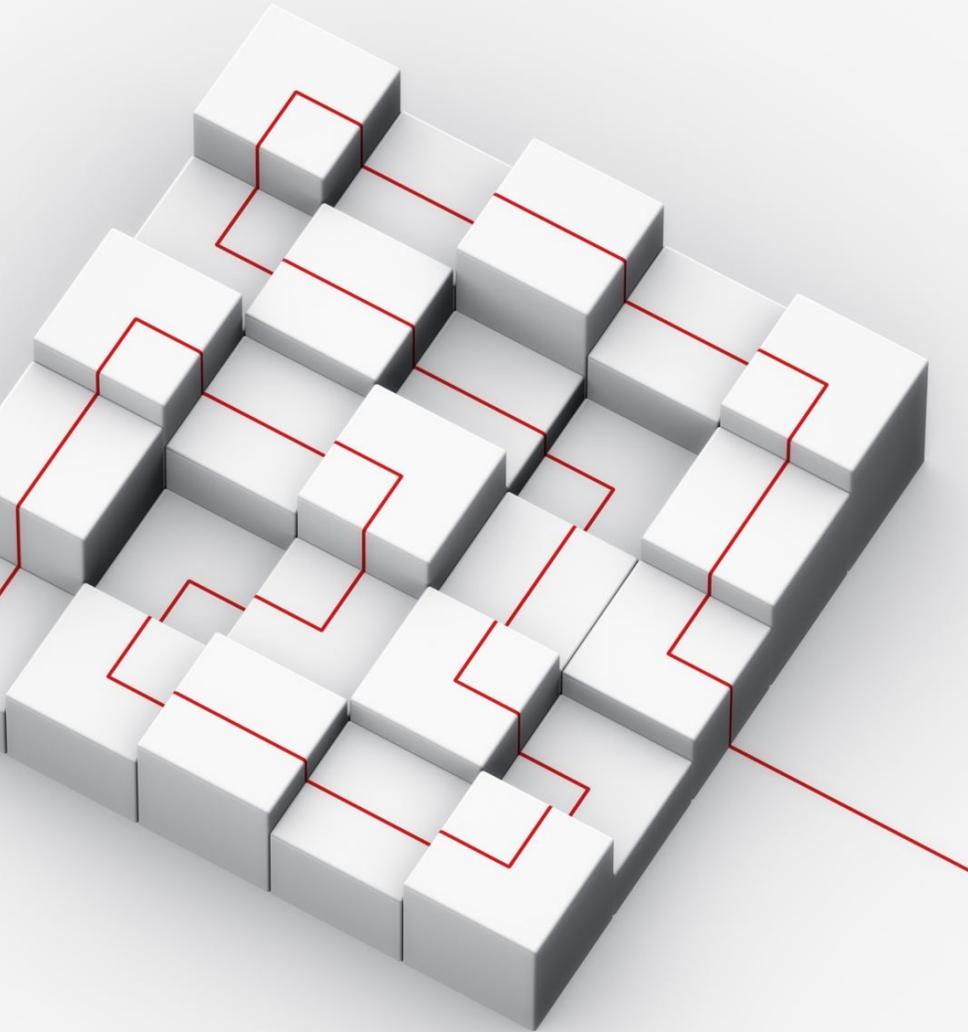




# Le Centre de Ressources Territorial

9 mars 2023



---

**L'EHPAD : un modèle en pleine mutation.**

# L'évolution du secteur depuis 2019 : l'évolution de la demande, les nouveaux besoins, les perspectives :

Le nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus doublerait de 2015 à 2040, passant de 204 000 à 409 000. Le plus fort de la hausse surviendrait à partir de 2032.

Le nombre de seniors dépendants augmenterait de 60 % en Occitanie d'ici 2040.

Les départements les plus touchés sont : le Gard, la Haute-Garonne, l'Hérault et le Tarn et Garonne.

Près de 61 000 places d'EHPAD ou d'USLD étaient installées dans la région Occitanie en 2015. Un senior dépendant sur quatre y était hébergé, et un senior sévèrement dépendant sur deux.

Dans l'hypothèse de l'absence de création de places d'hébergement permanent d'ici 2040, à l'exception de l'installation des 1 000 places déjà programmées, le nombre de places pour 100 seniors dépendants passerait de 32 à 20 entre 2015 et 2040.

**82 % des personnes âgées dépendantes seront donc prises en charge à domicile en 2040. En 25 ans, on compterait ainsi 109 000 seniors dépendants de plus à domicile, dont 10 900 sévèrement dépendants.**

# Une rénovation profonde du modèle actuel

- L'entrée de plus en plus tardive en établissement,
- Des GIR 1 à 4,
- L'accroissement du nombre de résidents souffrant de maladies neuro-évolutives au sein des structures,
- La durée de séjour qui diminue,
- L'augmentation à venir du nombre de personnes âgées dépendantes,
- L'évolution des besoins et attentes des personnes âgées : 87 % des seniors français en situation d'autonomie et 61 % des personnes dépendantes veulent vivre le plus longtemps possible chez eux, en toute sécurité.

Les EHPAD doivent adapter leur offre de services et s'interroger sur leur place dans le parcours des personnes âgées.

D'une logique de structure à une logique de prestations de services.

# De nouvelles prestations pour accompagner le parcours de la personne âgée.

## Une spécialisation de l'hébergement permanent :

- Développement d'habitats intermédiaires (RA, habitat inclusif,...).
- Accueils séquentiels (AJ, HTU, ...).
- Personnes en situation de handicap âgées (UPHA).
- PASA de nuit.
- **Ehpad psychiatrique** (60 places + AJ + HT) au Puy en Velay ouvert en 2021 aux personnes plus de 60 ans souffrant de pathologies psychiatriques chroniques. Un Français sur cinq peut être atteint par une maladie mentale, qui recouvre des pathologies très diverses : dépression, troubles obsessionnels compulsifs, anxiété et phobies, troubles alimentaires, schizophréniques ou bipolaires, autisme, etc.

# De nouvelles prestations pour accompagner le parcours de la personne âgée

## L'ouverture sur l'extérieur :

- Ehpad hors les murs : le passage d'une logique de « structure » à une logique de « prestations ». L'EHPAD est un pivot afin d'organiser la prise en charge des personnes âgées dépendantes souhaitant rester à domicile, et donc de fluidifier leur parcours de soin et de prise en charge, notamment par le biais d'une externalisation de certaines prestations.

## Le développement de regroupements :

- GHT, GCSMS, fusions, ...
- Développement des conventions et partenariats.

# L'ouverture sur l'extérieur

- **Mettre fin à l'étanchéité qui persiste depuis des décennies entre l'aide à domicile et les EHPAD**, qui ont le même objectif commun : prendre en charge les personnes âgées devenues fragiles.
- L'EHPAD plateforme a ainsi pour objectif de coordonner les services existants en portant un vaste bouquet de services relevant du soin, de l'aide, de l'accompagnement, de la nutrition, de la prévention ou encore de la mobilité, qui seront accessibles aussi bien aux résidents qu'aux personnes âgées demeurant à domicile.
- En résumé, l'EHPAD doit ainsi devenir :
- **Une plateforme IN** qui consistera à le transformer en pôle ressources pour les personnes âgées du territoire qui convergeraient vers ce lieu.
- **Une plateforme OUT** qui visera à capitaliser sur son expertise pour déployer ses services sur le territoire au-delà de ses murs et d'aller ainsi jusqu'aux domiciles des personnes âgées qui ont besoin d'être accompagnées chez elle.



## EHPAD DU FUTUR

Chantier n°3 : rendre possible l'ehpad plateforme



### Usage des outils numériques

**IN :** Accès depuis l'Ehpad à une gamme complète de produits et de services digitaux visant la prévention, la sécurité et la facilitation de la vie sociale, ateliers d'accompagnement des personnes âgées à l'usage de ces technologies

**OUT :** Offre à domicile d'une gamme complète de produits et de services digitaux visant la prévention, la sécurité et la facilitation de la vie sociale, accompagnement à domicile des personnes âgées à l'usage de ces technologies



### Hébergement temporaire

**IN :** Dans l'Ehpad, en cas d'urgence, de fin de vie ou de besoin de répit de l'aidant



### Repas, nutrition

**IN :** Ateliers de prévention de la dénutrition, prise de repas au sein de l'Ehpad

**OUT :** Aide à la prise de repas, livraison de repas, prévention de la dénutrition à domicile



### Sécurisation

**IN :** Ateliers de prévention des risques de chute au sein de l'Ehpad, point d'information et de mise en relation sur l'offre de sécurisation, y compris technologique

**OUT :** Aménagement du domicile, lit médicalisé, domotique, objets connectés, téléassistance, 24h/24, 7j/7



### Télémédecine

**IN :** Accessible au sein de l'Ehpad pour les personnes âgées du territoire

**OUT :** Accès à la télé médecine pour les personnes âgées du territoire depuis leur domicile



### Soutien aux proches aidants

**IN :** Plateforme de répit, accompagnement, ateliers, entretiens psychologiques

**OUT :** Relayage, garde itinérante de nuit



### Vie sociale et lutte contre l'isolement

**IN :** Activités culturelles et de loisirs au sein de l'Ehpad

**OUT :** Activités culturelles et de loisirs hors de l'Ehpad



### Blanchisserie

**IN :** Accessible au sein de l'Ehpad pour les personnes âgées du territoire

**OUT :** Collecte et livraison à domicile de linge blanchi et repassé



### Aide à domicile

**OUT :** Service d'auxiliaire de vie, entretien du domicile, du linge et de l'environnement de la personne âgée



### Soins à domicile

**OUT :** Intervention hors les murs et jusqu'au domicile du médecin coordonnateur, de l'infirmière coordinatrice et des aides-soignantes, actes de soins infirmiers, toilette médicalisée



### Centre d'information et d'orientation des personnes âgées

**IN :** Au sein de l'Ehpad, accessible physiquement et à distance pour les personnes âgées du territoire et leurs familles



### Prévention des fragilités

**IN :** Ateliers de prévention, activité physique adaptée au sein de l'Ehpad

**OUT :** Adaptation de l'habitat, activité physique adaptée à domicile



### Mobilité

**IN :** Service de transport adapté accessible depuis l'Ehpad

**OUT :** Service de transport adapté accessible depuis le domicile

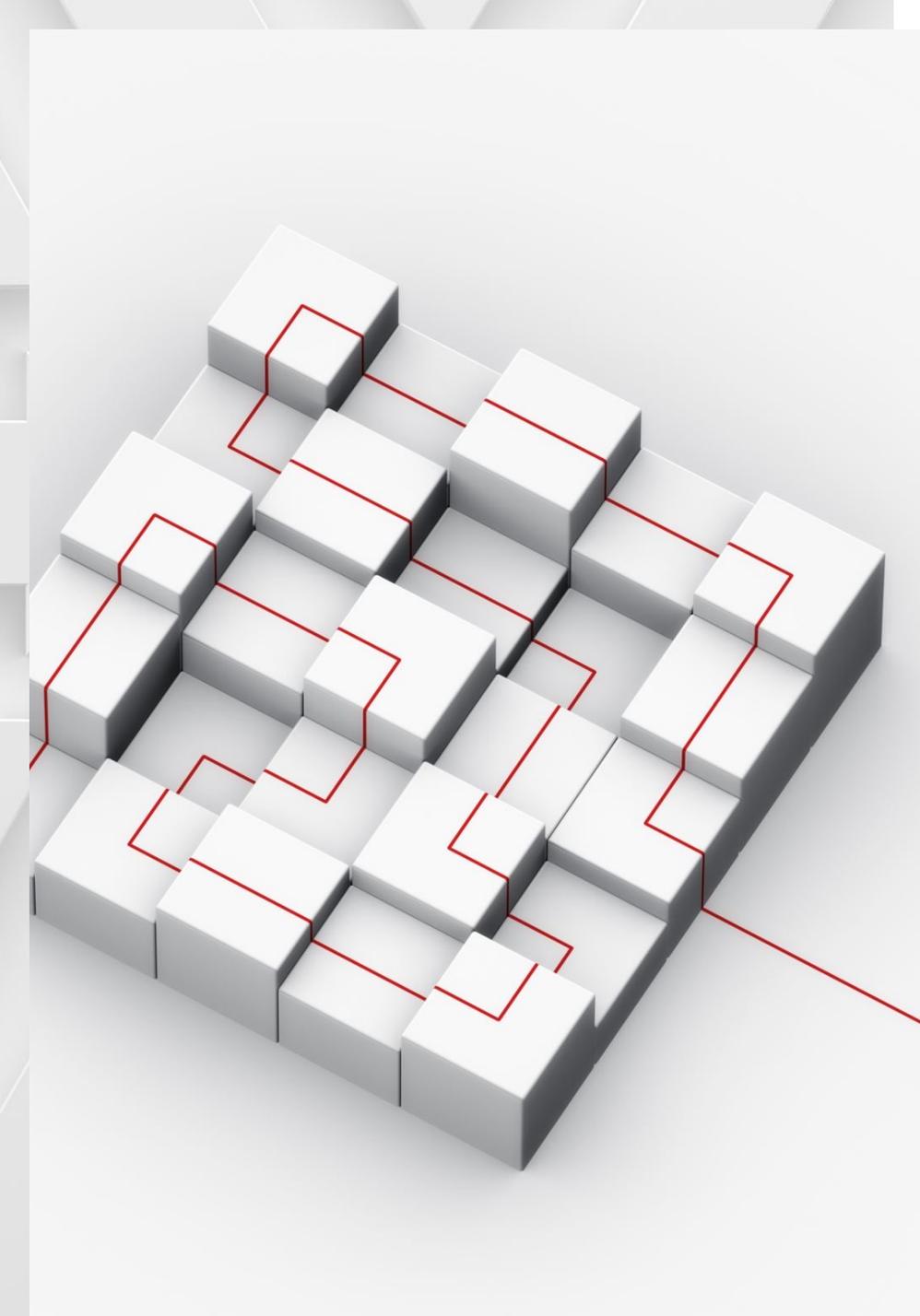


### Accès aux intervenants tiers de l'Ehpad

**IN :** Kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, laboratoire, pharmacie au sein de l'Ehpad

**OUT :** Kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, livraison de médicaments à domicile





---

**Qu'est-ce qu'un centre de ressources territorial ?**

# Objectifs :

---

Permettre aux personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé lorsque celui en place n'est plus suffisant.

---

Ouvrir l'EHPAD vers l'extérieur.

---

Mobiliser les compétences et les actions contribuant à ce maintien à domicile.

# La genèse du dispositif :

---

Nouveau dispositif, qui s'inscrit dans le « virage domiciliaire » voulu par le gouvernement.

---

Issu de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022.

---

Mesure 5 de la feuille de route 2021-2023.

---

Inspiré des expérimentations DRAD (Dispositif Renforcé d'Accompagnement à Domicile).

---

Financement spécifique de la part de la CNSA.

---

Le projet de LFSS pour 2023 prévoyant un budget de 60 millions d'euros (M€) qui augmentera au fur et à mesure du déploiement du dispositif.

---

Création de 200 centres de ressources sur l'ensemble du territoire d'ici à 2025. L'avancement des projets est disparate selon les territoires. Certaines ARS ont déjà sélectionné les candidats tandis que d'autres n'ont pas encore lancé leur appel à projet .

# Fonction d'appui, d'expertise et de soutien au territoire.

---

**Arrêté du 27 avril 2022** relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées.

---

Porté par un EHPAD en lien avec des services à domicile.

---

Porté par un service à domicile, sur la base d'un conventionnement avec un EHPAD.

---

**2 modèles organisationnels :**

---

Modèle de service intégré ou modèle de service partenarial.

# **Le lien avec les autres acteurs gérontologiques, le secteur sanitaire et les acteurs du domicile.**

- Nombreux partenariats identifiés dans le dossier de candidature.
- Conventions obligatoires avec les services à domicile sur le territoire envisagé.
- Convention obligatoire avec un EHPAD pour le service à domicile porteur.
- Lettres d'engagement des partenaires.

Institutionnels et financiers	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ARS</li> <li>– Conseil Départemental</li> <li>– Commune et Intercommunalité</li> </ul>
Filière de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EHPAD</li> <li>• EMSP</li> <li>• L'appui gériatrique territorial notamment les équipes mobiles gériatriques (EMG) ;</li> <li>• Equipes mobiles d'hygiène (EMH)</li> <li>• L'équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMGP) ou de psychogériatrie</li> <li>• Etablissements de santé (MCO/SMR/USLD/UCC) et notamment les hôpitaux de proximité</li> <li>• Etablissements et services de santé mentale</li> </ul>
Aide et soins à domicile	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SAAD, SSIAD, SPASAD, futurs services autonomie à domicile.</li> <li>– L'hospitalisation à domicile (HAD)</li> <li>– Equipe PRADO pour les personnes âgées</li> <li>– Equipes spécialisées Alzheimer (ESA)</li> <li>– Equipes spécialisées Maladies Neuro-Dégénératives (ESMND)</li> <li>– Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation (EAAR)</li> <li>– Equipes médico-sociales APA</li> </ul>
Prévention de la perte d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Associations</li> <li>– Caisses et mutuelles</li> <li>– Centres sur les aides techniques</li> </ul>

Aide aux aidants	<ul style="list-style-type: none"> <li>– PFR du territoire</li> <li>– Associations d'aide aux aidants</li> <li>– Représentants du CVS</li> <li>– Autres acteurs qui proposent du répit au domicile</li> </ul>
Vie sociale et citoyenne – Associations dédiées	
Professionnels libéraux	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Médecin traitant</li> <li>– Equipes de soins libérales (IDEL)</li> <li>– Organisations d'exercice coordonnées : Equipes Soins Primaires, CPTS, MSP, centres de santé – Pharmacies d'officine</li> </ul>
Coordination locale	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dispositif d'appui à la coordination (DAC), la plateforme territoriale d'appui(PTA), la coordination territoriale d'appui (CTA de PAERPA), des réseaux de santé et parfois le CLIC.</li> </ul>
Autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Etablissements hébergeant des personnes âgées – Résidences autonomie</li> <li>– Porteurs des habitats inclusifs du territoire</li> <li>– Résidences Services Séniors (RSS)</li> </ul>

# Des activités nouvelles : dans les murs et hors les murs.

## 2 VOLETS D'INTERVENTION :

- Volet 1 : Le centre de ressources territoriale mobilise des compétences et des actions favorisant le maintien à domicile des personnes âgées.

Obligation de réaliser au moins une action dans chacun des trois champs d'intervention :

- **Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention :** télésanté, consultations avancées, kiné, audioprothésiste, transport pour se rendre aux consultations, mise à disposition de personnel, consultation IDE sur dépistage de fragilités, campagnes de vaccination, Activités A visée Thérapeutique, ateliers de prévention (diététique, aménagement du domicile,...).

# Des activités nouvelles : dans les murs et hors les murs.

- **Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants :** repas, activités culturelles, ludiques, sportives, partenariats intergénérationnels, accompagnement de l'aidant vers les PFR, les CLIC, les CCAS, organisations de temps d'échanges sur les pratiques aidants/professionnels, ...
- **Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques :** formations, sensibilisation, partage d'expérience,...

# Des activités nouvelles : dans les murs et hors les murs.

- Volet 2 : Assurer un accompagnement renforcé au domicile des personnes pour lesquelles les prestations « classiques » ne suffisent plus.
- L'objectif général est de **proposer une solution aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) qui souhaitent rester à leur domicile = facilitateur de parcours.**
- Situations priorisées pour l'admission des bénéficiaires : retour d'hospitalisation, logement inadapté, absence d'aidant à proximité, isolement de la personne et les situations orientées par le DAC du territoire.
- Proposition d'un panier de services d'accompagnement large justifiant une coordination renforcée.
- Le projet devra préciser les critères d'inclusion et prévoir le suivi des caractéristiques du public effectivement accompagné.
- Niveau de prestations similaire à celui d'un EHPAD en proposant un accompagnement plus intensif, en coordonnant si nécessaire l'offre de soins et d'accompagnement **en partenariat avec les services du domicile.**

## Une offre adaptée :

Un **interlocuteur unique** pour le bénéficiaire.

Une offre de services **modulable et intégrée**, une mise en place **personnalisée et coordonnée** des prestations.

Un accompagnement gradué en complémentarité des acteurs du droit commun qui interviennent au domicile du bénéficiaire.

## **Sécurisation du domicile et adaptation du logement**

- Adaptation du domicile sur préconisations d'un ergothérapeute : évaluation des besoins et aide aux démarches nécessaires aux aménagements constitués d'aides techniques, technologiques, domotiques dont des dispositifs de télésanté et de liaison numérique – un pack domotique (2) peut être proposé.
- Mise en place d'un dispositif de téléassistance 24h/24 et 7j/7 au sens de téléalarme reposant sur la levée de doute et faisant le lien avec l'astreinte soignante de l'accompagnement renforcé (selon le libre choix du bénéficiaire) - la solution doit être supérieure à une téléassistance classique en regard des objectifs du dispositif et de la population accompagnée. Il peut s'agir d'un système de téléassistance 24h/24 et 7j/7, par visio-assistance avec tablette connectée à l'astreinte de nuit par exemple.

## **Gestion des situations d'urgence ou de crise**

- Mise à disposition d'une solution d'accueil d'urgence dans un EHPAD du territoire : 24h/24 dans la mesure du possible, sur une place HT-SH ou HTU pour limiter le reste à charge.
- Organisation d'interventions à domicile par un professionnel de santé d'astreinte de nuit (IDE / aides-soignants / assistants de soins en gérontologie) de façon graduée et en réponse aux besoins ponctuels (en complément des gardes itinérantes de nuit financées par l'APA). => ces interventions peuvent être proposées en dehors des situations d'urgence pour répondre à des besoins spécifiques (troubles cognitifs, MND).

## **Coordination renforcée**

- Coordination renforcée des différents intervenants au domicile du bénéficiaire au-delà des volets soins et accompagnement via le suivi consolidé du plan d'accompagnement : assurer le partage de l'information et le maintien du lien entre les intervenants salariés, prestataires, le médecin traitant, les professionnels paramédicaux de ville et les aidants au moyen d'outils adaptés (SI, MSS, cahier de liaison numérique, PPCS...).
- Mise en place d'interventions complémentaires de professionnels (psychologue, diététicien, psychomotricien) en réponse aux besoins ponctuels.
- Mise en place d'actions de détection / surveillance des facteurs de risque : chute, dénutrition, troubles cognitifs – ces actions participent au suivi gériatrique du bénéficiaire et peuvent donner lieu à des orientations vers des structures et ressources adaptées.
- Organiser les transitions hôpital / ville / domicile.
- Assistance à la réalisation de téléconsultation médicale.

## **Continuité du projet de vie / lutte contre l'isolement**

- Suivi des parcours de vie et actions de promotion de la santé : mise en place d'actions d'éducation thérapeutique du patient, d'activités de prévention.
- Activités favorisant la vie sociale du bénéficiaire, de loisirs / lutte contre l'isolement et la fracture numérique. - Gestion des transports liés aux prestations de soins, à la participation à la vie sociale.
- Aide aux démarches administratives d'accès aux droits, aux soins...

## **Soutien de l'aidant**

- Organisation d'un partage d'information régulier avec l'aidant du bénéficiaire.
- Orientation vers des solutions de répit et d'accompagnement souple pour les proches aidants en articulation avec la PFR du territoire qui propose une orientation vers des solutions d'accueil séquentiel (jour-nuit-soirée), de répit en dehors et au domicile => l'équipe d'accompagnement renforcé peut proposer un soutien psychologique ponctuel de l'aidant ainsi que des formations/sensibilisations.

# Les domaines de prestations complémentaires ou optionnelles :

- Prestations délivrées à la demande du bénéficiaire.
- Facturables individuellement soit directement au prestataire, soit via le porteur.
- Elles ne relèvent pas du forfait mensuel et des financements de la CNSA.
- **Exemples** : prestations de conciergerie (jardinage, interventions de socio-esthétisme par exemple), offres optionnelles de téléassistance au sens de téléalarme selon les porteurs (téléalarme mobile par exemple), en fonction du pack minimum de téléassistance défini par le porteur.
- Les prestations peuvent être **fournies directement** par le porteur **ou bien coordonnées** par lui.
- Les prestations coordonnées peuvent alors être produites par des partenaires (SSIAD/SPASAD, intervenants libéraux) ou prestataires, mais la bonne organisation de ces prestations incombe à l'équipe de coordination du centre de ressources territorial.

# Le financement du centre de ressources territorial.

- Dotation annuelle de 400 000 euros.

## Volet 1 :

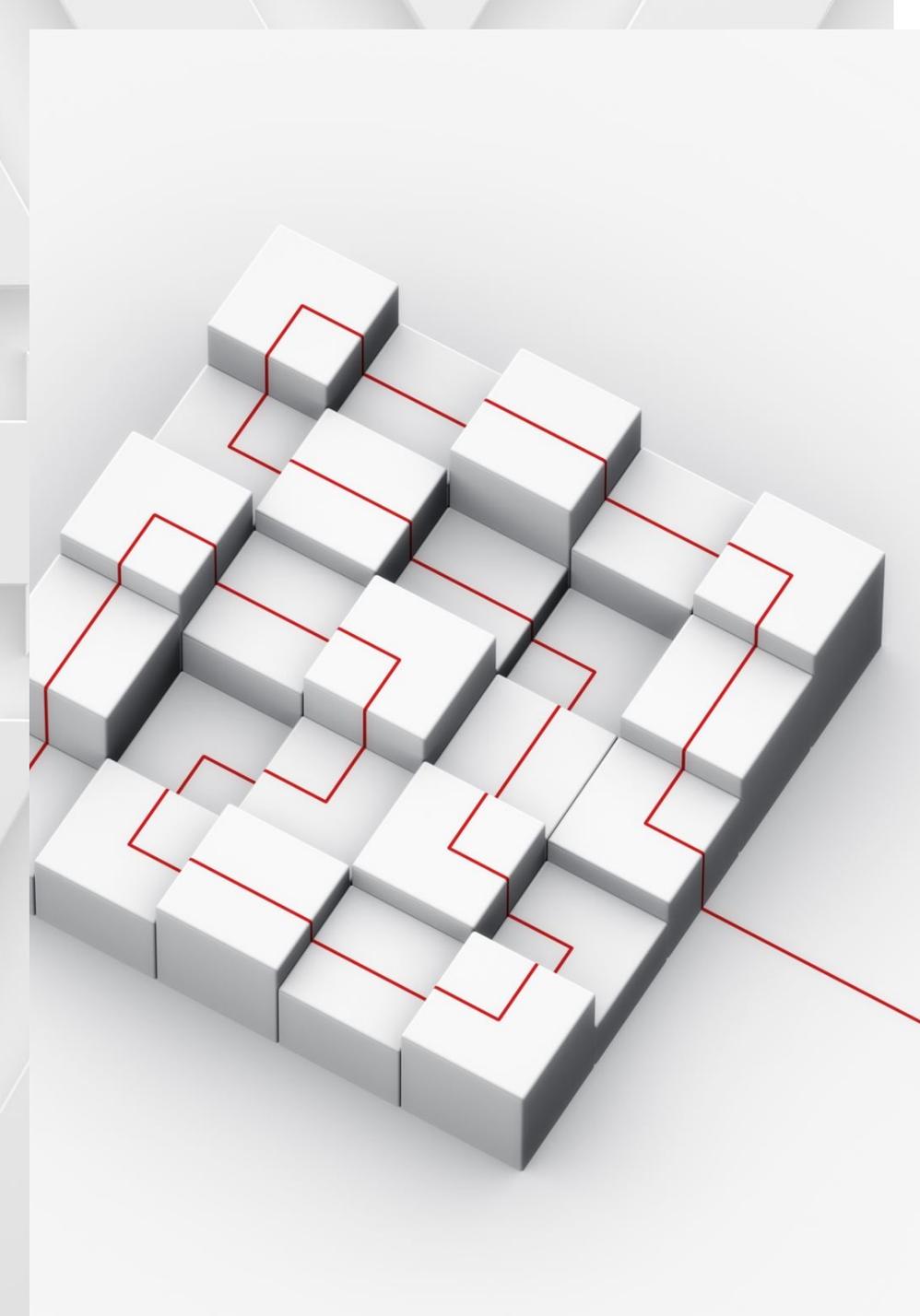
<b>Moyens humains</b> <i>Liste non exhaustive</i>	Temps en ressources humaines (coordination, animation, communication, suivi administratif, soins)
	Intervenants extérieurs (professionnels de santé, animateurs d'ateliers)
	Formation spécifique pour la personne amenée à réaliser une action relevant des prestations supplémentaires
<b>Moyens matériels</b> <i>Liste non exhaustive</i>	Aménagement des locaux pour la réalisation des actions de centre de ressource territorial
	Achats de matériels (fournitures, informatique, équipements permettant de faire des actes de téléconsultation à domicile...) pour la réalisation des actions de centre de ressource territorial
	Mise à disposition d'un transport pour faciliter la mobilité des bénéficiaires quand aucun autre type de transport n'est disponible.

# Le financement du centre de ressources territorial.

Volet 2 :

**900 euros par mois et par personne pour 30 bénéficiaires minimum.**

- Le financement de cette mission donne lieu à un avenant au CPOM.
- Si le porteur n'a pas de CPOM :
  - Les EHPAD bénéficieront d'une subvention supplémentaire au titre de la dotation soins.
  - Les SSIAD et SPASAD bénéficieront d'une subvention complémentaire dans le cadre de la dotation globale.
  - Les SAAD ne recevront pas de dotation directe mais par le biais de la dotation soins de l'EHPAD partenaire (sous la forme d'un reversement).
- Comptabilité analytique pour le CRT (retraitement des EPRD/ERRD pour retrancher ces dépenses dans le cadre du CPOM).
- Suivi d'indicateurs dédiés.



**Comment devenir centre  
de ressources territorial ?**



## La dimension stratégique du projet.

- Faire le point sur ses atouts et faiblesses.
- Faire la liste des partenaires et conventions déjà en place.
- Savoir positionner son offre sur son territoire d'intervention.
- L'inscription dans une logique prospective (veille et réponse aux appels à projets).
- Projets déjà en cours.
- 3 visions stratégiques :
- Stratégie de spécialisation.
- Stratégie de développement.
- Stratégie de consolidation.

# Les questions à se poser.

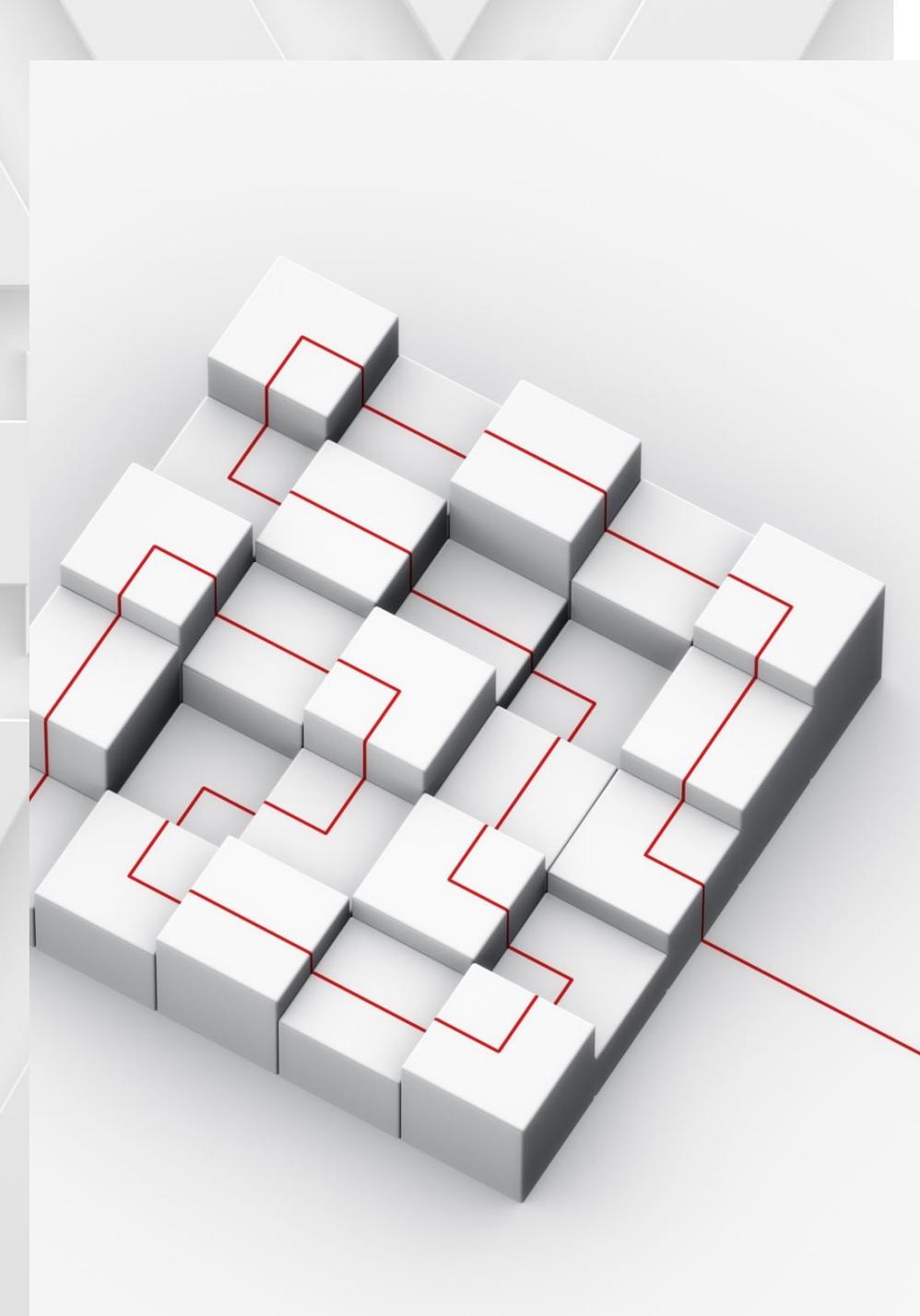
- Quelle cohérence en regard de ce que propose déjà l'EHPAD ?
- Quelle réponse face à la volonté des tutelles de réduire le nombre d'interlocuteurs ?
- Bénéfices à attendre ou risques à éviter dans une politique de « mise en commun » face à la logique des appels à projets ?
- Où placez-vous le curseur de départ et le/ou les curseurs d'arrivée ?
- Ou en suis-je des autorisations que je porte : mises en place, efficaces, en sommeil ? Face aux contrôles qui se développent.
- L'équipe de professionnels : un levier pour proposer de la mobilité interne (EHPAD-Domicile), pouvoir « retenir » des professions telles qu'ergothérapeute, psychomotricien, moniteur d'APA, psychologue, ... en proposant un temps de travail plus important.

# Les alliances à initier ou à développer.

- Le développement d'une filière gériatrique médico-sociale à l'ordre du jour.
- Le domicile (réforme en cours : service autonomie).
- Le handicap.
- Poursuivre le développement de partenariats et de conventions avec le sanitaire et les services spécialisés (HAD).

# La réponse au cahier des charges.

- Appel à candidature lancé par l'ARS (qui peut être travaillé en lien avec les Conseils Départementaux).
- Cahier des charges qui sera revu à l'issue de l'expérimentation DRAD pour faire évoluer le volet 2.



**Les éléments éligibles au dossier.**

# Des critères obligatoires :

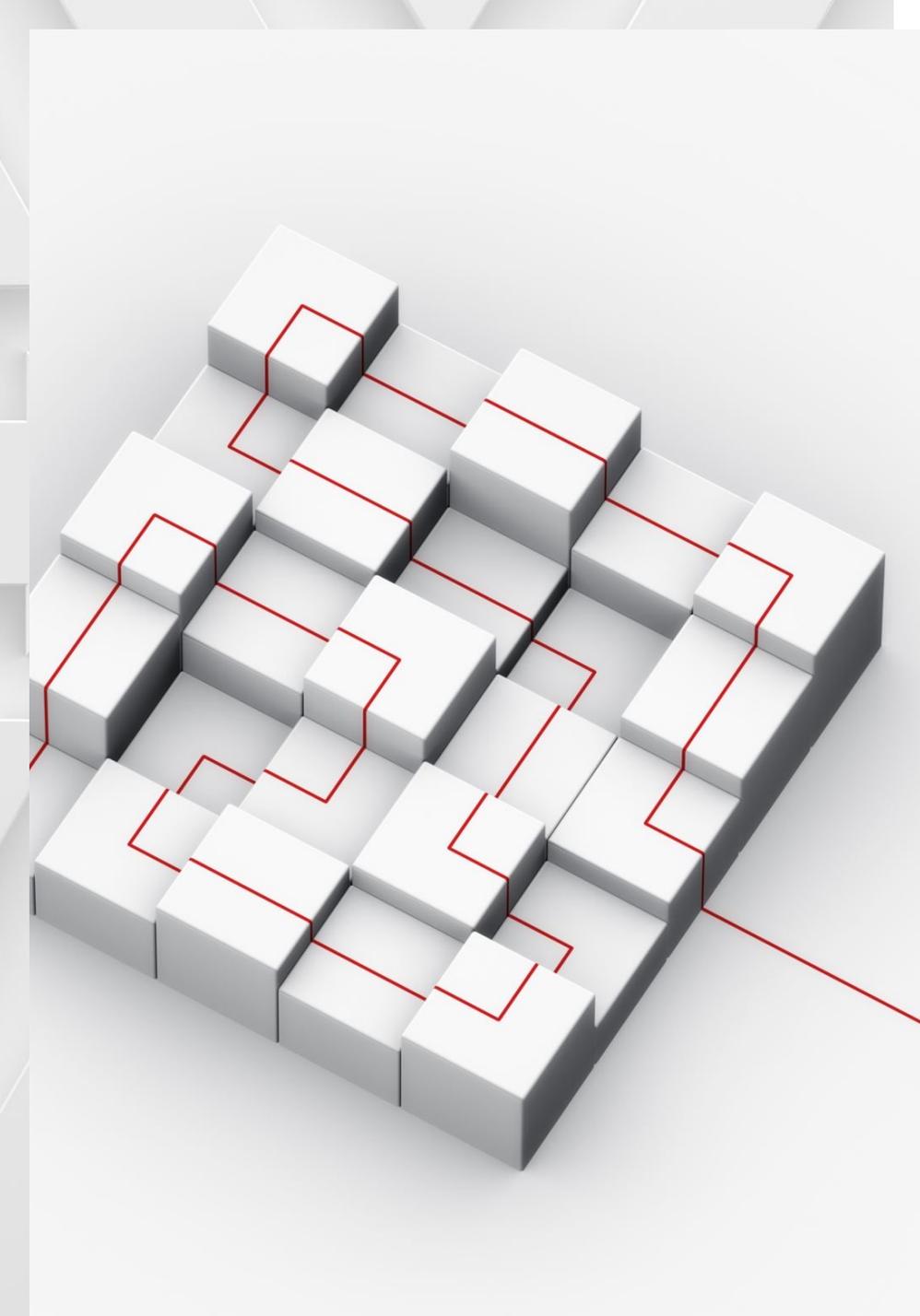
- **Les critères essentiels pour un EHPAD porteur ou partenaire :**
  - Un temps effectif de médecin, prioritairement coordonnateur,
  - Un temps d'infirmier coordonnateur,
  - Une présence infirmière de nuit (possiblement mutualisée),
  - Des espaces et des équipements suffisants pour y organiser des actions du volet 1 (emplacement, accessibilité, horaires d'ouverture au public).

# Des critères obligatoires :

- Une offre accessible financièrement (solution d'hébergement à un prix accessible). Porteur majoritairement habilité à l'aide sociale.
- A défaut :
  - L'EHPAD doit proposer une prestation au tarif fixé par le département dans le cadre de l'aide sociale,
  - Dispose d'une possibilité d'orientation vers un ou plusieurs EHPAD accessibles financièrement (convention jointe au dossier).

# Des atouts pour le porteur :

- La diversité des expertises,
- Les actions innovantes déjà conduites,
- La dynamique partenariale et la place dans la filière gériatrique,
- Le lien avec le secteur sanitaire et l'HAD,
- L'appartenance à un GCSMS,
- Le fait de disposer déjà de modalités d'accueil spécifiques (PASA, UHR, accueil de jour, hébergement temporaire, PFR,...),
- +/- 80 places pour un EHPAD et +/-60 places pour un SSIAD.



**Décryptage du cahier des charges et éléments de réponses à apporter.**

# Un diagnostic territorial robuste.

- Élément central de la réponse : rôle et place des acteurs sur le territoire et réponse apportées aux attentes.
- Les partenariats mis en œuvre.

# Des prérequis :

- Les prestations proposées doivent contribuer à améliorer la qualité et le maillage du territoire en matière d'offre à destination des personnes âgées.
- Le fait qu'elles répondent aux objectifs des plans en cours est un plus (feuille de route MND, plan anti-chute,...).
- Ne pas créer de doublons avec les DRAD existants.
- Le territoire d'intervention : lieu d'implantation de l'EHPAD et population cible. Pour un service à domicile, ce territoire peut être différent de celui défini dans l'autorisation. En lien avec le PRS et les schémas départementaux (notion de territoire de parcours de la PA).
- Les actions qui relèveraient de la mission d'un CRT mais qui font déjà l'objet d'un financement (Conférence des financeurs, dotation complémentaire pour les services à domicile) doivent être identifiées.

- 
- 
- 
- **Quels services proposer ?**

# Le processus d'admission :

- **L'accompagnement n'est pas limité dans le temps.**
- Signalement ou demande des partenaires du territoire. Il peut s'agir des partenaires des champs sanitaire et médico-social (MT, DAC, CPTS, MSP, HAD, CH, EHPAD, SSIAD, SPASAD, SAAD...) du champ social (TS des services territoriaux, CCAS, CLIC), de la personne accompagnée ou de son aidant directement.
- L'admission au sein du dispositif peut être préconisée en urgence, en sortie d'hospitalisation, par un médecin hospitalier. Dans la mesure du possible, le médecin traitant est associé à la décision d'intégration au sein du dispositif et à la mise en place d'un accompagnement renforcé, l'utilisateur apportant son consentement.
- La **procédure d'admission** :
  - ✓ Visite à domicile,
  - ✓ Evaluation médicale,
  - ✓ Elaboration du plan d'accompagnement individualisé,
  - ✓ Signature du contrat d'accompagnement,
  - ✓ File active de 30 personnes. Il est admis que la montée en charge nécessite un temps préalable important de définition du projet avec les partenaires.

# La sortie du dispositif :

La sortie du dispositif peut intervenir dans plusieurs cas :

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

A la sortie du dispositif, une attention particulière sera donnée au suivi de la situation (relais par un dispositif du droit commun).

# L'équipe de l'accompagnement renforcé :

- **Le médecin du dispositif**
- **Le coordinateur** : le profil d'IDE est privilégié pour ce poste. Il assure la coordination des interventions des professionnels à domicile (soins, accompagnement, activités de la personne), particulièrement en l'absence de SPASAD et d'HAD et de mobiliser si besoin les expertises complémentaires. Ce coordinateur est également chargé d'évaluer la situation des personnes, d'élaborer le plan d'accompagnement personnalisé et d'assurer son suivi et son adaptation si besoin. Le coordinateur est l'interlocuteur privilégié des personnes en perte d'autonomie à domicile et de leurs aidants.
- L'infirmier/infirmière (IDE), les aides-soignants, les assistants de soins en gérontologie (ASG), des auxiliaires de vie/accompagnants éducatifs et sociaux,
- L'ergothérapeute,
- Le psychomotricien,
- Le psychologue,
- L'animateur.

# Un système d'information développé :

Mise en commun des données utiles à l'information et la coordination des acteurs du dispositif (professionnels de santé, médico-sociaux, aidants).

Le centre de ressources territorial s'inscrit dans le programme ESMS numérique.

Il intégrera les outils et interopérabilités facilitant l'information et la coordination des acteurs : carnet de liaison, agendas partagés, annuaires de description de l'offre du territoire (ROR, RPPS, FINESS...)....

Outils d'évaluation (fragilité, évaluation multidimensionnelle...) facilitant l'inclusion dans le dispositif.

---

**Merci pour votre  
attention.**

