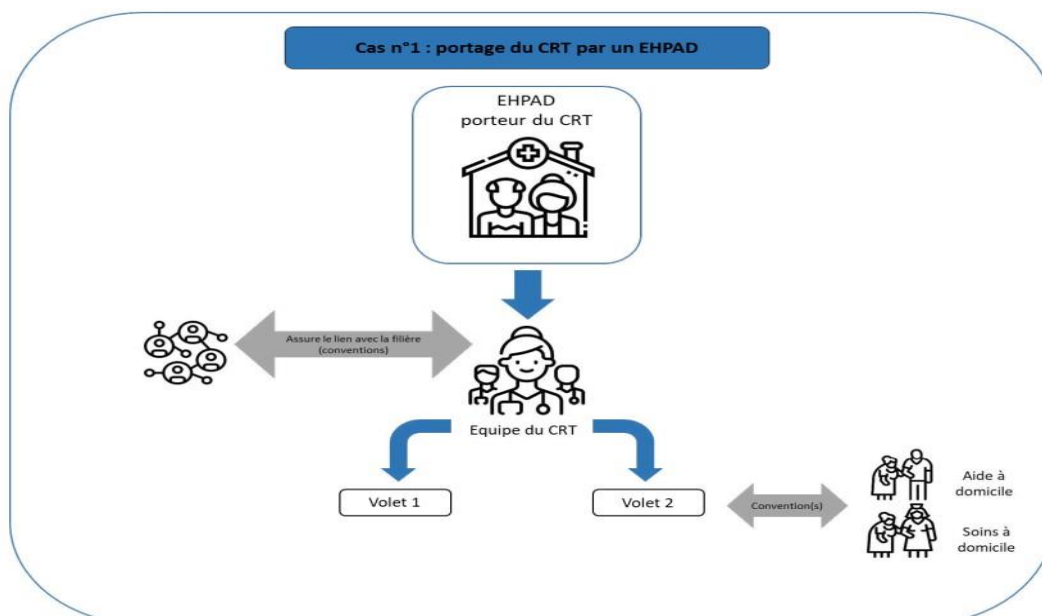
L'équipe ainsi constituée collabore avec les professionnels de l'établissement ou du service porteur.

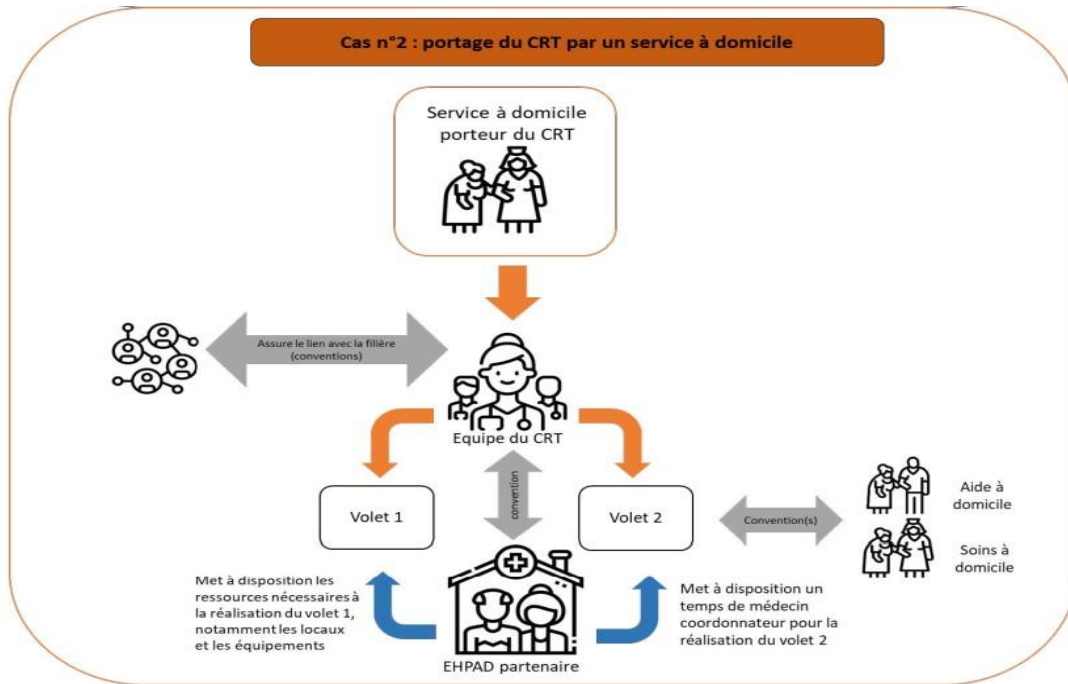
Que la mission soit portée par un EHPAD ou un service à domicile, la complémentarité entre les deux modalités d'intervention, au sein des murs de l'EHPAD (porteur ou partenaire) et au domicile des bénéficiaires, est notamment assurée grâce à un temps de direction et de chefferie de projet dédié à la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

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

Schéma : les deux modalités de portage d'un centre de ressources territorial



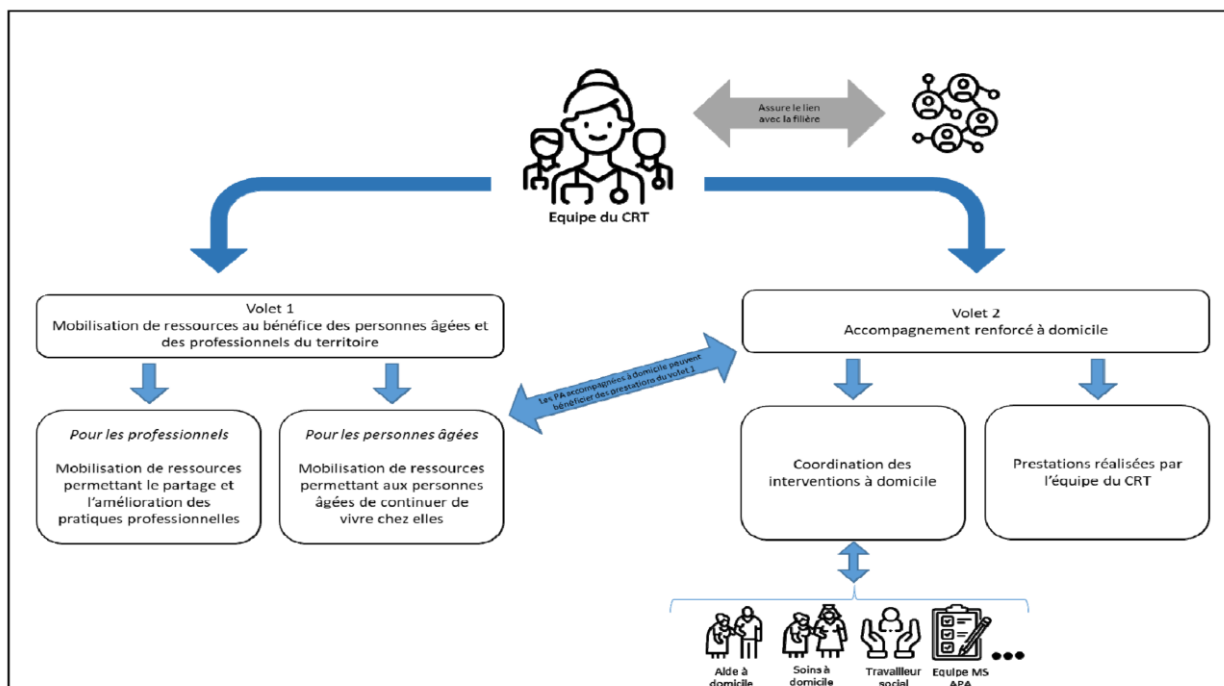


Dans un souci de complémentarité des deux modalités d'intervention, il est prévu que les bénéficiaires de l'accompagnement renforcé au domicile (volet 2) puissent participer aux actions mises en place au titre du volet 1 telles que l'accès aux ressources de santé (consultations et télésanté, actions de prévention et repérage) et aux activités en faveur de l'animation de la vie sociale.

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

Par ailleurs, les personnes âgées sur liste d'attente pour une entrée en EHPAD peuvent se révéler être de futurs bénéficiaires de cet accompagnement. Le suivi des personnes à leur domicile dans le cadre du volet 1 et du volet 2 peut participer à une meilleure préparation de l'entrée en EHPAD des personnes concernées. Certains postes de dépenses partagés, tels que la mise en place de moyens de transports, peuvent bénéficier aux deux volets de la mission de centre de ressources territorial.

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



2. Financement du centre de ressources territorial

Une dotation annuelle de 480 000 € est versée pour chaque centre de ressources territorial retenu dans le cadre du présent appel à candidature.

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).

Dans la continuité de l'expérimentation DRAD et dans l'attente de son évaluation, aucune participation financière n'est demandée aux bénéficiaires des prestations du centre de ressources territorial. 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 ;
- 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 du centre de ressources territorial repose sur un conventionnement avec un EHPAD partenaire pour assurer les missions du volet 1 et pour le volet 2 pour organiser la mise à disposition d'un temps de médecin qui assure une présence effective dans l'EHPAD (prioritairement un médecin coordonnateur ou à défaut un médecin intervenant dans l'EHPAD). Les prestations apportées par l'EHPAD y sont définies et sont facturées par l'EHPAD au service porteur de la mission de centre de ressources territorial.

Le financement de cette mission donne lieu à un avenant au CPOM de la structure. Si le porteur n'a pas de CPOM, la dotation est versée en complément de la dotation soins aux services autorisés totalement ou partiellement par l'ARS.

Pour les services proposant uniquement de l'aide et de l'accompagnement à domicile, le financement est versé par l'ARS à l'EHPAD partenaire, avec lequel une convention doit être conclue. Cette convention prévoit le reversement de la part revenant au porteur de projet (somme fixée pour le volet 2 et pour les actions du volet 1 que le service mène en propre).

Une comptabilité analytique est établie pour retracer les dépenses spécifiques à la mission de centre de ressources territorial. Elle permet notamment le retraitement des EPRD/ERRD pour retrancher ces dépenses dans le cadre d'un CPOM.

Un suivi d'indicateurs d'activité dédiés est également organisé.

3. Gouvernance et partenariats

L'action du centre de ressources territorial repose sur de nombreux partenariats qui doivent être identifiés dans le dossier de candidature (lettres d'engagement par exemple). Parmi les conventions qui organisent et définissent ces partenariats, deux types de convention sont obligatoires pour la mise en œuvre 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 conventions avec les services à domicile qui interviennent au quotidien chez les bénéficiaires du volet 2 doivent être conclues;

- pour les centres de ressources territoriaux portés par un service à domicile, une convention doit être conclue avec un EHPAD partenaire pour la réalisation de certaines prestations du volet 1 et du volet 2.

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

L'animation des partenariats constitue un point essentiel pour le bon fonctionnement du centre de ressources territorial et l'effectivité de ses missions sur le territoire. Elle repose sur des conventions permettant de préciser les articulations avec les structures de droit commun. Par conséquent, le gestionnaire doit définir une instance de pilotage de la mission de centre de ressources avec les acteurs et partenaires du territoire (acteurs de la filière de soin gériatrique et gérontologique, acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social...) en s'appuyant sur les instances de concertation et de coordination territoriale existantes.

Dans le cadre des prestations mises en œuvre, l'ARS veillera à ce que la structure établisse des partenariats notamment avec les acteurs des secteurs sanitaire (établissements, services et professionnels de santé) et médico-social, les acteurs de la prévention, de la coordination, les professionnels du domicile (dont les professionnels de soin libéraux) ou encore les acteurs associatifs de son territoire d'intervention.

La structure veillera, en étroite collaboration avec l'ARS, à porter une attention particulière à l'articulation avec l'offre d'expertise déjà existante, tout particulièrement portée par les dispositifs sanitaires identifiés dans le tableau ci-dessous.

Institutionnels et financiers	<ul style="list-style-type: none"> - ARS - Conseil départemental - Commune et intercommunalité
Filière de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - L'appui soins palliatif territorial : l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ; - L'appui gériatrique territorial (partie intégrante de la filière de soins gériatrique territoriale) et notamment les équipes mobiles gériatriques (EMG) ; - Equipes mobiles d'hygiène (EMH) - L'équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMGP) ou de psychogériatrie - Etablissements de santé (MCO/SMR/USLD/UCC) et notamment les hôpitaux de proximité - Etablissements et services de santé mentale
Aide et soins à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - SAAD, SSIAD, SPASAD, futurs services autonomie à domicile. - L'hospitalisation à domicile (HAD) - Equipe PRADO pour les personnes âgées - Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) - Equipes spécialisées Maladies Neuro-Dégénératives (ESMND) - Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation (EAAR) - Equipes médico-sociales APA
Prévention de la perte d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Associations - Caisses et mutuelles - Centres sur les aides techniques
Aide aux aidants	<ul style="list-style-type: none"> - PFR du territoire - Associations d'aide aux aidants - Représentants du CVS - Autres acteurs qui proposent du répit au domicile
Vie sociale et citoyenne	<ul style="list-style-type: none"> - Associations dédiées
Professionnels libéraux	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin traitant - Equipes de soins libérales (IDEL) - Organisations d'exercice coordonnées : Equipes Soins Primaires, CPTS, MSP, centres de santé - Pharmacies d'officine
Coordination locale	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositif d'appui à la coordination (DAC) : rassemble le dispositif MAIA, la plateforme territoriale d'appui (PTA), la coordination territoriale d'appui (CTA de PAERPA), des réseaux de santé et parfois le CLIC.
Autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements hébergeant des personnes âgées - Résidences autonomie - Porteurs des habitats inclusifs du territoire - Résidences Services Séniors (RSS)

4. Indicateurs de suivi et d'évaluation

Les indicateurs socles retenus au niveau national pour le suivi du déploiement de la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets sont les suivants :

- Déploiement de la mission
 - Nombre de centres de ressources territoriaux ;
 - Nombre de centres de ressources territoriaux portés par un EHPAD ;
 - Nombre de centres de ressources territoriaux portés par un service à domicile ;
 - Nombre de conventions passées avec d'autres acteurs de la filière.
- Indicateurs transversaux
 - Nombre de personnes bénéficiant à la fois de prestations du volet 1 et du volet 2 ;
 - Composition de l'équipe du centre de ressource territorial (ETP et qualifications) ;
 - Liste des partenaires du centre de ressources territorial et gouvernance mises en place avec eux.

Le développement de la mission de centre de ressources territorial fera l'objet d'une évaluation par l'ARS deux ans après le début de sa mise en œuvre soit en 2024.

A cette fin, le suivi annuel du déploiement de la mission sur la base des indicateurs de suivi d'activité indiqués ci-dessous devra être assuré.

Volet 1	Volet 2
<p>Indicateurs quantitatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'agissant des effets sur les personnes âgées du territoire ne bénéficiant pas de la prestation hébergement et leur(s) aidant(s) : <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 télésoin) ; - Pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées : <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>Indicateurs quantitatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'agissant des bénéficiaires de l'accompagnement renforcé : <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 - Coûts du dispositif : <ul style="list-style-type: none"> - Part du forfait consacré aux frais de fonctionnement / investissement ; - Détail du coût des prestations complémentaires dans les quatre domaines suivants : <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.
Volet 1	Volet 2
<p>Indicateurs qualitatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profil des bénéficiaires (GIR, lieu de vie etc) - 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. 	<p>Indicateurs qualitatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modalités d'organisation <ul style="list-style-type: none"> - Modèle organisationnel (intégré ou coordonné) ; - Organisation de l'astreinte de nuit 24/24 et 7/7 (IDE / AS). - File active et profils des bénéficiaires <ul style="list-style-type: none"> - Typologie des bénéficiaires : âge, sexe, situation au domicile, GIR ; - Motifs d'admission et de sortie. - Prestations assurées dans le cadre de l'accompagnement renforcé <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 - Satisfaction / au service rendu <ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction des bénéficiaires / aidants - Satisfaction des professionnels - Difficultés éventuelles

II. **VOLET 1 : MOBILISER DES COMPETENCES ET DES ACTIONS FAVORISANT LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES**

- **Les publics cibles**

Les publics cibles du centre de ressources territorial dans son volet 1 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. 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. En particulier, le porteur de

projet veillera à ce que les ressources disponibles, en particulier celles des EHPAD (porteur ou partenaires), 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. Peuvent notamment bénéficier des actions du volet 1, les personnels de services à domicile, d'EHPAD ou de résidences autonomie.

- **Les prestations proposées au titre du volet 1**

Les actions listées au sein de ce cahier des charges représentent une liste non exhaustive. Il n'est pas attendu qu'un centre de ressources territorial propose l'intégralité des actions identifiées. De plus, le porteur sera libre de proposer des actions qui n'apparaissent pas dans cette liste mais qui répondent aux trois champs d'intervention cités ci-dessous.

Ces actions doivent s'articuler avec les acteurs déjà présents sur le territoire afin de veiller à ce qu'elles répondent à un besoin du territoire qui jusque-là n'était pas ou insuffisamment couvert. Elles sont élaborées sur la base d'un diagnostic partagé.

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

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

Exemple d'actions visant à favoriser l'accès aux soins et à la prévention :

- Proposer des prestations de télésanté (télé médecine/télésoin) pour répondre aux besoins et améliorer le suivi des résidents en proposant ces services aux personnes âgées du territoire ou à d'autres établissements ;
- Donner accès à des consultations avancées de professionnels de santé spécialisés (ophtalmologie, kinésithérapie, ergothérapie, cardiologie, dermatologie, nutrition, chirurgie-dentaire...) ouvertes aux personnes âgées vivant à leur domicile, en résidence autonomie ainsi qu'aux résidents d'autres EHPAD ;
- Mettre à disposition des temps de professionnels pour se rendre sur demande dans un autre établissement (EHPAD, Résidence autonomie) ou service à domicile, par exemple lorsque cela est possible (ergothérapeute, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute, psychologue ou tout autre professionnel) ;
- Organisation de consultations infirmière de dépistage des fragilités et/ou de problématiques spécifiques. *Exemples* : conduites addictives, troubles du sommeil, souffrance psychique, troubles cognitifs ;
- Organiser des campagnes de vaccination pour les personnes âgées du territoire résidant à domicile, au sein de l'EHPAD porteur ou partenaire ou au sein d'autres établissements, ainsi que leurs aidants (ex : grippe) ;
- Ouvrir à des personnes âgées du territoire et leurs aidants ne bénéficiant pas d'une prestation d'hébergement des actions collectives de prévention sécurisantes et susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être et des actions de repérages des problématiques spécifiques.
Exemples : atelier de renforcement musculaire et prévention des chutes ; créer des rencontres régulières avec les personnes âgées résidant à domicile pour des activités stimulant la mémoire (ateliers mémoire, revue de presse, scrabble, jeux de cartes, jeux de société, chants...); atelier cuisine et diététique; atelier de conseils d'aménagement du domicile.

Exemples d'actions visant à lutter contre l'isolement des personnes âgées du territoire et de leurs aidants, en bonne articulation avec le programme coordonné de la conférence des financeurs de prévention de la

perte d'autonomie :

- Contribuer au maintien du lien social : partage des temps de repas, activités culturelles, activités ludiques, activités sportives ;
- Développer des actions qui concourent à renforcer les liens intergénérationnels
Exemples : jumelage EHPAD ou service à domicile/école ou actions avec des crèches, création de lien intergénérationnel à travers des activités pédagogiques ; mettre en place des partenariats avec des associations dans une logique intergénérationnelle ; développer des activités en commun avec le centre de loisirs et le club des aînés de la commune ;
- Apporter un soutien aux aidants : accompagner vers les plateformes de répit (PFR), les CCAS, des organisations bénévoles et l'hébergement temporaire notamment en cas d'urgence ou de besoin de répit de l'aidant ; mettre en place un partenariat formalisé avec la PFR du territoire ; sensibiliser les aidants à l'accompagnement de personnes dans une situation spécifique, par exemple atteintes de maladies neurodégénératives et en fin de vie ; organiser au sein de l'EHPAD des échanges de pratiques et partages de compétences entre les aidants des résidents et des personnes âgées à domicile et les professionnels de l'EHPAD notamment concernant les maladies neurodégénératives.

Exemples d'actions visant à contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et de la qualité de l'accompagnement :

- Organiser des actions d'information, de sensibilisation, des partages d'expériences ou d'échanges ouvertes aux professionnels de la structure porteuse et de l'extérieur et à destination des bénévoles intervenant auprès des personnes âgées.
Exemples : amélioration des pratiques professionnelles en matière d'hygiène, d'éthique d'accompagnement de personnes atteintes de troubles du comportement ou encore de personnes en fin de vie, réunions pour faciliter l'appropriation par les professionnels des bonnes pratiques diffusées par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- Organiser des campagnes de vaccination pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées en lien avec les acteurs du territoire (médecins traitants).

▪ **Les partenariats spécifiques**

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

Le centre de ressources territorial doit se rapprocher, pour la mise en œuvre du volet 1, tout particulièrement des hôpitaux de proximité présents sur le territoire couvert.

En effet, il doit impérativement veiller à porter une attention particulière à l'articulation avec l'offre d'expertise déjà présente sur le territoire.

▪ **Financement**

S'agissant du volet 1, l'enveloppe allouée peut financer des moyens humains ou matériels.

➤ *Moyens humains :*

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

➤ *Moyens matériels :*

- Aménagement des locaux pour la réalisation des actions de centre de ressource

- territorial ;
- Achats de matériels (fournitures, informatique, équipements permettant de faire des actes de téléconsultation à domicile...) pour la réalisation des actions de centre de ressource territorial ;
- Mise à disposition d'un transport pour faciliter la mobilité des bénéficiaires quand aucun autre type de transport n'est disponible.

III. VOLET 2 : ASSURER UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCÉ AU DOMICILE DES PERSONNES POUR LESQUELLES LES PRESTATIONS « CLASSIQUES » NE SUFFISENT PLUS

Le volet 2 « accompagnement renforcé à domicile » comporte des actions visant à étayer et renforcer l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à leur domicile.

L'objectif général est 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. 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 prévoir le suivi des caractéristiques du public effectivement accompagné.

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

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

Un des enjeux de ce volet repose sur le partenariat noué avec des SAAD et des SSIAD pour proposer une offre intégrée afin de mieux répondre aux besoins des personnes dans une logique de « panier de services ». Ce volet suppose donc que le porteur s'associe au(x) SAAD ou SSIAD intervenant au domicile des bénéficiaires et faisant l'objet d'autorisations portées par un seul et même gestionnaire ou par plusieurs gestionnaires qui conventionnent pour répondre au projet.

Sans faire « à la place de » mais en complémentarité avec les autres acteurs intervenant auprès de la personne et de son aidant, des prestations d'accompagnement renforcé (sécurisation de l'environnement, gestion du parcours de soins, etc.) sont proposées. Elles sont détaillées au présent cahier des charges.

▪ Les publics cibles

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 à une distance du centre de ressources territorial et de ses partenaires, compatible notamment avec l'organisation de l'astreinte et de la garde itinérante de nuit (si elle doit être assurée par l'équipe dédiée à l'accompagnement renforcé), dans la limite du territoire d'intervention défini par le porteur du projet en lien avec l'ARS. Parmi ces profils de bénéficiaires, les situations suivantes seront priorisées pour l'admission des bénéficiaires : retour d'hospitalisation, logement inadapté, absence d'aidant à proximité, isolement de la personne et 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, SAAD...) du champ social (TS des services territoriaux, CCAS), 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'usager 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 (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. Il est admis que la montée en charge nécessite un temps préalable important de définition du projet avec les partenaires. Il s'agit d'un objectif à minima de prise en charge. Au fur et à mesure que les accompagnements sont définis et stabilisés, la file active pourra augmenter pour répondre aux besoins du territoire si l'équipe est en mesure de suivre davantage de personnes.

▪ Sortie du dispositif

La sortie du dispositif peut intervenir dans plusieurs cas :

- Le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée supérieure à 3 mois ;
- Le bénéficiaire souhaite quitter le dispositif ;
- Le bénéficiaire change de lieu de vie pour une entrée en EHPAD ou en USLD ;
- Le bénéficiaire ne répond plus aux critères de prise en charge évalués par le coordinateur du CRT avec l'avis du médecin si ces critères sont liés à l'état de santé de l'usager ;
- 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.

▪ Les prestations proposées au titre du volet 2

Un des enjeux de ce volet repose sur le partenariat noué avec des SAAD et des SSIAD pour proposer une offre intégrée afin de mieux répondre aux besoins des personnes dans une logique de « panier de services ».

Ce volet suppose donc que le porteur s'associe aux SAAD et SSIAD intervenant au domicile des bénéficiaires et faisant l'objet d'autorisations portées par un seul et même gestionnaire ou par plusieurs gestionnaires qui conventionnent pour répondre au projet. Sans faire « à la place de » mais en complémentarité avec les autres acteurs intervenant auprès de la personne et de son aidant, des prestations d'accompagnement renforcé (sécurisation de l'environnement, gestion du parcours de soins, etc.) sont proposées. Elles sont détaillées au présent cahier des charges.

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 attendu des professionnels du centre de ressources territorial qu'ils réalisent eux même les prestations d'accompagnement (aide et soins) mais qu'ils coordonnent les acteurs autant que de besoin et qu'ils permettent aux bénéficiaires d'accéder à l'ensemble des prestations complémentaires au droit commun prévues par cet accompagnement particulier, qui repose sur une expertise complémentaire gérontologique 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 intervenant au domicile au sens où, 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 SAAD et SSIAD ou celles qui seront définies pour les futurs services autonomie à domicile 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 le tableau ci-dessous :

Sécurisation du domicile et adaptation du logement	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (2) 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 ou de crise	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Organisation d'interventions à domicile par un professionnel de santé d'astreinte de nuit (IDE / aides-soignants / assistants de soins en gérontologie) de façon graduée et en réponse aux besoins ponctuels (en complément des gardes itinérantes de nuit financées par l'APA). => ces interventions peuvent être proposées en dehors des situations d'urgence pour répondre à des besoins spécifiques (troubles cognitifs, MND).
Coordination renforcée	<ul style="list-style-type: none"> - 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 / ville / domicile. - Assistance à la réalisation de téléconsultation médicale.
Continuité du projet de vie / lutte contre l'isolement	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

Les transports entre le domicile et le centre de ressources territorial pourront 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. Elles complètent les prestations socles comprises dans l'accompagnement renforcé proposées par le centre de ressources territorial.

Ces prestations optionnelles sont des prestations délivrées à la demande du bénéficiaire. Elles sont facturables individuellement soit directement au prestataire, soit via le porteur. Elles ne relèvent pas du forfait mensuel et des financements de la CNSA.

Exemples : prestations de conciergerie, offres optionnelles de téléassistance au sens de téléalarme selon les porteurs (téléalarme mobile par exemple).

Les prestations peuvent être fournies directement par le porteur ou bien coordonnées par lui.

Les conventions qui relient le porteur et ses partenaires sont donc de nature différentes (engagement de services, contrats de services) et doivent régler les relations contractuelles et notamment la responsabilité du gestionnaire et de ses partenaires dans la mise en œuvre des prestations.

Type de prestations	Sources de financement	Modalités de versement
Prestations du droit commun	Droit commun (APA, aide sociale, ...)	Circuits de facturation habituels, en fonction du taux de participation du bénéficiaire

Prestations socle de l'accompagnement renforcé	Forfait mensuel par bénéficiaires : 900 €	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

▪ Les modèles organisationnels

Les prestations proposées et le mode d'organisation de l'accompagnement renforcé dépendent des caractéristiques de l'offre territoriale. Différentes approches dans la construction du dispositif sont possibles, les deux s'inscrivant dans une logique de parcours de la personne âgée et des aidants et oscillent entre deux modèles :

- **Un modèle de service intégré** : le porteur propose 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 SAAD prestataire et d'une autorisation de SSIAD ou SPASAD). La quasi-totalité des prestations correspondantes sont assurées par une équipe salariée et des moyens matériels (transports, chambre d'urgence) du centre de ressources territorial. Même dans ce cadre, le choix doit être laissé au bénéficiaire sur les services qui interviennent au domicile;
- **Un modèle de service partenarial qui prévoit un cadre de collaboration très structuré avec les acteurs traditionnels du secteur du domicile** : SAAD, SSIAD, portage de repas... Le porteur n'est pas producteur des prestations du droit commun et n'assure pas la totalité des prestations complémentaires de l'accompagnement renforcé. L'équipe salariée du centre de ressources territorial est alors composée principalement de professionnels de coordination – outre les équipes assurant les activités complémentaires de jour et de nuit ou d'hébergement temporaire. L'enjeu de coopération avec les acteurs externes est alors très important du fait de la diversité des acteurs susceptibles d'intervenir au domicile.

L'ARS pourra retenir un mode d'organisation correspondant à l'un ou l'autre de ces modèles. Une attention particulière est portée sur le degré d'intégration des prestations choisi par le candidat et sur les motifs de ce choix organisationnel.

▪ Le système d'information

Le système d'information permettra la mise en commun des données utiles à l'information et la coordination des acteurs du dispositif (professionnels de santé, médico-sociaux, aidants). Le centre de ressources territorial s'inscrit dans le programme ESMS numérique.

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

▪ Les professionnels de l'accompagnement renforcé

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

Les professionnels composant l'équipe chargée de l'accompagnement 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 l'expertise gériatrique du territoire) et mobilisation des équipes de santé adaptées en lien avec l'IDE du dispositif. Le médecin traitant et le médecin coordonnateur ont un rôle central en étant parties prenantes de la décision d'admission dans le dispositif et du suivi

de la mise en œuvre du plan d'accompagnement personnalisé selon les modalités fixées par les équipes de coordination du dispositif.

- Le rôle du médecin de l'équipe est alors complémentaire de celui du médecin traitant 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 SPASAD et d'HAD et de mobiliser si besoin les expertises complémentaires. Ce coordinateur est également chargé d'évaluer la situation des personnes, d'élaborer le plan d'accompagnement personnalisé et d'assurer son suivi et son adaptation si besoin. Le coordinateur est l'interlocuteur privilégié des personnes en perte d'autonomie à domicile et de leurs aidants.
- **L'infirmier/infirmière (IDE), les aides-soignants, les assistants de soins en gérontologie (ASG), des 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 soins et accompagnement particulièrement en l'absence de SPASAD et d'HAD; 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 SAAD ;
 - l'assistance à la réalisation d'actes de téléconsultation et d'expertise à domicile ;
 - l'aide au suivi des programmes d'éducation thérapeutique du patient et du parcours vaccinal ;
 - la participation à l'astreinte soignante 24h/24 et 7j/7, notamment dans le cadre du dispositif IDE de nuit mutualisée et/ou assurée par des aides-soignants de nuit, sur délégation des IDE et faute d'organisation d'une astreinte IDE ;
- **L'ergothérapeute** : évaluation des besoins et accompagnement des bénéficiaires en termes d'aides techniques et d'aménagement du logement et suivi du dossier jusqu'à mise en œuvre des recommandations.
- **Le psychologue** 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 services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** 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 et les SPASAD.
- **Les professionnels de soins libéraux** : médecin traitant, IDEL, kinésithérapeute, psychomotricien, 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.

▪ **Les partenariats spécifiques de l'accompagnement renforcé**

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

Cette mission implique une coordination nouvelle et renforcée entre les structures et professionnels

des EHPAD et du domicile. La définition des rôles et des modalités de coopération entre professionnels doit être clairement partagée. Les partenariats doivent être formalisés afin de bien définir les modalités de coordination entre les acteurs et auprès des bénéficiaires.

➤ **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 (CPTS, MSP, DAC)**

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 dispositif d'appui à la coordination du territoire (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. Ils seront ainsi saisis par/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 dispositif 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.

La coopération du centre de ressources territorial 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 (ex 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/HAD, la répartition des soins de nursing et des soins infirmiers entre le SSIAD/SPASAD et l'HAD ou même l'IDEL intervenant au domicile devra être partagée avec l'équipe d'accompagnement renforcé car le plan de d'accompagnement et de soins sera revu. Les soins réalisés par les professionnels de santé salariés de l'HAD ou libéraux ayant une convention avec l'HAD seront également intégrés au plan d'accompagnement et de soin et portés à la connaissance de l'équipe d'accompagnement renforcé.

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

- est responsable de la prise en charge médicamenteuse et de la gestion du circuit du médicament (cela fait l'objet d'une convention entre l'HAD et le SSIAD) ;
- assure les soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, la continuité des soins et organise la permanence notamment le soir et le week-end.

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 sera 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.