

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 5 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile (DRAD) pour les personnes âgées

NOR : SSAS2025704A

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance et le ministre des solidarités et de la santé,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 ;
Vu l'arrêté du 24 janvier 2020 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2020 ;
Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile (DRAD) pour les personnes âgées ;
Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 8 septembre 2020,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'expérimentation innovante en santé intitulée « DRAD : dispositifs renforcés de soutien à domicile », portée par la Croix-Rouge française, le groupe HSTV et la Mutualité française, est autorisée pour une durée de trois ans à compter de la date de publication du présent arrêté, dans les conditions précisées par le cahier des charges en annexe.

Art. 2. – La durée d'expérimentation est fixée à 36 mois à compter de l'inclusion du premier résident dans le dispositif.

Art. 3. – Le présent arrêté sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 5 octobre 2020.

*Le ministre des solidarités
et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de la cohésion sociale,
V. LASSERRE

*Le ministre de l'économie,
des finances et de la relance,*
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
M.-F. VON LENNEP

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION



b

DISPOSITIFS RENFORCÉS DE SOUTIEN AU DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES

PROJET D'EXPÉRIMENTATION D'INNOVATION EN SANTÉ – CAHIER DES CHARGES
SOCLE

Sommaire

I.	Contexte et Constats	5
II.	Objet de l'expérimentation	7
III.	Objectifs.....	7
IV.	Description du projet.....	9
1.	Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils).....	9
2.	Population Cible	17
3.	File active concernée par l'expérimentation.....	18
4.	Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation.....	20
5.	Terrain d'expérimentation	22
6.	Durée de l'expérimentation	23
7.	Gouvernance et suivi de la mise en œuvre	23
V.	Financement de l'expérimentation	25
1.	Modèle de financement	25
2.	Estimation des coûts de la prise en charge et des coûts évités /économies potentielles	25
	Besoin de financement.....	28
VI.	Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation.....	28
VII.	Impacts attendus	30
VIII.	Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées	31
IX.	Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation	33
X.	Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel	35
XI.	Liens d'intérêts	36
XII.	Éléments bibliographiques / expériences étrangères	36
XIII.	Table des annexes	37

Résumé du projet

La Croix Rouge Française, le groupe HSTV et la Mutualité Française proposent l'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile pour les personnes âgées. L'objectif est de permettre de soutenir le choix de rester vivre chez elles que font des personnes âgées dont l'état de santé ou la perte d'autonomie pourraient nécessiter en d'autres circonstances une admission en Ehpad.

Cette offre de services doit permettre d'assurer pour les personnes chez elles 24h/24 et 7j/7 des prestations proches voire identiques à celles proposées à des résidents hébergés en EHPAD, en s'appuyant le plus possible sur les services déjà existants au sein des territoires.

Ces dispositifs visent à proposer aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie et à leurs un environnement de vie sécurisé et satisfaisant. Les prestations et services sociaux, médicaux, de soins, d'activité et d'accompagnement choisis et coordonnés doivent répondre à leurs besoins et être adaptés à leur environnement de vie. Cette expérimentation vise ainsi à objectiver les conditions de mise en œuvre de ce dispositif, à mesurer ses apports (satisfaction des personnes, de leurs proches aidants, des professionnels qui les accompagnent, préservation de l'autonomie des personnes et de leur santé).

La palette de services proposé par chaque dispositif s'inscrit dans le référentiel CNSA/DGCS publié en mai 2019 et propose : un plan d'accompagnement prévoyant une aide à la vie quotidienne et des modalités d'accueil séquentiel, une prise en charge soignante, la continuité du projet de vie de la personne, des services d'accompagnement des aidants, l'évaluation et l'adaptation du logement, la surveillance et la sécurité à domicile, la gestion des urgences et la coordination des plans de soins et d'accompagnement. La planification et la coordination des interventions sont confiées à un interlocuteur unique. On peut citer dans les partenaires au cœur de chaque dispositif : les Ehpad qui mettent à disposition leur expertise gériatrique d'accompagnement, de soin et de prévention des risques, leur inscription dans une filière gériatrique (consultations spécialisées, équipes mobiles etc.), les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) , les SAAD (services s'aide et d'accompagnement à domicile), les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) qui contribuent par leurs missions de coordination gérontologiques et d'intervention dans le quotidien des personnes. Le volet d'aménagement du logement, de veille à distance repose des compétences d'ergothérapie et sur des solutions technologiques dont les dimensions d'évaluation des usages et de l'acceptabilité sont centrales. Le dispositif repose donc sur un partenariat étroit et opérationnel d'acteurs de proximité, assurant des liens avec des professionnels et gestionnaires variés : libéraux et salariés, établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, de statut privés non lucratif ou commerciaux et publics.

La diversité des organisations mises en œuvre permettra également de comparer les coûts nécessaires au fonctionnement à des coûts de prise en charge habituels et notamment en ce qui concerne le coût de l'accompagnement en Ehpad et le reste-à-charge des personnes. Dans une logique de respect des dynamiques territoriales et de respect d'un principe de subsidiarité avec l'offre de santé et d'accompagnement existante, les dispositifs seront cadrés au regard d'un cahier des charges unique mais seront adaptés aux territoires d'expérimentation (détaillés dans des annexes spécifiques). Chaque projet prévoit d'accompagner une file active pouvant varier de 10 à 40 personnes et l'expérimentation est envisagée sur trois années.

Porteurs du projet :

- Fédération Nationale de la Mutualité Française
- Croix Rouge Française
- Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve

Contacts :

- Emilie DUCHANGE – 07 60 87 99 84 - emilie.duchange@mutualite.fr
- Audrey BOUCHAUD - 06 37 60 91 08 - audrey.bouchaud@croix-rouge.fr
- Rémi LOCQUET – 06 88 94 44 39 – r.locquet@stlouis.hstv.fr

Champ d'application :

Cocher la case	
Local	
Régional	X
National	X
Organisation innovante	X
Financement innovant	X
Pertinence des produits de santé	

Date des versions :

V1 : 14/11/2019

V2 : 25/11/2019

V3 : 18/12/2019

V4 : 24/01/2020

V5 : 09/03/2020

V6 : 02/06/2020

La première version dite lettre d'intention doit inclure les chapitres I à V. Les informations demandées en grisé peuvent être remplies progressivement à l'aide de l'accompagnement proposé par l'ARS ou par l'équipe nationale d'appui article 51 pour finaliser votre projet, dans une démarche de co-construction.

I. Contexte et Constats

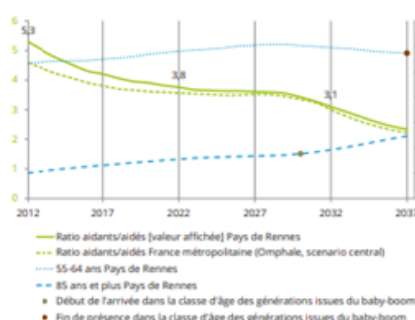
La pression démographique actuelle et à venir de la population en situation de dépendance demande une adaptation de l'accompagnement des personnes âgées afin de mieux répondre à leurs attentes et à celle de leurs aidants. De nombreuses personnes intègrent les EHPAD car leur domicile et l'accompagnement qui y est réalisé ne sont pas suffisamment adaptés pour leur garantir une qualité et une sécurité identique à celle proposée dans un EHPAD. Les personnes âgées au profil complexe vivant à domicile doivent souvent faire face à des situations de rupture de parcours et de prise en charge.

Partant de ce constat, notre volonté est ainsi de co-construire une offre, modulable, à domicile permettant d'éviter ou de retarder au maximum l'entrée en institution, afin de répondre au défi démographique, culturel et économique à venir.

Ce projet répond également à l'objectif d'amélioration de la pertinence des hospitalisations et de diminution des ruptures de parcours aux conséquences dramatiques sur la santé et le bien être des personnes en situation de dépendance. En effet le parcours de certaines personnes âgées passe trop souvent par les services d'urgences, la plupart du temps inadaptés aux spécificités de cette population, avant transfert en médecine gériatrique. Notre projet, par le lien avec les acteurs du domicile et du secteur sanitaire, vise à prévenir l'hospitalisation ou de l'organiser soit par un accès direct en médecine gériatrique (telle que proposée dans le programme PAERPA) soit par une prise en charge en HAD. Des liens avec les équipes mobiles de soins palliatifs du territoire permettent également une continuité de la prise en charge à domicile y compris en phase palliative.

Une projection du ratio aidants-aidés

Source : Insee, RP 2012 & Projections ©Compas



Une projection des personnes dépendantes

Source : DREES & Projections ©Compas



La question de la place de l'aidant, et de la charge qui lui incombe en particulier lorsque la personne dépendante reste à domicile, est centrale dans le dispositif que nous portons. En effet, de manière indirecte, notre volonté est d'accompagner cet aidant en allégeant sa charge qui est notamment la responsabilité de l'organisation de l'accompagnement et de la surveillance de la personne dépendante. Enfin cette expérimentation vise à assurer une meilleure continuité des projets de vie en lien avec des enseignements observés pendant la crise sanitaire liée à la Covid-19 : continuité des soins pour des personnes dont la situation de polypathologie ou de perte d'autonomie nécessite une surveillance accrue ou encore une fonction de présence auprès des personnes pour contrevenir aux effets de l'isolement.

Le contexte démographique fait apparaître une forte augmentation des personnes en situation de dépendance, avec en regard un ratio aidants-aidés qui diminue, rendant ainsi difficile le soutien à domicile

Les constats de la stratégie nationale de santé sur l'organisation de la prise en charge de personnes âgées font apparaître également plusieurs difficultés :

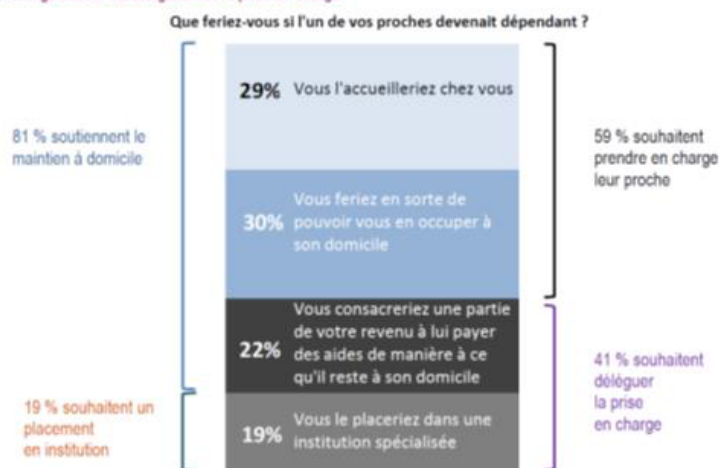
- La prise en charge des personnes âgées la nuit et le week-end : cette fragilité résulte, d'une part, d'organisations inadaptées et parfois non suffisamment sécurisées en institution, et d'autre part d'un défaut de dispositifs de surveillance nocturne à domicile.
- Une fréquence et une durée moyenne de passage aux urgences trop importantes.
- L'absence de circulation de l'information et de coordination entre les acteurs de la prise en charge (établissement de santé-ville-domicile-EHPAD)
- La fragilité et l'épuisement des aidants : la mauvaise santé des aidants, leur âge, leur solitude et leur charge en soins auprès de la personne âgée génèrent des situations de vulnérabilité.

Ainsi, deux solutions se posent face à ce contexte démographique :

- La création de places supplémentaires d'EHPAD
- Le développement de solutions renforcées de soutien à domicile

Culturellement, il apparaît une très forte envie de rester à domicile. Une étude de la DREES de décembre 2014, explicite que 8 français sur 10 sont favorables au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. De plus, le PRS Bretagne, précise que près de 4 personnes âgées de 75 ans ou plus sur 10 vivent seules chez elles.

Les différentes modalités de la prise en charge d'un proche : placement en institution, maintien à domicile avec prise en charge directe ou délégation de la prise en charge



Economiquement, la création de places d'EHPAD, dans les proportions permettant de répondre au contexte démographique à venir, est difficilement envisageable. Le coût actuel pour la collectivité, hors prix de journée hébergement, des personnes accueillies représente près de 19 000 € par résident et par an.

Il apparaît donc au regard de cet enjeu majeur que représentent le vieillissement de la population et la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, que les dispositifs permettant de prolonger le soutien à domicile dans des conditions sécurisées sont une réponse adaptée et réaliste.

C'est en ce sens que le choix des porteurs s'est stratégiquement porté sur le développement d'une expérimentation de service intégré de type « dispositif renforcé pour le soutien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie ».

II. Objet de l'expérimentation

L'expérimentation a pour objet de proposer une solution aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile, pour lesquelles un accompagnement "classique" des services du domicile n'est plus suffisant et qui seraient de prime abord orienté vers une entrée en institution.

Ce dispositif alternatif propose une coordination intégrée et renforcée des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée, tout en s'appuyant sur l'expertise d'un EHPAD dans l'accompagnement de la perte d'autonomie d'une personne âgée.

Il propose un socle de prestations complémentaires à l'offre existante du territoire, dans un environnement sécurisé et adapté, et s'inscrit dans une logique de prévention de la perte d'autonomie et de soutien aux aidants.

III. Objectifs

1. Objectifs stratégiques

- a. Renforcer et améliorer la qualité de l'accompagnement à domicile.

Afin de répondre aux enjeux démographiques, économiques et sociaux, il s'agit de proposer une solution alternative à l'admission en EHPAD aux personnes âgées en perte d'autonomie. Cette solution répond aux souhaits des personnes âgées de "bien vieillir chez soi" et préserve ainsi la liberté de choix par une diversification des modes de prise en charge.

- b. Lutter contre l'isolement de la personne âgée et des proches aidants

Le dispositif propose un accompagnement de la personne âgée dans la coordination des différentes actions portées par les professionnels de santé du territoire, et d'apporter ainsi un soutien aux proches aidants. L'offre de services proposée permet aux personnes âgées de mener une vie inclusive (lien social, vie de proximité).

- c. Assurer une continuité dans l'accompagnement des parcours de vie et prévenir la perte d'autonomie.

Le dispositif permet d'éviter les ruptures de parcours comme les hospitalisations évitables grâce à un accompagnement médical, soignant et médico-social coordonné, dans un environnement sécurisé. Il

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

a également pour objectif de décloisonner les différentes offres d'accompagnement du parcours de la personne âgée.

2. Objectifs opérationnels

a. Accompagner la perte d'autonomie :

- Définir et repérer les personnes nécessitant la mise en place du dispositif expérimental, en accord avec l'ensemble des partenaires du territoire ;
- Déployer l'expertise gériatrique de l'EHPAD en élaborant des bilans complets et en organisant des interventions de professionnels formés ;
- Développer des actions de prévention, en particulier à domicile, en s'appuyant sur l'expertise gériatrique et gériatrique de l'EHPAD.

b. Rompre l'isolement :

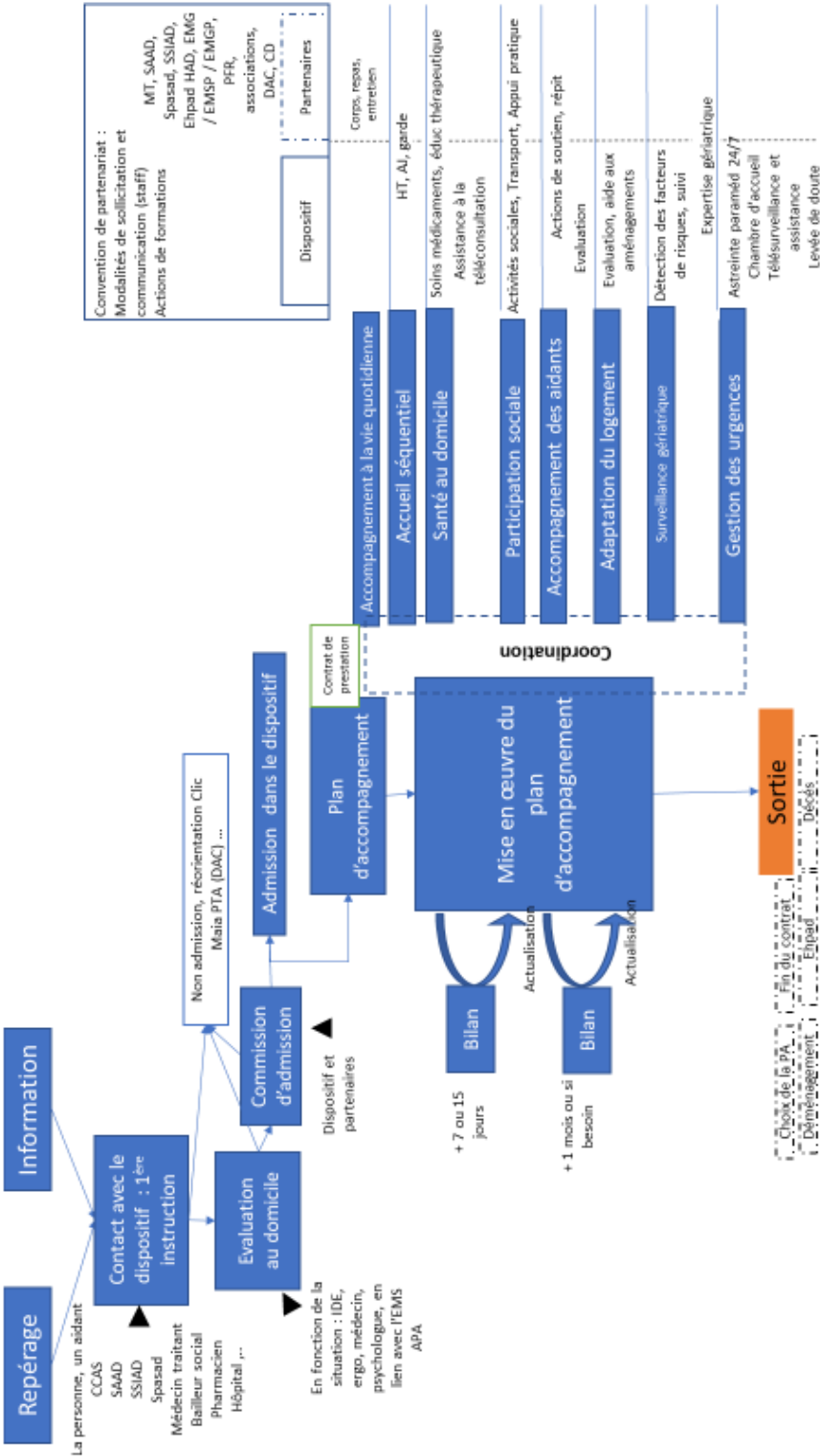
- Proposer aux personnes accompagnées un ensemble d'activité et de services, en lien avec l'EHPAD et les services de proximité par le biais de sorties, de rencontres intergénérationnelles, la mise en place de partenariat avec l'ensemble des acteurs du territoire ;
- Soutenir les aidants en déployant un ensemble de propositions pour faciliter leurs tâches et leur bien-être : information, formation, plateforme de répit, relaying, etc.

c. Assurer une continuité des parcours, éviter les hospitalisations non pertinentes :

- Sécuriser l'environnement des personnes en risque de perte d'autonomie via :
 - L'adaptation du logement ;
 - La mise en place d'un dispositif de télésurveillance ;
 - L'organisation d'un service d'astreinte 24h/24 par des professionnels soignants garantissant une prise en charge paramédicale 7j/7 et 24h/24 ;
 - La mise en place d'une chambre d'accueil d'urgence au sein d'un EHPAD référent ;
- Assurer la continuité d'une prise en charge globale et coordonnée à domicile de par :
 - La coordination de l'ensemble des interventions auprès de la personne ;
 - La connaissance renforcée et le suivi régulier des personnes sur les plans sociaux, psychologiques et médicaux (exemple : sollicitation et articulation du dispositif avec le médecin traitant) ;
 - L'ouverture des services de l'EHPAD de proximité voire du SSIAD ou Spasad, positionné comme centre de ressources pour les différents acteurs (Médecins traitants, SAMU, SOS Médecins, établissements de santé dont l'HAD et intervenants du domicile).

IV. Description du projet

1. Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils)



3.1

Un plan d'accompagnement adapté aux besoins et ressources du bénéficiaire

Le dispositif propose-t-il la mise en œuvre du plan d'accompagnement ?

Gestes ou corps	Le jour - Aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne (hors aide à la prise des repas) (actes réalisés par l'auxiliaire de vie)*	Le jour - Aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne (hors aide à la prise des repas) (actes réalisés par l'IDE ou délégués à l'aide-solignante)*	La nuit - Aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne (hors aide à la prise des repas) (actes réalisés par l'auxiliaire de vie)	La nuit - Aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne (hors aide à la prise des repas) (actes réalisés par l'IDE ou délégués à l'aide-solignante)	Fourniture de protections	Accompagnement à faire les courses	Livraison des courses	Accompagnement à confectionner les repas (à domicile)	Accès au restaurant de l'EHPAD	Production hors domicile des repas	Livraison des repas	Aide à la prise des repas	Aide à l'entretien du linge	Prestation de blanchissage du linge	Prestation de ménage	Petits travaux et maintenance*
Gestes ou corps																
Gestion des repas																
Entretien du logement																

Le dispositif propose-t-il des modalités d'accueil séquentiel ?

Accueil séquentiel de la personne en perte d'autonomie	Socle déjà financé	Socle financé par le nouveau forfait	Prestations optionnelles à la charge de la personne
Hébergement temporaire	X		
Accueil de jour	X		
Accueil de nuit	X	X	
Garde à domicile de jour			
Garde à domicile de nuit		X	
Garde itinérante de jour*		X	
Garde itinérante de nuit*		X	
Transport vers le lieu d'accueil - hors accueil de jour (domicile-structure)*		X	

3.2 Une prise en charge soignante adaptée aux besoins du bénéficiaire		Le dispositif délivre-t-il tout ou partie des soins prévus au plan de soins ?			
Soins ou domicile	Le dispositif organise-t-il des sessions d'éducation thérapeutique ?	Socle déjà financé	Socle financé par le nouveau forfait	Prestations optionnelles à la charge de la personne	
		X			
		X			
			X		
		X			
			X		
			X		
			X		
Education thérapeutique	Le dispositif organise-t-il des sessions d'éducation thérapeutique ?	Socle déjà financé	Socle financé par le nouveau forfait	Prestations optionnelles à la charge de la personne	
			X		
			X		
		X			

3.3	La continuité du projet de vie du bénéficiaire							
	Le dispositif propose-t-il des activités sociales et de loisirs ?				Socle déjà financé	Socle financé par le nouveau forfait	Prestations optionnelles à la charge de la personne	
	Temps de compagnie				X			
	Activités sociales et de loisirs à domicile				X	X		
	Activités sociales et de loisirs hors du domicile (hors accueil de jour)					X		
3.4	Appui pratique	Transport lié à la participation à la vie sociale				X		
		Appels de convivialité*				X		
		Le dispositif propose-t-il un appui pratique aux bénéficiaires ?						
		Aide à l'utilisation des appareils (ex : tablettes, domotique) et techniques de communication				X		
		Services de conciergerie et d'organisation d'autres services (coiffeur, esthéticienne...)*						X
3.5	Les services d'accompagnement des aidants							
	Le dispositif propose-t-il un accompagnement aux aidants ?							
	Accompagnement de l'aidant	Soutien en groupe de parole				X		
		Soutien individuel				X		
		Sessions d'information, de formation des aidants				X		
3.5	L'évaluation et l'adaptation du logement du bénéficiaire							
	Le dispositif propose-t-il une évaluation et une aide à l'adaptation du logement ?							
	Adaptation du logement	Evaluation des adaptations nécessaires du domicile*						
		Aide au choix des aménagements appropriés				X		
		Aide au choix des prestataires				X		
		Conseil du bénéficiaire dans la constitution de son dossier d'aides relatives à l'adaptation du logement				X		
		Aide aux démarches administratives relatives à l'adaptation du logement				X		
	Suivi de la réalisation des travaux					X		X
	Fourniture de matériel pour sécuriser le domicile*					X		X

3.7	La surveillance et la sécurité à domicile	Le dispositif propose-t-il des fonctions garantissant un niveau de surveillance et de sécurité adapté ?	Surveillance gériatrique	Détection des facteurs de risques de chutes* Détection des facteurs de risques de dénutrition* Détection des facteurs de risques de troubles cognitifs* Détection des situations de iatrogénie médicamenteuse Détection des signes de fragilités ou autres syndromes gériatriques Transmission des facteurs de risques détectés à la fonction de coordination Recensement, analyse et gestion des facteurs de risques détectés Visites de surveillance à domicile* Expertise gériatrique	Socle déjà financé	Socle financé par le nouveau forfait	Prestations optionnelles à la charge de la personne
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
3.8	La gestion des urgences	Le dispositif assure-t-il la gestion des situations d'urgence ?	Gestion des situations d'urgences	Fourniture d'un dispositif de téléassistance Fourniture de dispositifs de prévention des chutes Organisation de la levée de doute Intervention au domicile pour réaliser la levée de doute Astreinte en 24/7 Accueil temporaire d'urgence (chambre d'accueil)	Socle déjà financé	Socle financé par le nouveau forfait	Prestations optionnelles à la charge de la personne
					X		
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
3.9	Le pilotage de l'activité	Quelles sont les fonctions de pilotage de l'activité assurées par le dispositif ?	Gestion budgétaire, financière et comptable Gestion administrative Direction du dispositif Gestion des ressources humaines (salaire, GPEC, formation, etc.)		Socle déjà financé	Socle financé par le nouveau forfait	Prestations optionnelles à la charge de la personne
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	
						X	

Pilotage et support	Mise en place et suivi des démarches d'amélioration continue de la qualité			X	
	Coordination et analyse des pratiques, espace ressources et soutien aux personnels			X	
	Supervision des pratiques			X	
	Communication interne et externe			X	
	Présentation du dispositif aux bénéficiaires potentiels et à leur entourage			X	
	Rédaction du rapport d'activité			X	
	Exploitation et maintenance du système d'information			X	
	Fourniture d'outils de communication (aux bénéficiaires et/ou aux intervenants)			X	
	Gestion de l'archivage, gestion documentaire, etc.			X	
	Animation des relations avec les prestataires			X	
	Animation des relations avec les intervenants paramédicaux de ville			X	
	Animation de la coopération territoriale			X	
	Animation du lien avec les médecins traitants			X	
	Mise à disposition des locaux et autres ressources pour gérer, manager et coopérer			X	
	Mise à disposition de véhicules aux personnels salariés			X	

Zoom sur le point 3.8 : Dispositif de téléalarme-téléassistance

En partant du constat qu'un dispositif de téléalarme-téléassistance seul ne permet pas un environnement de vie et de soins sécurisé (la personne active le médaillon en cas de problème et si elle l'a à disposition), le pack de technologie vise à proposer au domicile des solutions pratiques adaptées aux besoins identifiés chez chaque personne. En complément des interventions de professionnels de santé le pack prévoit la mise à disposition de différentes fonctionnalités dans un environnement intégré à des fins de prévention, de relai de la coordination et pour alerter en cas de situation inhabituelle et qui peuvent être le signe d'un danger pour la personne. Les fonctionnalités suivantes peuvent être proposées

- Téléassistance
- Dispositifs de prévention des chutes (détecteurs de mouvement, chemins lumineux)
- Organisation de la levée de doute
- Assistance à la réalisation de téléconsultations médicales
- Détection des facteurs de risques prédictifs de nutrition
- Détection des facteurs de risques prédictifs de troubles cognitifs
- Détection des facteurs de risques prédictifs de iatrogénie médicamenteuse
- Détection des facteurs de risques prédictifs de fragilités ou autres syndromes gériatriques
- Recensement, analyse et gestion des facteurs de risques détectés
- Transmission des facteurs détectés à la fonction de coordination
- Aide à la planification des interventions

S'agissant de l'abonnement de téléassistance, les porteurs du projet seront positionnés en intermédiaire, l'abonnement pourra être conclu entre le porteur de projet et la société de téléassistance (pas de lien financier direct avec le bénéficiaire).

La prestation d'adaptation du logement est une fonction-clé du dispositif, l'ergothérapeute personnalise l'adaptation de l'environnement de vie de la personne âgée. Il peut dès les débuts de l'accompagnement mettre en place les conditions de sécurisation d'urgence si elles s'avèrent nécessaires et son expertise permettra de configurer le pack de technologie au regard des besoins des personnes (selon qu'il y a risque de fugue ou un risque de chute par exemple, ce seront différentes applications du pack qui seront activées). Plus largement l'adaptation du logement couvre :

- Evaluation des adaptations et sécurisations nécessaires du domicile
- Mise à disposition des aides techniques pour la compensation de la perte d'autonomie
- Aide au choix des aménagements appropriés
- Aide au choix des prestataires
- Conseil du bénéficiaire dans la constitution de son dossier et mise en contact avec les acteurs en charge de l'aide à l'adaptation du logement
- Constitution et suivi des démarches administratives inhérentes aux demandes d'aides relatives à l'adaptation du logement
- Suivi de la réalisation des travaux

Une assurance dédiée à l'adaptation du logement sera souscrite par le porteur pour couvrir les risques qui peuvent se produire dans l'adaptation du logement.

2. Population Cible

Le dispositif s'adresse à des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie, qu'elle soit physique ou cognitive et pour lesquels leur vulnérabilité ne permet pas un soutien à domicile sans une intervention coordonnée des services d'accompagnement (SSIAD, Infirmiers libéraux, Kinésithérapeutes, SAAD...).

Il s'adresse en particulier à ces situations-ci :

- retour d'hospitalisation
- logement inadapté
- absence d'aidant à proximité

a. Critères d'inclusion

- Degré de perte d'autonomie : GIR 1 à 4
- Vulnérabilité ne permettant pas un maintien à domicile dans des conditions adaptées

L'adéquation entre le profil du futur usager et les critères d'inclusion sera étudiée au cas par cas dans le cadre d'une analyse médicale par le biais d'outils d'évaluation (Evaluation gériatrique - étude 360 - etc...). Chaque admission sera validée dans le cadre d'une commission d'admission spécifique (forme propre à chaque porteur).

b. Critères d'exclusion

- Degré de perte d'autonomie : GIR 5 et 6
- Aire géographique limitée à chaque projet

Le dispositif n'a à ce jour pas défini de limite excluante en termes de profil médico-soignant. Toutefois, il sera retenu la notion de charge en soins pour l'évaluation de sortie du dispositif en cours d'accompagnement.

3. File active concernée par l'expérimentation

Les 3 acteurs retenus proposent un accompagnement de 589 usagers sur l'ensemble du territoire métropolitain.

- La Fédération Nationale de la Mutualité Française : 264 usagers
 1. Territoire d'Angers, Pays de la Loire : 30 personnes et les premiers accompagnement commencent en 2020, dispositif porté par le Spasad coporté par le service d'aide et d'accompagnement
 2. Sud du département de la Loire-Atlantique (communauté de communes Sèvre et Loire, Saint Sébastien sur Loire et Vertou), Pays de la Loire : 20 personnes et les premiers accompagnement commencent en 2020, dispositif porté par le SSIAD mutualiste Erdre et Sèvres
 3. Nord de l'Isère, Communes de Charvieu Chavagnieu, Choeau, Villette d'Anthon et Cremieu, 30 personnes à partir de 2021, dispositif porté par l'Ehpad l'Arche de Charvieu-Chavagnieu
 4. Métropole Côte d'Azur, Alpes Maritimes, PACA : 30 personnes à partir de 2021, dispositif porté par l'Ehpad mutualiste de l'Institut Claude Pompidou de Nice
 5. Communauté d'agglomération Roissy Pays de France, Val d'Oise, Ile de France : 30 usagers à partir de 2021, dispositif porté par 3 Ehpad Marly la Ville, Louvres, Fontenay-en-Parisis
 6. Communautés de communes Grand Chalon, Saône-et-Loire, Bourgogne Franche Comté, 30 personnes et les premiers accompagnement commencent en 2020, dispositif porté par le SSIAD
 7. Canton de Tauves, Puy-de-Dôme, Auvergne-Rhône-Alpes : 30 personnes à partir de 2021, dispositif porté par le SSIAD Mutadome
 8. Bathernay, Bourg-de-Péage, Bren, Charmes, Chatillon-Saint-Jean, Chavannes, Clérieux, Margès, Mours-St-Eusèbe, Ratières, Romans-sur-Isère, Saint-Bardoux, Saint-Donat-sur-l'Herbasse, Saint-Paul-lès Romans, Drôme, Auvergne-Rhône-Alpes : 12 personnes à partir de 2021, dispositif porté par le SSIAD de Romans en lien avec deux Ehpad
 9. Rodez, Onet-le Château et le Monastère, Aveyron, Occitanie, 12 personnes à partir de 2021, dispositif porté par le SSIAD-Spasad de Rodez et l'Ehpad Les Clarines de Rodez
 10. Ancien canton de Boisseuil : 12 communes : Saint-Genest-sur-Roselle, Saint-Hilaire-Bonneval, Saint-Jean-Ligoure, Saint-Maurice-les-Brousses, Saint-Paul, Solignac, Le Vigen, Condat-sur-Vienne, Eyjeaux, Pierre-Bufferière, Boisseuil, Haute-Vienne, Nouvelle Aquitaine : 10 personnes à partir de 2021, dispositif porté par l'Ehpad de Boisseuil
 11. Métropole Rouen Normandie, Seine-Maritime, 30 personnes à partir de 2021, dispositif porté par l'Ehpad Michel Grandpierre de St Etienne du Rouvray
- L'Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve (HSTV) : 150 usagers
 - Territoire de Rennes (35) : 40 usagers dès 2020 - dispositif porté par l'EHPAD HSTV de Rennes
 - Territoire de Baguer Morvan (35) : 20 usagers à partir de 2021 - dispositif porté par l'établissement SSR-EHPAD HSTV de Baguer Morvan
 - Territoire de Bain de Bretagne (35) : 30 usagers à partir de 2021 - dispositif porté par l'Hôpital- EHPAD d'HSTV de Bain de Bretagne

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

- Territoire de Plougastel-Brest (29): 30 usagers à partir de 2021 - dispositif porté par l'EHPAD HSTV de Plougastel-Daoulas
- Territoire de Pont l'Abbé (29): 30 usagers à partir de 2021 - dispositif porté par l'Hôtel-Dieu de Pont l'Abbé (hôpital, HAD et EHPAD)
- La Croix-Rouge Française : 175 usagers
 1. Département de la Charente - Dispositif porté par l'EHPAD « Les Marronniers » et le SSIAD de la Charente, prévu pour 20 usagers dès 2020.
 2. Département de la Haute Vienne – Dispositif porté par l'EHPAD Résidence du Chatenet et le SSIAD Haute Vienne, prévu pour 30 usagers à partir de 2021.
 3. Département de l'Yonne : dispositif porté par l'EHPAD d'Aillant sur Tholon et le SSIAD Toucy, prévu pour 20 usagers à partir de 2021.
 4. Département des Ardennes - Dispositif porté par l'EHPAD Solferino, Pôle gériatrique des Ardennes SSIAD Sedan, CSI Carignan, prévu pour 20 usagers dès 2020, et 30 usagers à partir de 2021, sous réserve d'une autorisation de création de 10 places de SSIAD supplémentaires de l'ARS Grand Est dans le cadre des négociations CPOM
 5. 1^{er}, 2^{ème}, 5^{ème}, 13^{ème}, 14^{ème} arrondissements de Marseille – dispositif porté par l'EHPAD NOTRE MAISON. Marseille et le SSIAD 13, prévu pour 25 usagers à partir de 2021.
 6. Ville de Nîmes – Dispositif porté par l'EHPAD Résidence Indigo et le SSIAD Pôle gériatrique Nîmois prévu pour 25 usagers à partir de 2021.
 7. Département des Yvelines – Dispositif porté par l'EHPAD Stéphanie à Sartrouville et le SSIAD Sartrouville, prévu pour 25 usagers dès 2020.

4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Professionnel	Rôle
Coordonnateur « Autonomie »	Evalue les situations des personnes pour identifier leurs , recueille les souhaits, élabore le plan d'accompagnement, s'assure de son effectivité, de son suivi régulier et de son adaptation si nécessaire Coordonne les interventions des professionnels au domicile (soins, accompagnement, activités de la personne, droits) en lien avec les professionnels concernés, les personnes accompagnées, leurs aidants. Mobilise des expertises complémentaires en cas de besoin
IDE, aide-soignant, assistant de soins en gériatrie	Assure la mise en œuvre et la bonne coordination du volet soignant de l'accompagnement médico-social Participe aux missions de garde itinérante et de surveillance à domicile Assiste la réalisation des actes de téléconsultations et expertise à domicile Aide au suivi des programmes d'éducation thérapeutique Participe à l'astreinte paramédicale 24h/24 7j/7
Aide à domicile	Met en œuvre un accompagnement aux actes de la vie quotidienne Peut assurer une fonction présentielle
Médecin du dispositif	Participe à l'évaluation pour l'admission dans le dispositif, assure des missions d'expertise, coordination de second niveau (par exemple le médecin coordonnateur de l'Ehpad) A noter : le médecin traitant garde un rôle central dans le parcours de soins de la personne âgée, il sera partie-prenante de la décision d'admission et du suivi de la mise en œuvre du plan personnalisé dans les conditions déterminées avec l'équipe de coordination du dispositif
Psychologue	Accompagne les personnes âgées et leurs aidants, repère les situations de risque d'épuisement pouvant nécessiter un accompagnement spécifique de répit
Ergothérapeute	Participe à l'évaluation des besoins des personnes âgées en termes d'aides techniques et d'aménagement du logement, accompagne l'appropriation des équipements et suit leur usage pour adapter si nécessaire
Animateur	Propose des activités collectives ou individuelles culturelles, sportives, de participation à la vie sociale
Travailleur social	Informe la personne âgée et ses proches aidants des démarches à effectuer Aide à l'ouverture des droits (en lien avec l'APA, les prestations des mutuelles ou caisses de retraite etc.) Prépare le contrat de mise en œuvre du dispositif et assure le suivi de sa mise en œuvre Repère les situations pouvant être accompagnées par le dispositif et informe sur son fonctionnement et les ressources du territoires (travailleurs sociaux des CCAS)
Equipe médico-sociales APA du département	Repère les situations pouvant être accompagnées par le dispositif et informe sur son fonctionnement et les ressources du territoires
Chef de projet	Cadre le projet, assure son pilotage, les ajustements en lien avec le comité de pilotage du projet, il communique sur son fonctionnement et prépare son évaluation

Zoom sur les Assistant(e)s de Soins en Gériatrie (ASG)

Les Assistant(e)s de Soins en Gériatrie (ASG) sont intégré(e)s à l'équipe du dispositif, afin de relayer l'expertise gériatrique de l'EHPAD au domicile des usagers, à partir de l'évaluation gériatrique coordonnée par le médecin coordonnateur et en lien avec l'infirmière coordinatrice de la structure. Ils interviennent à hauteur de 4 heures maximum par semaine auprès des usagers et leurs aidants, en fonction des besoins déterminés dans le projet personnalisé de chacun. Ils ont un rôle déterminant dans le maintien des personnes dépendantes à domicile.

Les missions des ASG s'inscrivent dans le socle de base de services bâti à partir du référentiel DGCS/CNSA sur les dispositifs renforcés de coordination du domicile afin de répondre aux objectifs principaux suivants :

- Garde itinérante de jour et visites de surveillance à domicile dans le cadre de la gestion des situations d'urgence
- Assistance à la réalisation de téléconsultations médicales à domicile
- Education thérapeutique à domicile
- Activités thérapeutiques identifiées au décours de l'évaluation gériatrique intégrant le projet d'accompagnement personnalisé

L'exemple de l'expérimentation rennaise (HSTV) depuis début septembre 2019 fait apparaître des actions concrètes menées par les ASG sur les champs suivants :

- Actions à destination du suivi nutritif (suivi du poids, repas thérapeutiques) dans le cadre de la prévention et de la prise en charge de la dénutrition
- Ateliers de prévention à l'hygiène bucco-dentaire
- Ateliers thérapeutiques à visée de maintien des capacités cognitives (créatifs, sensoriels, réminiscences, compréhension, travail sur la mémoire à long terme, travail sur la mémoire à court terme, travail sur la compréhension, etc...)
- Ateliers thérapeutiques à visée de maintien des capacités physiques (cuisine, aide à la marche, travail de la motricité fine, travail sur des repères dans l'espace, etc...). Ces ateliers peuvent s'inscrire en complément ou dans les suites d'une prise en charge en SSR, hôpital de jour
- Aide à la prise de rendez-vous médicaux et paramédicaux
- Repérage des usagers présentant une (des) déficience sensorielle(s) non identifiées antérieurement : Evaluation des capacités sensorielles des personnes âgées en repérant d'éventuels troubles de l'équilibre et cognitifs afin de préserver l'autonomie et la qualité de vie pour les usagers. Pour cela, ils utilisent différents outils dont la grille AVEC (Audition, Vision, Équilibre, Cognition)
- Accompagnement à des rendez-vous médicaux, facilitant ainsi l'accès aux soins et particulièrement pour les usagers ayant renoncé aux soins
- Poursuite du travail de l'ESA et/ou continuité de l'accompagnement dans le cadre d'un HDJ
- Accompagnement à des sorties culturelles et de maintien du lien social
- Evaluation des besoins spécifiques à la personne accompagnée présentant des déficiences sensorielles, physiques ou psychiques, ou des troubles du comportement.
- Surveillance et prévention des complications dues à la dépendance de la personne accompagnée
- Soutien des aidants dans le cadre d'un accompagnement en fin de vie.
- Gestion des urgences (chutes...)
- Temps de partage des activités professionnelles avec les services d'aides à domicile en place.

Le fonctionnement du dispositif prévoit la mobilisation d'ASG, des aides-soignants pourront être mobilisés à ce titre dans le cadre d'un parcours de formation et montée en compétences vers un poste d'ASG.

5. Terrain d'expérimentation

En annexe spécifique à chaque porteur de projet.

23 projets sont proposés dans 10 régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Grand Est, Ile de France, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Occitanie, PACA, Pays de la Loire et 19 départements

Carte Générale



HSTV



Mutualité Française



Croix Rouge Française

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

6. Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est envisagée sur une durée de 3 ans, renouvelable au besoin, selon le planning prévisionnel suivant :

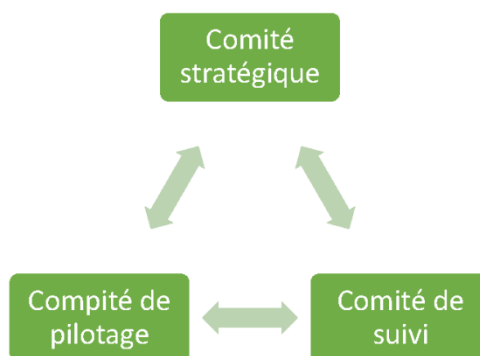
- A. Année N + 0 : lancement du dispositif, montée en charge envisagée en l'espace de 4 à 6 mois (1 mois pour la mise en œuvre des partenariats puis admission de 5 bénéficiaires / mois), sauf pour les expérimentations déjà engagées pour lesquelles la montée en charge est immédiate.

La poursuite du dispositif pour les deux expérimentations engagées depuis 2017 pour la Croix-Rouge française à Sartrouville et 2019 pour HTSV nécessite des financements anticipés à ce planning prévisionnel;

- B. Année N+1 ; N+2 : gestion du dispositif, évaluation régulière via la mesure par indicateurs et la réalisation de bilans intermédiaires dont un bilan intermédiaire à 18 mois. Ce bilan à mi-parcours permettra notamment d'évaluer la soutenabilité du dispositif et les caractéristiques des bénéficiaires pour l'introduction éventuelle d'un reste à charge ;
- C. Année N+3 : bilan final du dispositif et organisation de sa pérennisation ou du renouvellement de l'expérimentation pendant 3 ans ou de son arrêt.

7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

Afin d'assurer un pilotage coordonné de l'expérimentation tout au long de sa durée, trois instances de gouvernance seront mises en place : un comité stratégique au niveau national, réunissant les porteurs du projet, des comités de pilotage opérationnels organisé par le siège de chaque structure et des comités de suivi au sein de chaque dispositif.



1. Le **comité stratégique** réunira les porteurs de projet ainsi que les équipes de l'article 51. Il aura pour objectif d'assurer le pilotage stratégique du projet, d'assurer le respect des ambitions et objectifs stratégiques de l'expérimentation, définir les modalités d'évaluation et suivre leur conduite et d'arbitrer quand cela est nécessaire. Ce comité stratégique se réunira deux fois par an.
2. Des **comités de pilotage opérationnels** permettant à chaque porteur de projet de réunir l'ensemble de ses établissements ou adhérents répartis sur le territoire national. Ce comité de pilotage s'assure de la réussite de l'expérimentation sur les différents territoires et de la conduite de son évaluation, de l'identification des éventuelles difficultés et bonnes pratiques, et les nécessités d'arbitrage à remonter au COSTRAT. Ce comité de pilotage se réunira tous les trois mois.
3. Des **comités de suivi**, propres à chaque dispositif ou territoire, afin de réunir les acteurs de leur territoire pour assurer la montée en charge et la mise en œuvre des objectifs opérationnels du dispositif et du recueil de données permettant l'évaluation du dispositif. Ce comité de suivi se réunira une fois par mois ou par trimestre en fonction des besoins et contextes.

Pour chaque dispositif les agences régionales de santé et les départements, autant que possible consultés ou informés lors des phases de cadrage des expérimentations sont des parties-prenantes du suivi et de l'évaluation de chaque expérimentation. Les départements, en tant que chef de file des politiques sociales et de soutien à l'autonomie sont invités à participer à la gouvernance des projets. Ils sont concernés en tant qu'autorités compétentes en matière de maintien à domicile (allocation personnalisée d'autonomie, services d'aide et d'accompagnement à domicile, actions en matière de logement) présidents et animateurs des conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ou encore autorité de contrôle et de tarification avec les ARS des Ehpad. Un conventionnement doit être envisagé entre chaque porteur du dispositif et les conseils départementaux.

Les agences régionales de santé du fait de leurs missions d'autorité de contrôle et de tarification des Ehpad, des SSIAD, des plateformes de répit, de structures et dispositifs permettant la coordination sanitaire, sociale et médico-sociale et en charge de nombreux dispositifs expérimentaux seront également conviées.

Au niveau de chaque établissement, un temps de chefferie de projet pour la mise en œuvre du projet :

- Accompagner la montée en charge du nouveau dispositif (gestion de projet)
- Produire des outils de pilotage de mise en œuvre harmonisés sur le territoire (suivi d'activité, contrôle budgétaire) et appuyer les établissements à l'utilisation des outils nationaux (tableaux de bord CNSA)
- Produire des outils de communication vis-à-vis des partenaires extérieurs
- Présenter le dispositif aux partenaires du territoire
- Organiser des parcours de formation des professionnels, en lien avec la politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
- Assurer la prise en compte le temps de coordination et l'enjeu de formation notamment sur l'aspect de la polyvalence des fonctions entre le domicile et les établissements et cela en lien aussi avec des structures plus en plateformes de services et d'accueils agiles, enjeux identifiés dans le Plan métiers du grand âge et de l'autonomie.

V. Financement de l'expérimentation

1. Modèle de financement

Le financement de la prise en charge proposée repose donc sur un modèle de financement de type capitation. Une somme forfaitaire fixée à 1004€ par mois et par patient est octroyée pour sa prise en charge globale indépendamment du niveau de dépendance du patient et du volume de soins prodigués. Cette somme a vocation à financer l'ensemble des services propres au dispositif faisant l'objet de l'expérimentation (équipe dédiée à l'évaluation des situations individuelles, pour la coordination des actions prévues dans les plans d'aide et certaines actions dont le financement n'est pas mobilisable dans le droit commun). Ne sont en revanche pas inclus dans ce forfait la mobilisation de prestations et services dits de droit commun (exemple de l'allocation personnalisée d'autonomie)

En fonction des conclusions du rapport intermédiaire de l'évaluation et des travaux qui seront menés sur la question de la participation des bénéficiaires, une participation financière à la charge de l'usager pourrait être introduit à mi-parcours de cette expérimentation

2. Estimation des coûts de la prise en charge et des coûts évités /économies potentielles

Les hypothèses pour la construction tarifaire du modèle de financement commun aux différents dispositifs ont été élaborées sur la base de retours d'expérience de dispositifs concourant au soutien à l'autonomie (cf/ matrice consolidée des couts ci-après). Ces hypothèses correspondent aux besoins en termes de charges de fonctionnement (charges de personnels, locations de solutions domotiques, prestations d'aide à l'adaptation du logement) identifiées pour une file active de 30 personnes et dont la situation globale et les besoins évalués pourraient impliquer une admission en Ehpad en d'autres circonstances.

Le besoin de financement concerne les prestations-socles des dispositifs, celles communes à toutes les personnes accompagnées.

Matrice consolidée des coûts d'un dispositif						
Nombre de bénéficiaires		30				
Coûts mutualisables sur l'ensemble des bénéficiaires						
Personnels		Personnels salariés du dispositif ou mis à disposition par un établissement partenaire				
Charges de personnel du dispositif						
Profil		Nombre d'ETP	Coût ETP annuel	Total	Coût / personne	
PROFESSIONNELS DE SANTÉ						
Ergothérapeute		0,15	40 000,00 €	6 000,00 €	200,00 €	
Psychologue		0,20	47 000,00 €	9 400,00 €	313,33 €	
Médecin coordonnateur		0,10	110 197,00 €	11 019,70 €	367,32 €	
Infirmière coordinatrice / IPA / coordonnateur autonomie		1,00	60 000,00 €	60 000,00 €	2 000,00 €	
ASG et astreinte		3,00	40 000,00 €	120 000,00 €	4 000,00 €	
Assistante sociale et travailleurs sociaux		0,10	34 000,00 €	3 400,00 €	113,33 €	
Astreinte nuit		1,50	45 000,00 €	67 500,00 €	2 250,00 €	
PILOTAGE DE L'ACTIVITE - FONCTIONS SUPPORT						
Directeur du dispositif		0,10	90 000,00 €	9 000,00 €	300,00 €	
Gestionnaires du dispositif		0,20	50 000,00 €	10 000,00 €	333,33 €	
TOTAL COÛTS DE charges personnels				296 319,70 €	9 877,32 €	
Support						
Logement		Unité d'œuvre	Quantité	Coût unitaire	Coût total annuel	
Appui à l'adaptation du logement		Coût de la prestation	15	180,00 €	2 700,00 €	90,00 €
Surveillance et sécurité à domicile						
		Unité d'œuvre	Quantité	Coût unitaire mensuel	Coût total annuel	
Fourniture et installation de solutions domotiques et technologiques pour la continuité des soins et lae sécurité à domicile		Tarif de la prestation	30	120,00 €	43 200,00 €	1 440,00 €
Pilotage de l'activité - Fonctions support du dispositif		Unité d'œuvre	Quantité	Coût unitaire	Coût total annuel	
Mise à disposition des locaux et autres ressources gestion management		Loyer mensuel	12	600,00 €	7 200,00 €	
Mise à disposition de véhicules et équipements aux personnels salariés (y compris des solutions technologiques)		Location mensuelle	12	1 000,00 €	12 000,00 €	
				Total	19 200,00 €	640,00 €
Surveillance et sécurité à domicile						
		Unité d'œuvre	Quantité	Coût unitaire mensuel	Coût total annuel	
Fourniture et installation de solutions domotiques et technologiques pour la continuité des soins et lae sécurité à domicile		Tarif de la prestation	30	120,00 €	43 200,00 €	1 440,00 €
Pilotage de l'activité - Fonctions support du dispositif		Unité d'œuvre	Quantité	Coût unitaire	Coût total annuel	
Mise à disposition des locaux et autres ressources gestion management		Loyer mensuel	12	600,00 €	7 200,00 €	
Mise à disposition de véhicules et équipements aux personnels salariés (y compris des solutions technologiques)		Location mensuelle	12	1 000,00 €	12 000,00 €	
				Total	19 200,00 €	640,00 €
TOTAL COÛTS DE Support				hors hébergement d'urgence	65 100,00 €	2 170,00 €
TOTAL COÛTS DE prise en charge par site				Tarif	Forfait annuel	Forfait/patient/an
				hors hébergement d'urgence	361 419,70 €	12 047,32 €

Les charges relatives aux coûts de fonctionnement et d'équipement et associées aux besoins de financement sont ventilées au regard des prestations listées dans le référentiel CNSA-DGCS de mai 2019

Tarif pris en charge par Assurance Maladie	
Répartition selon les 4 volets (soins / dépendance / hébergement / frais généraux)	Coût mensuel/résident
Soins	635 €
Médecin coordonnateur	31 €
IDE coordo	167 €
ASG	250 €
Astreinte de Nuit	188 €
Dépendance	119 €
ASG	83 €
Psychologue	26 €
Assistante sociale	9 €
Hébergement	144 €
Ergo	17 €
Appui adaptation du logement	8 €
Domotique	120 €
Pilotage & Frais généraux	106 €
Directeur du dispositif	25 €
Gestionnaire du dispositif	28 €
Locaux & véhicule	53 €
Total --> Forfait Assurance Maladie	1 004 €

En fonction des territoires et des conventions signées avec chaque département, la prise en charge de l'abonnement à un service de téléassistance 24/7 sera assurée par le département pour les personnes bénéficiaires de l'APA.

Des frais annexes sont prévus pour :

- L'amorçage des projets
- L'ingénierie des projets

L'amorçage permet de prévoir avant la constitution des files actives la mobilisation de ressources humaines nécessaires à la montée en charge de chaque dispositif. Ces crédits sont versés pour chaque lancement (15 territoires en 2020 et 8 territoires en 2021) ils ont été calibrés sur la base de 4 mois d'exercice du coordonnateur autonomie soit 20 000 euro par territoire.

En 2020 : 20 000 € * 15 territoires = 300 000 euro

En 2021 : 20 000 € * 8 territoires = 160 000 euro

Soit 460 000 euro au total pour l'amorçage de chaque dispositif.

Concernant l'ingénierie du projet :

2. Frais "annexes" d'ingénierie pour le cadrage et l'appui au pilotage	JH					
Soutien à l'ingénierie par territoire	3					
Cadrage de chaque dispositif : information, contrats, fiches de poste	1,5					
Cadrage du pilotage et suivi annuel (0,5 JH * 3 ans)	1,5					
Forfait transverse pour chacun des 3 porteurs	10					
Pilotage et consolidation des suivis des avancements	4					
Partage d'outils et capitalisation	2					
Préparation des instances de gouvernance	3					
contribution à l'évaluation	1					
	N territoire	Soutien par territoire	Forfait transverse		TJM	Total
CRF	7	23 100 €	11 000 €		1 100 €	34 100 €
HSTV	5	16 500 €	11 000 €		1 100 €	27 500 €
FNMF	11	36 300 €	11 000 €		1 100 €	47 300 €
						108 900 €

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020 27

L'ingénierie du projet permet de cadrer sur chaque territoire le fonctionnement opérationnel du dispositif (information, communication, partenariats, modalités de collaboration et de partage d'informations à prévoir) et de préparer le suivi à des fins de pilotage et de participation aux travaux relatifs à l'évaluation des expérimentations.

Total des crédits nécessaires au lancement des 23 territoires : 568 900 €, soit 24 734, 78€ par territoire.

L'évaluation des fonctionnements et résultats des dispositifs sera centrale pour permettre d'estimer les coûts évités et économies potentielles. Ces coûts pourront notamment être comparés aux études des coûts des accompagnements en Ehpad ou aux travaux relatifs aux hospitalisations des personnes âgées.

Besoin de financement

a. Synthèse du besoin de financement

	File active (moyenne annuelle)	FISS (prestation dérogatoire)	FISS (CAI)
Phase de construction (x mois)			
2019	0		
2020 (à partir d'octobre)	257	1 032 112 €	408 900€
2021	562	6 770 976 €	160 000€
2022	589	7 096 272 €	
2023 (jusqu'octobre)	589	5 913 560 €	
Total		20 812 920	568 900€
Coût Total de l'expérimentation FISS + FIR (n patients)		21 381 820 € (soit 1 004€/patient)	

VI. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

1. Aux règles de financements de droit commun

NON CONCERNE

2. Aux règles d'organisation de l'offre de soins

NON CONCERNE

3. Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

La dérogation est organisationnelle en ce qu'elle implique une coordination nouvelle et renforcée entre les acteurs de l'EHPAD et du domicile. Elle nécessite en outre, une prise en compte des personnes accompagnées à domicile dans le cadre du dispositif dans l'organisation de l'EHPAD (temps collectifs, activités sociales, chambre d'hébergement temporaire, etc.), avec une veille des professionnels de

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

l'EHPAD pouvant être mobilisés ponctuellement pour le suivi des personnes à domicile (coordination, levée de doute, etc.). En revanche, il ne s'agit pas de déroger à leur mission et de faire intervenir les professionnels de l'EHPAD à domicile pour les actes d'aide et de soins devant être réalisés par les SAAD, SSIAD, SPASAD, voire HAD en lien avec la ville.

L'expérimentation nécessite également une dérogation aux règles de tarification des ESSMS, permettant de proposer un modèle de financement pour les prestations qui ne sont pas financées dans le droit commun.

La dérogation demandée concerne l'affectation dans les missions réalisées par certains professionnels de l'EHPAD (médecin co, AS, IDE, ergo, psycho, etc...), orientés vers une prise en charge à domicile. Un renforcement du temps de coordination est également à prévoir.

Par ailleurs, la mise en place d'une chambre d'urgence doit être étudiée en fonction des dispositifs d'accueil temporaire existants. En fonction du contexte local, un conventionnement spécifique avec d'autres EHPAD du territoire doit être organisé.

Cette offre s'inscrit dans le droit commun : une chambre d'hébergement temporaire « classique » ou une chambre d'hébergement temporaire « dispositif en sortie d'hospitalisation ou pour carence de l'aidant ».

Le financement des places et le reste à charge du tarif hébergement seront donc fonction de la nature de ces dernières, toutefois cela relèvera bien du droit commun.

En outre, la mobilisation du module répit dans le cadre des plans d'aide APA domicile pourra être un plus pour les personnes accompagnées.

VII. Impacts attendus

a. Impact en termes de service rendu aux patients

- Apporter une solution d'accompagnement aux personnes âgées à domicile n'en disposant pas, une offre intermédiaire entre le soutien à domicile et l'EHPAD.
- Sécuriser le soutien à domicile.
- Rompre l'isolement de la personne âgée et prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie. Améliorer la qualité de vie des personnes âgées;
- Améliorer la qualité de vie pour les aidant en proposant des temps de répit;
- Fluidifier les parcours et éviter les ruptures de parcours de prise en charge.

b. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

- Articuler les secteurs du domicile, du médico-social et du sanitaire par une coordination renforcée des parcours de soin. Améliorer la coordination des différents intervenants au domicile de la personne âgée. Optimiser le savoir-faire de chaque acteur et organiser le partage d'expérience et de formations ;
- Réduire les passages aux urgences ou les hospitalisations, en cohérence avec la stratégie du virage ambulatoire;
- Redonner du sens aux métiers du soin, à l'accompagnement réalisé par les professionnels auprès des personnes âgées : un accompagnement global, sur l'ensemble du parcours de vie de la personne), permettant aussi d'influer sur l'attractivité des métiers en cohérence avec les éléments inscrits dans le Plan de mobilisation national d'attractivité des métiers du Grand Âge et de l'Autonomie de Myriam EL KHOMRI du 29/10/19.

c. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

- Réduire le nombre de passages aux urgences et les hospitalisations évitables
- Réduire les coûts d'hébergement en proposant une solution de prise en charge dont le coût est inférieur pour le bénéficiaire et la société à une admission en EHPAD ;
- Réduire les coûts de fonctionnement par la mutualisation de frais de structure;
- Proposer une solution d'accroissement des demandes futures d'hébergement (l'INSEE estime nécessaire d'augmenter de 50% le nombre de places d'EHPAD d'ici 2045).

VIII. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

Au regard des objectifs poursuivis par le dispositif, il paraît indispensable de chercher à mesurer la satisfaction des personnes âgées accompagnées, de leurs proches aidants ainsi que des professionnels impliqués dans le dispositif. Au-delà de la satisfaction, il sera utile d'identifier la plus-value du dispositif sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants, ainsi que la qualité de vie au travail des professionnels. Le dispositif poursuit un objectif de prévention et de compensation de la perte d'autonomie en permettant une coordination effective des interventions et prestations de soins et d'accompagnement social et médico-social, il convient donc d'objectiver les effets de cette coordination. Au-delà des suivis quantitatifs et nécessaires, des entretiens pourront être envisagés avec les personnes accompagnées et les professionnels pour appréhender d'autres dimensions d'évaluation.

La comparaison de la qualité de l'accompagnement et de ses résultats avec un accompagnement en Ehpad devra être recherchée (en termes d'état de santé, d'autonomie, de reste-à-charge et de coûts). Ce sujet fait actuellement l'objet d'une étude exploratoire demandée par la Croix Rouge française et menée par l'Université Paris Dauphine et le Gérontopôle de Reims dans le cadre de sa première expérimentation d'EHPAD@dom à Sartrouville. Les résultats sont attendus au 2^{ème} semestre 2020.

Les items marqués * sont repris du référentiel CNSA/DGCS.

Résultats et impacts	
Résultats	Conséquences pour les personnes accompagnées · Satisfaction de la personne accompagnée par le dispositif* · Qualité de vie * · Acceptabilité du dispositif * Conséquences pour les proches aidants * · Mesure de la satisfaction et mesure de type « Fardeau » de l'aidant Conséquences pour les professionnels impliqués dans le dispositif * Taux d'hospitalisation, nombre de passage aux urgences, analyse des hospitalisations évitées Suivi des événements indésirables
Suivi de l'activité et de l'organisation de la coordination	
Suivi de l'activité	Nombre d'entrée et de sorties, motifs Nombre de contacts / demandes d'admission Âge des bénéficiaires * GIR moyen des bénéficiaires* et répartition par GIR des bénéficiaires* Revenus des bénéficiaires Nombre de bénéficiaires avec des troubles cognitifs* Nombre de bénéficiaires avec aidants*
Coordination	Nombre de prestations intégrées au contrat de prestation* / hors contrat de prestations * / gérées par le guichet unique * Nombre et qualification des réunions de coordination

Coûts	Coût prévisionnel annuel moyen / bénéficiaire * Coût moyen mensuel du bénéficiaire * Suivi par financeur *
Rapport des services	
Gestes au corps	Nombre d'heures d'accompagnement à la réalisation des actes de la vie quotidienne, hors plan d'aide APA réalisées*
Santé au domicile	Nombre moyen de passages hebdomadaires IDE et répartition des bénéficiaires selon le nombre de passages IDE* Nombre d'actes d'assistance à la réalisation de téléconsultations*
Accueil séquentiel	Nombre de journées d'occupation de la chambre d'hébergement temporaire*
	Nombre de journées d'accueil de jour réalisées par les bénéficiaires du dispositif*
	Nombre de nuitées réalisées par les bénéficiaires du dispositif (accueil de nuit)*
Participation sociale	Nombre d'appels de convivialité traités (entrants et sortants)*
	Nombre d'abonnements aux prestations de conciergerie et organisation d'autres services souscrits*
Adaptation du logement	Nombre d'évaluations des adaptations du logement réalisées* et ayant donné lieu à adaptation
Surveillance gériatrique	Nombre de visites de surveillance réalisées à domicile* Nombre et nature des sollicitations de dispositifs de télésurveillance
Gestion des situations d'urgences	Nombre de levées de doute organisées (à distance) / à domicile * Nature des interventions de nuit Nombre de journées d'occupation de la chambre d'accueil d'urgence par les bénéficiaires du dispositif*, nombre de bénéficiaires, motifs des accueils

IX. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

Le dispositif devra nécessairement mesurer l'impact de son action (cf. VIII) par le biais de données objectives relatives à la dépendance et la santé des usagers. Par conséquent, une collecte de données sera menée à partir des nécessités posées dans la méthode d'évaluation.

1. Des indicateurs d'évaluation gériatrique seront ainsi recueillis tout au long de l'expérimentation, sur la base de ceux produits dans les Rapports d'Activité Médicale Annuelle (RAMA) élaboré en EHPAD:
 - Nombre d'admissions
 - Origine des admissions
 - Modalités d'admission
 - Motifs d'admission
 - Motifs de sortie
 - Nombre de décès et lieux de décès
 - Nombre d'interventions d'EMG
 - Hospitalisations:
 - Nombre de journées d'hospitalisation programmées et non-programmées
 - Nombre de réhospitalisations dans les 72h
 - Nombre d'hospitalisations en UHR d'une USLD
 - Nombre d'hospitalisation en UCC
 - Nombre d'hospitalisations en soins palliatifs (LISP ou USP)
 -
 - Nombre de journées d'HAD
 - DMS d'hospitalisation
 - Vaccinations:
 - Nombre de vaccination antigrippale à jour
 - Nombre de vaccination anti-pneumo 23 à jour
 - Nombre de vaccination anti-coqueluche à jour
 - Epidémies:
 - Nombre de gastro-entérite
 - Nombre d'infections respiratoires aiguës
 - Nombre de cas de gale
 - Intervenants extérieurs
 - GIR détaillé par items
 - Age
 - Sexe
 - Mesure de la fonction rénale
 - Iatrogénie:
 - Nombre d'usagers malades Alzheimer ou apparentés avec traitement neuroleptique/nombre total d'usagers malades Alzheimer ou apparentés
 - Nombre d'usagers avec benzodiazépine à ½ vie longue/nombre total d'usagers
 - Nombre d'usagers dont la prescription a été évaluée à l'entrée/nombre total d'usagers

- Nombre d'usagers dont la prescription a été évaluée au moins une fois dans l'année (hors entrée) /nombre total d'usagers
- Nutrition/état buccodentaire:
 - Nombre d'usagers ayant eu un bilan buccodentaire dans l'année
 - Nombre de protocoles mis en œuvre pour usagers dénutris ou à risque de dénutrition
 - Nombre d'usagers dénutris (mesure de l'albumine)
- Chute/contention physique:
 - Mesure des chutes
 - Nombre d'usagers ayant chuté
 - Nombre d'usagers ayant chuté ayant bénéficié d'un suivi individuel
 - Nombre de chutes ayant entraîné une hospitalisation
 - Mesure des contentions
 - Nombre d'usagers avec contention ayant eu un renouvellement de la prescription
- Escarres et plaies chroniques:
 - Nombre d'usagers ayant acquis une escarre au sein du dispositif
 - Nombre d'usagers ayant acquis une escarre en dehors du dispositif
- Dépistage et prise en charge de la douleur
 - Nombre d'usagers avec traitement antalgiques (niveau 1, 2 et 3)
 - Nombre d'usagers sous antalgiques ayant eu une évaluation de douleur avec échelle

2. Des données de profil "social" devront également être collectées afin de déterminer le profil global des usagers du dispositif:

- Revenus du foyer
- Professions passées
- Entourage présent (+ distance de l'utilisateur)
- Protection juridique

3. Des données de "coopération" permettant d'évaluer l'apport du dispositif sur ce point seront également collectées. Il s'agira essentiellement de mesurer les évolutions du nombre et de la qualité des prestations coordonnées.

4. Des données de satisfaction des usagers seront collectées via une enquête de satisfaction dédiée et uniformisée.

L'ensemble de ces données seront collectées par un logiciel DPI dédié, avec mesure d'indicateurs via les objets connectés et IA (ex: chutes). Un contrat d'accompagnement est signé avec chaque usager afin d'obtenir son consentement au recueil et au partage des informations

X. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

Les porteurs s'engagent à se conformer à toute loi ou réglementation relative à la protection des données personnelles, notamment à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite « Informatique et Libertés » modifiée, et à la GDPR, en vigueur à partir de mai 2018, et en particulier à prendre toutes les précautions utiles afin de préserver la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel et notamment d'empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non concernés.

Concernant la collecte des données, les porteurs s'engagent à ce qu'elles soient :

- « collectées et traitées de manière loyale et licite » (Art. 6 al.1 loi « Informatique et Libertés »)
- « collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes et ne soient pas traitées ultérieurement de manière incompatible avec ces finalités » (Art. 6 al.2 loi « Informatique et Libertés »).

Conformément à la législation, les usagers peuvent accéder à leurs données à caractère personnel et notamment aux données brutes de détection des capteurs et de signalement d'anomalies techniques sur le matériel (batterie faible, perte de réseau, coupure d'alimentation...).

Une fois les données collectées, les porteurs s'engagent à respecter les obligations suivantes et à les faire respecter par son personnel :

- Ne pas utiliser les données à caractère personnel – anonymisées ou non – à des fins autres que celles prévues pour l'exécution du service,
- Ne pas divulguer les données à caractère personnel sans avoir procédé à leur anonymisation à d'autres personnes, qu'il s'agisse de personnes privées ou publiques, physiques ou morales.

En particulier, les porteurs s'engagent :

- à ne pas céder, louer, donner en gage ou en nantissement, transférer, prêter les données à caractère personnel à quelque tiers que ce soit ou, plus généralement, d'en disposer sous une forme ou autre, pour des besoins autres que ceux du contrat,
- à informer les bénéficiaires dans les plus brefs délais de la perte ou du vol de tout ou partie des données à caractère personnel,
- à informer les bénéficiaires dans les plus brefs délais de toute circonstance à même d'avoir un impact significatif sur la livraison du service (panne ou dysfonctionnement du logiciel ou de la base de données...).

A la fin de l'expérimentation, les porteurs procèdent à l'anonymisation définitive et irréversible des données à caractère personnel dans les six mois.

XI. Liens d'intérêts

Non requis pour la lettre d'intention.

Liste des professionnels, organismes ou structures participant aux projets d'expérimentation qui remettent à l'ARS une déclaration d'intérêt au titre des liens directs ou indirects (au cours des cinq années précédant l'expérimentation) avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.

Pour plus de précisions, vous pouvez vous reporter à l'annexe de l'arrêté du 31 mars 2017 qui fixe le contenu de la DPI :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034330604&categorieLien=id>

XII. Éléments bibliographiques / expériences étrangères

Rapport KPMG 2015 « EHPAD, vers de nouveaux modèles »

Observatoire national de la Fin de Vie 2013 – Vivre la fin de vie chez soi

Expériences aux Pays-Bas et Danemark – Rapport à l'Assemblée Nationale de Mmes IBORRA et FIAT
<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0769.asp>

XIII. Table des annexes

Annexe 1 : Coordonnées du porteur et des partenaires.....	38
Annexe 2. Catégories d'expérimentations.....	38
Annexe 3 : Annexes territoriales HSTV.....	40
Description du porteur.....	40
Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation	41
Spécificités territoriales.....	43
• Projet 1 : Baguer Morvan (35).....	43
• Projet 2 : Bain de Bretagne (35).....	45
• Projet 3 : Rennes (35).....	47
• Projet 4 : Brest (29)	49
• Projet 5 : Pont l'Abbé (29).....	51
Annexe 4 : Annexes territoriales de la FNMF.....	53
• Projet 1 : Maine et Loire.....	54
• Projet 2 : Loire-Atlantique.....	58
• Projet 3 : Nord Isère	61
• Projet 4 – Alpes-Maritimes, Nice.....	62
• Projet 5 : Val d'Oise	63
• Projet 6 : Saône-et-Loire.....	64
• Projet 7 : Puy de Dôme.....	69
• Projet 8 : Romans	71
• Projet 9 : Rodez, Onet-le Château et le Monastère	72
• Projet 10 : Haute Vienne	74
• Projet 11 : Seine Maritime	75
Annexe 5 : Annexes territoriales de la Croix-Rouge française	76
Description du porteur.....	Erreur ! Signet non défini.
Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation.....	Erreur ! Signet non défini.
Spécificités territoriales.....	Erreur ! Signet non défini.
• Projet 1 : Ouest Charente.....	Erreur ! Signet non défini.
• Projet 2 : Haute Vienne	Erreur ! Signet non défini.
• Projet 3 : Yonne.....	Erreur ! Signet non défini.
• Projet 4 : Bassin de vie Sedan.....	Erreur ! Signet non défini.
• Projet 5 : Marseille	Erreur ! Signet non défini.
• Projet 6 : Nîmes.....	Erreur ! Signet non défini.
• Projet 7 : Sartrouville.....	Erreur ! Signet non défini.

Annexe 1 : Coordonnées du porteur et des partenaires

CHAQUE PORTEUR RENSEIGNE LE TABLEAU DANS SES ANNEXES SPECIFIQUES

Annexe 2. Catégories d'expérimentations

A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ? Il est possible de combiner les catégories.

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 –I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	x	Financement des prestations à valeur ajoutée proposé par le dispositif, pour l'ensemble du parcours de la personne
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins		
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 –I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	Toutes les interventions des professionnels qui accompagnent la personne âgée dans sa vie quotidienne et dans son suivi médical sont coordonnées et font l'objet d'une planification et d'un suivi concerté
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	Réduire les hospitalisations évitables; Accompagner à domicile dans le cadre d'un parcours de vie coordonné et global (suivi médical et soignant, activités sociales et thérapeutiques, interventions pour la vie quotidienne)

c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	Téléassistance, téléconsultation, téléexpertise
--	---	---

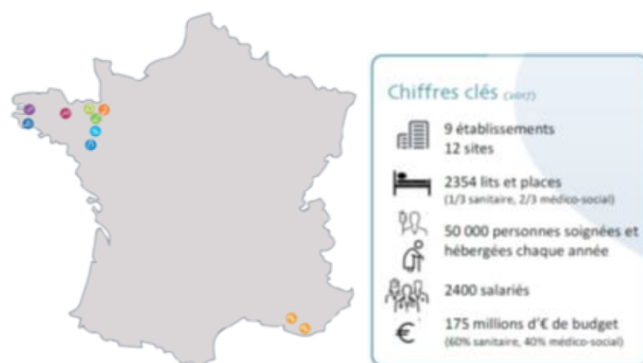
Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

Annexe 3 : Annexes territoriales HSTV

Description du porteur



L'**Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve (HSTV)** gère neuf établissements sanitaires et médico-sociaux à but non lucratif situés en Bretagne et en Provence Alpes Côte d'Azur (cf. carte ci-dessous).



Les missions et les valeurs d'HSTV s'inscrivent dans le souci d'accueil et de prendre soin de tous dans un cadre de service public

Ainsi, HSTV accueille, soigne et accompagne toute personne fragilisée par la maladie, l'âge, le handicap ou l'addiction, quelles que soient son origine, sa situation sociale, et ses préférences religieuses. HSTV se met plus particulièrement au service des plus faibles et des plus démunis.

HSTV propose différents modes de prise en charge: consultations, hôpital de jour, hospitalisation complète ou en ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD).

Médecine

- Nombreuses spécialités médicales de pointe : cardiologie, pneumologie, neurologie, endocrinologie, gastro-entérologie, gériatrie, addictologie, laboratoire du sommeil...

- Activités de médecine polyvalente centrées sur les besoins des personnes âgées

- Accompagnement de fin de vie (dont des unités de soins palliatifs - USP)

Chirurgie

Anesthésie, chirurgie dentaire, digestive et bariatrique, ophtalmologique, ORL, orthopédique et traumatologique, thoracique et vasculaire (avec le CHU de Rennes), urologique ...

Soins de suite et de réadaptation (SSR)

Polyvalents, diabéto et nutrition, addictologie...

Plateau technique

Equipements de haute technicité, gérés directement ou en partenariat avec des cabinets libéraux : blocs opératoires, radiologie, scanner, échographie, IRM, laboratoire de biologie médicale, urgences, SMUR, accueil de soins non programmés...

Psychiatrie

En hospitalisation complète, prise en charge globale et pluridisciplinaire des troubles psychiatriques de l'adulte en services ouverts.

EHPAD, accueil de jour, foyer de vie (personnes âgées / en situation de handicap)

HSTV propose un projet d'accompagnement et de soins co-construit avec le résident.

Hébergement permanent ou temporaire, filière Alzheimer (unité de vie, UHR, PASA, accueil de jour), unité de soins de longue durée (USLD), accompagnement spécifique pour personnes vieillissantes en situation de handicap (unité d'hébergement, accueil de jour) : à chaque besoin correspond une solution d'accueil.

Dans les foyers pour personnes en situation de handicap mental et/ou psychique, qui accueillent des adultes à partir de 20 ans, un projet individuel est mis en place avec chaque résident. L'épanouissement physique, intellectuel et psychique du résident, son autonomie et la préservation des liens familiaux et sociaux sont au cœur des projets.

Afin d'offrir à ses patients et résidents une prise en charge globale et fluide, HSTV s'inscrit dans les filières et parcours coordonnés de soins, renforce ses liens avec la médecine de ville et noue des partenariats avec les centres hospitaliers et autres structures de soins du territoire.

Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Le cadre coopératif favorisé par HSTV pour mettre en œuvre les dispositifs reposera sur la constitution de groupement de coopération sociaux et médico-sociaux (GCSMS).

- L'Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve

Des partenariats territoriaux sont engagés depuis le début de l'année 2019 pour la mise en œuvre de l'expérimentation sur le secteur de Rennes. Sur les autres territoires, et au regard des valeurs et principes d'action d'HSTV, chaque établissement est engagé sur un travail partenarial et d'ouverture avec les acteurs du secteur, y compris du domicile, qui permettront une mise en œuvre rapide et efficace du dispositif.

Dans le cadre de l'expérimentation déjà menée sur le secteur de Rennes, 3 partenaires sont engagés aux côtés d'HSTV depuis le début de l'expérimentation:

- Le CCAS de la Ville de Rennes, qui participe au dispositif par le biais de son service d'aide à domicile et son SSIAD
- La Fédération ADMR 35, via ses deux associations rennaises disposant chacune d'un service d'aide à domicile (jour et nuit)
- L'association ASSIA – Réseau UNA disposant d'un SAAD, SSIAD et ESA

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

Par ailleurs, d'autres partenaires participent ponctuellement à l'expérimentation, par l'apport de compétences adaptées à la situation des usagers accompagnés:

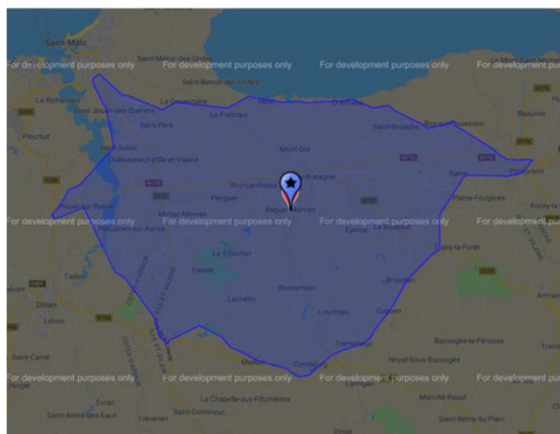
- La polyclinique Saint-Laurent (HSTV), en tant qu'établissement sanitaire disposant d'un secteur de gériatrie complet (consultation - hôpital de jour - hospitalisation complète - SSR - soins palliatifs)
- Equipes mobiles de soins palliatifs du territoire (CHU de Rennes et Centre Régional de Gériatrie de Chantepie - UGECAM)
- HAD 35
- CLIC de Rennes
- MAIA du Pays de Rennes
- PTA du Pays de Rennes
- Centre de Soins Infirmiers (UNA-ASSIA)

Ce fonctionnement partenarial, avec des acteurs de service public identifiés préalablement, sera reconduit dans le cadre du développement du dispositif sur les autres territoires d'intervention (cf. annexes territoriales).

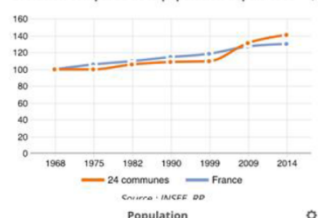
Le choix des territoires d'intervention s'inscrit dans la volonté d'expérimenter le dispositif dans différents contextes (secteurs ruraux et urbains) et sous différentes formes (EHPAD autonomes, adossement à des établissements sanitaires, et appui fort sur une HAD).

Spécificités territoriales

• Projet 1 : Baguer Morvan (35)



Évolution comparée de la population depuis 1968



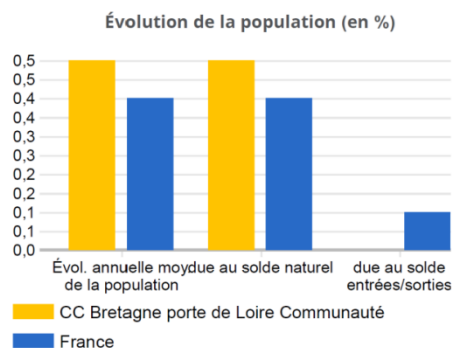
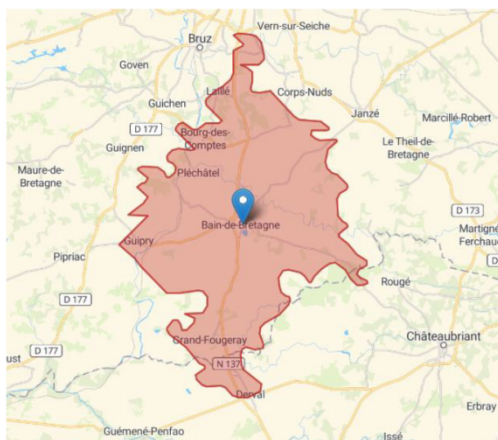
Indicateurs	24 communes	France
population	40 104	65 907 160
densité de population (hab/km²)	108	104

Répartition de la population par tranche d'âge			
Catégorie	Nombre		%
	24 communes	France	
0-14 ans	8 306	11 829 949	20,8
15-29 ans	5 797	11 294 541	14,5
30-44 ans	7 914	12 228 492	19,8
45-59 ans	7 943	12 731 333	19,8
60-74 ans	6 350	9 708 553	15,9
75 ans et plus	3 715	5 892 967	9,3
Total	40 025	63 685 835	100,0

Territoire	Territoire de proximité de Baguer Morvan : -Territoire rural de 40 000. Habitants -9,3% de + de 75 ans
Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	Établissement Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve de Baguer Morvan : EHPAD de 65 places adossées à un SSR-USLD de 60 places
Organisation du dispositif	L'EHPAD dispose d'un médecin coordonnateur, d'ASG, d'un ergothérapeute, psychologue, assistante sociale. Le SSIAD de l'ADMR de Dol de Bretagne dispose de 48 places Le SAAD du CCAS de Baguer Morvan de 55 places Le SAAD de l'ADMR de Dol de Bretagne dispose de plus de 300 places La MAIA Dinan Armor et la PTA Rance Emeraude organisent la prise en charge des cas complexes du territoire
Partenaires du projet	- Le CCAS de Baguer Morvan, déjà rencontré et volontaire pour l'engager dans la démarche - l'ADMR déjà rencontré et volontaire pour l'engager dans la démarche

	-Les intervenants libéraux du territoire (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc...) exercent déjà au sein de l'EHPAD de l'établissement pour la prise en charge des résidents -Le CH de Saint Malo (convention de repli pour hospitalisation) -La HAD 35 pour l'astreinte de nuit
Astreinte de nuit	Mutualisation avec le SSR de Baguer Morvan et appui de la HAD 35
Chambre d'urgence	Convention avec l'hébergement temporaire de l'EHPAD Saint Anne de Tinténac (groupe HSTV)
File active	20 personnes
Début des accompagnements	2020 : cadrage opérationnel du dispositif 1 ^{er} trimestre 2021 : 1ers accompagnements par le dispositif

• **Projet 2 : Bain de Bretagne (35)**



Population de 1968 à 2016

Période	Population		Densité de population (hab/km ²)	
	CC Bretagne porte de Loire Communauté	France	CC Bretagne porte de Loire Communauté	France
1968	20 037	50 798 112	43,4	80,3
1975	19 653	53 764 064	42,6	85,0
1982	20 630	55 569 542	44,7	87,8
1990	21 163	58 040 659	45,8	91,7
1999	22 692	60 149 901	49,1	95,1
2006	28 174	63 186 117	61,0	99,9
2011	31 100	64 933 400	67,3	102,6
2016	31 876	66 361 658	69,0	104,9

Source : Insee, séries historiques du RP, exploitations principales

Population par grandes tranches d'âge

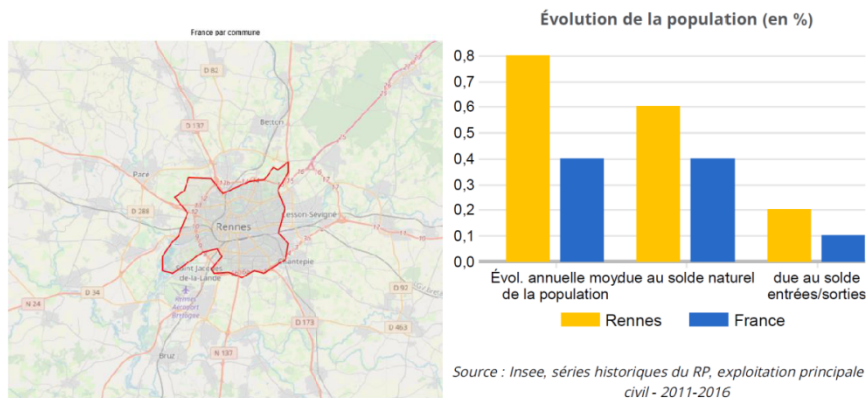
Catégorie	Nombre		%	
	CC Bretagne porte de Loire Communauté	France	CC Bretagne porte de Loire Communauté	France
0 à 14 ans	7 382	12 118 274	23,2	18,3
15 à 29 ans	4 688	11 744 270	14,7	17,7
30 à 44 ans	7 027	12 594 023	22,0	19,0
45 à 59 ans	6 375	13 210 612	20,0	19,9
60 à 74 ans	3 990	10 541 416	12,5	15,9
75 ans ou plus	2 414	6 152 993	7,6	9,3
Total	31 876	66 361 588	100,0	100,0

Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale - 2016

Territoire	Territoire de proximité de Bain de Bretagne: -Territoire rural de 32 000. Habitants -Forte croissance démographique
Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	EHPAD de l'Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve de Bain de Bretagne Hôpital de Bain de Bretagne – Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve (Médecine - SSR - USP - EHPAD - Foyer de Vie) 396 lits et places dont 252 lits d'EHPAD

Organisation du dispositif	L'EHPAD dispose d'un médecin coordonnateur, d'ASG, d'un ergothérapeute, de psychologue, et d'assistante sociale. Le SSIAD de Guichen dispose de 65 places, le SSIAD de Pipriac dispose de 52 places L'ADMR de Bain de Bretagne dispose d'un SAAD (35 salariés) Le CCAS de Bain de Bretagne disposé également d'un SAAD La MAIA de Bain de Bretagne organise la prise en charge des cas complexes du territoire
Partenaires du projet	- Le CCAS de Bain de Bretagne, déjà rencontré et volontaire pour l'engager dans la démarche - L'ADMR déjà rencontré et volontaire pour l'engager dans la démarche - Les professionnels libéraux regroupés dans le pôle de santé de Bain de Bretagne, coopèrent déjà avec l'Hôpital et l'EHPAD -Le CHU de Rennes (convention de repli pour hospitalisation) -La polyclinique Saint Laurent (groupe HSTV) -La HAD 35 pour l'astreinte de nuit -Association Bain de Causette
Astreinte de nuit	Mutualisation avec les services de médecine et EHPAD de l'établissement de Bain de Bretagne et appui de la HAD 35
Chambre d'urgence	Hébergement temporaire de l'établissement
File active	30 personnes
Début des accompagnements	2020 : cadrage opérationnel du dispositif 1^{er} trimestre 2021 : 1ers accompagnements par le dispositif

• **Projet 3 : Rennes (35)**



Population de 1968 à 2016

Période	Population		Densité de population (hab/km²)	
	Rennes	France	Rennes	France
1968	180 943	50 798 112	3 590,9	80,3
1975	198 305	53 764 064	3 935,4	85,0
1982	194 656	55 569 542	3 863,0	87,8
1990	197 536	58 040 659	3 920,1	91,7
1999	206 229	60 149 901	4 092,7	95,1
2006	209 613	63 186 117	4 159,8	99,9
2011	208 033	64 933 400	4 128,5	102,6
2016	216 268	66 361 658	4 291,9	104,9

Source : Insee, séries historiques du RP, exploitations principales

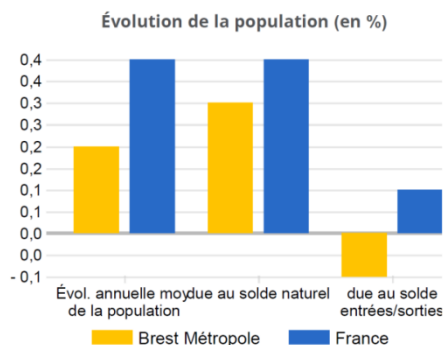
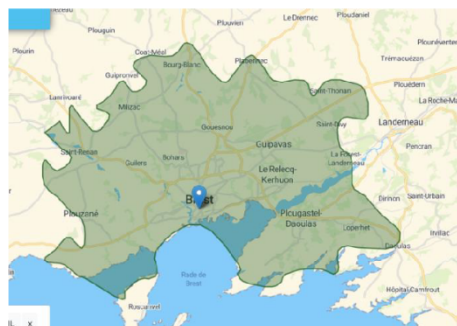
Population par grandes tranches d'âge

Catégorie	Nombre		%	
	Rennes	France	Rennes	France
0 à 14 ans	31 601	12 118 274	14,6	18,3
15 à 29 ans	72 161	11 744 270	33,4	17,7
30 à 44 ans	40 012	12 594 023	18,5	19,0
45 à 59 ans	32 437	13 210 612	15,0	19,9
60 à 74 ans	23 883	10 541 416	11,0	15,9
75 ans ou plus	16 175	6 152 993	7,5	9,3
Total	216 269	66 361 588	100,0	100,0

Territoire	Ville de Rennes : -Territoire urbain de 216 000. Habitants -Forte croissance démographique et fort vieillissement
Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	Établissement porteur: EHPAD Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve de Rennes : 87 lits
Organisation du dispositif	L'EHPAD dispose d'un médecin coordonnateur, d'ASG, d'un ergothérapeute et d'un psychologue. Le SAAD du CCAS de la Ville de Rennes dispose de 1 000 places Le SSIAD du CCAS de la Ville de Rennes dispose de 167 places Le SAAD de l'ADMR dispose de 500 places

	Les SAAD et SSIAD d'ASSIA-réseau UNA sont partenaires du dispositif depuis janvier 2020.
Partenaires du projet	-ADMR « Rennes et environs » : convention déjà existante pour le SAAD de jour - ADMR « Rives du Meu » : convention déjà existante pour le SAAD de nuit - CCAS de la Ville de Rennes : convention déjà existante pour le SAAD de jour et le SSIAD - Association ASSIA-Réseau UNA : convention en cours de signature pour le SAAD de jour, le SSIAD et l'ESA. - Les médecins libéraux, masseurs kinésithérapeutes et infirmiers intervenants - l'HAD 35 - l'EMSP du Centre Régional de Gériatrie (UGECAM) - La Polyclinique St Laurent (HSTV) - l'EHPAD de St Cyr pour l'hébergement temporaire d'urgence
Astreinte de nuit	HAD 35
Chambre d'urgence	EHPAD St Cyr (association)
File active	40 personnes
Début des accompagnements	1^{er} semestre 2020 : Dispositif déjà opérationnel pour 20 usagers 2^{ème} semestre 2020: Élargissement à 30 résidents 1^{er} trimestre 2021 : Élargissement à 40 résidents

• Projet 4 : Brest (29)



Population de 1968 à 2016

Période	Population		Densité de population (hab/km ²)	
	Brest Métropole	France	Brest Métropole	France
1968	183 595	50 798 112	840,8	80,3
1975	206 668	53 764 064	946,4	85,0
1982	207 831	55 569 542	951,7	87,8
1990	208 265	58 040 659	953,7	91,7
1999	213 545	60 149 901	977,9	95,1
2006	210 117	63 186 117	962,2	99,9
2011	206 893	64 933 400	947,4	102,6
2016	208 930	66 361 658	956,8	104,9

Source : Insee, séries historiques du RP, exploitations principales

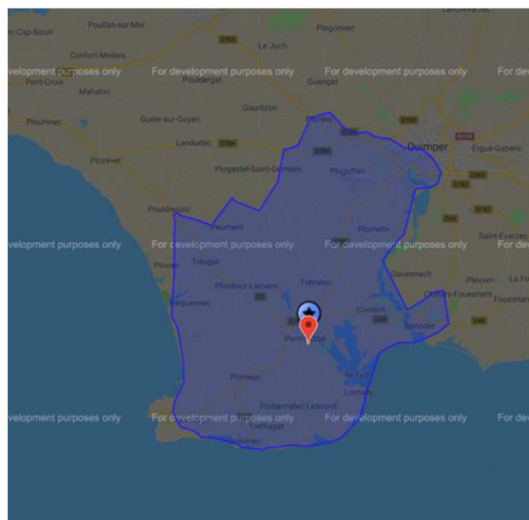
Population par grandes tranches d'âge

Catégorie	Nombre		%	
	Brest Métropole	France	Brest Métropole	France
0 à 14 ans	33 595	12 118 274	16,1	18,3
15 à 29 ans	50 130	11 744 270	24,0	17,7
30 à 44 ans	38 133	12 594 023	18,3	19,0
45 à 59 ans	38 536	13 210 612	18,4	19,9
60 à 74 ans	29 958	10 541 416	14,3	15,9
75 ans ou plus	18 578	6 152 993	8,9	9,3
Total	208 930	66 361 588	100,0	100,0

Territoire	Ville de Brest : -Territoire urbain de 208 000. Habitants -Forte croissance démographique et fort vieillissement
Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	Etablissement porteur: EHPAD Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve de Plougastel-Daoulas 315 lits et places

Organisation du dispositif	L'EHPAD dispose d'un médecin coordonnateur, d'ASG, d'un ergothérapeute et d'un psychologue. Les SAAD du CCAS de Brest et de l'ADMR participent à l'aide à domicile Le SSIAD des Mutuelles de Bretagne participe aux soins à domicile
Partenaires du projet	- CHU de Brest : partenaire déjà rencontré et désireux de s'engager dans le dispositif -CCAS de Brest : partenaire déjà rencontré et désireux de s'engager dans le dispositif - Mutuelles de Bretagne : SSIAD -ADMR : convention déjà existante -Association : asso Prent'âge + office des retraités de Brest - Professionnels libéraux du territoire
Astreinte de nuit	L'établissement est porteur de l'astreinte de nuit inter-établissement => intégration de l'EHPAD hors les murs au dispositif
Chambre d'urgence	L'établissement dispose de 5 places d'hébergement temporaire
File active	30 personnes
Début des accompagnements	2020 : cadrage opérationnel du dispositif 1^{er} trimestre 2021 : 1ers accompagnements par le dispositif

• **Projet 5 : Pont l'Abbé (29)**



Population		
Indicateurs	12 communes	France
population	43 947	65 907 160
densité de population (hab/km²)	156	104
1968 1975 1982 1990 1999 2009 2014		
Source : Insee, RP - 2014		

Catégorie	Nombre		%	
	12 communes	France	12 communes	France
0-14 ans	7 411	11 829 949	16,8	18,6
15-29 ans	5 407	11 294 541	12,3	17,7
30-44 ans	7 416	12 228 492	16,9	19,2
45-59 ans	9 559	12 731 333	21,7	20,0
60-74 ans	8 863	9 708 553	20,1	15,2
75 ans et plus	5 332	5 892 967	12,1	9,3
Total	43 988	63 685 835	100,0	100,0

- USLD)

371 lits et places

Territoire	Territoire de proximité de Pont l'Abbé : -Territoire de 44 000. Habitants -Forte croissance démographique et fort vieillissement
Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	Établissement porteur : Hôtel-Dieu de Pont l'Abbé (urgences - médecine - chirurgie - SSR - USP - Psychiatrie – EHPAD – HAD) 371 lits et places dont 82 lits d'EHPAD et 80 places de HAD
Organisation du dispositif	L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur, d'ASG, d'un ergothérapeute, de psychologue, et d'assistante sociale. Son HAD coordonne déjà l'intervention de professionnels libéraux et salariés sur le territoire Le SPASAD de la Ville de Pont l'Abbé organise l'aide à domicile Le SSIAD du Pays Bigouden Sud organise la prise en charge soignante

Partenaires du projet	CHIC de Quimper SPASAD de la Ville de Pont l'Abbé SSIAD du Pays Bigouden Sud SAAD ADMR Les professionnels libéraux sont déjà fortement associés dans le cadre du fonctionnement de l'hôpital, de l'EHPAD et de l'HAD
Astreinte de nuit	HAD de Cornouaille portée par l'établissement
Chambre d'urgence	Convention avec l'EHPAD de Pors Moro (hébergement temporaire)
File active	30 personnes
Début des accompagnements	2020 : cadrage opérationnel du dispositif 1 ^{er} trimestre 2021 : 1ers accompagnements par le dispositif

Annexe 4 : Annexes territoriales de la FNMF

**Description du porteur**

La Fédération nationale de la Mutualité Française fédère la quasi-totalité des mutuelles en France, soit 650 mutuelles : des complémentaires santé qui remboursent les dépenses des patients, mais aussi 2 600 services de soins et d'accompagnement : des établissements hospitaliers, des services dédiés à la petite enfance, des centres de santé, des habitats inclusifs et des établissements et services médico-sociaux accompagnant des personnes âgées et handicapées. Plus précisément, les adhérents de la Mutualité française gèrent 221 Ehpad, plus de 180 services de soins infirmiers à domicile, services d'aide et d'accompagnement à domicile et services polyvalents d'aide et de soins à domicile de statut privé à but non lucratif. La Mutualité française, participe aux instances de concertation pour le pilotage et l'animation des politiques publiques en matière de protection sociale et de santé. La fédération représente les intérêts des gestionnaires, elle remplit des missions d'animation de réseau, d'outillage pour aider à la mise en œuvre de la réglementation et faciliter leurs projets de développement territorial.

Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation

La Fédération nationale de la Mutualité Française porte l'expérimentation mais chaque projet piloté par un groupement gestionnaire mutualiste sur son territoire fait l'objet de partenariats multiples. En fonction des partenariats existants ou en cours de constitution sur les territoires, les différents partenaires impliqués peuvent être :

- des établissements de santé (dans le cadre des filières gériatriques, pour des actions de soins, d'expertise, de télémédecine, d'hospitalisation à domicile) et des professionnels de santé libéraux en exercice regroupés ou non, ainsi que des centres de santé
- des établissements et services sociaux et médico-sociaux de statut privés commerciaux, privés non lucratifs ou publics
- des bailleurs sociaux (logements pouvant être adaptés et aménagés aux besoins des personnes)
- des associations œuvrant contre l'isolement social
- des centres communaux et intercommunaux d'action sociale
- les autorités de contrôle et de tarification : agences régionales de santé, départements (notamment les équipes médico-sociales de l'APA)



Spécificités territoriales

- **Projet 1 : Maine et Loire**

Territoire	Le territoire d'intervention est celui couvert par le SPASAD réunissant les champs de compétences du SAAD du CCAS de la ville d'Angers, des deux SSIAD de respectivement de (VyV 3 Pays de la Loire et de Vie à Domicile). Il couvre un territoire, dans le département du Maine et Loire, comprenant Angers, Avrillé, Trélazé, Les Ponts-de-Cé, Sainte-Gemmes-sur-Loire, Bouchemaine, Mûrs-Erigné et Saint-Barthélemy-d'Anjou.
------------	---

Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	Porté par la VyV 3 Pays de la Loire (Mutualité française Anjou Mayenne), le consortium sera composé du CCAS d'Angers, de l'association Vie à Domicile, de la SOCLOVA et du CHU d'Angers. 1. VyV 3 Pays de la Loire mobilise les ressources de son Service de Soins et d'Accompagnement à Domicile (SSIAD), de ses EHPAD et de son Centre d'Expertise pour l'Autonomie et la santé. 2. Le CCAS d'Angers mobilise l'ensemble de ses services de soutien à domicile, composante du SPASAD, ainsi que les EHPAD gérés par la ville. 3. L'association Vie à Domicile mobilise les ressources de son SSIAD et du Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), composante du SPASAD. 4. La SOCLOVA, bailleur social pour le maintien à domicile de ses locataires fragiles en situation de perte d'autonomie. 5. Le CHU d'Angers mobilise son expertise gériatrique ainsi que l'EHPAD Saint-Nicolas en gestion par le CHU. Le SSIAD de VyV 3 s'est associé au CCAS de la Ville ainsi qu'à l'association Vie à Domicile pour fonctionner déjà comme SPASAD. Ce consortium est complété par le soutien de la Maison de l'Autonomie du Maine-et-Loire dans le processus d'inclusion pour l'évaluation des besoins et l'accès à l'Allocation Personnalisée pour le maintien à domicile ainsi que par le Groupement de Coopération sanitaire et Sociale e-santé, qui est sollicité pour le développement du Système d'Information.
Ehpad	Il y aura 7 EHPADs sur le territoire couvert par l'expérimentation dont 2 gérés par le CCAS de la ville d'Angers, 4 gérés par VyV 3 Pays de la Loire, et 1 géré par le CHU d'Angers. Au-delà de l'expertise gériatrique de l'EHPAD, ces derniers seront sollicités pour un droit au répit des aidants naturels, de l'hébergement d'urgence, l'accès aux ateliers d'animation et accès au restaurant. Chaque bénéficiaire dispose d'un EHPAD référent.

Implication des SSIAD – CSI – professionnels infirmiers et Spasad	Au sein du SPASAD, seront mobilisé les deux SSIAD gérés respectivement par VyV 3 Pays de la Loire et l'association Vie à Domicile. La procédure d'inclusion est effectuée par l'infirmière coordinatrice du SPASAD, en charge de l'évaluation des besoins. Elle s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire pouvant associer la responsable de secteur du SPASAD, un ergothérapeute et un travailleur social de la TECHNICOTHEQUE (pour le volet administratif et financier). Elle s'appuie sur l'évaluation globale de la MDA. À l'issue de cette évaluation, le dossier du bénéficiaire avec le nouveau projet de vie est mis à jour à la MDA et sur ViaTrajectoires. L'admission dans le dispositif donne lieu à l'élaboration d'un projet d'accompagnement global, qui repose sur (1) l'intégration des projets personnalisés dont bénéficiait la personne âgée accompagnée au titre de ses accompagnements avant entrée dans le dispositif, (2) la prise en compte du projet de vie en lien avec la MDA, (3) une évaluation régulière du plan d'accompagnement global et l'activation, en cas de besoin, de prestations complémentaires permettant d'assurer le maintien à domicile mobilisable rapidement à travers la coordination assurée par le SPASAD, (4) le repérage des risques de fragilité et l'orientation vers les ressources les plus adaptées. Le dispositif garantit le respect des droits des usagers et leur libre choix. Au sein du SPASAD, seront mobilisé les deux SAAD gérés respectivement par le CCAS de la ville d'Angers et l'association Vie à Domicile.
--	---

Précisions	Chaque logement sera adapté, avec le consentement éclairé du bénéficiaire, avec l'installation d'un pack de technologie pour « le logement connecté nomade » dans la chambre et la salle de bain. L'environnement connecté et intelligent dans la chambre permettra d'améliorer la sécurité et la qualité de vie à domicile, d'alerter sur des incidents (ex : fugue, chute, température) et d'interagir avec l'entourage familial et professionnel. Selon la configuration du logement, si la personne âgée vit seule ou avec d'autres personnes, des capteurs supplémentaires pourront compléter l'environnement connecté. Cet environnement est composé d'un lit médicalisé associé à des équipements connectés (retour audio de l'appel malade, capteurs de mesure de la qualité de l'air et d'incendie), d'un écran de télévision avec le cas échéant un bouquet de services de confort, de lien social et de téléassistance, d'équipements connectés de sécurité (capteurs de détection de présence, dispositifs de prévention et d'alerte en cas de chutes, de scénarios de prévention et d'alerte). Une tablette (ou interface adaptée) permettra le contrôle de l'environnement par le patient et/ou son aidant, le lien visio avec la famille et l'EHPAD et le SI de partage d'information et de coordination de parcours social et sanitaire ainsi que les applications « MesDocteurs » pour les levées de doutes en téléconsultation et Synapse pour éviter la iatrogénie médicamenteuse. Enfin chaque bénéficiaire est équipé d'une solution de téléassistance dont les appels en cas d'alerte sont personnalisés et dirigé vers le SSIAD, l'EHPAD ou le centre d'appel. C'est un dispositif innovant et disruptif d'adaptation et de connexion d'un logement en 24 heures qui s'appuie sur un partenariat structuré et complémentaire pour apporter une offre de services coordonnés permettant le maintien à domicile (dans un environnement sécurisé, l'autonomie dans les actes de la vie quotidiennes, la prise en charge médicale et l'aide humaine).
Astreinte de nuit	Astreinte soignante co-portée Ehpap et SSIAD
Chambre d'urgence	Les places des hébergements temporaires des Ehpap
File active	30 personnes par an
Début des accompagnements	Inclusion du premier bénéficiaire possible dès le premier trimestre 2020.

• **Projet 2 : Loire-Atlantique**

Territoire	Loire-Atlantique, Pays de la Loire Le territoire couvert concerne totalement ou partiellement les EPCI suivants : Nantes Métropole, Communauté de commune Sèvre et Loire et la Communauté d'Agglomération Clisson Sèvre et Maine. Les communes concernées : Vertou, Saint-Sébastien-sur-Loire, La Haie Fouassière, Saint-Fiacre-sur-Maine, Basse Goulaine, Haute-Goulaine, Le Loroux-Botttereaux, Le Landreau, La Chapelle-Heulin, La Regrippière, Vallet, Le Pallet.
Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	Vyv 3 Pays de la Loire Personnes Âgées est désigné comme porteur. Un consortium a été créé afin de proposer ce dispositif. Il est composé de : · L'ADAR · Le Centre Hospitalier Sèvre et Loire · Le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes · Le CENTICH · Les municipalités · Les CLIC et MAIA · Les URPS (médecins libéraux, Kinésithérapeutes et infirmiers libéraux) · Le Conseil Départemental 44 Le dispositif repose sur l'action d'une cellule de coordination qui a pour mission d'organiser les différentes offres de services à destination des bénéficiaires. En complément de la coordination, et dans la continuité de l'accompagnement existant, une équipe d'expertise propose une évaluation pluridisciplinaire en lien avec les professionnels de premiers recours.
Ehpad	Les résidences concernées : · « Les Pampres Dorés » à Vallet (EHPAD de 74 places dont 3 places d'hébergement temporaire) · « Le Muguet » à Saint-Sébastien-sur-Loire (EHPAD de 82 places dont 2 places d'hébergement temporaire)

	· « Bel Air » à Vertou (EHPAD de 82 places dont 2 places d'hébergement temporaire) · « Le Condorcet » à Nantes (Séjour Temporaire de 41 places, support du guichet unique des séjours temporaires de Vyv 3 Personnes Agées) Ces établissements sont sollicités pour un droit au répit des aidants naturels, de l'hébergement d'urgence, l'accès aux ateliers d'animation et accès au restaurant.
Implication des SSIAD	Le SSIAD pilote le dispositif (Il porte également une Equipe Spécialisée Alzheimer). Le SSIAD est inclus dans le consortium du dispositif, il contribue sur le plan opérationnel et organisationnel à la coordination des services et prestations. Un temps dédié de professionnels permet la mise en œuvre des actions dont il a la charge (cellule de coordination). Il propose également un service de « nuit » qui permet d'organiser la réponse aux besoins de soins et de sécurisation en prévision de la nuit profonde.
Précisions	Sur ce territoire, VyV 3 Pays de la Loire gère : - Le SSIAD « Erdre et Sèvre » - Les EHPAD « Les Pampres Dorés » à Vallet, « Bel Air » à Vertou et « Le Muguet » à Saint-Sébastien sur Loire ; - Les Domiciles Services « Le Camélia » (16 logements) et « La Loire » (17 logements) à Saint-Sébastien sur Loire, « Les Jardins de Golène » (16 logements) à Haute-Goulaine, « Le Beau Verger » (16 logements); - Les Villages Retraite « Le Hameau du Verger » au Pallet (5 pavillons), « La Garenne » à Haute-Goulaine (15 pavillons) et « Le Bois Geffray » à La Haye Fouassière (20 pavillons). Chaque logement sera adapté, avec le consentement éclairé du bénéficiaire, par l'installation d'un pack de technologie pour « le logement connecté nomade » dans la chambre et la salle de bain (installation en 24-48H). Cf. fonctionnalités et modalités opérationnelles décrites dans le projet DARD 49. Un partenariat est mis en œuvre avec le SAAD de secteur de l'Association Départementale d'Aide à Domicile en Activités Regroupées (ADAR) Une attention particulière est portée au lien social et donc à la participation/contribution des bénéficiaires, des bénévoles, des réseaux associatifs et de l'environnement humain proche. Il nous semble important de travailler cet aspect afin de dynamiser les échanges, de

	potentialiser les actions d'entre aide ponctuelles mais régulières, dans l'intérêt de tous. L'offre de prestations et de services est basée sur un modèle gradué, calqué sur les besoins et souhaits des bénéficiaires. L'intégration technologique est effectuée selon les besoins et avec l'accord des bénéficiaires.
Astreinte de nuit	Astreinte soignante organisée en lien avec le dispositif d'IDE de nuit en Ehpad mutualisés
Chambre d'urgence	En lien avec le site « Le Condorcet » du dispositif (41 places d'hébergement temporaire)
File active	La file active du SSIAD Erdre et Sèvre et du SAAD sera principalement exploitée (et celle des partenaires du projet également) soit 150 places. 30 places seront ouvertes au sein de ce dispositif.
Début de l'accompagnement	3 ^{ème} trimestre 2020

• **Projet 3 : Nord Isère**

Territoire	Territoire Nord Isère (38), Auvergne-Rhône-Alpes CHARVIEU CHAVAGNEU, CHOZEAU, VILLETTE D'ANTHON, CREMIEU
Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	La Mutualité Française Isère porte le projet, elle gère l'Ehpad L'Arche à Charvieu-Chavagneu (69 places d'hébergement permanent et 4 places d'hébergement temporaire) qui porte le dispositif, en lien avec le Spasad ADMR de Villette d'Anthon
Précisions	Partenariats avec · Le Spasad ADMR Vilette d'Anthon · Assistants de soins en gérontologie, psychomotriciens, MK, ergothérapeutes et IDE exerçant à titre libéral · L'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière EMOGEX du CH de Bourgoin-Jallieu · Les Ehpad Château de la SERRA à VILLETTE D'ANTHON (accueil de jour), Jeanne de CHANTAL à CREMIEU et Les CORALIES à CHOZEAU · Le service autonomie du département de l'Isère · La MAIA, dispositif Nord Isère, BOURGOIN JALLIEU, · PARAF, plateforme d'accompagnement et de répit des aidants familiaux, BOURGOIN JALLIEU, · ESAD, équipe spécialisée Alzheimer à domicile, BOURGOIN JALLIEU, (Partenariat) · MRSI, plateforme de santé, maisons des réseaux de santé Isère, · FRANCE ALZHEIMER ISERE (Partenariat) La Mutualité Française Isère porte via l'Ehpad l'Arche depuis 2018 un dispositif de soutien aux aidants des personnes vivant avec une maladie d'Alzheimer à domicile et aux personnes elles-mêmes appelé Passerelle et qui a permis l'accompagnement de 117 familles jusqu'à présent. Ce dispositif illustre l'ouverture de l'Ehpad sur son environnement et sa connaissance des situations des personnes qui vivent chez elles. Il vise après une évaluation des besoins à proposer un soutien psychologique, des ateliers et activités individuelles ou collectives thérapeutiques en faveurs des aidants et des aidés.
Astreinte de nuit	Astreinte organisée avec des dispositifs infirmiers du territoire et l'astreinte IDE mutualisée en Ehpad
Chambre d'urgence	Hébergement temporaire de l'Ehpad l'Arche
File active	30 personnes
Début des accompagnements	1 ^{er} septembre 2020

• **Projet 4 – Alpes-Maritimes, Nice**

Territoire	Nice (Alpes Maritimes, PACA)
Portage du dispositif	La Mutualité Française PACA SSAM porte le dispositif. Elle gère un Ehpad, l'Ehpad Mutualiste de l'Institut Claude Pompidou de Nice (ICP) et un service d'accompagnement à domicile.
Précisions	Le Médecin traitant doit rester le chef de file de la prise en charge, il a en charge de coordonner le parcours de soins. L'EHPAD de l'ICP met à sa disposition son équipe pluridisciplinaire et son expertise (Med Co – IDEC – Psy – Psychomot), il porte un UHR labellisé de 12 places, 68 places en hébergement permanent et 4 places d'hébergement temporaire. Le Service d'aide et d'accompagnement à domicile ADORAM sera un des intervenants potentiels à domicile mais cela dépendra du choix de la personne accompagnée. Partenariat : CCAS de Nice (SSIAD-EHPAD -SPASAD) Mutuelle du Soleil (SSIAD-ESA) France Alzheimer (accueil de jour – plateforme de répit) C3S (PTA - équipe mobile de soins palliatifs - MAIA) CHU de Nice (CMRR) Innovation Alzheimer - CobTek : tablette, serious games Mise à disposition de tablettes connectées 4G à domicile équipées : - Visio assistance en lien avec les IDE d'astreinte la nuit, en journée semaine avec l'IDEC, en journée le week-end avec les IDE de l'EHPAD (Titan Nomade est un module installé sur tablette, le logiciel assure la synchronisation des données avec le serveur de l'établissement). - Chaque utilisateur a ses codes de connexions propres - Le dossier médical est protégé par plusieurs niveaux d'accessibilité - Serious games à destination des aidants (Aidant & Eve) - Accompagnement à la prise en main par l'IDEC Pour garantir la continuité des soins, les dossiers médicaux des bénéficiaires du service d'accompagnement renforcé, sont enregistrés sur le même serveur que les résidents de l'EHPAD, via Titan Nomade Ainsi avant même leur arrivée en urgence, les soignants auront accès au dossier et pourront l'accueillir dans les meilleures conditions.
Astreinte de nuit	En lien avec les postes infirmiers de nuit en Ehpad du territoire
Chambre d'urgence	Hébergement temporaire de l'Ehpad
File active	30 places
Début des accompagnements	Janvier 2021

• **Projet 5 : Val d'Oise**

Territoire	Communes / intercommunalités concernées Nord-est du Val d'Oise et des communauté d'agglomération de Roissy-Pays de France et de Carnelle Pays de France. 33 391 habitants
Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	Le dispositif serait porté par la direction commune des 3 Ehpad MGEN de Fontenay-en-Parisis, Louvres et Marly-la-Ville. L'équipe pluridisciplinaire s'appuierait sur les compétences d'IDE coordinatrice et d'ergothérapeute déjà rattachées aux Ehpad.
Implication des SSIAD – professionnels infirmiers - Spasad et services à domicile	Le SSIAD du territoire (160 places) est impliqué dans le projet, le SSIAD et les 3 Ehpad ayant obtenu l'accord de l'ARS pour le portage d'une expérimentation d'astreinte infirmière de nuit.
Précisions	Le projet s'appuie sur un partenariat opérationnel avec le réseau Opalia qui fusionne notamment dans le Val d'Oise le réseau gérontologique territorial et le réseau Onconord spécialisé notamment dans l'accompagnement de cas complexes. Chacun des 3 Ehpad du projet a conclu une convention avec l'Hôpital gériatrique de l'Isle-Adam Parmain (SSR, accueil de jour, consultations mémoire, USLD...) Les CCAS concernés ont également été rencontrés en vue de leur aide dans le repérage des personnes bénéficiaires. Des discussions sont en cours, les Ehpad étant fortement impliqués pour la constitution d'une communauté professionnelle de territoire de santé - CPTS Des travaux de développement sont en cours de cadrage pour permettre au dispositif de proposer des solutions d'équipement au domicile (téléalarme en lien avec le dispositif Vivaris du département du Val d'Oise, prévention des chutes, coordination des interventions et suivi des dossiers en lien avec le système d'information des Ehpad). Les trois Ehpad ont porté ensemble le développement d'une plateforme de télérégulation.
Astreinte de nuit	Le SSIAD du territoire porte une astreinte IDE de nuit
Chambre d'urgence	Places d'hébergements temporaires des 3 Ehpad porteurs
File active	30 personnes
Début des accompagnements	La direction est en cours de réponse à l'appel à manifestation d'intérêt de l'Agence régionale de santé pour le volet Val d'Oise du cahier des charges pour l'accompagnement des personnes âgées en Ile de France. Le cadrage du dispositif (calendrier, financements et modalités de fonctionnement) devra donc répondre à des impératifs de subsidiarité à une éventuelle réponse positive de l'ARS.

• **Projet 6 : Saône-et-Loire**

Territoire	Le dispositif est implanté sur un territoire où il y a un tissu partenarial permettant un accompagnement des différentes étapes des parcours de santé et de vie (en termes de soins, d'accompagnement, d'activités, de lien social), un support technologique et humain et une coordination lisible des différentes interventions et expertises. Le territoire couvert correspond à la zone d'intervention du SSIAD de Mervans (70 communes), géré par la Mutualité Française Saône-et-Loire SSAM (MFSL), élargi à la zone / au bassin de vie de Chalon-sur-Saône. En ciblant cette zone pour conduire l'expérimentation, la légitimité du dispositif renforcé d'accompagnement à domicile est donc forte en proposant un service face à des besoins potentiellement élevés, tout en pouvant bénéficier d'appuis forts sur le territoire. La zone ciblée bénéficie de l'implantation de 25 structures d'hébergement pour personnes âgées : • 1 Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) autonomes de 28 places ; • 6 résidences autonomie cumulant 318 places ; • 18 EHPADs cumulant 1 408 places. Concernant le domicile, 15 services d'aide à domicile (SAAD) sont implantés (1 SSIAD à Mervans, 2 SPASAD à Chalon-sur-Saône et 12 services d'aide et d'accompagnement à domicile - SAAD). Le SSIAD de Mervans, géré par la MFSL constitue donc l'unique SSIAD de proximité du territoire Nord-Est du département de Saône-et-Loire.
------------	---

Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	Porté par la Mutualité Française Saône et Loire, le consortium sera composé de son SSIAD associée à un acteur de l'aide à domicile et notamment l'ADMR de Saône et Loire et en partenariat avec les EHPADs de proximité ci-dessous désignés. Le SSIAD de la MFPL va s'associer à l'ADMR pour préfigurer un fonctionnement en mode SPASAD. Ce consortium est complété par le soutien de la Maison de l'Autonomie dans le processus d'inclusion pour l'évaluation des besoins et l'accès à l'Allocation Personnalisée pour le maintien à domicile. L'enjeu de ce consortium est d'optimiser l'organisation de l'offre en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire en proposant des prestations à partir d'un socle de panier de services dans une logique d'accompagnement global et coordonné. Le dispositif repose par conséquent, à travers le SSIAD, sur la coordination des offres et ressources existantes au sein du consortium et couvrant l'essentiel du panier de service d'un dispositif innovant de maintien à domicile tel que décrit dans le référentiel. Si le dispositif ne réalise pas lui-même les prestations, il assure dans ce cas l'animation d'une palette de services qui garantit leur effectivité. (7) La surveillance gériatrique sera mise en place en lien avec le Centre Hospitalier de proximité.
Ehpad	Les cinq EHPAD qui seront sollicités comme partenaires du projet sont principalement les EHPADs public ou à but non lucratif : A proximité immédiate, le dispositif pourra également s'appuyer sur L'EHPAD Le Bois de Menuse, du CH de Chalon-sur-Saône (90 places) et l'EHPAD du CH de la Bresse Louhannaise (Louhans) basé sur 2 sites (Basse Maconnière « 111 places » et Pernet « 78 places ». Au-delà de l'expertise gériatrique de l'EHPAD, ces derniers seront sollicités pour un droit au répit des aidants naturels, de l'hébergement d'urgence, l'accès aux ateliers d'animation et accès au restaurant.

Implication des SSIAD Spasad et SAAD	La procédure d'inclusion est effectuée par l'infirmière coordinatrice du SSIAD, en charge de l'évaluation des besoins. Elle s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire pouvant associer la responsable de secteur du SSIAD, un ergothérapeute et un travailleur social de la TECHNICOTHEQUE (pour le volet administratif et financier). Elle s'appuie sur l'évaluation globale de la MDA. Le concept met en place à partir de cette évaluation pluridisciplinaire : - Un accompagnement global et personnalisé de la personne âgée s'appuyant sur les compétences du SSIAD, gérée par la MFSL, ainsi que sur les professionnels de l'EHPAD (droit au répit, hébergement d'urgence, accès aux ateliers d'animation, accès au restaurant) - L'accès à un service de téléassistance joignable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec une procédure de levée de doute et d'intervention au domicile qui s'appuie sur les ressources du SSIAD. - L'adaptation du logement avec l'installation, soumise à consentement éclairé, du Pack Technologique PHILEMON (visible à la Home TECH MFSL) dans la chambre permettant d'améliorer la sécurité et la qualité de vie à domicile, d'alerter sur des incidents (ex : incendie, chute) et d'interagir avec l'entourage familial et professionnel. - L'équipement de la chambre et de la salle de bain avec les aides techniques prescrites et le matériel médical nécessaire (lit médicalisé, fauteuil releveur...) à travers la TECHNICOTHEQUE. L'adaptation des logements qui nécessitent des travaux d'accessibilité de la salle de bain notamment sera faite en lien avec l'opérateur désigné par le département et en lien avec la TECHNICOTHEQUE. Le SSIAD de la MFPL va s'associer à l'ADMR pour préfigurer un fonctionnement en mode SPASAD. Concernant l'aide à domicile, la majorité des SAAD de la zone sont gérés par l'ADMR 71, qui constitue ainsi l'acteur majeur d'aide à domicile non médicalisée de ce territoire. Des relations formalisées existent entre la MFSL et l'ADMR, qui partagent la volonté de travailler en mode SPASAD. La mise en œuvre du dispositif sur cette zone permettra donc de bénéficier de ce contexte partenarial favorable. Les aides humaines à domicile seront mises en place dans le cadre de la prestation des SAAD partenaires et bénéficieront du soutien financier de l'APA.
--------------------------------------	--

Précisions	L'enjeu est de mettre en place une plateforme réunissant les ressources du sanitaire, du médico-social et de l'habitat pour offrir de l'innovation en termes de service et d'organisation. Il s'agit d'optimiser l'organisation de l'offre en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire en proposant des prestations à partir d'un socle de panier de services dans une logique d'accompagnement global et coordonné. Le dispositif repose par conséquent, à travers le SSIAD, sur la coordination des offres et ressources existantes au sein du consortium et couvrant l'essentiel du panier de service d'un dispositif innovant de maintien à domicile tel que décrit dans le référentiel. Si le dispositif ne réalise pas lui-même les prestations, il assure dans ce cas l'animation d'une palette de services qui garantit leur effectivité. Par ailleurs, chaque logement sera adapté, avec le consentement éclairé du bénéficiaire, avec l'installation d'un pack de technologie pour « le logement connecté nomade » dans la chambre et la salle de bain. L'environnement connecté et intelligent dans la chambre permettra d'améliorer la sécurité et la qualité de vie à domicile, d'alerter sur des incidents (ex : fugue, chute, température) et d'interagir avec l'entourage familial et professionnel. Selon la configuration du logement, si la personne âgée vit seule ou avec d'autres personnes, des capteurs supplémentaires pourront compléter l'environnement connecté. Cet environnement est composé d'un lit médicalisé associé à des équipements connectés (retour audio de l'appel malade, capteurs de mesure de la qualité de l'air et d'incendie), d'un écran de télévision avec le cas échéant un bouquet de services de confort, de lien social et de téléassistance, d'équipements connectés de sécurité (capteurs de détection de présence, dispositifs de prévention et d'alerte en cas de chutes, de scénarios de prévention et d'alerte). Une tablette (ou interface adaptée) permettra le contrôle de l'environnement par le patient et/ou son aidant, le lien visio avec la famille et l'EHPAD et le SI de partage d'information et de coordination de parcours social et sanitaire. Enfin chaque bénéficiaire est équipé d'une solution de téléassistance dont les appels en cas d'alerte sont personnalisés et dirigés vers le SSIAD en journée et le centre d'appel qui pourra s'appuyer pour une levée de doute avec l'infirmière d'astreinte. C'est un dispositif innovant et disruptif d'adaptation et de connexion d'un logement en 24 heures qui s'appuie sur un partenariat structuré et complémentaire pour apporter une offre de services coordonnés permettant le maintien à domicile (dans un environnement sécurisé, l'autonomie dans les actes de la vie quotidiennes, la prise en charge médicale et l'aide humaine).
------------	--

Autres précisions à porter à connaissance	Le processus de prise en charge du DARD 71 en tenant compte du référentiel comprend 7 domaines d'intervention : ((1) Evaluation coordination, (2) Adaptation du logement et la compensation de la perte d'autonomie, (3) Santé au domicile, (4) Lien social, (5) Accompagnement des aidants, (6) Surveillance Gériatrique, (7) Gestion des urgences. (1) L'évaluation peut se faire dans le cadre des moyens mis en œuvre pour le déploiement de la TECHNICOTHEQUE. (2) La coordination du parcours pourra se faire à travers l'infirmière coordinatrice du SSIAD, le bénéficiaire étant intégré dans sa file active. (3) L'adaptation du logement comprendra deux volets (a) Les aides techniques à travers la TECHNICOTHEQUE (b) Le Pack PHILEMON qui est loué par le bénéficiaire Les aides humaines à domicile seront mises en place dans le cadre de la prestation du SAAD et bénéficieront du soutien financier de l'APA. (4) La santé au domicile dans le cadre de la prestation du SSIAD pour le panier de services existant. Le modèle doit permettre aussi de développer les services qui ne sont pas déployés dans le panier actuel (intervention de nuit, télésurveillance...) et leur modèle économique. (5) Le lien social comprend aussi au moins deux volets (a) Participation sociale comprenant (les temps de compagnie, les activités sociales dans et hors logement et les transports notamment) ce premier volet sera mis en place en lien avec les EHPAD référents. (b) Appuis pratiques prévues dans le référentiel (services de conciergerie, appui pratique à l'utilisation des appareils...) L'expérimentation doit permettre de développer les services qui ne sont pas existant avec leur modèle économique dont la mobilisation de la CFPPA notamment. (6) Le volet accompagnement des aidants doit aussi être développé dans le cadre de l'expérimentation en tenant compte des services déjà développés sur le territoire. (7) La surveillance gériatrique sera mise en place en lien avec le Centre Hospitalier de proximité.
Astreinte de nuit	SSIAD de nuit sur le territoire
Chambre d'urgence	En lien avec les 5 Ehpad du dispositif
File active	30 personnes
Début des accompagnements	3 ^{ème} trimestre 2020.

• **Projet 7 : Puy de Dôme**

Territoire	TAUVES (Canton d'environ 12000 habitants), Puy de Dôme
Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	Mutualité française Puy de Dôme, Groupe Eovi Mcd Santé Services Le portage du projet se fait via le SSIAD en création sur le territoire, qui sera organisé sur la base d'un centre de ressources pour personne âgée avec une partie des places SSIAD réservée pour de la mise en place d'action de lien social, de la détection des fragilités, accompagnement vers le soin si besoin
Ehpad	EHPAD de la Tour d'Auvergne
Implication des SSIAD, Spasad et SAAD	SSIAD Mutadome autorisé et géré par Mutualité Française Puy de Dôme (il s'agit d'un sujet de recomposition de l'offre suite à la fermeture de l'EHPAD autonome de Tauves) SPASAD en convention avec la structure APAMAR APAMAR pour la création du SPASAD et les SAAD du secteur pour le repérage des fragilités à domicile
Précisions	Création d'une MSP en lien avec le projet et mise en place d'une CPTS en lien avec le CLS Mise en place de logement inclusif PA/PH Mise en place ou partenariat avec une plateforme de relais des aidants Téléconsultation sur site et mobile Pack technologique avec domotique et capteurs, intégrant de la télésurveillance et de la téléassistance. Ciblage d'aides techniques pour le domicile des patients. Mise en place d'une expérimentation de colocation pour personnes âgées Partenariat avec Unicité et la mise en place de services civiques en vue de mettre en place des actions de prévention et de la médiation numérique Partenariat avec les Petits frères des pauvres avec la mise en place du projet de la cabane à Frat' (lien social) Partenariat avec un bailleur social pour la reconfiguration du bâtiment de l'EHPAD en fonction du projet Ce projet se met en place suite à la fermeture d'un EHPAD de 41 places, une partie de ces places sont reconverties en place SSIAD
Astreinte de nuit	A définir dans le cadre des astreintes infirmières libérales et SSIAD du territoire
Chambre d'urgence	A définir en lien avec places d'hébergement temporaire des Ehpad du territoire

File active	30 personnes
Début des accompagnements	<i>Sous réserve de l'obtention de places de SSIAD dans le cadre d'un appel à projet en cours de lancement par l'ARS</i> <i>Date prévisionnelle : janvier 2021</i>

• **Projet 8 : Romans**

Territoire	Territoire d'intervention du SSIAD de Romans (Spasad) : Bathernay, Bourg-de-Péage, Bren, Charmes, Chatillon-Saint-Jean, Chavannes, Clérieux, Margès, Mours-St-Eusèbe, Ratières, Romans-sur-Isère, Saint-Bardoux, Saint-Donat-sur-l'Herbasse, Saint-Paul-lès Romans. (23000 Hab.)
Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	Eovi services et soins, Groupe Eovi Mcd Santé et Services (EMSS) avec un Ssiad et deux Ehpad (l'un sur Saint Donat sur l'Herbasse et l'autre sur Mours Saint Eusèbe).
Ehpad	Ehpad Beausoleil de Mours Saint Eusèbe : 77 places dont 3 en hébergement temporaire. Ehpad Les Collines de Saint Donat sur l'Herbasse : 72 places dont 4 en hébergement temporaire. Possibilité de flécher 1 place par structure d'accueil d'urgence y compris en unité protégée si besoin. Possibilité de proposer une offre de répit pour les 2 structures.
Implication des Ssiad, Professionnels infirmiers, Spasad et SAAD	Coordination par le Ssiad de Romans (70 places, dont 5 places PH) une responsable infirmière, et des aides-soignantes. Partenariats avec des cabinets d'infirmiers libéraux. Astreintes de weekend. Collaboration avec HAD/et équipes mobiles de gériatrie et hôpital Drôme nord. 4 Saad Eovi services et soins, à Romans sur Isère et St Donat, collaborent au Spasad de Romans. En expérimentation depuis 2017. Accompagnement pour la prévention et l'aide aux aidants. Accompagnement jour, par le mode prestataire et possibilité nuit par le mode mandataire.
Précisions	Proposer un système de téléassistance aux patients à domicile : Pack technologique avec domotique et capteurs, intégrant de la télésurveillance et de la téléassistance. Ciblage d'aides techniques pour le domicile des patients. Profiter du dispositif IDE de nuit déjà en place sur le territoire pour bénéficier de conseils ou d'un passage la nuit au domicile. Profiter du dispositif Pasa déployé à Beausoleil (qui est mixte PA/PH) pour accompagner les personnes du domicile présentant des troubles cognitifs modérés (file active incluant le dispositif DARD). Développer la télé médecine (téléconsultation /télé expertise) au sein de des Ehpad partenaires. Partenariat avec des prestataires de matériels médicaux et dispositifs médicaux.
Astreinte de nuit	Partenariats SSIAD et IDE libéraux, en lien avec la HAD
Chambre d'urgence	7 places d'hébergement temporaire dans le dispositif
File active	12 places (file active du Ssiad, du Spasad, et listes d'attente des deux Ehpad partenaires).

Début accompagnement	des	Janvier 2021
-------------------------	-----	--------------

• **Projet 9 : Rodez, Onet-le Château et le Monastère**

Territoire	Rodez, Onet-le Château et le Monastère (38 078 habitants)
Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	Porteur : UDSMA-MFA avec son EHPAD des Clarines (35 lits) et son SSIAD (98 places) Pilotage : Pôle Domicile Autonomie et Parcours de l'UDSMA Coordination : Directeur, médecin coordonnateur, IDEC de l'EHPAD des Clarines
Ehpad	EHPAD des Clarines, 35 lits, unité de vie fermée EHPAD Sainte Marthe, 101 lits permanents, 6 lits temporaires et 4 lits accompagnement relais, PASA.
Implication des SSIAD – CSI – professionnels infirmiers, Spasad et SAAD	CSI Rodez UDSMA : IDE d'astreinte et IDE en journée SSIAD Rodez UDSMA en SPASAD avec SAD UDSMA : AS en journée HAD UDSMA : éviter les hospitalisations en institution/gérer les phases aiguës SPASAD Rodez Expérimental UDSMA prorogé jusqu'en 2022 : ateliers de prévention/ coordination SSIAD-SAD SAD Rodez UDSMA en SPASAD avec le SSIAD UDSMA: accompagnement jour-nuit (voir pour du relayage) / portage de repas / Ateliers de prévention

Précisions	· Proposer l'intervention de nuit d'un aide-soignant au domicile des personnes. Les missions principales seraient d'apporter une surveillance, une vigilance et une aide au coucher en respectant le projet de vie de la personne. · IDE d'astreinte de nuit, joignable par téléphone et en capacité de se déplacer si besoin Téléconsultation /télé expertise au sein de l'EHPAD des Clarines Proposition de dispositif de sécurisation à distance, téléassistance relié la nuit au téléphone de l'aide-soignant, télésurveillance, domotique avec balisage lumineux avec détecteur de mouvement, détecteur de chute, géolocalisation... Mise en place d'un partenariat pouvant proposer une téléassistance (médaillon ou bracelet ou téléphone portable relié à une centrale d'écoute 24h/24, écoute et soutien psychologie, déclencheur détecteur automatique de chute, détecteur automatique de fumée relié à la téléassistance, balisage lumineux avec détecteur de mouvement Equipement de Visio conférence pour la téléconsultation Partenariat avec prestataires de matériel médical
Astreinte de nuit	Prévue avec le centre de soins infirmiers
Chambre d'urgence	Convention de partenariat signée avec un EHPAD porteur du dispositif "accompagnement relais" (appel à candidature ARS Occitanie) qui sera partie prenante de notre projet.
File active	12 personnes
Début des accompagnements	Janvier 2021

• **Projet 10 : Haute Vienne**

Territoire	Haute-Vienne, Nouvelle Aquitaine Ancien canton de Boisseuil : 12 communes : Saint-Genest-sur-Roselle, Saint-Hilaire-Bonneval, Saint-Jean-Ligoure, Saint-Maurice-les-Brousses, Saint-Paul, Solignac, Le Vigen, Condat-sur-Vienne, Eyjeaux, Pierre-Bufferrière, Boisseuil
Portage du dispositif d'accompagnement renforcé	La Mutualité Française Limousine gère sur ce territoire un Ehpad de 64 lits, l'Ehpad de Boisseuil (hébergement permanent et temporaire, unité Alzheimer, unité personnes handicapées vieillissantes)
Précisions	La Mutualité Française Limousine porte également un SSIAD de 35 places et un Spasad, partenaires privilégiés du dispositif. Ouverture de l'Ehpad au 01.07.20 Partenaires pour les prestations et services : - SAAD départementaux (ADPAD, ADHAP, UNA), - SSIAD de la Croix Rouge et autres SSIAD de proximité (SSIAD CHU...), - plateforme d'aide aux aidants EVAASION, - portage de repas de Pierre Bufferrière, - professionnels libéraux (ergothérapeutes, IDEL, MK...), - l'équipe UPSAV du CHU Limoges, court séjour gériatrique CHU Limoges, service MUPA CHU Limoges pour les urgences, HAD, - LEGRAND pour l'équipement domotique et technologique à domicile, téléassistance SIRMAD, - PTA 87, - référentes autonomie du département Le site de l'EHPAD de Boisseuil regroupera également une vingtaine de logements dits intermédiaires pour personnes âgées et/ou handicapées et dont la proximité avec l'EHPAD permettra de faciliter leur maintien à domicile. Le projet a déjà été évoqué avec les autorités de contrôle et de tarification.
Astreinte de nuit	En lien avec les dispositifs d'IDE mutualisée en Ehpad et les astreintes infirmières du territoire
Chambre d'urgence	Hébergement temporaire de l'Ehpad de Boisseuil
File active	10 personnes
Début des accompagnements	Janvier 2021 : 1ers accompagnements par le dispositif

• **Projet 11 : Seine Maritime**

Territoire	Seine-Maritime, Normandie Métropole Rouen Normandie
Ehpad	Le projet est porté par la Mutuelle Bien Vieillir (MBV) L'Ehpad Michel Grandpierre de Saint Etienne du Rouvray (76 lits et 6 places d'accueil en hébergement temporaire) porte le dispositif Le projet est élaboré en lien avec le SSIAD Petit Quevilly porté par le CHU de Rouen et pour lequel un projet de Spasad est en cours de cadrage.
Précisions	L'Ehpad mutualiste Michel-Grandpierre, à Saint-Etienne-du-Rouvray, gère une plateforme de répit pour les aidants du secteur de Rouen et de son agglomération Sud. Cette structure accompagne les proches de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de Parkinson ou de sclérose en plaques. Partenariats effectifs : • CHU de Rouen– HOPITAL OISELL • Réponse à un appel à projet téléconsultation en cours avec le CHU de Rouen • HAD ROUEN • UNITE DE SOINS PALLIATIFS ROUEN • UNITE DE SOINS PSYCHIATRIQUES ROUEN • MAIA ROUEN • CLIC SAINT ETIENNE DU ROUVRAY
Astreinte de nuit	Astreinte portée par l'Ehpad
Chambre d'urgence	L'Ehpad du dispositif a 6 places d'accueil temporaire et porte un dispositif « sortie d'hospitalisation »
File active	30 personnes
Début des accompagnements	Janvier 2021

Annexe 5 : Annexes territoriales de la Croix-Rouge française

Description du porteur

Sur le champ de l'économie sociale et solidaire de services à but non lucratif, la Croix-Rouge française gère 577 établissements et services et 12 instituts régionaux de formation sanitaire et sociale. De plus, elle emploie 16 719 salariés qui mettent leur professionnalisme au service des plus fragiles.

Concernant le périmètre de l'expérimentation, plus spécifiquement sur les filières domicile et personnes âgées: la Croix-Rouge gère 33 EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), 7 résidences autonomie, 5 accueils de jour autonomes, 31 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) départementalisés, 14 centres de soins infirmiers (CSI) départementalisés et 14 services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) départementalisés. Ce sont autant de structures qui seront des terrains de déploiement une fois le dispositif éprouvé à la fin de l'expérimentation.

La notion de « dispositif renforcé pour le soutien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie » est à ce jour peu mise en pratique au sein des structures : elle se développe depuis quelques années au travers de quelques dispositifs dont un mis en œuvre par la Croix Rouge française dans les Yvelines, à Sartrouville. Cette expérimentation nommée EHPAD@dom, portée par l'EHPAD Stéphanie et le SSIAD des Yvelines a été autorisée à titre expérimental par l'ARS Ile de France. Elle est toutefois aujourd'hui financée sur fonds propres de la CRF et sur fonds de mécénat.

Dans le cadre de l'article 51 LFSS, la Croix Rouge française souhaite pouvoir poursuivre cette expérimentation et est également porteuse de six autres projets d'EHPAD à domicile sur le territoire national. Le contexte et les constats ayant conduit à la proposition de projet d'expérimentation propre au sein de ces sept établissements et services ayant proposé un projet de dispositif renforcé pour le soutien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie, ainsi que les atouts et les spécificités éventuels de chaque territoire sont détaillées en annexes spécifiques Croix-Rouge française.

Les porteurs du projet d'expérimentation, l'implication des autres acteurs dans le projet d'expérimentation ainsi que les modalités d'organisation et de pilotage sont également détaillés en annexes.

Par ailleurs, il est à noter qu'une expérimentation EHPAD@dom est en cours à Sartrouville (Yvelines), autorisée par l'ARS IDF et financée sur fonds propres et sur fonds de mécénat.

Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation

L'expérimentation portée par chaque établissement repose sur un partenariat renforcé avec les différents acteurs intervenants auprès de la personne âgée à domicile et notamment avec les acteurs suivants.

La Croix-Rouge française propose une coordination renforcée avec l'opérateur d'aide à domicile intervenant déjà auprès de la personne âgée ou choisi par la personne âgée lors de son entrée au sein du dispositif. La fréquence et les modalités de passage de l'aide à domicile sont connues de l'EHPAD à domicile et articulées avec les interventions pour les soins et l'accès à l'offre de services et d'activités au sein de l'EHPAD.

La Croix-Rouge française propose une prestation globale à la personne âgée et se charge d'organiser la prestation de téléassistance réalisée par un opérateur spécialisé.

Un partenariat renforcé est mis en place avec les établissements de santé du territoire notamment autour de procédures communes en cas d'entrée(s) et de sortie(s) d'hospitalisation. La chambre d'hébergement d'urgence médico-sociale est un dispositif clé pour certaines situations entre le domicile, l'hôpital et l'hébergement permanent en EHPAD. La coopération entre le dispositif renforcé pour le soutien à domicile et les établissements de santé repose sur un partage d'informations organisé et l'utilisation d'outils de liaison, notamment avec les hôpitaux avec lesquels l'EHPAD a passé une convention.

Les différents dispositifs de coordination et d'intégration à destination des personnes âgées (MAIA, Plateforme territoriale d'appui – PTA) peuvent participer à l'orientation des personnes âgées correspondant au public accueilli au sein du dispositif renforcé pour le soutien à domicile. Ces acteurs sont des partenaires clés pour orienter la personne âgée dans son parcours.

Une coordination est assurée entre les soins effectués par le SSIAD et les autres professionnels de santé libéraux : le choix de ses professionnels de santé relève de la personne âgée.

Les associations d'usagers et de bénévoles sont associées au projet afin de soutenir les personnes isolées avec possibilité de libérer du temps aux aidants, et possible intervention de services civiques.

Les écoles professionnelles CRf (infirmières, aides-soignantes) seront mobilisées afin de faire du dispositif renforcé de soutien à domicile un lieu de stage et de formation.

Les coordonnées du porteur et des partenaires, ainsi que leurs signatures numérisées sont renseignées ci-après.

Spécificités territoriales

• Projet 1 : Ouest Charente

EHPAD Les Marronniers à Rouillac et le SSIAD de la Charente

1. 1. Champ d'application territorial proposé

a. Eléments de diagnostic

Avec 355 419 habitants au 1er janvier 2012, la Charente est un département rural, le moins peuplé de l'ex région Poitou-Charentes. La Charente compterait, en 2040, 369 708 habitants dont 144 046 personnes âgées de 60 ans et plus, soit 39% de la population charentaise.

En 10 ans, la population des 75 ans et plus, sur le secteur Ouest Charente s'est accrue de plus de 22%. Avec la Charente Maritime, le département présente un taux de personnes de 60 ans et plus supérieur aux moyennes régionale et nationale. [1]

Enfin, le territoire se caractérise par un taux de pauvreté relativement élevé des personnes âgées [2]. Pour les personnes de 60 à 74 ans, le taux de pauvreté est de 10.3% soit supérieur à la moyenne régionale (9,2%) et nationale (9,9%). Pour les personnes de 75 ans et plus, le taux de pauvreté est de 15,7% soit largement supérieur à la moyenne nationale (11 %) et régionale (15.3 %).

Plus d'un tiers (35,2 %) des personnes de 75 ans et plus vivent seules à leur domicile. La problématique de l'isolement est primordiale et marque une limite du soutien à domicile. Les personnes âgées isolées présentent une exposition plus importante aux troubles dépressifs et comportements suicidaires.

b. Champ d'application territorial proposé

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local	OUI	Le projet est limité géographiquement à l'Ouest Charente (Canton de Val de Nouère et Canton de Jarnac). En effet, tant pour l'intervention du SSIAD (antenne de Cognac) que pour l'accès à l'EHPAD par les bénéficiaires du dispositif renforcé de soutien à domicile, le périmètre d'intervention a été circonscrit à une distance d'une quinzaine de kilomètres de l'EHPAD.
Régional	NON	Un autre projet de dispositif renforcé de soutien à domicile porté par l'EHPAD CRF Résidence du Chatenet, à Rochechouart, est aussi déposé dans la présente lettre et propose une offre de services sur la région Nouvelle-Aquitaine.
Interrégional	NON	
National	NON	

Les territoires concernés sont les suivants :

Canton de Val de Nouère : (Rouillac - Sonnevillle- Mareuil- plaizac- Vaux-Rouillac- St-Amand de nouère- Courbillac)

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

Canton de Jarnac : Houlette- Sigogne – Fleurac – Foussignac – Mérignac – Jarnac - Réparsac

Le périmètre d'intervention du dispositif renforcé à domicile est limitée aux cantons de Rouillac et de Jarnac afin de permettre une limite de 36 kilomètres aller / retour de l'EHPAD au domicile du bénéficiaire.

Dans le cadre du dispositif renforcé de soutien à domicile, EHPAD et SSIAD collaboreront non seulement avec le SAAD Croix Rouge française mais également avec les autres SAAD intervenant sur le territoire, notamment avec le SAAD relevant de l'ADMR.

Le dispositif est conçu pour accompagner 20 bénéficiaires. La montée en charge est prévue en l'espace de 4 mois.

1. 2. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation

	Entité juridique et/ou statut ;	Coordonnées des contacts	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation
Porteur :	EHPAD les Marronniers à Rouillac EHPAD associatif Place du Champ de Foire 16170 Rouillac	Caroline Hazimeh Directrice d'établissement caroline.hazimeh@croix-rouge.fr Julie VAREZ, Directrice régionale julie.varez@croix-rouge.fr	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	SSIAD de la Charente Champ de Manœuvres Boulevard Léon Blum 16800 SOYAUX		Co-porteur de l'expérimentation

Le développement d'un projet d'EHPAD à domicile dans l'Ouest Charente présente bien sûr d'abord l'intérêt de s'appuyer sur des structures Croix Rouge française existantes et volontaires pour développer ce type d'offre (EHPAD les Marronniers à Rouillac et SSIAD de la Charente).

L'EHPAD les Marronniers à Rouillac est un établissement bénéficiant aujourd'hui d'une autorisation de 47 lits dont 2 lits d'hébergement temporaire. Il est situé en plein cœur du centre bourg de Rouillac (place du Champ de foire). 15 places sur 47 sont habilitées à l'aide sociale. Un projet de réhabilitation et d'extension est actuellement en cours d'élaboration, il porterait l'autorisation de l'EHPAD à 61 lits.

Le SSIAD de la Charente de la Croix Rouge française dispose d'une autorisation de 85 places. Il fait partie d'un Service Polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) avec le SAAD de la Croix Rouge française. Le SSIAD est organisé en antennes, le dispositif renforcé de soutien à domicile dépendra de l'antenne de Cognac.

Dans le cadre du dispositif, EHPAD et SSIAD collaboreront non seulement avec le SAAD Croix Rouge française mais également avec les autres SAAD intervenant sur le territoire, notamment avec le SAAD relevant de l'ADMR.

Modalités d'organisation : Au niveau du SSIAD : Estimation d'une file active de 20 bénéficiaires du dispositif renforcé de soutien à domicile

Un poste de conducteur accompagnateur est à prévoir avec un financement associé, afin d'assurer les transports entre le domicile et l'EHPAD (exemple : participation des bénéficiaires aux activités organisées par l'animatrice, aux repas, aux ateliers prévention etc...);

Au niveau de l'astreinte de nuit : L'EHPAD de Rouillac ne fait pas partie à ce jour de dispositif d'astreinte infirmière de nuit mutualisée. Cependant, des échanges sont planifiés avec le CH d'Angoulême qui souhaite démarrer une expérimentation d'infirmière de nuit mutualisée avec les EHPAD publics du territoire.

Au niveau de la chambre d'urgence : L'EHPAD Les Marronniers à Rouillac dispose de deux chambres temporaires autorisées. Une des deux chambres sera affectée au dispositif renforcé de soutien à domicile.

Une montée en charge pourrait être envisagée dès septembre 2020. Des échanges sont en cours avec l'ARS Nouvelle Aquitaine sur la transformation de l'offre sur le territoire, qui souhaite développer un raisonnement en filière. L'expérimentation ARTICLE 51 sera l'objet d'un prochain rendez-vous, déjà fixé avec l'EHPAD les Marronniers.

• **Projet 2 : Haute Vienne**

EHPAD Résidence du Chatenet, Rochechouart et SSIAD Haute Vienne

2. 1. Champ d'application territorial proposé

a. Eléments de diagnostic

Entre 1999 et 2009, le département a connu une augmentation de 0,6 % de sa population par an soit une croissance supérieure à la moyenne régionale (+ 0,4 %) mais légèrement inférieure à la croissance nationale (+ 0,7 %). En Haute-Vienne, l'augmentation du nombre d'habitants est essentiellement due au solde migratoire (+ 0,7 % contre - 0,1 % pour le solde naturel). En effet, le nombre de décès est supérieur au nombre de naissances (en 2016, le département a enregistré 4 110 décès pour 3 420 naissances).

La Haute-Vienne est caractérisée par le troisième plus important taux de pauvreté monétaire ^[3] en 2010, parmi les six départements de comparaison. La France métropolitaine a un taux de 14,1.

Départements	Pyrénées Orientales	Vienne	Landes	Haute- Vienne	Deux- Sèvres	Charente
Taux de pauvreté monétaire 2015	12,2	13,9	12,0	15,2	12,5	14,9

b. Champ d'application territorial proposé

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial et observations éventuelles
Local	OUI	Le projet est limité géographiquement afin de permettre une limite de 36 kilomètres aller / retour de l'EHPAD au domicile du bénéficiaire.
Régional	NON	Un autre projet de dispositif renforcé de soutien à domicile porté par l'EHPAD CRF Les Marronniers, à Rouillac, est aussi déposé dans la présente lettre et propose une offre de services sur la région Nouvelle-Aquitaine.
Interrégional	NON	
National	NON	

Les territoires concernés par le dispositif renforcé de soutien à domicile sont les suivants :

- Les communes de Chéronnac, Les Salles-Lavauguyon, Rochechouart, Vayres et Videix
- Les communes de Champagnac-la-rivière, Cussac, Oradour-sur-Vayres et Saint- Bazile
- La commune de Saint Mathieu

La population concernée par l'offre d'EHPAD à domicile est constituée des personnes âgées en perte d'autonomie bénéficiant d'un accompagnement du SSIAD de Rochechouart, d'Oradour ou de Saint Mathieu. Sur le territoire, cette population peut également bénéficier d'un accompagnement du SPASAD expérimental SSIAD Rochechouart UNA Ouest ou du service de portage de repas de Rochechouart. Enfin, les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent aussi choisir un accompagnement du CSI de Rochechouart et nécessitant un accompagnement renforcé justifiant l'adossement à l'EHPAD.

Le dispositif sera mis en œuvre en partenariat avec l'ensemble des SAAD intervenant au sein du territoire : ainsi, toute personne âgée éligible accompagnée par ces services pourra être intégrée au dispositif renforcé de soutien à domicile.

Le dispositif est conçu pour accompagner 30 bénéficiaires. La montée en charge du dispositif est prévue dans un espace de 4 mois pour une file active de 20 bénéficiaires dans un premier temps.

2. 2. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat
Porteur :	EHPAD Du Châtenet à Rochechouart EHPAD associatif Situé 145 rue Charles de Gaulle - 87600 ROCHECHOUART	Mme Laurence MENET, directrice laurence.menet@croix-rouge.fr 06 71 60 91 60	

Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	SSIAD de la Haute Vienne CRF 7 Faubourg du Puy du Moulin 87600 ROCHECHOUART + Antenne St Mathieu + Antenne Oradour		Co-porteurs de l'expérimentation
	Service de Portage de repas CRF 15 Rue Charles de Gaulle 87600 ROCHECHOUART		
	Centre de Soins Infirmiers CRF 7 Faubourg du Puy du Moulin 87600 ROCHECHOUART		

L'EHPAD du Chatenet est un établissement bénéficiant aujourd'hui d'une autorisation de 61 lits habilités à l'aide sociale. Il est situé sur le secteur ouest de la Haute-Vienne dans la commune de Rochechouart sous-préfecture. Rochechouart fait partie de la Communauté de communes "du Pays de la Météorite".

À Rochechouart, la Croix Rouge française a également un service de portage de repas qui livre une quarantaine de repas jour, un Service de Soins Infirmiers à Domicile de 26 places, un Centre de Soins Infirmiers, un SSIAD ESA de 10 places et un SPASAD expérimental avec UNA Ouest d'une capacité de 26 places SSIAD.

À Oradour, la Croix Rouge française a également un Service de Soins Infirmiers à Domicile de 20 places.

À Saint Mathieu, la Croix Rouge française a également un Service de Soins Infirmiers à Domicile de 27 places.

Modalités d'organisation

Afin d'assurer ces prestations, le personnel mobilisé est le suivant :

- Au niveau du SSIAD : Estimation d'une file active de 30 bénéficiaires dédiées au dispositif renforcé de soutien à domicile;

Spécificités des prestations de services proposés par l'établissement :

Mise à disposition de la télémédecine : La mise à disposition de la télémédecine de l'EHPAD auprès des bénéficiaires du dispositif permettra :

- D'apporter une réponse adaptée dès le début de la prise en charge
- De diminuer de la fréquence et de la durée des hospitalisations, des transports
- D'améliorer le confort du patient (et de son entourage) qui se sent plus sécurisé par une meilleure prise en compte de ses besoins
- De favoriser une meilleure prise en charge (cf. téléimagerie, télésurveillance...)

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

- D'améliorer l'accès aux soins

- Le projet de dispositif renforcé de soutien à domicile de Rochechouart inclut un service de portage de repas à domicile : Le portage de repas fait partie des multiples réponses apportées aux personnes âgées, tant en terme de maintien à domicile que de lutte contre l'isolement et l'exclusion. Le fait de pouvoir entrer en contact avec ces usagers, dans leur environnement familial, est en effet un moyen de détecter d'autres problématiques sociales.

- Un poste polyvalent de conducteur accompagnateur/agent de maintenance est à prévoir avec un financement associé, afin d'assurer les transports entre le domicile et l'EHPAD (exemple : participation des bénéficiaires aux activités organisées par l'animatrice, aux repas, aux ateliers prévention etc...) et d'intervenir auprès des bénéficiaires du dispositif renforcé de soutien à domicile pour les prestations d'entretien et petites réparations à domicile.

Au niveau de l'astreinte de nuit : L'EHPAD du Chatenet ne fait pas partie à ce jour de dispositif d'astreinte infirmière de nuit mutualisée.

Au niveau de la chambre d'urgence : L'EHPAD du Chatenet dispose de deux chambres temporaires autorisés. Une des deux chambres sera affectée au dispositif renforcé de soutien à domicile.

Au niveau de la montée en charge : Une montée en charge pourrait être envisagée dès septembre 2020. Des échanges sont en cours avec l'ARS Nouvelle Aquitaine sur la transformation de l'offre sur le territoire, qui souhaite développer un raisonnement en filière. L'expérimentation ARTICLE 51 sera l'objet d'un prochain rendez-vous, déjà fixé avec l'EHPAD du Chatenet.

• **Projet 3 : Yonne**

EHPAD d'Aillant sur Tholon et le SSIAD CRF de Toucy

3. 1. Champ d'application territorial proposé

a. Eléments de diagnostic

Sur ce territoire la population est en légère augmentation +0.4% entre 2010 et 2015 alors que le département de l'Yonne a vu son nombre d'habitants baisser de 0.1% sur la même période.

Nous remarquons aussi que le taux de chômage des de 15-64 ans est inférieur au niveau national, régional et départemental.

Sur ce territoire d'intervention les plus de 60 ans représentent 28.4% de la population dont 21% de plus de 65 ans.

	France		BFC		Yonne		territoire d'intervention	
	T	%	T	%	T	%	T	%
Ensemble	64 300 821	100	2 820 940	100	340 903	100	18 806	100
60 à 74 ans	10 054 292	15,64	488 845	17,33	62 506	18,34	3 332	17,72
75 à 89 ans	5 282 305	8,21	265 213	9,40	33 604	9,86	1 761	9,36
90 ans ou plus	726 872	1,13	37 601	1,33	5 099	1,50	246	1,31
60-90 et +	16 063 469	24,98	791 659	28,06	101 209	29,69	5 339	28,39
65 ans ou plus	12 073 092	18,78	599 770	21,26	76 527	22,45	3 941	20,96

b. Champ d'application territorial proposé

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local	OUI	Le projet est limité géographiquement. En effet, tant pour l'intervention du SSIAD que pour l'accès à l'EHPAD par les bénéficiaires d'EHPAD@DOM, le périmètre d'intervention a été circonscrit à une distance correspondante à un temps de trajet de 30 minutes de l'EHPAD.
Régional	NON	
Interrégional	NON	
National	NON	Cependant, il est à noter qu'une expérimentation EHPAD@dom est en cours à Sartrouville (Yvelines), autorisée par l'ARS IDF et financée sur fonds propres et sur fonds de mécénat et que 6 autres établissements CRF sont porteurs du projet EHPAD@dom

La population concernée par l'offre d'EHPAD à domicile est constituée des personnes âgées en situation de perte d'autonomie nécessitant un accompagnement renforcé justifiant l'adossé à l'EHPAD.

Les communes concernées sont les suivantes : Chassy – Charbuy – Diges – Dracy – Egleny - Fleury la vallée – Merry la vallée – Montholon – Parly – Pourrain – Senan – Sommeceisse – Toucy – Valravillon – Villers Saint Benoît.

Le périmètre d'intervention de l'offre d'EHPAD à domicile est limitée à 30 minutes aller de l'EHPAD au domicile du bénéficiaire.

Le dispositif est conçu pour accompagner 20 bénéficiaires. La montée en charge progressive du dispositif a été prévue à 4 mois.

3. 2. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

	Entité juridique et/ou statut ;	Coordonnées des contacts	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation
Porteur :	EHPAD Les 3 Vallées - 7, rue Pierre LAROUSSE- Aillant sur Tholon 89110 MONTHOLON	Joëlle MARMOUSET Directrice joelle.marmouset@croix- rouge.fr 03.86.91.58.00 06.89.33.15.13	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	SSIAD CRF De Toucy 20 Chemin de Ronde 89130 TOUCY		Co-porteur de l'expérimentation

Le dispositif renforcé de soutien à domicile est co-porté par l'EHPAD les 3 vallées et le SSIAD de Toucy de la Croix Rouge française en partenariat avec l'ensemble des SAAD intervenant au sein du territoire : ainsi, toute personne âgée éligible accompagnée par des SAAD pourra être intégrée au dispositif.

L'EHPAD d'Aillant sur Tholon est un établissement bénéficiant aujourd'hui d'une autorisation de 90 lits. Il est situé en plein cœur d'Aillant sur Tholon. Toutes les places sont habilitées à l'aide sociale. Un projet de reconstruction est actuellement en cours d'élaboration et l'EHPAD dispose d'une unité Personne Handicapée Vieillesse de 13 places.

Le SSIAD de la Croix Rouge française à Toucy dispose d'une autorisation de 65 places dont 5 places dédiées à l'accompagnement de personnes en situation de handicap. Son secteur d'intervention comprend les cantons d'Aillant et de Toucy.

Dans le cadre du dispositif renforcé de soutien à domicile, EHPAD et SSIAD collaboreront avec les SAAD intervenants sur le territoire, notamment avec le SAAD relevant de l'ADMR.

Modalités d'organisation :

Afin d'assurer ces prestations, le personnel mobilisé est le suivant :

- Au niveau du SSIAD : Estimation d'une file active de 10 bénéficiaires dédiée au dispositif renforcé de soutien à domicile et demande d'une extension de 10 places SSIAD.
- L'extension de 10 places du SSIAD Aillant-Toucy est effective depuis fin 2018. Le taux d'activité a progressé en conséquence.
- Un poste polyvalent de conducteur accompagnateur/agent de maintenance est à prévoir avec un financement associé, afin d'assurer les transports entre le domicile et l'EHPAD (exemple : participation des bénéficiaires aux activités organisées par l'animatrice, aux repas, aux ateliers prévention etc...) et d'intervenir auprès des bénéficiaires du dispositif pour les prestations d'entretien et petites réparations à domicile.

Au niveau de l'astreinte de nuit : Un appel à projet IDE astreinte de nuit a été publié très récemment par l'ARS Bourgogne-FC. Les EHPAD du territoire vont être sollicité par la directrice de l'établissement de l'EHPAD d'Aillant sur Tholon pour échanger sur les bases d'une mutualisation. Le CSI Croix-Rouge Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

de Toucy est en perte d'activité depuis plusieurs années et son maintien est menacé. L'associer à une astreinte IDE de nuit dans le cadre d'un dispositif renforcé de soutien à domicile permettrait de le redynamiser.

Au niveau de la chambre d'urgence : Actuellement l'EHPAD d'Aillant dispose de 90 chambres autorisées, mais de 84 chambres installées seulement, suite à une mesure de fermeture appliquée en 2011 pour accès PMR non conforme. Une des 6 chambres fermées peut être ré ouverte provisoirement en chambre d'urgence, en attendant la construction du nouvel EHPAD dont l'ouverture est prévue au printemps 2022. Ce nouveau bâtiment de 77 lits comprendra 78 chambres simples, dont une « chambre-tampon », qui peut être identifiée comme chambre d'urgence du dispositif renforcé de soutien à domicile.

Au niveau de la montée en charge : Une montée en charge pourra être réalisée dès septembre 2020. Une étude est à réaliser avec l'équipe SSIAD CSI en mars 2019 sur les profils accompagnés et les dossiers en liste d'attente au SSIAD (en moyenne 2 à 3 semaines d'attente, voire plus).

• **Projet 4 : Bassin de vie Sedan**

EHPAD Solferino, Pôle gériatrique des Ardennes SSIAD Sedan, CSI Carignan

4.1. Champ d'application territorial proposé

a. Eléments de diagnostic

Le développement d'un projet d'EHPAD à domicile dans les Ardennes présente bien sûr d'abord l'intérêt de s'appuyer sur des structures Croix Rouge française existantes et volontaires pour développer ce type d'offre (EHPAD Solferino, le SSIAD et le CSI).

Avec 280 907 habitants au 1er janvier 2013, le département des Ardennes est un département semi rural, le moins peuplé de l'ex région Champagne-Ardenne.

L'arrondissement de SEDAN concentre à lui seul 21,7% de la population départementale, soit un habitant sur cinq alors qu'il est le plus petit par sa superficie.

Le département constate un taux de vieillissement de sa population augmenté, selon l'INSEE FLASCH Champagne Ardenne N° 171 : une forte hausse des ménages âgés est à recenser de 2009 à 2025 : +2 900 ménages, +0,6 % au sein du pays des 3 cantons (Carignan et Alentours).

Plus d'un tiers (37,1 %) des personnes de 75 ans et plus vivent seules à leur domicile. La problématique de l'isolement est primordiale et marque une limite du soutien à domicile. Les personnes âgées isolées présentent une exposition plus importante aux troubles dépressifs et comportements suicidaires.

Le département est marqué par une bonne capacité de possibilité de recours de services du domicile (aucune zone blanche pour les SSIAD).

b. Champ d'application territorial proposé

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
--	---------	--

Local	OUI	Le projet est limité géographiquement au bassin de vie de Cardigan et Sedan soit un périmètre de 50 Km aller-retour, disposant d'un accès routier de qualité. 
Régional	NON	
Interrégional	NON	
National	NON	

Les territoires concernés sont les suivants : Bassins de Vie de Sedan Sud et Carignan.

Le périmètre d'intervention de l'offre d'EHPAD à domicile est limitée aux bassins de vie de Sedan et Carignan afin de permettre une limite de 50 kilomètres aller / retour de l'EHPAD au domicile du bénéficiaire. Le dispositif sera mis en œuvre par l'EHPAD Solférino, le SSIAD Ardennais et le CSI de Carignan de la Croix Rouge française en partenariat avec l'ensemble des SAAD intervenant au sein du territoire.

Le dispositif est conçu pour accompagner 30 bénéficiaires.

4.2. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation
Porteur :	EHPAD Solférino 08110 EHPAD privé associatif Situé 28, rue de la Pièce du Roi, 08110 CARIIGNAN	Christelle CZERNIAK Directrice Pôle Gériatrique Ardennes Directrice EHPAD Solférino christelle.czerniak@croix-rouge.fr	

Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	SSIAD CRF 7 Rue Jean Jaurès 08200 SEDAN		Co-porteurs de l'expérimentation
	CSI CRF 23 Avenue de Blagny 08110 CARIGNAN		

L'EHPAD SOLFERINO situé à Carignan est un établissement bénéficiant d'une autorisation de 98 lits d'hébergement permanent. Il est situé en zone semi urbaine, sur la commune de Carignan (08110) à proximité d'une salle de loisirs et au cœur du bourg. Cet établissement est 100% habilité à l'aide sociale.

Le SSIAD du pôle gériatologique des Ardennes de la Croix Rouge française dispose d'une autorisation de 165 places (135 Sedan et Carignan + 30 à Givet). Il fait partie d'un Service Polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) avec le SAAD de l'ADAPAH. Il dispose d'un ESA sur le bassin de Sedan et Carignan de 30 places.

Le CSI est basé à la MSP de Carignan et rayonne sur le bassin de vie de Carignan.

Dans le cadre du dispositif renforcé de soutien à domicile, EHPAD, SSIAD et CSI collaboreront non seulement avec le SAAD de l'ADAPAH mais également avec les autres SAAD intervenant sur le territoire, notamment avec le SAAD relevant de l'ADMR, des SAD privés, ainsi que des cabinets d'IDEL.

· Spécificités des prestations de services proposés par l'établissement

Le pôle gériatologique des Ardennes CRF a été retenu dans le cadre d'un appel à projet pour la mise à disposition d'un service de télé médecine. Depuis 2018, un travail est en cours d'élaboration avec les médecins traitants afin de développer ce service. La mise à disposition de la télé médecine de l'EHPAD auprès des bénéficiaires du dispositif renforcé de soutien à domicile permettra :

- D'apporter une réponse adaptée dès le début de la prise en charge
- De diminuer de la fréquence et de la durée des hospitalisations, des transports
- D'améliorer le confort du patient (et de son entourage) qui se sent plus sécurisé par une meilleure prise en compte de ses besoins
- De favoriser une meilleure prise en charge (cf. téléimagerie, télésurveillance...)
- D'améliorer l'accès aux soins

Enfin, afin de faciliter le recours aux prestations proposées à l'EHPAD, une offre de transport accompagné est prévue entre le domicile du résident et l'EHPAD : l'EHPAD propose un service de transport quotidien en semaine avec un véhicule adapté aux personnes à mobilité réduite, afin de les accompagner à l'EHPAD et les ramener à leur domicile. Le véhicule PMR de l'EHPAD SOLFERINO sera utilisé.

Modalités d'organisation :

Afin d'assurer ces prestations, le personnel mobilisé est le suivant :

Au niveau du SSIAD : Proposition d'extension de 10 places supplémentaires de SSIAD dans le cadre des négociations CPOM;

Afin d'assurer cette demande d'extension de 10 places, un échange avec l'ARS Grand EST est à engager avec d'assurer le financement de postes de 1,8 ETP d'aides-soignants complémentaires. Actuellement, dans la cadre de la modélisation, 50 000 euros sont subventionnés en CNR à cet effet. Des échanges complémentaires sont engagés dans le cadre de la contractualisation CPOM avec l'ARS pour assurer la pérennité de ce financement et du dispositif renforcé de soutien à domicile. L'ARS a exprimé un avis favorable au déploiement de ce projet.

Au niveau de l'astreinte de nuit : Une organisation d'astreinte conjointe avec l'EHPAD Public territorial de Mouzon (Maison de retraite de l'Abbaye) est déjà en place sur l'établissement avec une convention signée et des modalités précises concernant l'astreinte téléphonique avec mallette d'astreinte, fiches résidents, déplacement en cas de problématique, ouverture d'une cession droit informatique sur le logiciel en cas de déplacement. Les IDE ont été formées. L'organisation est identique en interne au sein de l'EHPAD Solferino.

Au niveau de la chambre d'urgence : Actuellement, l'EHPAD de Solferino ne dispose pas de chambre d'urgence. Dans le cadre des négociations CPOM avec l'ARS Grand Est, une transformation de chambre va être demandée. Par ailleurs, un rapprochement avec l'EHPAD de Mouzon et l'hôpital local de Desan peut être envisagé.

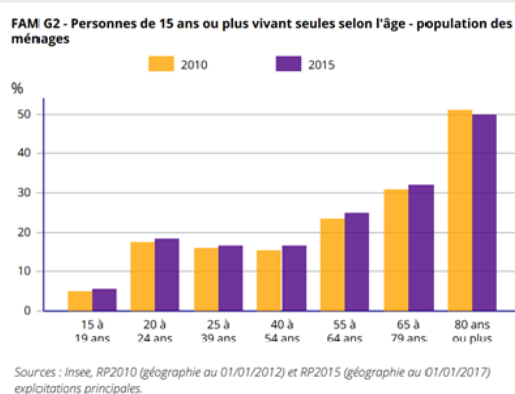
Au niveau de la montée en charge : Une montée en charge peut être envisagée dès le mois de septembre 2020 pour une file active de 20 bénéficiaires.

- **Projet 5 : Marseille**

EHPAD Notre Maison et SSIAD 13 CRF à Marseille**5.1. Champ d'application territorial proposé****a. Eléments de diagnostic**

En 2015, la population âgée de 65 ans s'élève à 84 798 pour les hommes et 120 044 pour les femmes soit un pourcentage respectif de 16,8% et 21,5 de la population.

Personnes de 15 ans ou plus vivant seules selon l'âge - population des ménages



b. Champ d'application territorial proposé

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial
Local	OUI	Le périmètre d'intervention de l'offre du dispositif renforcé de soutien à domicile sera limitée au périmètre d'intervention du SSIAD soit aux 1^{er}, 2^{ème}, 5^{ème}, 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements de Marseille afin de permettre une limite de déplacement de 25 kilomètres aller / retour de l'EHPAD au domicile du bénéficiaire. 
Régional	NON	
Interrégional	NON	

National	NON	
----------	-----	--

L'EHPAD Notre Maison est situé en plein cœur du quartier de Mazargues, dans le 8^{ème} arrondissement de Marseille. Le SSIAD Croix-Rouge Française intervient sur les 1^{er}, 2^{ème}, 5^{ème}, 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements de Marseille.

Ce territoire cible présente plusieurs caractéristiques justifiant l'opportunité de cette offre :

Un nombre de personnes âgées croissant, souhaitant rester à domicile au sein de ce territoire urbain,

Un nombre important de personnes isolées.

Le projet expérimental concerne 25 bénéficiaires de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie (Gir 1 à 4). La montée en charge est envisagée en l'espace de 6 mois.

5.2. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation

	Entité juridique Adresse	Coordonnées des contacts	Nature du partenariat
Porteur	EHPAD Notre Maison 640, avenue de Mazargues Cedex 08 13471 MARSEILLE	Isabelle Devillers 04 91 40 05 39 isabelle.devillers@croix- rouge.fr	
Partenaire(s) du projet	SSIAD Marseille 1 rue du Docteur Simone Sedan 13005 Marseille	Isabelle Devillers 04 91 40 05 39 isabelle.devillers@croix- rouge.fr	Co-porteur de l'expérimentation

L'EHPAD Notre Maison est un établissement bénéficiant aujourd'hui d'une autorisation de 80 lits d'hébergement permanent sans places de lits d'hébergement temporaire. 40 places sur 80 sont habilitées à l'aide sociale. Il est adossé à une Résidence Autonomie de 30 places.

Le SSIAD de Marseille dispose d'une autorisation de 88 places, et d'une équipe Spécialisée Alzheimer (ESA).

Les deux structures relèvent du même gestionnaire, la Croix Rouge française, promotrice du développement de ce type d'offre au niveau national (participation au groupe de travail en cours mené par la CNSA sur l'EHPAD hors les murs).

Sur le périmètre de Marseille, les bénévoles de la Croix Rouge française œuvre déjà en faveur des personnes âgées à domicile. Les bénévoles de l'unité locale et l'équipe du SSIAD 13 travaillent ensemble afin de lutter contre l'isolement des personnes âgées à domicile. Cela se traduit par des visites de courtoisie d'une heure par semaine (conversation, lecture) effectuées par les bénévoles CRF aux domiciles des personnes les plus isolées, identifiées par les professionnels du SSIAD. Cette collaboration pourra s'étendre aux bénéficiaires du dispositif renforcé de soutien à domicile.

Modalités d'organisation

Afin d'assurer ces prestations, le personnel mobilisé est le suivant :

Au niveau du SSIAD : En fonction de l'analyse des besoins du territoire, du périmètre d'intervention, et de la charge en soins assumée par le SSIAD 13, le projet nécessiterait une transformation de 25 places du SSIAD et une extension d'un lit au niveau de l'EHPAD.

Afin d'assurer cette demande de transformation de 25 places, un échange avec l'ARS Nouvelle Aquitaine est à engager.

Un poste polyvalent de conducteur accompagnateur/agent de maintenance est à prévoir avec un financement associé, afin d'assurer les transports entre le domicile et l'EHPAD (exemple : participation des bénéficiaires aux activités organisées par l'animatrice, aux repas, aux ateliers prévention etc...) et

d'intervenir auprès des bénéficiaires du dispositif renforcé de soutien à domicile pour les prestations d'entretien et petites réparations à domicile.

Au titre de l'EHPAD, la Direction de l'EHPAD Notre Maison a adressé au Conseil Départemental et à la DT-ARS des Bouches-du-Rhône au mois d'avril 2018 une demande d'extension de la capacité de l'EHPAD afin d'obtenir 4 places d'accueil temporaire et un accueil de jour (12 places). Parmi les 4 places d'accueil temporaire, une pourrait être mobilisée pour assurer l'accueil d'urgence dans le cadre du dispositif.

Au niveau de l'astreinte de nuit : L'EHPAD Notre Maison ne fait pas partie à ce jour de dispositif d'astreinte infirmière de nuit mutualisée.

Au niveau de la chambre d'urgence : L'EHPAD Notre Maison ne dispose pas de chambre d'urgence à ce jour. Des échanges avec les EHPAD du territoire sont envisagées afin d'étudier d'éventuels opportunités de partenariat avec un EHPAD disposant de chambres temporaires.

Au niveau de la montée en charge : Une montée en charge pourrait être envisagée dès le mois d'octobre 2020. Des échanges sont en cours avec l'ARS Nouvelle Aquitaine sur la transformation de l'offre sur le territoire, qui souhaite développer un raisonnement en filière.

- Spécificités des prestations de services proposés par l'établissement :

Parmi l'offre de service offert dans le cadre du projet de dispositif renforcé de soutien à domicile, il est proposé un accès à un service d'entretien et de petites réparations assuré à domicile par un poste polyvalent de conducteur accompagnateur / agent d'entretien. Ce service concerne des petits dépannages : ampoules à changer, réglages du téléviseur etc.... Une expertise objective sur des travaux plus importants à effectuer sera également proposée : travaux de plomberie ou d'électricité. Le financement de ce poste reste à pondérer.

5.3. Modalités de financement et tarification

Les modalités de financement sont à revoir en fonction des échanges avec l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur concernant la transformation de places au niveau du SSIAD.

• **Projet 6 : Nîmes**

[EHPAD Résidence Indigo et SSIAD Pôle gériatrique Nîmois, Nîmes](#)

6.1. Champ d'application territorial proposé

a. Eléments de diagnostic

Les politiques nationales actuelles prônent le soutien à domicile des personnes âgées. En effet, l'entrée en EHPAD est souvent soudaine et vécue comme une rupture, et l'EHPAD reste une solution coûteuse.

Nous constatons parmi les personnes accompagnées par le SSIAD du Pôle Gériatrique Nîmois des personnes ou des aidants qui refusent une entrée en EHPAD, au prix de sacrifices importants des aidants pour offrir des conditions d'accompagnement dignes et sécurisées pour leurs parents. L'entrée en EHPAD se fait dans ces cas-là par défaut.

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

Le frein actuel principal d'un soutien à domicile est la nuit : aucun passage de professionnel n'est actuellement possible comme en journée, sauf à pouvoir financer la présence d'une personne, mais cela représente un coût important. On observe cependant d'autres limites au maintien à domicile avec un accompagnement « classique » : absence de coordination sur le suivi médical du bénéficiaire, isolement social des personnes âgées à domicile ou encore un équipement variable des personnes en téléassistance.

La population nîmoise est vieillissante : 14 % de la population nîmoise a entre 60 ans et 74 ans, les plus de 75 ans représentant 10.2 % de cette population (source INSEE, recensement 2015). Les personnes âgées citadines sont parfois isolées, avec des cellules familiales de plus en plus éclatées, des aidants parfois encore en activité.

Des solutions de répit sont proposées à Nîmes au travers de plusieurs accueils de jour, dont celui du PGN de la Croix Rouge française qui compte 12 places, et une plateforme de répit portée par la société Vivadom. Des actions sont également menées par France Alzheimer sur le territoire nîmois. Cependant, ces solutions sont parfois insuffisamment mobilisées car elles ne s'inscrivent pas dans un plan d'accompagnement global de la personne.

Des ruptures dans les parcours sont alors observées, la MAIA intervient dans les cas les plus compliqués, mais l'entrée en EHPAD reste souvent la seule solution envisageable.

Pour la Croix Rouge française, le dispositif renforcé de soutien à domicile propose une offre d'accompagnement entre le domicile et l'EHPAD permettant de répondre à des besoins non couverts.

b. Champ d'application territorial proposé

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial et observations éventuelles
Local	OUI	Ville de Nîmes
Régional	NON	
Interrégional	NON	
National	NON	

Le dispositif sera proposé à des personnes âgées de plus de 60 ans de l'agglomération nîmoise (150 000 habitants intra-muros) pour 25 places.

6.2. Présentation du porteur du projet et des partenaires de l'expérimentation

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, tel.	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation
Porteur :	Pôle Gériatrique Nîmois (PGN), Croix Rouge Française	Anne MENSUELLE-FERRARI, Directrice du PGN	

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

	43 rue Séguier 30000 Nîmes	07 77 16 12 12 Anne.mensuelle- ferrari@croix- rouge.fr	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	SSIAD Croix Rouge Française 12 rue de Tunis 30000 Nîmes		CO-porteur du dispositif expérimental
	Présence 30 SAAD Chemin du Bachas 30000 Nîmes		Partenaire de l'aide à domicile qui pourra intervenir auprès de bénéficiaires du dispositif

L'EH PAD Résidence Indigo a ouvert ses portes en 2005. Il accueille des personnes âgées de plus de 60 ans, valides ou en perte d'autonomie, pour un accompagnement temporaire ou permanent. Par dérogation, des personnes handicapées vieillissantes, dont les besoins d'aide et de soins sont compatibles avec les moyens de la structure, peuvent être accueillies.

L'EH PAD Indigo est un établissement bénéficiant aujourd'hui d'une autorisation de 60 lits de places de lits d'hébergement permanent et 12 lits d'hébergement temporaire.

Modalités d'organisation

Afin d'assurer ces prestations, le personnel mobilisé est le suivant :

Au niveau du SSIAD : Estimation d'une file active de 15 bénéficiaires dédiée au dispositif renforcé de soutien à domicile et demande d'une extension de 10 places SSIAD.

Afin d'assurer cette demande d'extension de 10 places, un échange avec l'ARS Occitanie est à engager afin d'assurer le financement de postes de 1,8 ETP d'aides-soignants complémentaires. L'extension de 10 places sur le SSIAD a été renseignée en objectif dans le CPOM de l'établissement. L'ARS Occitanie est informée de la demande, mais ne s'est pas encore positionnée.

Par ailleurs, le CD30 a été rencontré à plusieurs reprises ces derniers temps, notamment dans le cadre du CPOM. Une rencontre avec la nouvelle directrice de l'autonomie, Galla Bridier, est en cours de planification.

Au niveau de l'EH PAD et de son accueil de jour,

- Un poste d'agent de maintenance est créé pour intervenir auprès des bénéficiaires du dispositif renforcé de soutien à domicile pour les prestations d'entretien et petites réparations à domicile. Ce poste est conçu pour assurer au moins 1h de service réparation / entretien à domicile par mois.
- Le transport serait assuré par une société d'ambulance qui assure les transports des personnes accueillies au sein de notre accueil de jour.

- Spécificités des prestations de services proposés par l'établissement

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

Un service d'entretien et de petites réparations est assuré à domicile par le personnel des moyens généraux de l'EHPAD (le service est assuré à hauteur d'environ 1 heure / mois / résident).

Au niveau de l'astreinte de nuit : le pôle gériatrique nîmois fait partie d'un collectif de 15 EHPAD de l'agglomération nîmoise qui est en train de mettre en place une garde d'IDE de nuit (poste à 80%). Le porteur de projet est la Maison de santé protestante. L'IDE de garde sera posté 2 nuits par mois dans chacun des EHPAD et se déplacera en fonction des besoins. Le démarrage est prévu au 1^{er} avril 2020.

Au niveau de la chambre d'urgence : L'EHPAD Indigo dispose de 12 chambres d'hébergement temporaire. L'établissement va redéposer un dossier pour l'AAC Accompagnement relai des personnes âgées dépendantes pour l'hébergement temporaire dit d'urgence en cas de sortie d'hospitalisation ou carence de l'aidant (8 places demandées) avec partenariat avec le CHU de Nîmes.

Au niveau de la montée en charge : Une montée en charge du dispositif peut être envisagée dès le 2^{ème} semestre 2020.

6.3. Modalités de financement et tarification

A revoir en fonction de la réponse de l'ARS Occitanie sur le financement de places et d'ETP d'aides-soignants supplémentaires.

• **Projet 7 : Sartrouville**

EHPAD Résidence Stéphanie, et SAAD et SSIAD CRF Sartrouville

7. 1. Champ d'application territorial proposé

a. Eléments de diagnostic

Selon les dernières statistiques de l'INSEE (année 2011) pour la population âgée, le département des Yvelines se classe premier des départements de la grande couronne avec 6,76% de personnes de 75 ans et plus sur son territoire, soit 95 508 personnes en 2011. Le département comptait en 1999 plus de 250 centenaires, en 2011 il en comptait 387.

La part des Yvelinois âgés de plus de 60 ans passe de 13,2% en 1990 à 19,35 en 2011 alors que celle des moins de 40 ans qui était de 60,9% en 1990, n'est plus que de 53,07% en 2011.

Des solutions de répit sont proposées à Sartrouville au travers un accueil de jour, porté par un EHPAD voisin de la résidence Stéphanie, une plateforme de répit portée par l'association St Vincent à Louveciennes, des groupes d'aide aux aidants pilotés par le Groupement des réseaux Yvelines Nord, et la HRDA ouverte depuis 2016 au sein de l'EHPAD Stéphanie. Des actions sont également menées par France Alzheimer sur le territoire. Cependant, ces solutions sont parfois insuffisamment mobilisées car elles ne s'inscrivent pas dans un plan d'accompagnement global de la personne.

Des ruptures dans les parcours sont alors observées, la MAIA intervient dans les cas les plus compliqués, mais l'entrée en EHPAD reste souvent la seule solution envisageable.

b. Champ d'application territorial proposé

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial et observations éventuelles
Local	OUI	Ville de Sartrouville
Régional	NON	
Interrégional	NON	
National	NON	

Le dispositif renforcé de soutien à domicile du pôle gérontologique de Sartrouville est prévu pour accueillir 25 personnes.

Depuis le 1^{er} novembre 2017, le pôle gérontologique de Sartrouville (EHPAD Stéphanie, SAAD et SSIAD) mène une expérimentation pour deux ans d'EHPAD@domicile. Cette expérimentation a été autorisée par l'ARS IDF. Elle est née du constat que de nombreuses personnes sont contraintes d'aller en EHPAD faute de présence suffisante en particulier la nuit, alors que leur souhait serait de rester à domicile.

Il s'agit de prolonger cette expérimentation dans le cadre de la l'article 51 de la LFSS 2018.

Depuis son lancement, Le dispositif a intégré 23 bénéficiaires depuis son lancement en novembre 2017. 4 bénéficiaires sont sortis du dispositif (3 décès et 1 sortie pour inadéquation avec les attentes de l'utilisateur), EHPAD@DOM accompagne 19 bénéficiaires au 10 février 2020.

7.2. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation

	Entité juridique et/ou statut ;	Coordonnées des contacts	Nature du partenariat
Porteur :	EHPAD Stéphanie, 1 rue Bordin 78500 SARTROUVILLE	Hélène MEILHAC- FLATTET Directrice du pôle gérontologique Tél. : 06.37.28.70.47 helene.meilhac- flattet@croix- rouge.fr	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	SSIAD Croix Rouge Française ; 115 Avenue de la République - 78500 SARTROUVILLE		CO-porteur du dispositif expérimental
	SAAD CRf ; 115 Avenue de la République - 78500 SARTROUVILLE		Partenaire de l'aide à domicile qui pourra intervenir auprès de bénéficiaires du dispositif
	Autres SAAD et autres partenaires		Partenaires intervenants en fonction des décisions prises par les bénéficiaires

L'EHPAD Stéphanie dispose de 90 lits d'hébergement permanent et 3 lits d'hébergement temporaire, pour des personnes seules et/ou des couples âgés de plus de 60 ans, en perte d'autonomie. L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. En outre, l'EHPAD Stéphanie dispose de 3 places d'hébergement temporaire.

Le Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et le Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de la Croix-Rouge française se trouve à moins d'un kilomètre de l'établissement. Un partenariat étroit s'est mis en place entre ces trois structures.

Modalités d'organisation :

Afin d'assurer ces prestations, le personnel mobilisé est le suivant :

Au niveau du SSIAD :

- Proposition d'accroître la capacité de 25 places « EHPAD@dom » dédiées au dispositif. Afin d'assurer cette demande d'extension de 25 places, un échange avec l'ARS Ile de France est à engager afin d'assurer le financement de postes de 4,3 ETP d'aides-soignants complémentaires.

Dispositifs renforcés de soutien à domicile pour les personnes âgées –FNMF HSTV CRF – V7 du 23/06/2020

- Un poste polyvalent de conducteur accompagnateur/agent de maintenance est à prévoir avec un financement associé, afin d'assurer les transports entre le domicile et l'EHPAD (exemple : participation des bénéficiaires aux activités organisées par l'animatrice, aux repas, aux ateliers prévention etc...) et d'intervenir auprès des bénéficiaires du dispositif renforcé de soutien à domicile pour les prestations d'entretien et petites réparations à domicile ;

Au niveau de l'EHPAD : dans le dispositif EHPAD@dom en place depuis 2 ans, les fonctions de l'ergothérapeute sont assurées par la psychomotricienne. Le temps de psychomotricien se traduit par la possibilité d'un accompagnement évaluatif sensoriel réalisé au domicile ainsi que la participation des bénéficiaires à des ateliers thérapeutiques (prévention des chutes, équilibre, psychomotricité fine...). Des séances individuelles à domicile peuvent s'organiser en complément.

Modalité d'organisation :

Au niveau de l'astreinte de nuit : Les usagers du dispositif renforcé de soutien à domicile bénéficient d'une possibilité d'intervention du personnel soignant de nuit de l'EHPAD (aide-soignant) en soirée (de 20h30 à minuit) et de 6h à 7h30. La plate-forme de téléassistance reçoit tout appel la nuit de l'usager du dispositif renforcé de soutien à domicile et l'équipe de nuit de l'EHPAD peut intervenir à domicile sur sollicitation de la plate-forme selon le motif de l'appel.

- A terme, l'aide-soignante de soirée/nuit du dispositif renforcé de soutien à domicile sera postée à l'EHPAD et pourra renforcer les équipes de nuit présentes en cas d'activité faible pour les bénéficiaires du dispositif
- Cette garde soignante de nuit sera éventuellement renforcée d'une astreinte assurée en inter-EHPAD par un infirmier dans le cadre des appels à candidature relatifs à l'astreinte mutualisée d'infirmiers la nuit lancés sur les territoires. A date, les réponses aux AAC ne nous ont pas été favorables mais une nouvelle demande sera formulée.

Au niveau de la chambre d'urgence : Une chambre d'urgence est d'ores et déjà mis à disposition au sein de l'EHPAD de Sartrouville.

Au niveau de la montée en charge : Le dispositif est déjà en place à Sartrouville, via l'expérimentation EHPAD@dom lancée depuis deux ans sur le territoire, financée sur fonds propres et mécénat.

7.3. Modalités de financement et tarification

A revoir en fonction de la réponse de l'ARS Ile de France sur le financement de places et d'ETP d'aides-soignants supplémentaires.