

Le Centre de Ressources Territorial

Pr Claude JEANDEL

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,
- Une 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.

Unités de Soins de Longue Durée

Et

EHPAD

(Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

RAPPORT de MISSION

25 recommandations

**pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin
que nos établissements demeurent des lieux de vie**

C'est parce que l'EHPAD est un lieu de soin, qu'il reste un lieu de vie

Pr Claude JEANDEL

Pr Olivier GUERIN

JUIN 2021

5.20. RECOMMANDATION N°20 – Concrétiser au plus vite les adaptations architecturales nécessaires des EHPAD face à la prévalence élevée des troubles neurocognitifs et comportementaux

..... 74

RECOMMANDATION 20a : Généraliser la réglementation de type J pour l'ensemble des établissements pour personnes âgées dépendantes 76

RECOMMANDATION 20b : Adapter la réglementation applicable au type J afin de permettre la maintien ou l'installation de réseaux de fluides dans les murs 76

RECOMMANDATION 20c : Renforcer la diffusion de la fiche repère ANESM 76

RECOMMANDATION 20d : Présence de ferme-portes dans les chambres : ce point est particulièrement problématique et devrait faire l'objet d'une révision 77

5.21. RECOMMANDATION N°21 – Inscrire dans les CPOM l'obligation pour les résidences autonomie d'avoir formaliser une convention avec au moins un EHPAD de son bassin et vérifier l'effectivité de cette mesure à l'aide des indicateurs appropriés 77

5.22. RECOMMANDATION N°22 – Explorer et expérimenter le concept de l'EHPAD « plateforme/centre de ressources de bassin de vie » sous certaines conditions 77

5.23. RECOMMANDATION N°23 – Inciter au regroupement des EHPAD d'un bassin ou territoire 80

5.22 RECOMMANDATION N°22 – Explorer et expérimenter le concept de l'EHPAD « plateforme/centre de ressources de bassin de vie » sous certaines conditions.

A la question posée aux organismes interrogés : Dans ces perspectives, **l'évolution de l'EHPAD vers un rôle de « centre de ressources »** mettant à disposition professionnels de santé, équipements et organisation logistique (téléconsultation...) au service des personnes âgées dépendantes à domicile vous apparaîtrait-elle pertinente ? La réponse s'est avérée affirmative pour la très grande majorité.

Justifications.

Un tel concept est déjà préfiguré dans les EHPAD comportant un accueil de jour qui peut être lui-même porteur d'une plateforme de répit. Ces établissements s'inscrivent alors comme un prolongement vers le domicile à travers une offre de service.

L'objectif est de faciliter le parcours de la personne âgées en perte d'autonomie, tant à domicile qu'en établissement, en lui évitant des ruptures d'accompagnement, des hospitalisations évitables, de passer d'interlocuteurs en interlocuteurs sans coordination, de mutualiser les moyens mis en œuvre et d'associer les acteurs de proximité.

Le développement de l'EHPAD « plateforme/centre de ressources » constituerait un modèle renforcé des dispositifs existants ou en cours de déploiement : accueils de jour, accueils de nuits, plateformes de répit, baluchonnage, équipes spécialisées Alzheimer, SSIAD renforcés. L'avenir verrait ainsi se mettre en place une organisation qui briserait la rupture entre le soutien à domicile et l'institutionnalisation.

Ces « plateformes/centres ressources » doivent créer des interactions entre l'EHPAD et son environnement de proximité, en s'ouvrant sur son territoire pour permettre d'une part, au résident d'avoir des interactions valorisantes avec l'extérieur dans les domaines de la vie courante ; d'autre part, permettre à des personnes extérieures à l'EHPAD de participer à des activités, voire de bénéficier de certaines interventions et prestations.

Ce dispositif aurait pour autre avantage de permettre aux professionnels de pouvoir diversifier leurs activités et de faciliter le déploiement de formations pluri-professionnelles décroisées.

Cette recommandation est à rapprocher de la Proposition 145 du rapport de D. LIBAULT (concertation Grand Age Autonomie – mars 2019) : Affirmer et organiser une responsabilité territoriale des hôpitaux de proximité labellisés à l'égard de la personne âgée.

En effet les hôpitaux de proximité (qui intègrent pour certains des places d'EHPAD) ont vocation à porter une palette de services au bénéfice des personnes âgées de leur territoire. Il convient de les préciser dans le cadre des missions socles et optionnelles des hôpitaux de proximité, en coordination avec les travaux de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) sur cette mesure.

Ce que pourrait être les services mis à disposition du bassin portés par un EHPAD « plateforme/centre de ressources ».

Sans être exhaustive la liste des services mis à disposition du bassin par un EHPAD « plateforme/centre de ressources » pourrait comporter et conjuguer à des degrés divers :

- Ateliers de prévention santé s'appuyant entre autre sur le programme ICOPE de l'OMS.
- Consultations et téléconsultations d'expertise gériatrique assurées par le médecin coordonnateur sur prescription médicale (l'EHPAD joue alors le rôle de centre ou relai d'expertise gériatrique de proximité).
- Evaluations pluri-professionnelles sur prescription médicale ou à la demande des dispositifs d'appui à la coordination mais en respectant le périmètre des dispositifs déjà en place et assurant ces mêmes services.
- Consultation et soins odontologiques dans les bassins dépourvus ou éloignés de cette ressource (dans ce cas l'intervention de l'odontologiste est également mise à disposition des résidents de l'EHPAD).
- Accueil de jour.
- Accueil de nuit.
- Accueil social d'urgence.
- Accueil temporaire programmé.
- Plateforme de répit aux aidants.
- Baluchonnage Alzheimer.
- Hébergement temporaire post-hospitalier (Cf. recommandation 15).
- SAD/SSIAD (avec éventuellement Equipe Spécialisée Alzheimer).
- Permanence sociale dès lors qu'elle n'est pas assurée par d'autres services (CCAS...) (instruction des dossiers).
- EHPAD dit « hors les murs ».

Le modèle porté par le dispositif M@do de la Fondation Partage & Vie (en fonctionnement depuis 2013).

Placée à l'interface des équipements et services présents sur le territoire, M@do propose une alternative au placement en institution et permet d'aller plus loin dans l'accompagnement au regard des services existants (SSIAD, SAAD, SPASAD, ... SAMSAH...).

Le concept M@do a pris corps sous forme d'établissement expérimental autorisé conjointement par le conseil général de la Corrèze et l'ARS début 2013.

M@do s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie pour garantir un soutien à domicile choisi.

Il n'existe pas de critères d'admission spécifiques à la Maison de Retraite à Domicile sachant que l'implantation est territoriale et que l'offre de prestations correspond aux besoins des personnes dépendantes (plus spécifiquement aux groupes iso-ressources GIR 4, GIR 3 et GIR 2). Plus exceptionnellement, M@do peut s'adresser :

- à des personnes âgées de moins de 60 ans si elles sont en situation de handicap.
- à des personnes issues d'une filière de soins identifiée sur le territoire (filière neurologique ou oncologique par exemple) pour lesquelles un équipement sanitaire n'est plus à mobiliser mais dont la situation de dépendance justifie un accompagnement rapproché et la réalisation de bilans réguliers de cette situation.

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 (EHPAD/USLD/rapport 2021).

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.

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.

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,...

Le financement du centre de ressources territorial.

- Dotation annuelle de 400 000 euros.

Volet 1 :

Moyens humains <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
Moyens matériels <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.

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.**

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 gériatrie) 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.

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.

MODÈLE PARTENARIAL



Cas 1 : portage par un Ehpad



Cas 2 : portage par un service à domicile avec un Ehpad partenaire

Mobilisation de ressources humaines et des équipements



Équipe du CRT



Animation

Partenaires du sanitaire, du médico-social et du social

VOLET 1

Appui ressources

VOLET 2

Accompagnement renforcé à domicile

Mise à disposition de ressources humaines spécifiques et d'équipements

Mise à disposition de ressources humaines

MODÈLE INTÉGRÉ



Portage du CRT par un Ehpad et/ou un service à domicile du même organisme gestionnaire



Intégration d'autres établissements et services de l'organisme gestionnaire

Mobilisation de ressources humaines et des équipements



Équipe du CRT



Animation

Partenaires du sanitaire, du médico-social et du social

VOLET 1

Appui ressources

VOLET 2

Accompagnement renforcé à domicile

Mise à disposition de ressources humaines spécifiques et d'équipements

Mise à disposition de ressources humaines

Type de poste	Nombre d'ETP	Moyen de mobilisation
Direction et chefferie de projet	0,2	Fonctions exercées par le directeur et/ou par le coordinateur du CRT.
Médecin coordonnateur	0,1 à 0,2	Médecin de l'Ehpad ou d'autres services partenaires, voire médecin de ville.
Coordinateur (profil IDE privilégié)	1	1 ou 2 professionnels, selon la continuité de service souhaitée.
Autres postes (aide-soignant, assistant de soins en gérontologie, auxiliaire de vie, accompagnant éducatif et social, infirmier, IDE)	2 à 3	Postes mutualisés avec d'autres services ou établissements.
Ergothérapeute	0,1 à 0,4	Effectifs internes du porteur (postes mutualisés), libéraux.
Psychologue	0,1 à 0,2	Effectifs internes du porteur, mutualisation des ressources externes, libéraux.
Animateur	0,2	Poste rarement dédié, mobilisation en interne à l'organisme porteur, mise à disposition par des partenaires.
Autres intervenants	Selon les besoins	• Effectifs internes de l'organisme gestionnaire porteur (cadre, psychologue, fonctions support, assistant de soins en gérontologie, animateur et assistant de service social). • Mises à disposition des partenaires (aide-soignant, médecin spécialiste, animateur, chauffeur, assistant de service social). • Libéraux (kinésithérapeute, IDE disposant d'une expertise spécifique, médecin spécialiste). • Bénévoles.

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   domicile sur le territoire envisagé.
- Convention obligatoire avec un EHPAD pour le service   domicile porteur.
- Lettres d'engagement des partenaires.

Institutionnels et financiers	– ARS – Conseil Départemental – Commune et Intercommunalité
Filière de soins	• EHPAD • EMSP • L'appui gériatrique territorial notamment les équipes mobiles gériatriques (EMG) ; • Equipes mobiles d'hygiène (EMH) • L'équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMGP) ou de psychogériatrie • Etablissements de santé (MCO/SMR/USLD/UCC) et notamment les hôpitaux de proximité • Etablissements et services de santé mentale
Aide et soins à domicile	– SAAD, SSIAD, SPASAD, futurs services autonomie à domicile. – L'hospitalisation à domicile (HAD) – Equipe PRADO pour les personnes âgées – Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) – Equipes spécialisées Maladies Neuro-Dégénératives (ESMND) – Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation (EAAR) – Equipes médico-sociales APA
Prévention de la perte d'autonomie	– Associations – Caisses et mutuelles – Centres sur les aides techniques

Aide aux aidants	– PFR du territoire – Associations d'aide aux aidants – Représentants du CVS – Autres acteurs qui proposent du répit au domicile
Vie sociale et citoyenne – Associations dédiées	
Professionnels libéraux	– Médecin traitant – Equipes de soins libérales (IDEL) – Organisations d'exercice coordonnées : Equipes Soins Primaires, CPTS, MSP, centres de santé – Pharmacies d'officine
Coordination locale	– 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.
Autres établissements	– Etablissements hébergeant des personnes âgées – Résidences autonomie – Porteurs des habitats inclusifs du territoire – Résidences Services Séniors (RSS)

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.

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.

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 action 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'usager ;
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.**



Institut Médicalisé de Mar Vivo
Soins médicaux et de réadaptation



Les Jardins de Mar Vivo
Maison de retraite médicalisée

CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL DE MAR VIVO

7 MAI 2025

Tout est possible
pour rester
à domicile



PRESENTATION DU POLE GERIATRIQUE DE MAR VIVO

Pôle sanitaire

- 146 Lits de SMR à orientation gériatrique
- 40 lits d'USLD



Certifié Haute qualité des
Soins 2024

Pôle médico-social

47 lits d'EHPAD

(dont une unite de vie
protégée de 20 lits)



Évaluation externe
2025

Pôle domicile

Centre de Ressources
Territorial

(coordination à domicile à destination de
30 bénéficiaires)



CRT



LA GENESE DU PROJET (2018)

- ▶ Fort ancrage territorial de l'établissement
- ▶ Volonté de construire une filière gériatrique complète
- ▶ Souhait de répondre à une réelle demande des aidants (besoin de répit/pas d'accueil de jour)
- ▶ Appel à projet lancé par l'ARS PACA en 2018 s'inscrivant dans le Schéma Régional de Santé.
 - 4 points de rupture identifiés:
 - Une fragilité de prise en charge de nuit et de week-end
 - Une fréquence et une durée moyenne de passage aux urgences trop importante
 - L'absence de circulation de l'information et de coordination entre les acteurs de la prise en charge (établissement de santé-ville-domicile-EHPAD)
 - La fragilité et l'épuisement des aidants
- ▶ **Expérimentation de 3 ans à destination de 30 bénéficiaires**



LES OBJECTIFS DU DISPOSITIF D'EHPAD HORS LES MURS

- ▶ Positionner l'EHPAD comme une plateforme de ressources pour le domicile à travers l'externalisation de certaines prestations de l'EHPAD destinée à des personnes âgées dépendantes prises en charge au domicile
- ▶ Fluidifier le parcours de soin et de prise en charge des personnes âgées dépendantes
- ▶ Coordonner les actions et la circulation de l'information des intervenants au domicile du bénéficiaire
- ▶ Intervenir la nuit, avec des tablettes (visio-assistance) et déplacement au domicile, si besoin
- ▶ Aménager le lieu de vie et proposer des aides techniques
- ▶ Analyser le risque iatrogénique des traitements et favoriser les thérapies non médicamenteuses, en lien avec le médecin traitant
- ▶ La mise à disposition d'une chambre d'urgence



LE DEPLOIEMENT DE L'EXPERIMENTATION

- ▶ Dès janvier 2019:
 - Des réunions de travail avec les chefs de services du pôle gériatrique de Mar Vivo
 - Des rencontres avec les services d'accompagnement pour présenter le projet
 - Communication: création flyers/affiches/vidéo de présentation
- ▶ Constitution d'une équipe (recrutements/augmentation temps de travail)
- ▶ Une réunion de lancement en partenariat avec la DD 83 au sein de l'établissement en présence de nos partenaires (mai 2019)
- ▶ Création d'un numéro unique
- ▶ Lancement du dispositif le 19 juin 2019
- ▶ Une montée en charge progressive d'un bénéficiaire par semaine



DE L'EXPERIMENTATION AU DEPLOIEMENT DU CRT DE MAR VIVO

- ▶ Pérennisation du dispositif d'EHPAD HORS LES MURS (octobre 2022)
- ▶ Dépôt d'un dossier de candidature CRT (novembre 2022)
- ▶ Arrêté du 22/04/2022 relatif à la mission de CRT pour les personnes âgées
- ▶ L'objectif principal:
 - «Permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant pour leur permettre de continuer de vivre chez elles. Il s'agit de développer une alternative à l'entrée à l'établissement. »



LES MISSIONS DU CRT

- ▶ Volet 1: Mobiliser des compétences et des actions favorisant le maintien à domicile des personnes âgées
 - Les publics cibles: les personnes âgées et leurs aidants, les professionnels du territoire
 - Réaliser a minima une action dans les 3 champs d'intervention suivants:
 - Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention
 - Lutter contre l'isolement des personnes âgées et leurs aidants
 - Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
- ▶ Volet 2: Une mission d'accompagnement renforcé pour les personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD
 - Sécurisation de l'environnement de la personne
 - Gestion des situations de crise et de soutien des aidants
 - Suivi renforcé autour de la personne
 - Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement des personnes âgées, animation de la vie sociale, appui au parcours de vie
 - Soutien de l'aidant



LE CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL DE MAR VIVO

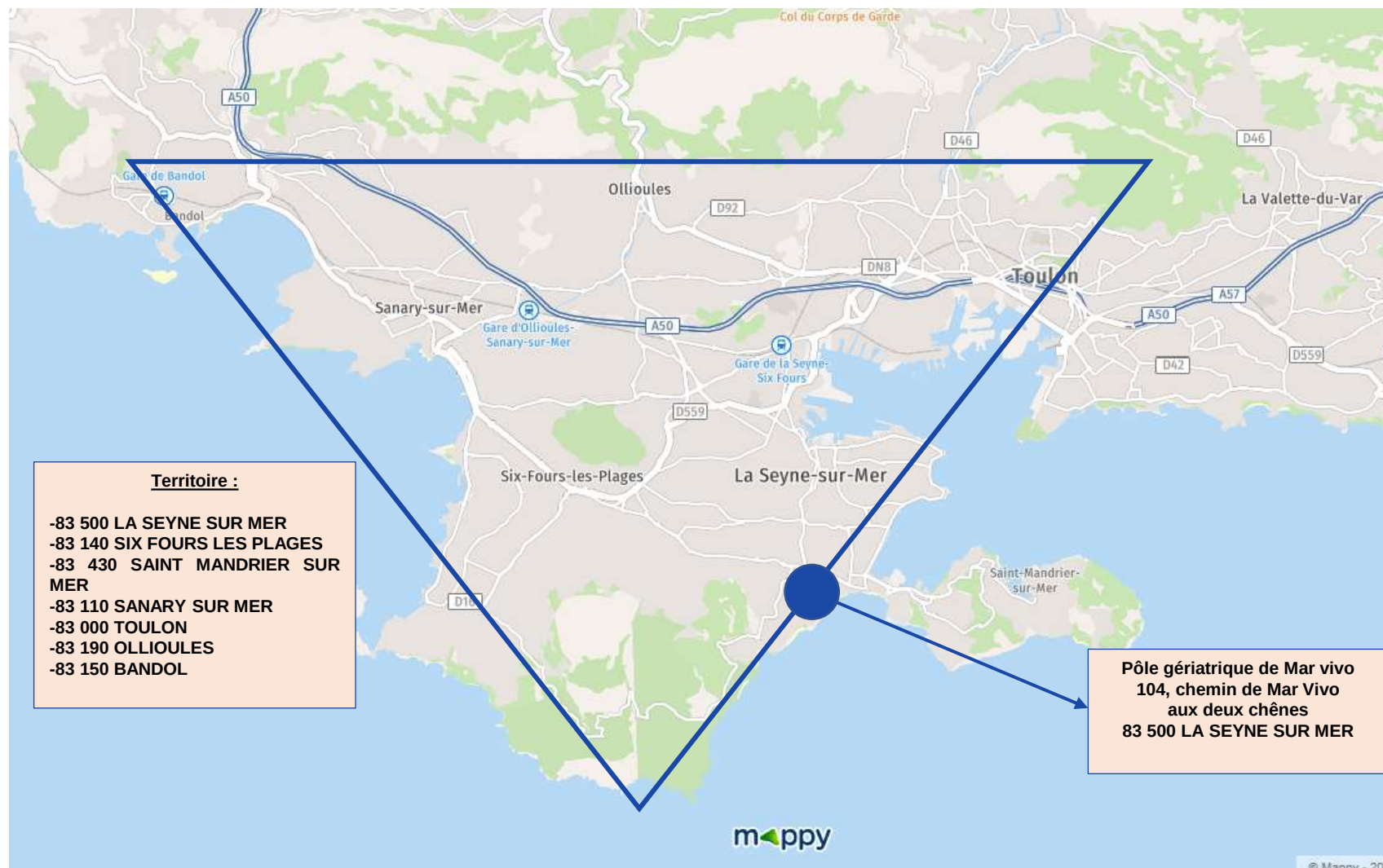
► Déploiement dès janvier 2023

► Equipe dédiée: 5,70 ETP

- 0,30 ETP médecin coordonnateur
- 0,60 ETP infirmière de coordination
- 2 ETP infirmiers de nuit
- 1 ETP ergothérapeute
- 0,20 ETP psychomotricienne
- 0,20 ETP assistante sociale
- 0,50 ETP aide-soignante
- 0,40 ETP psychologue (Financé par le SSIAD renforcé)
- 0,50 ETP chefferie/pilotage (partagé entre le directeur et la directrice adjointe)



LE TERRITOIRE DU CRT DE MAR VIVO



VOLET 1-FAVORISER L'ACCES DES PERSONNES ÂGÉES AUX SOINS ET A LA PREVENTION

- ▶ Consultations ergothérapeute sur la prévention du risque de chute
- ▶ Ateliers de prévention des chutes
- ▶ Stand « Un pas pour la Santé », en partenariat avec la CPTS de notre territoire
- ▶ Perspectives 2025:
 - Création d'un guide de bonnes pratiques au domicile
 - Un atelier bien être



VOLET 1-LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT DES PERSONNES ÂGÉES ET LEURS AIDANTS

- ▶ Programme « RESPIRE » (Maison de Sport Santé)
- ▶ Formation des aidants familiaux en partenariat avec France Alzheimer Var
- ▶ Perspectives 2025:
 - Rencontres inter-générationnelles avec le Centre de Loisirs de Six Fours les Plages
 - Projet de correspondance avec un SSESAD Rosetti
 - Conférences/débat avec la Plateforme de Répit du territoire Association Alzheimer Aidants Var
 - Activités communes avec l'Association des petits frères des pauvres
 - Développement de groupes de parole aidants



VOLET 1-AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET AU PARTAGE DE BONNES PRATIQUES

- ▶ Enseignement Post-Universitaire: insuffisances cardiaques, plaies et pansements, maladies rénales chroniques
- ▶ Soirées thématiques: les fragilités en gériatrie, les soins palliatifs
- ▶ Sensibilisation auprès des professionnels du territoire: prévention des chutes et troubles cognitifs
- ▶ Perspectives 2025:
 - Soirées thématiques: Activité physique adaptée, la prise en charge des patients relevant de la gériopsychiatrie
 - Sensibilisation auprès des SAAD, SSIAD, résidences autonomie, EHPAD
 - Ouverture des sensibilisations sur les gestes et postures



LA CLEF DE REUSSITE DU VOLET 1: LES PARTENARIATS

► Développement des partenariats:

- Membre du Conseil d'Administration DAC VAR Ouest
- Membre du Conseil d'Administration CPTS-LSTO
- Centres hospitaliers du territoire/Cliniques
- Equipe Territoriale Soins Palliatifs
- France Alzheimer Var
- Aidants Alzheimer Var (PTR)
- HAD
- SSIAD Fondation service
- ALLOVIE (téléassistance)
- Maison de sport Santé
- EHPAD
- ...

