

## Projet de référentiel régional d'expérimentation « dispositif innovant pour la vie à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie »

### I- Contexte et enjeux

En Pays de la Loire, comme au niveau national, l'augmentation du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie<sup>1</sup> et le souhait largement exprimé des personnes âgées de vieillir à domicile<sup>2</sup> impliquent la mise en œuvre de nouvelles modalités d'accompagnement et d'organisation entre prestataires, s'inscrivant dans une logique d'adaptation globale de la société au vieillissement.

L'équipement de la région en faveur des personnes âgées dépendantes, supérieur à la moyenne nationale (136,2‰ contre 101,6‰), reste marqué par des déséquilibres importants entre l'offre institutionnelle et l'offre de services (1 place de SSIAD pour 7 places d'EHPAD en moyenne, contre une moyenne nationale de 1 place de SSIAD pour 5,1 places d'EHPAD).

Au regard des attentes de la population, l'enjeu pour demain est donc de pouvoir garantir le libre choix du lieu de vie des personnes âgées, ce qui nécessite une adaptation et une transformation de l'offre en établissements et services médico-sociaux afin de proposer des réponses plus graduées et diversifiées, dans une logique de décroisement entre EHPAD et domicile et d'accompagnement des aidants. Cette transformation implique également une amélioration de l'articulation des différents prestataires intervenant auprès de la personne âgée en perte d'autonomie, dans une logique d'accompagnement global.

Dans le cadre de son Projet Régional de Santé 2018-2022, l'ARS consacre un volet spécifique à « L'EHPAD DE DEMAIN », dans cette logique d'évolution vers l'accompagnement de personnes âgées résidant à domicile et d'émergence de nouveaux modèles d'accompagnement, en :

---

<sup>1</sup> La population des personnes âgées de plus de 75 ans va augmenter de plus de 130 000 personnes en 15 ans (2012-2027) et de 33 000 personnes âgées dépendantes de 2010 à 2030, selon l'évaluation des besoins médico-sociaux des personnes âgées réalisée dans le cadre du PRS 2018-2022 de l'ARS Pays de la Loire (étude INSEE de 2012)

<sup>2</sup> selon un sondage du CSA pour la FEPEM (Fédération des Particuliers Employeurs) d'avril 2016, 83% des personnes interrogées souhaitent demeurer à domicile le plus longtemps possible.

- Engageant les EHPAD à s'ouvrir sur leur environnement et à proposer des prestations et/ou des compétences pour soutenir la vie à domicile,
- Encourageant les EHPAD vers une logique de « prestations » alliant anticipation et prévention de la perte d'autonomie, droit au répit, renforcement de l'inclusion sociale et appui aux intervenants à domicile,
- Soutenant les expérimentations et les innovations promouvant un nouveau modèle d'accompagnement.

Dans ce sens, à la demande de l'ARS, le CREAI Pays de la Loire a animé en 2018 une réflexion collective visant à identifier les évolutions nécessaires des prestations en EHPAD afin d'expérimenter dans la région des dispositifs innovants de maintien à domicile, et à en déterminer les conditions de réussite.

Composé de représentants des EHPAD, du secteur du domicile, du secteur sanitaire, des professionnels de santé libéraux, le groupe régional de réflexion s'est attaché à déterminer la méthodologie de projet préalable à la constitution de pôles de services gérontologiques locaux et à définir les axes d'évolution des prestations des opérateurs au sein de ces pôles.

Le rapport du groupe de travail est consultable sur le site internet de l'ARS.

**Cette réflexion, initiée à partir de la place de l'EHPAD dans l'offre d'accompagnement territoriale, a évolué vers la constitution de dispositifs innovants de vie à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie.**

S'inspirant des travaux conduits par le CREAI, l'ARS, en concertation avec les Départements, représentants d'établissements et services médico-sociaux, MAIA et représentants d'usagers, a élaboré un référentiel régional, fixant les objectifs et modalités de fonctionnement attendus de ces dispositifs innovants de vie à domicile, ainsi que leurs conditions d'expérimentation.

## **II- Objectifs du dispositif innovant de vie à domicile (cible)**

**L'expérimentation de dispositifs innovants de vie à domicile doit permettre de proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie d'un territoire (EPCI, bassin de vie) de bénéficier d'un panier de services, dans lequel elles pourront disposer de prestations coordonnées répondant à des besoins évolutifs et dont la qualité est garantie.**

Ainsi, si de nouveaux dispositifs (ex : expérimentation SPASAD) permettent d'assurer une coordination des prestations d'aide et de soins à domicile, ils n'intègrent pas pour autant, à l'heure actuelle, la totalité des prestations relevant d'un accompagnement global. L'enjeu est, par conséquent, d'optimiser l'organisation de l'offre en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie sur un territoire de proximité, en intégrant des prestations complémentaires dans un panier de services existant ou en cours de constitution sur le territoire, dans une logique d'accompagnement global et coordonné.

**Résultats attendus :** permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie qui le souhaitent de rester vivre à leur domicile, en mettant à leur disposition un panier de prestations adaptées à leurs besoins, dans le cadre d'un accompagnement global, comme elles pourraient en bénéficier en EHPAD.

### III- Cadrage de l'expérimentation

#### 1. Périmètre

- **Public cible :**

Le projet concerne les personnes âgées vivant à domicile en risque de perte d'autonomie ou dépendantes (GIR 1 à 4), dont la volonté est de rester vivre à leur domicile et dont les modalités d'accompagnement répondent aux conditions d'admission en EHPAD (notamment, besoin d'une aide à la vie quotidienne adaptée, de soins médicaux et paramédicaux adaptés, d'actions de prévention et d'éducation à la santé, coordonnés dans le cadre d'un projet d'accompagnement global et d'une surveillance 24H/24).

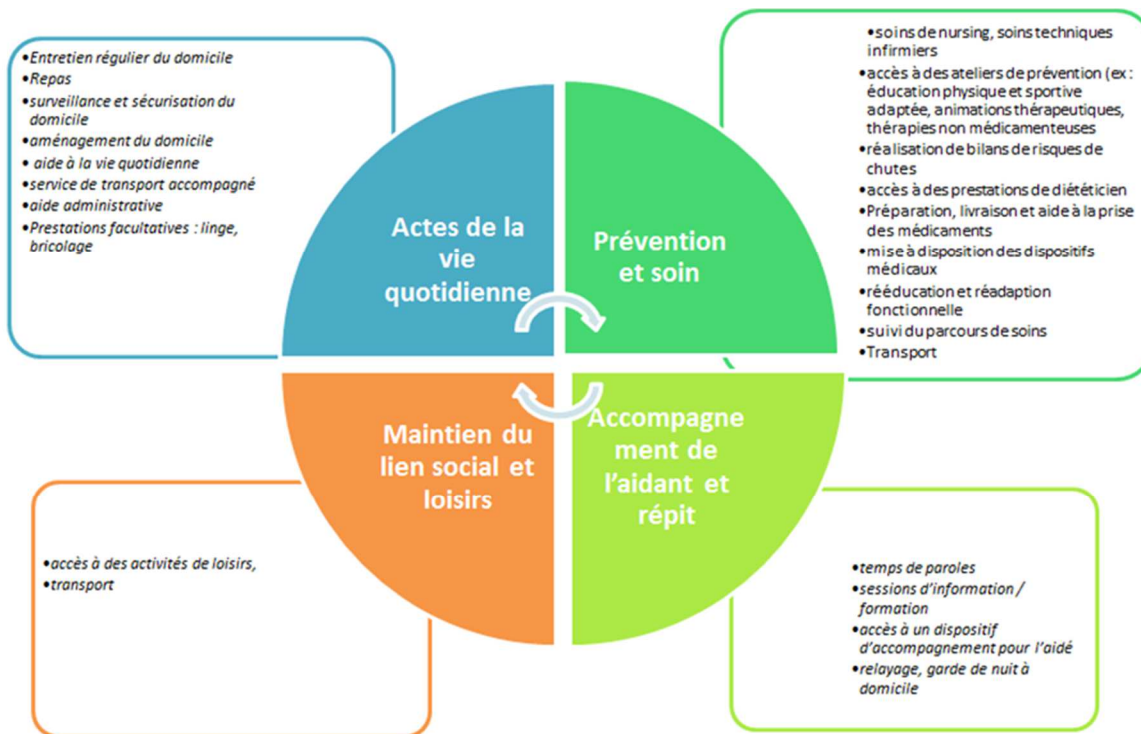
- **Territoire d'intervention :**

Le territoire d'intervention sera précisé par le porteur.

il devra respecter les critères suivants :

- Un périmètre d'intervention suffisamment restreint pour faciliter les déplacements des professionnels vers les domiciles des personnes âgées et le transport des personnes âgées
- Une offre, notamment médico-sociale, suffisante sur le territoire pour permettre un fonctionnement optimal du dispositif
- Garantir une file active d'a minima 20 personnes

- **Prestations incluses dans le dispositif au terme de l'expérimentation (voir annexe 1)**



Conçu dans un objectif de sécurisation de la personne âgée à son domicile, le dispositif assure une continuité de **surveillance paramédicale 24H/24, 7j/7** et définit des **modalités d'accueil non programmées** (ex : place d'hébergement temporaire d'urgence). Cette surveillance peut reposer sur un dispositif de télésurveillance, d'astreinte, voire des possibilités d'intervention systématiques au domicile.

Les prestations sont réalisées soit par le dispositif lui-même, soit par un ou plusieurs prestataire(s), le dispositif assurant, dans ce cas, un rôle de coordination et garantissant leur effectivité. Les prestataires portent l'intégration du dispositif dans leur projet de service.

Le dispositif repose **sur une mise en réseau des ressources et prestations sociales et médico-sociales à domicile, à l'échelle d'un territoire de proximité** et peut intégrer des prestations complémentaires dans un panier de services existant ou en cours de constitution, dans une logique d'accompagnement global, gradué et coordonné

Il repose par conséquent sur la coordination des offres et ressources existant sur le territoire et ne conduit pas à la création de places nouvelles d'EHPAD (HP, HT, AJ) ou de SSIAD, en dehors d'opérations de redéploiement de places. En complémentarité, pourront toutefois être expérimentées des modalités innovantes d'accompagnement notamment la nuit (ex : SSIAD de nuit, accueil temporaire de nuit pouvant être mobilisable en urgence, élargissement du dispositif astreintes IDE de nuit mutualisées ...). Pourront également être proposés le développement ou la diversification de prestations à destination de personnes âgées vivant à domicile par redéploiement de places existant sur le territoire.

## **2. Modalités d'organisation**

### **Modalités d'admission dans le dispositif**

La personne âgée en perte d'autonomie, encore à son domicile, est admise dans le dispositif, dès lors que la réponse à sa situation répond aux conditions d'admission en EHPAD (besoin d'une aide à la vie quotidienne adaptée, de soins médicaux et paramédicaux adaptés, d'actions de prévention et d'éducation à la santé, coordonnés dans le cadre d'un projet d'accompagnement global et d'une surveillance 24H/24)

La procédure d'admission dans le dispositif précise les modalités d'évaluation à l'entrée et intègre les évaluations déjà réalisées au sein du projet d'accompagnement global, associant la personne âgée et son aidant.

### **Elaboration du projet d'accompagnement global**

L'admission dans le dispositif donne lieu à l'élaboration d'un projet d'accompagnement global, qui repose sur :

- La prise en compte du projet de vie,
- L'intégration des projets personnalisés dont bénéficiait la personne âgée accompagnée au titre de ses accompagnements avant entrée dans le dispositif,
- 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 mobilisables rapidement,
- Le repérage des risques de fragilité et l'orientation vers les ressources les plus adaptées en lien avec les acteurs et dispositifs d'intégration du territoire.

Le dispositif prend en compte la présence de l'aidant, en tant que « faiseur d'actes d'aide à son proche », partenaire des décisions et des informations partagées. Il garantit un accompagnement de qualité pour respecter la volonté de vivre chez soi dans la dignité. A ce titre, l'organisation mise en place respecte le domicile comme lieu

privé, ainsi que l'intimité de la personne accompagnée et de son aidant (ex : offre construite dans une approche holistique afin d'éviter la multiplicité des interventions déstabilisante pour les personnes en perte d'autonomie et leurs proches)

- **Modalités d'articulation entre prestataires au sein du dispositif**

Le dispositif garantit :

- Une centralisation des informations essentielles à la continuité du parcours des personnes âgées accompagnées et la centralisation des informations relatives aux disponibilités de places au sein du dispositif,
- La gestion d'un numéro unique d'appel, destiné prioritairement aux professionnels

Les membres du dispositif mettent en place des outils de partage d'information, non nécessairement numériques, en réponse à son organisation.

- **Système d'information**

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

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

Le système d'information gèrera les privilèges d'accès à l'information de santé selon le profil de chaque professionnel de santé ou médico-social y accédant et intégrera la gestion du consentement de la personne et la traçabilité des accès à l'information de santé et sa conservation conformément à la réglementation. Les informations de santé du système seront hébergées auprès d'un tiers agréé HDS.

Le périmètre des informations partagées devra être défini dans le cadre de concertation entre les acteurs du parcours. Elles devront permettre de retracer le parcours des personnes âgées, favoriser la coordination des interventions entre les acteurs et être facilement actualisables en temps réel par les différents intervenants auprès des personnes âgées suivies.

Le Répertoire Opérationnel des Ressources devra être correctement renseigné par les établissements et services membres du pôle et s'appuiera sur un référentiel de compétences et prestations national (CNSA, ASIP), le cas échéant complété par les acteurs au plan régional. Le référentiel permettra au besoin d'identifier

les ressources mobilisables au sein des EHPAD pour venir en appui des professionnels intervenant à domicile ou des professionnels de santé libéraux.

L'apport de nouvelles technologies à domicile devra intégrer une réflexion éthique et s'appuyer sur son appropriation, tant par les usagers que par les professionnels.

### **Modalités de portage du dispositif**

**L'organisation du dispositif est sous la responsabilité d'un porteur, gestionnaire d'une activité médico-sociale, légitimé sur son territoire.**

Le porteur du dispositif a notamment en charge :

- la gestion et le management, l'animation du comité de pilotage
- l'amélioration continue de la qualité
- l'information, la communication et la promotion,
- l'animation des relations avec les partenaires et le territoire.

Il est l'interlocuteur de l'ARS et du Département.

Le dispositif est conduit au niveau stratégique par un comité de pilotage qui veille à son bon fonctionnement.

Les modalités d'articulation entre le porteur et les structures membres du dispositif sont définies par le comité de pilotage.

Les usagers ou leurs représentants sont associés au comité de pilotage.

### **3. Modalités de mise en œuvre**

La création du dispositif s'appuiera sur la réalisation d'un diagnostic partagé des prestations existant en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile sur le territoire couvert par l'expérimentation, en prenant en compte les diagnostics territoriaux déjà réalisés (ex : par les MAIA). Ce diagnostic doit notamment aboutir à la réalisation d'une cartographie des prestations réalisées sur le territoire et à la définition des évolutions et/ou prestations complémentaires à conduire au regard des besoins des personnes âgées du territoire.

**La création du dispositif doit être largement concertée avec l'ensemble des partenaires du territoire** (professionnels de santé libéraux, sanitaire, médico-social, social, pharmaciens, élus locaux, société civile...), afin de définir l'évolution attendue de l'offre ainsi que les modalités de coopération entre les acteurs, en s'appuyant sur les instances de concertation et de coordination territoriale existantes.

**L'association des élus locaux à la réflexion et à la constitution du dispositif constitue un facteur clef de réussite**, le dispositif s'appuyant sur le tissu social local et devant prendre en compte les politiques locales conduites en faveur des personnes âgées (habitat, transport, loisirs...)

La constitution du dispositif innovant de maintien à domicile sera formalisée à travers un projet partagé, qui présentera :

- L'offre de prestations et la file active retenue,
- Le périmètre géographique,
- Les modalités et conditions de saisine, les critères et la procédure d'admission
- Les modalités d'animation du dispositif,
- L'organisation de la continuité du dispositif,
- Les modalités d'intervention et de coordination au domicile,
- Les conditions d'accompagnement en urgence,
- Les modalités de sortie du dispositif lorsque le maintien à domicile n'est plus possible,
- Les outils de mise en œuvre des droits des usagers
- Les modalités de prise en compte des aidants, en tant que coopérants de la prise en charge et partenaires des interventions



- les modalités de gouvernance du dispositif (instances et procédures pour assurer le fonctionnement institutionnel du pôle et organisation décisionnelle présentée sous la forme d'un circuit de prise de décision)
- les responsabilités de chacun des intervenants dans le dispositif
- les modalités de travail en équipe, de portage du projet au sein de chaque prestataire social et/ou médico-social participant au pôle, dans une logique de compréhension et d'appropriation du projet
- L'identification des besoins de formation, des besoins d'évolution de compétences et d'accompagnement des équipes et un programme de formation (ex : prévention, modalités d'accompagnement à domicile, coordination...)
- Les partenariats envisagés ou mis en œuvre
- L'intégration des apports liés au virage numérique et aux nouvelles technologies
- L'articulation avec les dispositifs de coordination et d'intégration et les partenariats à consolider sur le territoire
- Le modèle économique et les modalités de financement du dispositif, ainsi que l'identification du reste à charge pour l'utilisateur.

Les participants au projet pourront à ce titre élaborer une cartographie des risques, afin de sécuriser les processus au sein du dispositif.

#### **4. Partenariat**

Le dispositif entretiendra un partenariat privilégié avec le CLIC ou l'équipe départementale d'accompagnement médico-social, la MAIA, la PTA et la CPTS de son territoire, ainsi qu'avec les hôpitaux, dans le cadre de la préparation des sorties d'hospitalisation (notamment avec l'HAD et l'EMG). Il devra s'articuler étroitement avec les équipes d'évaluation médico-sociale du Département, centres de santé, MSP, professionnels du secteur

##### **Points de vigilance**

Le dispositif innovant de vie à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie repose sur une nouvelle modalité d'organisation de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie sur un territoire de proximité. Il constitue à ce titre un outil à la disposition des dispositifs de coordination et d'intégration existant sur le territoire (MAIA, PTA, CPTS, MSP, ESP).

Sa construction s'inscrit en cohérence avec ces dispositifs et ne doit pas conduire à des redondances en termes de mobilisation d'acteurs et de procédures. Les membres du dispositif s'engagent à utiliser les outils

et procédures validés sur le territoire (ex : évaluation des besoins, grille de repérage des fragilités...) et à participer aux instances de coordination et d'intégration territoriales.

Il inscrit son action au sein de la coordination gériatrique locale, en relation notamment avec les plateformes territoriales d'appui, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique ou équipe départementale d'accompagnement médico-social.

## **5. Modalités d'expérimentation, de financement et d'évaluation**

### **Modalités d'expérimentation**

L'objectif est de développer a minima une expérimentation par département, sur un territoire suffisamment mature.

Le dispositif sera autorisé à titre expérimental pour une durée de 3 ans.

Les promoteurs pourront postuler sur une expérimentation portant sur une partie des prestations du dispositif, avec un objectif de montée en charge sur 3 ans pour atteindre la cible (réalisation de l'intégralité des prestations). Ils devront à ce titre transmettre à l'appui de leur candidature les modalités de montée en charge envisagées.

L'expérimentation de prestations de nuit devra considérer prioritairement une extension du dispositif mutualisé d'astreintes IDE de nuit vers le domicile, sur les territoires équipés de ce dispositif.

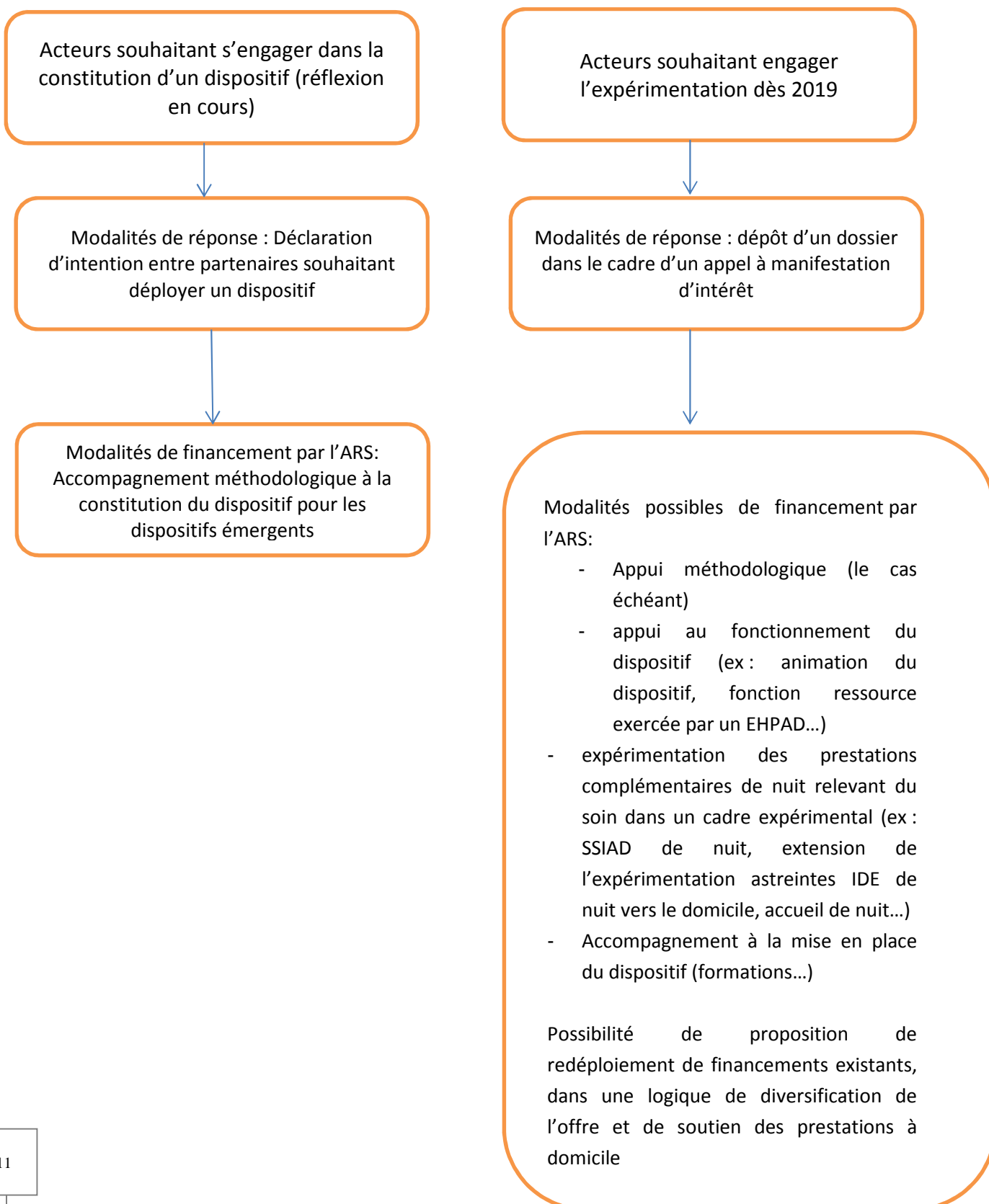
Les candidats pourront compléter leur dossier d'un volet complémentaire portant sur des expérimentations conduisant à des dérogations tarifaires et réglementaires, pouvant relever de l'article 51.

### **Modalités de financement**

Le dispositif garantit à l'utilisateur un reste à charge maîtrisé, compatible avec ses ressources.

L'équipement domotique des domiciles n'entre pas dans le cadre des financements mobilisables par l'ARS. Le dispositif ne pourra pas conduire à la création de places nouvelles d'EHPAD ou de SSIAD, en dehors d'opérations de redéploiement de places et d'expérimentation de prestations de nuit.

2 situations doivent être distinguées :



## **6. Modalités de suivi et d'évaluation**

Le dispositif sera piloté :

- Au niveau local : par un comité de pilotage animé par le porteur du dispositif, portant sur les modalités de fonctionnement du dispositif
- Au niveau régional : par un comité de pilotage régional relatif au suivi de l'expérimentation, piloté par l'ARS, deux fois par an. Il appartiendra aux porteurs de transmettre leurs indicateurs de suivi en amont de ces COPIL. Les indicateurs de suivi seront définis de façon concertée lors du premier comité de pilotage.

L'évaluation du dispositif aura lieu durant la troisième année d'expérimentation. Les modalités d'évaluation seront déterminées préalablement à la mise en œuvre du dispositif, en s'appuyant sur le référentiel national en cours de finalisation et sur la méthodologie proposée par l'ARS.

## **Annexe 1 : Prestations incluses dans le dispositif au terme de l'expérimentation**

Les prestations réalisées par le dispositif innovant de maintien à domicile au terme de l'expérimentation sont les suivantes :

- **des prestations courantes relatives à la réalisation des actes de la vie quotidienne, à l'entretien personnel, à la gestion des repas et à l'entretien du logement :**

*Exemples :*

- *Entretien régulier du domicile*
- *Approvisionnement et prise de repas, par portage ou aide à la réalisation des repas*
- *Surveillance et sécurisation du domicile (ex : abonnement à une plateforme de téléassistance domotique associée)*
- *Mise à disposition des aides techniques requises, notamment aménagement du domicile*
- *Une aide à la vie quotidienne*
- *Un service de transport accompagné*
- *Une aide aux démarches administratives pour constituer le dossier d'aide à la prise en charge*
- *Prestations facultatives : Prestation de service pour le linge plat et le linge de la personne accompagnée, Intervention pour le petit bricolage*

- **des prestations de soins**

*Exemples :*

- *réalisation des soins de nursing*
- *réalisation des soins techniques infirmiers*
- *préparation et aide à la prise des médicaments*
- *livraison des médicaments*
- *mise à disposition des dispositifs médicaux*
- *rééducation et réadaptation fonctionnelle*
- *suivi du parcours de soins*
- *transport lié à des prestations de soins*
- *appui à la surveillance médicale*

- **des prestations de maintien du lien social et de loisirs,**

*Exemples :*

- *accès à des activités de loisirs,*

- *transport*

- **des activités de prévention de la perte d'autonomie (prévention de la iatrogénie médicamenteuse, prévention des chutes, prévention de la dénutrition, prévention de l'isolement social) :**

*Exemples :*

- *accès à des ateliers d'éducation physique et sportive adaptée, accès à des animations thérapeutiques*
- *accès à des thérapies non médicamenteuses (Snoezelen, ateliers mémoire...)*
- *accès à des parcours de santé adaptés*
- *réalisation de bilans de risques de chutes*
- *accès à des prestations de diététicien*

- **des prestations d'accompagnement de l'aidant et de répit**

*Exemples :*

- *temps de paroles*
- *sessions d'information / formation*
- *accès à un dispositif d'accompagnement pour l'aidé*
- *relayage, garde de nuit à domicile*