

APPELS A PROJETS

**Pour la création dans le cadre de la mesure 5 du pacte de
refondation des urgences**

**« Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les
urgences »**

I- Equipes gériatriques d'expertise à domicile

-

**II- Parcours d'admissions directes non programmées des
personnes âgées**

**CLOTURE DE L'APPEL A PROJET
Vendredi 31 mars 2023 à minuit**

Autorité compétente pour l'appel à projet

Agence régionale de santé Hauts-de-France
556 avenue Willy Brandt
59777 EURALILLE
Standard: 0 809 40 20 32

Service en charge du suivi de l'appel à projet

Agence régionale de santé Hauts-de-France
Direction de l'offre de soins
Sous-direction des établissements de santé
Service Planification-Autorisations-Contractualisation

L'ensemble des documents relatifs à l'appel à projet (AAP) est disponible à l'adresse :
<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sante-des-personnes-agees>.

Pour toute question

Adresses courriel :

- ars-hdf-dos-planif-auto-contract@ars.sante.fr
- christophe.douay@ars.sante.fr
- marguerite-marie.defebvre@ars.sante.fr

I – EQUIPES GERIATRIQUES D'EXPERTISE A DOMICILE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS NON PROGRAMMES DES PERSONNES AGEES

1- Les objectifs de la démarche

« Ma santé 2022 » comme le rapport de mission Libault sur la concertation grand âge autonomie de mars 2019 reprennent l'intérêt du développement d'expertises gériatriques sur les lieux de vie.

Dans le cadre du PRS 2018-2023, l'Agence régionale de Santé des Hauts de France a adopté dans son parcours "vieillissement des populations et soutien des aidants" l'objectif de poursuivre la mise en place d'expertises au service des patients âgés quel que soit leur lieu de vie pour prévenir les risques liés à la dépendance.

La volonté de l'ARS Hauts de France est de faciliter l'accès à une expertise gériatrique au domicile tout en poursuivant le déploiement du dispositif d'admissions directes des personnes âgées. Cette volonté se traduit par la mise en place d'une équipe portée par un établissement de santé assurant une gestion pluridisciplinaire des situations en lien avec le DAC du territoire correspondant. Les objectifs de cette équipe sont de limiter le plus possible les passages aux urgences et de réduire l'hospitalisation complète injustifiée, notamment par des propositions alternatives ambulatoires. Cet appel à projets vient compléter celui de 2021 sur les admissions directes détaillé en seconde partie.

2- Présentation du besoin à satisfaire

Contexte

La structuration des filières gériatriques répond à un besoin grandissant des populations qui vieillissent d'avoir accès à des soins de qualité en pluridisciplinarité. Les durées de séjour restent généralement trop longues et les passages aux urgences trop nombreux. Il existe trop de mésusage des médicaments et/ou des ré hospitalisations évitables.

C'est pourquoi l'organisation des filières gériatriques doit permettre de favoriser les admissions directes des personnes âgées en hospitalisation plutôt que par passage aux urgences, voire éviter l'hospitalisation chaque fois que possible. C'est dans ce cadre que l'ARS Hauts-de-France souhaite développer et renforcer le maillage territorial des équipes gériatriques d'expertise à domicile.

Réglementation/recommandations

- Le rapport Libault sur la concertation grand âge autonomie – mars 2019
- Circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique
- Rapport Laforcade sur la santé mentale – octobre 2016
- Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique
- Fiche point clé – organisation des parcours, HAS, sur la réduction des hospitalisations des résidents d'EHPAD, juillet 2015
- LOTSS juillet 2019 et décret DAC 2020
- Mesure 5 pacte urgences
- L'instruction n° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022

Le présent appel à projets est lancé pour retenir des projets portés par des établissements de santé ayant une filière gériatrique au sens de la circulaire de 2007 et du PRS Hauts de France et qui s'engagent dans une dynamique d'amélioration des trajectoires de santé en lien avec les différents établissements de santé, la ville et les DAC de leur territoire.

L'ARS sélectionnera, parmi les candidats, les établissements dont les projets sont les plus aboutis en termes de structuration partenariale, avec le concours du coordonnateur de filière gériatrique.

Les projets devront avoir pour objectif de structurer la coopération sur leur territoire avec leurs partenaires au moins sur les 4 risques de perte d'autonomie visés (psychogériatrie, urgences, orthogériatrie, oncogériatrie), quel que soit leur statut, et tout particulièrement avec les médecins traitants (au moins en exercice coordonné) et les DAC.

3- Caractéristiques du projet

Public visé

Selon les besoins, les personnes âgées :

- de 75 ans et plus ayant un risque de iatrogénie médicamenteuse, chutes ou dénutrition ou tout autre syndrome gériatrique ;
- de 65 ans et plus à domicile dans le cadre des demandes en psychogériatrie ;

nécessitant une gestion coordonnée de la ville et de l'hôpital pour limiter les passages aux urgences et les hospitalisations évitables en proposant des alternatives et en organisant des admissions directes.

Territoire d'intervention

L'organisation des soins à la personne âgée relève de la zone d'activité de soins et/ou de proximité, correspondant aux zones d'attraction des filières gériatriques. L'intervention des équipes gériatriques d'expertise à domicile (EGED) devra correspondre à l'ensemble des patients éligibles le nécessitant sur la même zone.

Porteur du projet

Les équipes gériatriques d'expertise à domicile (EGED) pourront être portées, selon l'existant des territoires, par un établissement référent¹ en gériatrie en partenariat avec un ou plusieurs établissements de santé (publics, privés, ESPIC, dont HAD et EPSM) et en coopération systématique avec le DAC. Les établissements se coordonnent et mutualisent leur action au bénéfice des usagers du territoire, sous la coordination du médecin aidé du coordonnateur de filière gériatrique. La répartition territoriale et les conditions minimales d'organisation sont fixées en annexe.

Selon les territoires de filière gériatrique, plusieurs configurations peuvent préexister et nécessiter des adaptations, en effet :

- **Si un réseau de santé gériatrique** a intégré un DAC, des compétences gériatriques existent, l'établissement de santé candidat devra alors mutualiser ses personnels/interventions en renforçant le réseau selon les effectifs de ce dernier. L'établissement de santé pourra candidater pour compléter la polyvalence en travaillant avec le DAC concerné pour le territoire de filière gériatrique. Le dossier de réponse devra être commun aux deux structures et expliquer les procédures/protocoles de travail commun, en incluant l'HAD.
- **Si une équipe mobile gériatrique à domicile existe déjà, portée par un établissement de santé**, il n'y aura pas de possibilité de projet concurrent sur le territoire de filière gériatrique concerné : c'est cette équipe qui pourra être complétée afin de respecter le cahier des charges de cet appel à projets. Les autres établissements du territoire concerné n'ont pas vocation à répondre à cette partie de l'appel à projets (sauf à ce que le territoire de l'équipe mobile en question soit plus petit que celui de la filière gériatrique). L'établissement porteur devra se rapprocher du DAC de son territoire afin d'organiser les procédures de travail en commun. Ils devront s'engager mutuellement à la coopération, en incluant l'HAD.

Pour les expertises psycho-gériatriques, selon les implications existantes du secteur psychiatrique sur le champ personnes âgées, le personnel pourra être financé et détaché par un EPSM (CMP) ou le secteur de psychiatrie générale concerné.

Par territoire de DAC, il y a plusieurs filières gériatriques et donc plusieurs possibilités de mise en place d'équipe pluri-professionnelle gériatrique. Les territoires éligibles et les possibilités organisationnelles sont annexés à l'appel à projet.

Organisation et fonctionnement des équipes gériatriques d'expertise à domicile

a. Objectifs des équipes gériatriques d'expertise à domicile

La mission principale de ces EGED est de favoriser le plus possible l'accès aux soins des personnes âgées dans leur lieu de vie avec les professionnels du premier recours. Elles travaillent en cohésion avec le DAC de leur territoire. L'EGED est donc une équipe mutualisée entre établissement(s) de santé et DAC au bénéfice des personnes âgées sur le territoire de filière gériatrique.

¹ Établissement qui dispose de tous les éléments constitutifs d'une filière gériatrique dont un court séjour gériatrique d'au moins 20 lits et une activité autorisée de médecine d'urgence. Un d'entre eux est porteur de la structuration de la filière de territoire

Leurs objectifs sont de :

- Apporter une expertise gériatrique globale au médecin traitant ou aux professionnels de ville avec son accord, dans le cadre des risques liés à :
 - des troubles cognitifs,
 - la polymédication/iatrogénie,
 - la dénutrition,
 - les troubles psycho-gériatriques dont le risque de dépression,
 - la chute,
 - autres syndromes gériatriques.
- Anticiper les situations de crises en orientant vers une offre de soin adaptée, en ville ou en établissement dont l'HAD, afin de diminuer le recours aux urgences et éviter l'hospitalisation complète autant que faire se peut ;
- Quand elles sont nécessaires, participer à l'orientation vers des hospitalisations directes quel que soit le service (MCO ou SSR) sans recours aux urgences en privilégiant l'organisation d'hôpitaux de jour ou des consultations selon les besoins ;
- Sécuriser le retour à domicile post-hospitalisation par une visite au domicile en faisant les liens avec les partenaires ;
- Structurer des procédures d'intervention secondaire (sans urgence) avec le SAS départemental ou les dispositifs de permanence de soins, dont l'engagement à l'utilisation et/ou promotion des outils d' « ASSUR-domicile » ;
- Développer l'utilisation des outils numériques de PREDICE pour l'activité concernée dont la visio sécurisée ;
- Participer à la formation/sensibilisation et à l'acculturation des professionnels du territoire (en particulier les SAD, SSIAD et professionnels sociaux) dont la formation aux outils d' « ASSUR-domicile » pour favoriser notamment le repérage des risques et créer des liens dans l'accompagnement ;
- Participer à l'acculturation conjointe et favoriser les liens avec les secteurs de psychiatrie dans le cadre des problématiques psycho-gériatriques.

b. Missions des équipes pluri-professionnelles des EGED

Les équipes rendent des avis gériatriques (globaux ou thématiques selon les besoins) par le biais de visites à domicile, sur accord de la personne et demande du médecin traitant ou des intervenants du domicile après confirmation du médecin traitant, ou secondairement sur demande des dispositifs de permanence des soins (dont SAS). Ces avis peuvent mobiliser un ou plusieurs membres de l'équipe selon la demande du professionnel et les besoins de la personne.

Le médecin de l'équipe peut être mobilisé à domicile ou par visio sécurisée mais uniquement sur les situations compliquées ou concernant la iatrogénie médicamenteuse. Il contacte au préalable le médecin traitant pour s'assurer de la nécessité de son intervention. Il supervise les dossiers de l'équipe et rend compte lui-même au médecin traitant si nécessaire. Il s'assure de la mise en place des bonnes procédures et des protocoles avec les partenaires du territoire.

L'EGED doit :

- favoriser l'orientation au besoin vers des bilans et/ou prises en charges spécialisés ou approfondis ;
- permettre le dépistage et l'orientation d'un trouble cognitif avec son retentissement sur l'autonomie fonctionnelle et le maintien au domicile ;
- permettre un repérage précoce des sujets présentant une dépression et la prévention du risque suicidaire (formation à l'évaluation) ;
- permettre l'évaluation et le repérage des troubles psycho-gériatriques ainsi que l'orientation vers des diagnostics approfondis ou une prise en charge ;
- chercher à stabiliser une situation psycho-gériatrique ;

- permettre un repérage et le risque de la dénutrition ou du risque de dénutrition et faire le lien le cas échéant avec les acteurs de la coordination du territoire (dont DAC) pour un service de portage de repas, un service à domicile ou toute autre démarche utile ;
- favoriser le bon usage des médicaments en conseillant l'utilisateur et le médecin traitant, voire transférer les informations au pharmacien d'officine ;
- savoir orienter la personne vers l'offre de soins ou d'accompagnement la plus adéquate sur le territoire selon le(s) risque(s) mis en évidence ;
- orienter chaque fois que nécessaire vers des offres d'aide aux aidants et tout particulièrement les plateformes de répit ;
- participer à la formation des professionnels du domicile dans l'accompagnement non médicamenteux des troubles psycho-gériatriques ;
- assurer un accompagnement proportionné et subsidiaire de chaque situation (l'élaboration du plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) et son suivi au long cours reste de la responsabilité du DAC ou de tout autre acteur subsidiaire, en cohésion avec les constats de l'EGED pour les patients que cette équipe aura accompagné).

L'EGED doit assurer ou conforter la suite de l'expertise avec l'aide du DAC :

- si l'accompagnement et les soins de la personne ne sont pas coordonnés, l'équipe contacte, au besoin et en accord avec le médecin traitant, les professionnels médico-sociaux et sociaux en ville pour la mise en place des actions nécessaires.
- s'il existe un coordonnateur déjà désigné (dans ou hors du DAC), l'équipe lui rend son avis après accord du médecin traitant.
- l'équipe assure dans tous les cas les liens nécessaires avec les établissements de santé (dont l'HAD). Elle renforce les liens entre professionnels du premier recours.
- en cas de problématique psycho-gériatrique, l'équipe mobilisera les professionnels de santé mentale du territoire concerné (en particulier les CMP qui devront définir des référents formés mais aussi si nécessaire les ressources en addictologie, et autres professionnels de la psychiatrie).

Dans le cadre des coordinations du territoire (DAC, CPTS notamment), en partenariat avec la coordination de filière gériatrique de territoire, l'EGED doit :

- aider à mettre en place des outils de repérage de la fragilité et former les professionnels à ces outils, si cela n'existe pas déjà ;
- participer à l'acculturation gériatrique des professionnels du territoire sur les différents risques gérés par l'équipe ;
- avec le DAC, dans le cadre de ses missions de coordination territoriale, contribuer aux « commissions admissions directes personnes âgées » de son territoire, mises en place par les coordonnateurs de filière gériatrique.

Ne sont pas dans les missions de l'équipe :

- l'intervention en urgence, même si l'équipe peut être interpellée pour intervenir secondairement,
- la coordination des soins au long cours (mission du DAC),
- la décision d'élaborer un plan personnalisé de coordination en santé (mission du DAC),
- les consultations avancées en établissement,
- la prescription médicale,
- le remplacement de l'absence de médecin traitant.

c. Personnels des équipes

L'EGED est une équipe pluri-professionnelle, dont les temps d'activité sont définis par l'ARS selon la population âgée des territoires. L'objet de cet appel à projets est de constituer l'EGED en

subsidiarité et complémentarité de l'existant des compétences dans les DAC (ex-réseaux de santé gériatriques).

L'équipe associera les compétences suivantes : un temps gériatre (formé à la psychogériatrie particulièrement s'il n'y a pas de psychiatre) et un temps psychiatre formé à la psychogériatrie, la concomitance des deux disciplines dans l'équipe étant l'idéal à atteindre, un IDE formé à la gériatrie et à la psychogériatrie et/ou attestant d'une expérience professionnelle antérieure ayant valeur de formation aux deux disciplines, un psychologue ayant connaissance de la psychopathologie du sujet âgé, des troubles cognitifs et de l'accompagnement des difficultés comportementales. Celui-ci/Celle-ci devra être formé(e) aux dépistages des troubles psycho-gériatriques et aux outils de dépistage des troubles cognitifs et témoignera de ses compétences à l'approche relationnelle avec la personne âgée et son entourage, un diététicien, un ergothérapeute.

L'équipe opérationnelle type par territoire de filière gériatrique complète sera composée comme suit pour 30 000 habitants de 75 ans et plus :

- 0,3 ETP gériatre,
- 0,1 ETP psychiatre (ou psychogériatre),
- 1.5 ETP IDE,
- 1 ETP psychologue,
- 0,5 ETP diététicien,
- 0,3 ETP ergothérapeute.

Soit un coût estimé à 270 000 € dont 15 % de frais de fonctionnement.

Cette équipe pourra être constituée de professionnels regroupés dans une seule équipe portée par un ou plusieurs établissements de santé ou mutualisés avec des professionnels du territoire dont équipe mobile à domicile ou DAC.

Le médecin qui coordonne l'équipe est :

- le gériatre du DAC lorsque le DAC a intégré un réseau de santé gériatrique ayant un gériatre,
- ou le gériatre de l'équipe mobile gériatrique à domicile lorsqu'elle existe,
- sinon ce sera un médecin gériatre d'un des établissements identifiés dans le projet.

Lorsqu'il existe des personnels d'un ex-réseau de santé gériatrique inclus au DAC sur un territoire, l'ARS ne finance pas de temps IDE et gériatre en sus. Seuls les autres personnels peuvent être financés. L'équipe financée instaurera des procédures de travail avec le DAC puisque son temps de médecin gériatre coordonnera l'ensemble des personnels.

Les différents personnels peuvent soit intervenir à partir du centre hospitalier financé, soit être détachés physiquement auprès du DAC sur le temps de travail effectif prévu, pour favoriser la complémentarité (cette dernière solution doit être privilégiée autant que possible). Le projet précisera les conditions de travail dont les locaux dédiés. Si le personnel est détaché, les frais de fonctionnement intégrés dans le financement devront être reversés au DAC. Dans tous les cas, le DAC devra pouvoir accueillir ces personnels afin d'assurer la concertation pluri-professionnelle au moins pour des réunions de synthèse avec les référents de parcours complexes.

Partenariats et outils de coordination et de liaison

Les travaux d'ingénierie territoriale de l'EGED sont assurés par le coordonnateur de filière gériatrique en lien avec le médecin référent de la future équipe, en réunissant l'ensemble des professionnels financés dans cet AAP et avec les professionnels de parcours financés dans le cadre de l'AAP Admissions directes de 2021. Ces réunions de coordination opérationnelle permettront la

coordination de tous, les échanges de pratiques et les remontées des difficultés vers la « commission admissions directes ». Leur rythme pourra être précisé dans le projet.

a. Participation aux travaux de la commission gériatrique intra-hospitalière

Les coordonnateurs de filières gériatriques organisent la commission gériatrique de leur établissement porteur. Les EGED contribuent aux travaux de la commission gériatrique de leur établissement porteur en cohésion/sur demande du coordonnateur de filière gériatrique.

b. Participation à la commission des admissions directes territoriale

Le coordonnateur de filière gériatrique organise la commission admissions directes personnes âgées qui regroupe l'ensemble des établissements de santé concernés (dont HAD et EPSM) par les prises en charge des personnes âgées. Le coordonnateur territorial du DAC y contribue autant que de besoin. L'EGED rend compte de son activité et de ses difficultés à cette commission. Cette commission peut être une émanation d'une autre commission existante sur le territoire.

c. Numéro d'appel pour les acteurs de ville

L'EGED est mobilisable par l'intermédiaire de la plateforme téléphonique du DAC pour la ville et par les établissements de santé et les permanences de soins (SAS, etc..)

d. Utilisation des outils numériques des DAC

Les équipes utiliseront les mêmes dossiers informatisés que les DAC et les mêmes outils numériques de PREDICE.

4- Conditions d'octroi du financement

L'objectif de cet appel à projet relatif à la mise en place des EGED est de permettre :

- une gestion territoriale inter-établissements (inter-statuts) de l'EGED ;
- la fluidification des parcours intra-hospitaliers (admissions directes et préparation des sorties notamment) ;
- un accès à des expertises gériatriques pluri-professionnelles en ville ;
- un accès à la collégialité décisionnelle au besoin ;
- une utilisation d'outils numériques communs (dont outils de visio sécurisée, ASSURE et SNAC de PREDICE),

Le projet étant territorial, un seul dossier sera renseigné par territoire de filière gériatrique avec l'ensemble des demandes s'il y a plusieurs établissements concernés par les financements. Le dossier devra être renseigné avec le DAC référent du territoire de filière gériatrique.

Les coordonnateurs de filières gériatriques assureront la rédaction et la cohérence d'ensemble du dossier en termes de partenariats, de participation des établissements (dont HAD et établissements autorisés pour l'activité de psychiatrie).

Le projet devra être cohérent avec les différents projets inter-établissements sur le territoire et en particulier :

- la filière gériatrique du territoire ;
- les interventions des autres équipes mobiles à domicile dont équipes mobiles SSR ;
- les avancées du projet de psychogériatrie ;
- les projets de DAC ;

- le projet d'équipe mobile est pris en compte dans le PMT du GHT qui peut en comporter plusieurs ;
- les projets de coopération du secteur libéral (dont MSP et CPTS).

Cette cohérence permettra à l'EGED d'interpeler ou d'être interpellée par les partenaires afin d'organiser la collégialité nécessaire à la gestion décisionnelle pour les patients le nécessitant, notamment dans certaines situations difficiles.

Pour formaliser la territorialité du projet, une convention de partenariat devra être produite et jointe au dossier ou intégrer un engagement signé du directeur du DAC dans le projet à son élaboration. Elle devra être signée entre l'établissement de santé porteur de l'équipe pluri-professionnelle et le DAC, selon les personnels existants ou non de part et d'autre, afin de constituer une équipe cohérente avec engagement respectifs :

- de l'établissement à contribuer aux instances et travaux du DAC, à reverser les frais de fonctionnement/personnels au DAC et à préserver et prioriser les effectifs temps partiels prévus à cette activité ;
- du DAC à contribuer aux travaux initiés par le coordonnateur de filière gériatrique, à mettre à disposition de l'équipe des conditions matérielles de travail. L'équipe utilisera les mêmes outils numériques que ceux des professionnels du DAC et leur sollicitation extérieure se fera prioritairement par le DAC. Le DAC s'engage à ce que les effectifs financés en sus ne soient pas dédiés à d'autre activité ou thématique que celle de l'expertise gériatrique ;
- de l'équipe pluri-professionnelle à partager ses informations et coopérer avec l'équipe du DAC, à remonter ses indicateurs annuels au travers du même outil que les équipes mobiles intra-hospitalières et d'EHPAD et les mettra à disposition du DAC pour enrichir la réflexion territoriale structurée avec le coordonnateur de filière gériatrique

Les crédits délégués dans le cadre de cet AAP viennent compléter l'existant des territoires.

Les établissements financés et/ou partenaires dans le cadre de cet appel à projets s'engagent à utiliser et déployer les outils de PREDICE visés précédemment. Il n'y a pas de financements complémentaires pour ce faire.

5- MODALITES D'EVALUATION ET SUIVI

Le porteur devra adresser un rapport d'activité annuel avec un format défini par l'ARS.

II - Parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées (ADNP PA)

En 2021, un premier appel à projet a été lancé et a permis de financer 16 projets de fluidification des parcours hospitaliers pour éviter ou réduire le temps de passage aux urgences, coordonner les soins entre différents services hospitaliers, favoriser les alternatives à l'hospitalisation, aider à la préparation des sorties, s'assurer de la mise en place des aides et soins externes pour éviter des ré-hospitalisations précoces, etc...

Dans les suites de cet AAP, il est proposé de renouveler cette possibilité pour les établissements publics ou privés souhaitant s'engager dans ce processus via le recrutement d'un IDE.

Les établissements viendront compléter le dossier du territoire de l'EGED sur cette partie et s'engageront pour ce faire à contribuer à la réflexion territoriale avec les coordonnateurs de filière et le DAC sur les admissions directes. Ils devront avoir signé la convention d'engagement à leur contribution à la filière de territoire (dont participation aux instances et groupes de travail).

1- CARACTERISTIQUES DU PROJET

Contexte et cadre stratégique

Ce présent Appel A Projet (AAP) s'inscrit dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences paru en septembre 2019. Cette mesure « Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences » porte sur l'amélioration du parcours de soins des patients en favorisant les admissions directes en établissements de santé.

La crise sanitaire Covid a accéléré la mise en œuvre de réponses par les établissements de santé aux besoins des établissements accueillant des personnes âgées, telles que la mobilisation d'appuis gériatriques, d'équipes mobiles, de dispositifs de télémédecine entre autres.

Pour aller plus loin dans la construction de trajectoires de soins plus fluides et en évitant les urgences autant que faire se peut, l'ARS Hauts-de-France souhaite poursuivre l'implantation de nouvelles modalités d'organisation et de travail partenariales interservices et territoriaux.

Objectifs de l'AAP

L'ARS HDF souhaite ainsi encourager les acteurs hospitaliers à proposer des solutions opérationnelles afin de favoriser l'admission directe du patient au sein des établissements sans passer par les urgences, voire d'éviter des hospitalisations complètes par des actions avec les partenaires extérieurs ou par des propositions d'alternatives mieux organisées.

Ces propositions devront s'inscrire dans une organisation reposant sur des partenariats formalisés tels que ciblés dans le cahier des charges des filières gériatriques territoriales pour toute personne âgée ou pour des pathologies particulières ciblées prioritaires dans ce cahier des charges.

L'objectif de cet AAP est d'améliorer le parcours (transitions entre dispositifs de soins et prise en charge) des patients en :

- organisant une trajectoire d'admissions directes en gériatrie et dans les spécialités concernées par la thématique choisie ;

- organisant des alternatives graduées à l'hospitalisation en gériatrie et dans les spécialités concernées par la thématique choisie ;
- renforçant les complémentarités territoriales nécessaires selon la ou les thématique(s) choisie(s) ;
- fluidifiant et/ou limitant les passages aux urgences.

L'ensemble du processus de prise en charge devra être décrit en respectant le cahier des charges régional de l'AAP des filières gériatriques de territoire.

Prérequis

Critères nationaux retenus pour définir les admissions directes non programmées issue du groupe de travail du ministère de la santé de 2020 :

- une admission qui se fait directement en service d'hospitalisation sans passage par le SAU,
- une admission qui fait suite à la demande d'un médecin (intervenue après consultation de visu, téléphonique ou de consignes données aux patients déjà suivis),
- une admission inopinée non prévue 48H avant sa réalisation effective,
- pour une demande de soins à visée diagnostique et thérapeutique ou palliative nécessitant un environnement hospitalier.

Le maillage entre la médecine de ville et les établissements de santé doit aussi être sollicité et renforcer au travers de ces projets : mobilisation des structures d'exercices coordonnées du premier recours, meilleure visibilité des interfaces et des protocoles ville/hôpital, structuration des partenariats avec les professionnels et dispositifs de l'ambulatorio et pas seulement de pair à pair, etc.

Le projet proposé, impliquant le coordonnateur de filière, doit :

- être issu des réflexions ayant lieu dans le cadre des travaux relatif à la filière gériatrique territoriale et cohérent avec le cahier des charges régional de ces filières;
- être co-construit avec les acteurs du territoire identifié ;
- s'inscrire dans une démarche de coopération forte entre les professionnels en interne de l'établissement et en externe avec les établissements partenaires, garantissant ainsi la pérennité de cette dynamique collective.

Le projet devra être détaillé dans le dossier régional joint et décrira : la thématique choisie, la trajectoire de prise en charge et les ruptures identifiées, les actions mises en place ou à mettre en place pour résoudre ces ruptures, la place du professionnel recruté pour aider à gérer ces transitions...

Public visé

Les patients de 75 ans et plus dans leur parcours de soins hospitaliers, sauf la psychogériatrie qui concerne les personnes de 65 ans et plus.

Etablissements concernés

Sont ciblés, les établissements de santé référents² ou autorisé en médecine et chirurgie en ayant conventionné avec l'établissement référent de proximité quel que soit leur statut et n'ayant pas été retenus lors de l'AAP de 2021.

A la réserve qu'ils s'engagent dans le projet commun territorial, les établissements partenaires quel que soit leur statut pourront bénéficier du financement d'un temps de 0.3 ETP IDE de parcours par établissement pour favoriser les entrées directes des patients (pas pour organiser des réunions de concertation qui sont du ressort du coordonnateur de filière gériatrique). Si au moins 3 établissements dans un même territoire (de même statut ou de différents statuts) s'engagent, ils peuvent mutualiser ce temps IDE pour un temps plein. Le temps plein IDE ne pourra pas être globalisé sur un groupe d'établissement au niveau régional ou départemental. L'IDE de parcours étant un acteur de proximité qui gère les parcours hospitaliers.

2- FINANCEMENT

Les projets retenus seront financés à hauteur maximum de 60 000€ (montant de référence en année pleine).

Ces crédits ont vocation à financer des actions innovantes et opérationnelles permettant une meilleure fluidité des parcours. Ils peuvent financer par exemple un temps paramédical (dont psychologue ou diététicien) dont les missions ne sont pas actuellement financées par les enveloppes classiques (exemples : gestionnaire de parcours, IPA, gestionnaire de transitions, professionnel présentant une expertise particulière).

Ces crédits pourront ainsi valoriser des expériences ou formations spécifiques d'un professionnel n'ayant à ce jour aucune reconnaissance financière sur cette compétence. Ils ne pourront cependant pas être utilisés pour un renfort classique en ressources humaines d'équipe ou de service existants.

3- MODALITES D'EVALUATION ET DE SUIVI

L'établissement s'engage à remonter les indicateurs de suivi et d'activité selon le modèle de rapport d'activité régional de l'AAP qui sera proposé prochainement par l'ARS.

² Établissement qui dispose de tous les éléments constitutifs d'une filière gériatrique dont un court séjour gériatrique d'au moins 20 lits et une activité autorisée de médecine d'urgence. Un d'entre eux est porteur de la structuration de la filière de territoire

ANNEXES

Annexe 1 : documents à produire

Annexe 2 : territoires éligibles

ANNEXE 1 : LISTE DES DOCUMENTS DEVANT ETRE TRANSMIS PAR LE PROMOTEUR

1° Concernant le projet

a) Documents permettant l'identification du ou des candidats, notamment un exemplaire de ses statuts s'il s'agit d'une personne morale de droit privé,

b) Conventions de partenariat signées

en particulier dans le cadre d'une mutualisation de moyens avec un réseau gériatrique ou toute autre expertise existant sur le territoire.

2° Concernant la réponse au projet

a) L'identité de l'établissement de santé porteur

b) L'étude de besoins : elle devra prendre en compte l'existant du territoire pour justifier la demande

c) Le territoire couvert : engagement à couvrir une zone d'activité de soins, correspondant à au moins le territoire de filière gériatrique

d) Le projet de l'équipe selon les missions définies dans l'appel à projets

- Fonctionnement dont modalités de saisines et modalités de rétrocession de l'information
- Nom et qualification du ou des médecins qui participeront à l'activité

e) Les partenariats avec engagements signés à collaborer lorsqu'ils sont présents sur le territoire des :

- Partenariats obligatoires au projet :
 - i. Le projet est porté par un ou plusieurs établissements de santé et le réseau de santé ou DAC du territoire de filière gériatrique
 - ii. Autres dispositifs de coordination
 - iii. Différents secteurs de psychiatrie (CMP) à participer à l'activité,
 - iv. Chefs de pôle des filières gériatriques du territoire (et en particulier des établissements sites d'UCC)
 - v. HAD
 - vi. Etablissement(s) de santé candidat(s) pour des IDE de parcours d'admissions directes
- Partenariats complémentaires nécessaires :
 - i. EHPAD sites d'UHR
 - ii. SSR porteurs des EMRR ou des UCC
 - iii. SSIAD porteurs d'ESAD et/ou ESPRAD
 - iv. Plateforme de répit

f) Les modalités d'information des partenaires :

- Produire les modalités d'informations des médecins traitants
- Les modalités de coopération avec la psychiatrie et la gériatrie

g) Calendrier et délai de mise en œuvre. : la mise en œuvre devra être réalisable dans le semestre suivant la délégation de financement.

h) Modalités de recueil et de remontée des indicateurs

- Engagement à la remontée des indicateurs selon l'outil fourni annuellement par l'ARS ou le prestataire désigné par l'ARS.

Annexe 2 :

département	territoire de filière gériatrique	nbre PA>75 ans (INSEE 2016)	Expertise gériatrique à domicile (expertise IDE et gériatre) existante (2022)		Porteurs potentiels des EGED et IDE de parcours (ADNP)	
			dans le DAC	en établissement de santé	établissements potentiels pour le portage EGED	Territoires où des établissements sont éligibles aux IDE de parcours (en dehors de ceux déjà financés) - ADNP
Nord	Dunkerquois	19 375	non	CH Dunkerque	CH Dunkerque	Non
	Flandre intérieure	14 716	oui	non	CH Armentières	Non
	Lille agglomération	32 784	oui	non	CHU Lille ou GHICL	Non
	Lille sud est	16 391	oui	non	CH Seclin	Non
	Versant nord est	29 566	non	CH Roubaix (roubaisis)	CH Roubaix	Non
				non pour le secteur de Tourcoing	CH Tourcoing	Non
	Douaisis	21 309	non	CH Douai	CH Douai	Oui
	Cambrésis	14 201	oui	non	CH Cambrai ou CH Cateau-Cambrésis	Oui
	Valenciennois Quercitain	30 604	oui	CH Valenciennes (psychogériatrie)	CH Valenciennes	Oui
Avesnois	16 876	oui	non	CHSA ou CH Maubeuge	Non	
Pas de Calais	Calaisis	11 078	non	non	CH Calais	Oui
	Audomarois	9 517	non	non	CH St Omer	Oui
	Boulonnais	13 429	non	CH Boulogne	CH Boulogne	Non
	Béthunois	24 706	non	non	CH Béthune ou Clinique Anne d'Artois	Non
	Lensois	30 651	oui	non	CH Lens ou Polyclinique de Riaumont	Oui
	Arrageois	21 910	oui	uniquement diététicien	CH Arras	Non
	Montreuillois	11 020	oui	non	CHAM	Oui
Somme	Somme ouest	13 183	oui	non	CH Abbeville	Non
	Somme centre	30 921	oui	non	CHUAP	Oui
Aisne	Aisne nord/centre et haute Somme	39 191	oui	non	CH St Quentin	Oui
	Aisne sud	15 734	oui	non	CH Soissons	Non
Oise	Oise ouest	26 667	oui	non	CH Beauvais	Non
	Oise nord est	14 270	oui	non	CHICN	Oui
	Oise sud est	16 633	oui	non	GHP SO	Oui