

# ARS OCCITANIE

## Appel à candidatures Cahier des Charges

### Projets innovants de soutien renforcé permettant de bien vieillir à domicile

Date de la publication : 06/09/2019

Clôture des dossiers : 31/12/2019

## 1- Contexte

Selon les dernières projections de l'Insee<sup>1</sup>, au niveau national, le nombre de personnes de 75 ans ou plus augmenterait de 2,5 millions entre 2015 et 2030 (+42 %) et doublerait pour atteindre 6 millions à l'horizon 2050 ; leur part dans la population totale passerait de 9,1 % en 2015 à 12,2 % en 2030 et 16,4 % en 2050.

Parallèlement, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait d'environ 200 000 personnes (+15 %) entre 2015 et 2030 selon le scénario bas, 320 000 (+25 %) selon le scénario intermédiaire et 410 000 (+33 %) selon le scénario haut. La concertation « grand âge autonomie » a retenu le scénario intermédiaire comme scénario central : le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie passerait ainsi de 1 265 000 personnes en 2015 à 1 582 000 en 2030 et 2 235 000 en 2050. La hausse serait de l'ordre de +20 000/an jusqu'en 2030 mais accélérerait franchement à près de +40 000/an entre 2030 et 2040 du fait de l'arrivée à un âge avancé des premières générations du Baby-Boom.

En Occitanie<sup>2</sup>, si les soldes naturels et migratoires actuels se prolongent jusqu'en 2030, la population ne va cesser d'augmenter et de vieillir. Ainsi, la population augmenterait de 17 % pour atteindre 6,5 millions en 2030.

Dans le même temps, la population des personnes âgées d'au moins 75 ans augmenterait de 52 % en cohérence avec les évolutions constatées au niveau national. Pour ces dernières, l'évolution serait particulièrement importante à partir de 2022, année correspondant à l'arrivée à ces âges des personnes nées après 1945 au moment du « baby-boom ». Ainsi, chaque année, le nombre de personnes de plus de 75 ans augmenterait de près de 25 000, pour atteindre 875 000 en 2030 et 1 million en 2036.

Ce vieillissement devrait s'accompagner d'une forte progression des situations de dépendance et des pathologies associées au grand âge ; certaines de ces personnes ayant besoin d'aide pour effectuer des actes de la vie quotidienne et/ou nécessitant une surveillance régulière adaptée.

Pour affronter la réalité démographique en tenant compte du souhait de la population de « continuer à vivre chez soi » à l'arrivée aux grands âges, un changement profond du modèle d'accompagnement doit être engagé. Cela suppose d'affirmer résolument la nécessité de privilégier la vie au domicile de la personne, le plus longtemps possible, et donc de diminuer la part de la population âgée en perte d'autonomie résidant en établissement.

---

<sup>1</sup> Projections de population 2013-2070 pour la France, Insee Résultats  
n° 187 Société, novembre 2016

<sup>2</sup> « Projection de population dans les principales aires urbaines de Midi-Pyrénées », Dossier de l'Insee n°155 – février 2012 « Projection de population à l'Horizon 2030, en Languedoc-Roussillon », Repères chiffres pour l'économie du Languedoc-Roussillon n°12 – décembre 2007

Ce nouveau modèle suppose également, car la vie à domicile présente des risques, en particulier des risques d'isolement, de sortir d'un choix binaire entre l'EHPAD et le domicile, en développant des formes alternatives et accessibles de prise en charge : résidences autonomie, accueil familial, accueil temporaire, accueil de jour, habitat intergénérationnel et inclusif notamment. Cela suppose enfin de repenser l'Ehpad. Les établissements pour personnes âgées doivent s'ouvrir vers l'extérieur et constituer ainsi des centres de ressources du grand âge offrant des services à la population de leur bassin de vie et s'intégrant mieux aux structures d'accompagnement et de soin à domicile.

Plus généralement, l'ensemble des structures et services médico sociaux doit pouvoir mieux répondre à la diversité des besoins d'accompagnement des personnes âgées de leur territoire.

Ces quelques éléments donnent la mesure des enjeux du secteur et du défi que représente le vieillissement de la population pour notre société. Ils soulignent avec acuité le besoin de mettre en place des actions préservant l'autonomie des personnes âgées et de développer des réponses adaptées et évolutives.

En cohérence avec les conclusions de la concertation « grand âge et autonomie », une des priorités du « parcours vieillissement » du Projet régional de santé Occitanie 2018-2022 prévoit de favoriser un maintien à domicile choisi de la personne âgée en perte d'autonomie en promouvant l'émergence de « nouveaux modes de prise en charge alternatifs et séquentiels » (action 2.1.3 du PRS) avec notamment la mise en œuvre de dispositifs innovants organisant des passerelles entre le domicile et son substitut.

Dans ce contexte, l'offre médico-sociale et notamment « l'EHPAD de demain » doit aller vers davantage de souplesse et de personnalisation, et nécessairement s'inscrire en complémentarité avec le domicile. Elle devra intervenir en amont et en soutien au maintien à domicile en proposant des solutions et des services divers aux personnes âgées et à leurs aidants afin de favoriser un parcours de soins adapté et évolutif.

Au regard de ces éléments, l'ARS Occitanie lance un appel à candidatures pour accompagner à titre expérimental des projets de solutions innovantes participant au bien vieillir à domicile.

## 2- Objectifs

L'offre de services doit s'ouvrir au-delà de sa fonctionnalité traditionnelle. L'EHPAD par exemple doit déconnecter en partie ses missions de son activité centrée sur l'hébergement permanent, en développant des services en interne et externe, dédiés aux personnes âgées vivant à domicile (ou dans des lieux de vie collectifs non médicalisés) et à leurs aidants proches. En effet, de par leur densité géographique, leur expertise en gérontologie et les ressources humaines dont ils disposent, les EHPAD ont un rôle important à jouer dans l'évolution des modalités d'accompagnement du vieillissement de la population.

Les SSIAD, quant à eux, sont d'ores et déjà des acteurs naturels du maintien à domicile.

Dès lors, en faisant évoluer leurs prestations, les opérateurs ont vocation à devenir des acteurs pivots des politiques gérontologiques sur leurs territoires et passer ainsi d'une logique de « structure » à une logique de « prestations de services coordonnées ».

Enfin, l'ouverture des structures médico-sociales sur leur environnement extérieur à travers la mise en œuvre de dispositifs innovants est devenue indispensable pour permettre aux professionnels d'enrichir leurs connaissances, de renouveler leurs modalités d'intervention et ainsi favoriser l'attractivité des métiers du grand âge et la qualité de vie au travail dans un souci d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge.

### **3- Éléments de cadrage du projet d'expérimentation - Cahier des charges**

#### **3-1 : Le type de porteur**

L'appel à candidatures est lancé sur l'ensemble de la région Occitanie à destination :

- des EHPAD
- des Centres d'Accueil de Jour Autonomes
- des SSIAD
- des SPASAD autorisés ; les SPASAD expérimentaux ne sont pas éligibles en tant que tel, mais les SSIAD retenus dans l'expérimentation peuvent candidater.

#### **3-2 : Le public cible**

Le dispositif concerne les personnes âgées vivant à domicile en risque de perte d'autonomie ou dépendantes susceptibles d'être admises en EHPAD et dont la volonté est de rester vivre à leur domicile.

#### **3-3 : Le territoire d'intervention**

Un périmètre d'intervention de proximité est requis pour faciliter la projection des équipes vers les domiciles des personnes âgées et/ou la venue des personnes âgées à la structure délivrant les prestations. Le périmètre d'intervention proposé peut concerner plusieurs départements.

#### **3-4 : Les projets éligibles : le champ de l'expérimentation**

##### ***3-4-1 : Les modèles d'organisation attendus***

Chaque porteur pourra faire évoluer son panel de prestations au regard des besoins identifiés et de la configuration de l'offre sur le territoire.

Au-delà de la fonction de coordination qui est attendue, l'offre de services peut proposer et/ou combiner :

- Des prestations au sein de la structure (fonction de « centre ressources »). Exemple : expertise gériatrique, formations de professionnels à domicile, accès à la télémédecine, aux thérapies non médicamenteuses, aux animations adaptées ...
- Des prestations au domicile des personnes âgées (communément appelé « EHPAD hors les murs »). Exemple : interventions de professionnels de l'EHPAD au domicile des personnes âgées, sur les champs du soin, de l'autonomie et de la participation sociale.
- De nouvelles modalités d'accompagnement des personnes âgées (création de places d'accueil de nuit en EHPAD, de places d'accueil d'urgence en EHPAD, de places de SSIAD de nuit, d'accueil familial, de relayage...).

### **3-4-2 : Les actions éligibles**

Quel que soit le modèle d'organisation choisi (centre ressources, intervention au domicile nouvelles modalités d'accompagnement - Cf. point 3-4-1), le dispositif proposé dans ce cadre doit agir sur un ou des facteurs de perte d'autonomie, tels que :

- **Prévenir l'isolement social** (ouverture des activités adaptées de l'EHPAD aux personnes à domicile, création dans les EHPAD de lieux partagés ouverts sur l'extérieur et permettant de concilier prise de repas et participation à des animations ...),
- **Prévenir la dénutrition** (évaluation de l'état nutritionnel des personnes âgées à domicile, mise en place à l'aide des diététiciens intervenant en EHPAD d'un programme d'aide à la prévention de la dénutrition adapté à chaque personne âgée, organisation du portage de repas adaptés et/ou la possibilité de prendre le repas à EHPAD, etc.),
- **Prévenir les chutes** (réalisation d'une expertise environnementale et d'un bilan de risque de chute à domicile par un ergothérapeute, proposition de programmes d'accompagnement à la prévention des chutes, séances de sport adapté ouvertes aux personnes âgées à domicile, prestations d'ergothérapeute à domicile pour adopter de nouveaux comportements et gestes, mise en place d'un système de détection des chutes à domicile, etc.),
- **Prévenir la iatrogénie médicamenteuse et favoriser l'accès aux thérapies non médicamenteuses** (réminiscence, Snoezelen, balnéothérapie, ateliers mémoire...) des personnes âgées à domicile par l'organisation de séances ouvertes en EHPAD, consacrer des temps d'animation thérapeutiques (art-thérapie, musicothérapie, zoothérapie,...) en EHPAD aux personnes âgées à domicile etc.,
- **Renforcer la surveillance médicale ainsi que l'accès aux soins des personnes âgées à domicile** (équiper les EHPAD de dispositifs de téléassistance / visio assistance connectés au domicile des personnes âgées, organiser des consultations avancées en EHPAD, y compris pour les personnes âgées à domicile, ouvrir les consultations de télémédecine en EHPAD aux personnes âgées à domicile ; créer au sein de SSIAD, sur le modèle des Pôles de

Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) dans le champ du handicap, des équipes d'intervention d'urgence pouvant intervenir immédiatement en sortie d'hospitalisation au domicile des personnes dans l'attente d'un accompagnement plus pérenne, création de places d'accueil de nuit en EHPAD, de places d'accueil d'urgence en EHPAD...)

Pour les prestations nécessitant la venue des personnes âgées dans la structure porteuse de l'expérimentation, l'organisation et la charge des transports correspondants incombent à cette dernière et doivent être prévues et présentées dans le dossier de candidature.

Quel que soit le modèle d'organisation proposé (modèle de services intégrés<sup>3</sup> ou modèle de services coordonnés<sup>4</sup>), une fonction de coordination est attendue ; cette dernière peut faire l'objet d'une valorisation spécifique (cf. 5 - Le financement des dispositifs).

### **3-4-3 : Illustrations**

- Exemple de dispositif de sécurisation du domicile et gestion des urgences : visite de surveillance à domicile à intervalles réguliers par un professionnel (SSIAD, EHPAD...) + organisation d'une astreinte de nuit 24/7 avec possibilité d'intervention au domicile + mise à disposition d'une chambre d'accueil temporaire d'urgence au sein d'un EHPAD.
- Exemple de dispositif de repérage et de prise en charge des troubles cognitifs : consultations avancées d'un gériatre au sein d'un EHPAD pour des personnes âgées à domicile + accompagnement par le psychologue de la structure + accès aux ateliers mémoire de la structure.
- Exemple de dispositif de prévention de la perte d'autonomie: intervention à domicile de l'ergothérapeute d'un SSIAD et accès à des ateliers d'activités Physiques Adaptées au sein de l'EHPAD afin de prévenir les chutes et favoriser le renforcement musculaire + intervention d'un diététicien pour un accompagnement personnalisé visant à prévenir la dénutrition.

### **3-5 : Les critères et modalités d'appréciation des dispositifs**

Le projet devra obligatoirement être présenté sous la forme du dossier de candidature joint en annexe.

Les projets feront l'objet d'une analyse au regard des critères de sélection suivants :

- La qualité du projet au regard des objectifs de l'expérimentation :

---

<sup>3</sup> Modèle de services intégrés : le dispositif produit avec son personnel salarié et ses moyens matériels la presque totalité des services. Il coordonne ses services internes

<sup>4</sup> Modèle de services coordonnés : regroupement de services sous forme de plateforme faisant interface entre les demandes des usagers (personnes âgées à domicile) et les différents opérateurs coordonnés du dispositif (dont peut faire partie le porteur) qui restent indépendants juridiquement

- Le caractère innovant du projet : le projet déposé doit constituer une réponse nouvelle à un besoin préalablement identifié,
- La pertinence du projet : le dispositif doit être en cohérence avec les actions inscrites dans le champ de l'expérimentation,
- La démarche partenariale et la plus-value du projet : En amont de sa mise en œuvre, le projet doit avoir été élaboré avec les différents acteurs de l'accompagnement des personnes âgées au regard des besoins préalablement identifiés du territoire et de la configuration de l'offre, dans une logique d'accompagnement plus global de la personne âgée et dans une perspective d'efficacité. Cette concertation préalable doit permettre d'appréhender la cohérence territoriale du projet et notamment sa complémentarité ainsi que sa valeur ajoutée par rapport aux autres dispositifs. Il est recommandé que cette concertation préalable s'appuie sur les instances de concertation territoriales existantes (CLIC, PTA, MAIA, CPTS).

Les projets co-portés par plusieurs structures seront particulièrement appréciés.

- L'accessibilité financière du dispositif : le reste à charge pour l'utilisateur doit être précisé dans le dossier
- La contribution potentielle du projet à la qualité de vie au travail dans les structures porteuses.

Par ailleurs, dès le démarrage de l'expérimentation, le porteur devra s'assurer que l'ensemble des acteurs de l'accompagnement et de la prise en charge de la personne âgée (sanitaires, médico-sociaux, professionnels de santé...) ainsi que les instances de coordination territoriales existantes ont connaissance du dispositif proposé afin d'orienter les patients.

➤ La qualité du projet en termes d'organisation et de fonctionnement du dispositif :

- Le porteur précisera la façon dont les potentiels bénéficiaires du dispositif sont repérés (et notamment les publics fragiles ou en risque de perte d'autonomie) ainsi que la procédure d'admission dans le dispositif.
- Une attention particulière devra être accordée à la coordination et au suivi des interventions des différents intervenants de la prise en charge de la personne âgée (modalités d'intervention, organisation du dispositif et effectifs adaptés, articulation, rôle de chacun...).

➤ La qualité du dossier d'évaluation du dispositif :

Le porteur accompagnera son dossier d'indicateurs pertinents :

- Indicateurs SMART :
- Significatif
  - Mesurable
  - Atteignable
  - avec un Responsable de l'indicateur

- Temporellement défini

- La capacité à mettre en œuvre le dispositif (faisabilité)

Une attention particulière sera également portée sur l'opérationnalité du projet et la capacité du promoteur à le mettre en œuvre rapidement (mise en œuvre effective au plus tard le 30 juin 2020).

- La cohérence et la coordination avec les cofinancements potentiels

Dans l'hypothèse où des actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile seraient financées par d'autres acteurs et notamment les CFPPA, le projet devra être construit en cohérence et en complémentarité avec lesdites actions.

#### **4- Évaluation des dispositifs**

Le promoteur devra préciser la méthodologie d'évaluation retenue ainsi que les indicateurs (quantitatifs et qualitatifs) de suivi et d'évaluation du projet (cf. point précédent). Les données relatives à ces indicateurs seront transmises annuellement à l'ARS en même temps que l'ERRD ou compte administratif.

Une évaluation à mi-parcours des expérimentations sera réalisée par l'ARS ; elle permettra d'effectuer un premier bilan des actions menées sur la base des indicateurs préalablement définis dans le projet par le promoteur. Une revue régionale des dispositifs sera réalisée au terme de l'expérimentation (3 ans).

#### **5- Le financement des dispositifs**

Le financement du dispositif est plafonné à 100 000 € annuel. Une enveloppe supplémentaire de 50 000 € maximum est prévue pour les projets incluant une coordination renforcée (modèle de services coordonnés faisant intervenir des opérateurs indépendants juridiquement) ou présentant des ambitions particulières. Par ailleurs, un co-financement des établissements est attendu.

L'attribution de crédits sera formalisée par la signature d'une convention entre l'ARS et le porteur du projet précisant notamment la nature du projet, le montant de l'aide accordée, son affectation, les conditions de son versement ainsi que les engagements du bénéficiaire.

La durée de l'expérimentation est fixée à 3 ans.

La restitution à l'ARS de tout ou partie des financements accordés pourra être demandée dans le cas de non mise en œuvre du dispositif expérimental. De même, l'interruption des financements sera

envisagée en cas de mise en place partielle et/ou non conforme au dossier de candidature sélectionné et/ou du non-retour des indicateurs.

## 6- Procédure de l'appel à candidatures

### 6-1 : Dépôt des candidatures

Les dossiers de candidatures devront être réceptionnés au plus tard le 31 décembre 2019 à minuit (date de réception faisant foi), à l'adresse électronique de l'ARS :  
ars-oc-dosa-appel-projets-ms@ars.sante.fr

### 6-2 : Composition du dossier de candidature

Un modèle de dossier de candidature est à compléter par le porteur (cf. annexe). Ce dossier de candidature permettra de détailler le dispositif proposé et de vérifier sa cohérence avec le cahier des charges.

### 6-3 : Modalités d'instruction des dossiers et autorisation

L'instruction des dossiers, effectuée au moyen d'une grille d'analyse, s'attachera en premier lieu à vérifier l'adéquation du dossier déposé par rapport au cahier des charges. Elle permettra de caractériser les points positifs, les points de vigilances, les interrogations, les recommandations et ainsi de fournir un avis global (favorable, favorable avec réserves, défavorable).

L'instruction technique des dossiers sera effectuée par les services de l'ARS (pôle médico-social et délégations départementales).

Les porteurs de projets seront informés de la décision du Directeur Général de l'ARS.

### 6-4 : Calendrier de l'appel à candidatures

ETAPES	CALENDRIER
Fenêtre de dépôt des candidatures	Du 06/09/2019 au 31/12/2019
Notification des décisions	1 <sup>er</sup> trimestre 2020
Financement et mise en œuvre de l'expérimentation	2 <sup>e</sup> trimestre 2020