

L'articulation **DAC / CRT / EGED**

*Une démarche centrée sur
la personne âgée*



**Dispositif d'appui
à la coordination**

**Appui à la
Coordination**



Centre de ressources territorial
pour les personnes âgées

**Renfort
à domicile**

**Expertise
gériatrique**

ÉQUIPE
GÉRIATRIQUE
D'EXPERTISE
À DOMICILE **EGED**
Hauts-de-France

CONTEXTE ET LOGIQUE RÉGIONALE

Dans le cadre du **pilotage régional** par l'Agence Régionale de Santé (ARS), l'organisation territoriale des parcours de santé doit être lisible, efficace et coordonnée.

Pour cela, **trois dispositifs opèrent en complémentarité** :

● Le DAC - Dispositif d'Appui à la Coordination



Dispositif d'appui aux professionnels pour coordonner les parcours de santé et de vie des personnes en situation complexe. Il est pluriprofessionnel, neutre et intervient sur un territoire défini qui peut couvrir plusieurs territoires EGED et CRT.

● Le CRT - Centre de Ressources Territorial



Dispositif proposant un accompagnement renforcé à domicile, en particulier pour les personnes âgées en perte d'autonomie, afin d'éviter ou de retarder l'entrée en établissement.

● L'EGED - Équipe Gériatrique d'Expertise à Domicile



Équipe spécialisée dans l'évaluation gériatrique à domicile, mobilisée pour son expertise sur des situations complexes relevant de la gériatrie.

➔ **L'objectif porté par l'ARS** est de structurer une logique d'orientation claire pour les professionnels, d'éviter les redondances, et de favoriser une articulation en subsidiarité entre dispositifs selon les compétences spécifiques de chacun.

Ce document a pour ambition de :

- ✓ Clarifier le positionnement et les missions respectives des dispositifs,
- ✓ Expliciter certains concepts-clés,
- ✓ Mettre en lumière leurs zones d'articulation,
- ✓ Illustrer leur complémentarité à travers des vignettes cliniques.



PRÉCISIONS TERMINOLOGIQUES

Complexité :

Situation qui mobilise plusieurs dimensions (médicale, sociale, psychologique, environnementale), nécessite une coordination interprofessionnelle et dépasse les réponses classiques de droit commun.



Différence entre coordination renforcée et complexe :

CRITÈRES	PARCOURS DE SOINS RENFORCÉ	PARCOURS DE SOINS COMPLEXE
Nature des difficultés	<ul style="list-style-type: none"> Techniques, organisationnelles, logistiques 	<ul style="list-style-type: none"> Humaines, psychologiques, sociales, économiques Sollicitant des parcours multiples
Problèmes principaux	<ul style="list-style-type: none"> Renfort des aides de premier recours nécessaires Coordination des rendez-vous, échanges organisationnels Accompagnement dans la mise en place des aides 	<ul style="list-style-type: none"> Multidimensionnels : santé, contexte familial, social, environnemental, histoire de vie, ...
Solution	<ul style="list-style-type: none"> Les ressources existent et sont acceptées Organisation des ressources 	<ul style="list-style-type: none"> Approche holistique, coordination des interventions pluridisciplinaires permettant la recherche / construction de solutions sur-mesure adaptées aux besoins
Acteurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs acteurs médicaux, médico-sociaux ou sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> Acteurs médicaux, sociaux, associatifs, psychologiques, techniques
Incertitude dans l'action	<ul style="list-style-type: none"> Faible, problèmes connus et circonscrits 	<ul style="list-style-type: none"> Élevée, incertitude dans les solutions et la gestion
Personnalisation nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> Faible ou standardisée 	<ul style="list-style-type: none"> Forte, chaque patient nécessite une approche sur-mesure

Accompagnement renforcé :

Intervention coordonnée et intensifiée à domicile, mobilisant un ensemble de ressources (humaines, techniques, sociales), pour stabiliser une situation à risque de rupture et/ou favoriser le maintien à domicile dans des conditions sécuritaires optimales.

Expertise :

Capacité à produire une évaluation approfondie dans une spécialité ici identifiée comme la gériatrie, émettre des recommandations spécifiques et contribuer à l'élaboration d'un plan personnalisé.

LES DISPOSITIFS

	 Dispositif d'appui à la coordination	 CRT <small>Centre de ressources territorial pour les personnes âgées</small>	 EGED <small>Hauts-de-France</small>
Demandé par qui?	Professionnels de la santé, du social ou du médico-social, élus, bénévoles		
Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> Appui des professionnels pour orientation vers la/les solutions adaptées des personnes pour lesquelles le parcours de santé est ressenti comme complexe Appui à la coordination, évaluation globale 	Accompagnement intensif à domicile Maintien à domicile renforcé, alternative à l'entrée en établissement de vie collective	Apporter une expertise gériatrique à domicile
Pour qui ?	Toute personne, tout âge, toute pathologie, dont le parcours de santé est perçu comme complexe	Personnes âgées de plus de 60 ans, en situation de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) qui souhaitent rester à leur domicile, pour lesquelles un accompagnement « classique » des services du domicile est en place mais n'est plus suffisant et qui seraient de prime abord orienté vers un établissement d'hébergement adapté.	<ul style="list-style-type: none"> Toute personne de 75 ans et plus avec une fragilité médicale la rendant à haut risque de dépendance physique et/ou psychique vivant à domicile Toute personne de plus de 65 ans polypathologique, présentant des troubles psycho-comportementaux, rendant précaire la vie à domicile
Comment ?	Interventions sur 3 niveaux selon les besoins : <ul style="list-style-type: none"> Information Orientation Appui à la coordination des parcours de santé complexes 	Intervention renforcée auprès des personnes concernées à domicile : <ul style="list-style-type: none"> Coordination renforcée du plan d'aide et de soins Renforcement du lien social Sécurisation du domicile Gestion des situations de crises Continuité de parcours ville hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation gériatrique médico-psycho-sociale à domicile adaptée aux besoins Orientation Proposition de plan de soins personnalisé
Partenariats mobilisés ?	Professionnels de premiers recours, Établissements / professionnels de santé, social et médico-social, Équipes mobiles et toute autre ressource du droit commun		
Durée d'accompagnement	Durée variable, en fonction des besoins et de la complexité de la situation	Durée variable selon la situation (pas de durée limite dans le temps)	<ul style="list-style-type: none"> Ponctuel et limité à la réalisation de l'évaluation et à ses suites immédiates ou à moyen termes Maximum 3 mois

LES PRINCIPES FONDATEURS DE LA COLLABORATION

DAC / CRT / EGED

1 Les trois dispositifs doivent s'accorder sur un mode de collaboration concerté

Définir conjointement les parcours privilégiés de coopération entre les 3 acteurs (sécurisation des sorties d'hospitalisation, repérage de la fragilité...)

2 Communication concertée

- Définir des éléments de langage partagés.
- S'accorder sur une communication territoriale lisible pour les professionnels et le grand public en s'appuyant sur les outils de communication régionaux

3 Respecter le principe d'orientation unique en 1ère intention Une situation = une orientation

La dynamique et l'interconnaissance entre les trois dispositifs doivent permettre d'assurer une réponse cohérente et complémentaire aux besoins en mobilisant les autres dispositifs si nécessaire.

4 Favoriser le partage d'outils et de pratiques

Utiliser des outils communs (PPCS, concertation pluridisciplinaire, ...)

5 Échange et partage d'informations

Veiller au partage des informations : Commissions d'admission, outils e-parcours partagés...

ARTICULATION PRIVILÉGIÉE DAC / CRT / EGED

Afin de fluidifier les parcours et d'harmoniser les pratiques, les critères suivants peuvent guider l'orientation des patients entre les dispositifs DAC, EGED et CRT, en fonction de deux éléments clés :

- la réalisation ou non d'une évaluation gériatrique
- la présence ou non d'aides déjà en place (et leur adéquation avec les besoins)

Objectif de cette grille :

- ➔ Apporter un repère commun d'orientation tout en laissant la souplesse nécessaire pour s'adapter aux ressources locales et à la singularité de chaque parcours.

Il apparaît pertinent de diffuser la pratique suivante :

- ➔ **Ne pas multiplier les orientations**
Une situation = une orientation vers un seul des 3 dispositifs.

GRILLE D'ORIENTATION PROPOSÉE



i) Points d'attention

- Cette organisation vise à **clarifier les missions respectives** des trois dispositifs tout en **garantissant une réponse graduée et adaptée aux besoins**.
- **La notion de situation complexe**, identifiée par l'évaluation gériatrique ou par les professionnels de terrain, constitue **un critère déterminant pour l'orientation**.
- **La coordination entre dispositifs reste essentielle** afin d'**éviter les doublons**, de **prévenir les ruptures de parcours** et de **sécuriser le retour à domicile**.

Évaluation gériatrique réalisée ?	Aides déjà en place ?	Situation observée	Orientation(s) privilégiée(s)
✓	✓ mais insuffisantes	Besoins persistants malgré aides existantes	CRT
✓	✗	Besoins non couverts et situation évaluée complexe	DAC
✗	✓ mais insuffisantes	Pas d'évaluation gériatrique, aides déjà mobilisées mais insuffisantes	EGED - 1ère intention et CRT - si nécessaire
✗	✗	Pas d'évaluation gériatrique, pas d'aides en place et situation évaluée complexe	DAC et/ou EGED (selon priorisation locale)

1



PARTENAIRE
interpellant

*pour une situation ressentie complexe
ou ayant méconnaissance de l'offre*

*Orientation vers
le DAC*



**Dispositif d'appui
à la coordination**

Évaluation multidimensionnelle

*Le DAC oriente vers les ressources
du territoire adaptées à la situation*



et/ou



et/ou

**Autres
ressources
utiles**

**Appui à la
coordination**
le temps nécessaire

2



PARTENAIRE
interpellant

*pour une situation non-complexe
et ayant identifié le besoin*

*Besoin d'évaluation
gériatrique au domicile*

*Besoin d'accompagnement
renforcé au domicile*



Évaluation par l'EGED
(selon critères)



Évaluation par le CRT
(selon critères d'inclusion)

*Intervention estimée
adaptée et suffisante*

ou

*Si l'intervention
du dispositif
n'est pas adaptée
ou insuffisante*

ou

*Intervention estimée
adaptée et suffisante*

Intervention de l'EGED

**Accompagnement par
le CRT**



et/ou



et/ou

**Autres
ressources
utiles**

et/ou



Vie à domicile complexe

Profil de la personne

- Mme L - 75 ans, vit à domicile, Mme est en GIR 2
- Elle vit seule, pas d'aidant mobilisable
- Un domicile peu adapté à sa dépendance et une ambivalence sur un éventuel projet de vie en EHPAD
- Nécessité de l'aider pour tous les actes de la vie quotidienne
- SAAD en place et IDEL

Contexte - complexité identifiée

- Mme présente des troubles de l'humeur de type dépressifs avec agressivité qui met en péril la continuité des aides et donc le maintien à domicile.
- Pathologies somatiques multiples (diabète insulino-dépendant, AVC, méningiome)
- Isolement social
- Rupture du parcours de soins avec médecin traitant en place
- Contexte financier précaire

Dispositifs mobilisés



Dispositif d'appui
à la **coordination**



Centre de ressources territorial
pour les personnes âgées



ÉQUIPE
GÉRIATRIQUE
D'EXPERTISE
À DOMICILE

Hauts-de-France

1 Évaluation globale par le
DAC : sanitaire / sociale /
environnementale

2 Sollicitation de l'EGED

3 Sollicitation du CRT

3 Évaluation
— Des aides à renforcer

2 Évaluation gériatrique

Actions concrètes mises en oeuvre

Recueil d'information sur la situation :

- Contact avec les partenaires présents
- Rencontre de la personne à son domicile

Reprise du parcours médical :

- Coordination d'une hospitalisation dans une clinique psychiatrique pour gestion des troubles de l'humeur

Sécurisation de la situation :

- Mise en place d'un accompagnement social par le service social du conseil départemental
- Contribution à la demande de mesure de protection

- Relai progressif avec visites conjointes
- Accompagnement aux RDV médicaux
- Mise en place d'un SSIAD
- Appui aux AVS pour améliorer les techniques de mobilisation
- Accompagnement à des activités de resocialisation
- Aide pour la mise en place des préconisations EGED
- Visites virtuelles EHPAD

Évaluation gériatrique par IDE

- Évaluation gériatrique standardisée
- Reprise de contact avec le médecin traitant
- Mobilisation de la diététicienne au regard du diabète non suivi et déséquilibré
- Mobilisation de l'ergothérapeute pour évaluation des possibilités d'aménagement du domicile et élaboration des préconisations
- Lien avec le CRT pour aide à la mise en place des préconisations

Sortie d'hospitalisation avec risque de rupture

Profil de la personne

- Patiente âgée de 80 ans, hospitalisée suite à une chute au domicile.
- ATCD: Glioblastome cérébelleux, Syndrome anxio-dépressif ancien suivi par un psychiatre, diverses fractures, obésité.
- Vit seule dans une maison avec lit médicalisé et chaise percée dans le salon. Téléalarme.
- Elle réalise avec difficultés ses transferts seule et se déplace en fauteuil roulant. Elle est en capacité de se réchauffer un plat
- SAAD 3x/jour pour aide aux soins d'hygiène
- IDEL 1x/jour pour administration du traitement
- Kinésithérapeute: 3x/semaine pour entretien des capacités fonctionnelles.

Contexte - complexité identifiée

- Patiente qui refuse un projet de vie en EHPAD
- Plan APA au maximum
- Nécessité d'adaptation du logement avec des aides techniques.

Dispositifs mobilisés



1 Sollicitation par le SMR et la famille face au refus d'institutionnalisation

2 Sollicitation de l'EGED → **2** Évaluation gériatrique

Actions concrètes mises en oeuvre

- Evaluation des besoins non comblés et du renforcement des aides et soins nécessaires
- Visites à domicile 2 fois /semaine
- Mobilisation régulière de l'ergothérapeute CRT en coordination avec l'équipe mobile SMR pour adaptation des aides techniques
- Soutien psychologique
- Mise en place de l'actimétrie en accord avec la personne et sa famille

- Evaluation gériatrique standardisée
- Bilan par l'ergothérapeute et interpellation de l'équipe mobile SMR
- Concertation du gériatre avec la psychiatre et le médecin traitant pour conciliation médicamenteuse
- Intervention de la diététicienne au regard de la prise de poids récente compliquant la mobilisation

Situation à risques à domicile avec refus d'EHPAD

Profil de la personne

- Patiente âgée de 90 ans, au domicile.
- Antécédents : Démence fronto-temporale à un stade avancée, pas de communication verbale
- Vit seule dans une maison inadaptée. Elle déambule de manière excessive, présente un risque de fugue, inversion du rythme nyctéméral.
- Madame nécessite une surveillance et une stimulation constante pour la réalisation de l'ensemble des actes de la vie quotidienne.
- Le fils est l'aidant principal : passe tous les jours. A équipé le domicile de caméras, de serrures pour sécuriser au maximum et permettre à Mme de déambuler à sa guise.
- Hors critères d'admission accueil de jour.
- Plan APA en place pour Mme. Pas assez d'aide selon le fils.
- SAAD 3x/jour pour aide aux soins d'hygiène + aide au coucher/lever
- La famille s'occupe du reste.

Contexte - complexité identifiée

- Refus du projet de vie en EHPAD par la personne âgée et la famille.
- Plan d'aides au maximum.

Dispositifs mobilisés



1 Évaluation, coordination et suivi de la situation : Malgré les multiples adaptations du logement ou du plan d'aide, la situation reste compliquée par les troubles du comportement.

2 Sollicitation du CRT → **2 Sollicité pour renforcement de l'accompagnement à domicile**

3 Sollicitation de l'EGED → **3 Sollicité face aux troubles du comportement**

Actions concrètes mises en oeuvre

Recueil d'information sur la situation :

- Contact avec les partenaires et proches présents
- Rencontre de la personne à son domicile

Évaluation multidimensionnelle de la situation :

- Élaboration d'un plan personnalisé de coordination de soins incluant l'intervention du CRT et de l'EGED

- Renforcement des passages par des Assistants de Soins en Gérontologie (ASG) à des moments clés identifiés à risque
- Travail de l'acceptation du projet de vie en EHPAD

- Évaluation gériatrique standardisée
- Adaptation du traitement en lien avec le médecin traitant
- Intervention de la psychologue pour comprendre les points de blocage concernant le projet de vie en EHPAD

Sortie d'hospitalisation - personne isolée

Profil de la personne

- Madame H est âgée de 89 ans.
- Veuve.
- Référent CCAS à la retraite, membre de multiples associations et représentants d'usagers.
- Vit seule en appartement.
- 1 fils unique qui habite hors région.
- Madame est isolée.
- Déambulations régulières en ville qui ont conduit à de nombreux passages aux urgences.
- Chutes entraînant parfois des fractures.

Contexte - complexité identifiée

- Isolement
- Hospitalisations multiples
- Epuisement du voisinage (sursollicité).
- Interactions à distance compliquées (Mme débranche son téléphone).
- Incapacité à alerter.
- Troubles psycho comportementaux

Dispositifs mobilisés



Dispositif d'appui
à la coordination

- 1 Sollicité par l'assistante sociale de l'hôpital
- 2 Sollicitation de l'EGED
- 3 Sollicitation du CRT



Centre de ressources territorial
pour les personnes âgées

- 3 Sollicité par le DAC

ÉQUIPE
GÉRIATRIQUE
D'EXPERTISE
À DOMICILE

EGED
Hauts-de-France

- 2 Sollicité par le DAC pour EGS

Actions concrètes mises en oeuvre

Recueil d'information sur la situation :

- Contact avec les partenaires et proches présents
- Rencontre de la personne à son domicile

Évaluation multidimensionnelle de la situation

- Élaboration d'un plan personnalisé de coordination de soins incluant l'intervention du CRT et de l'EGED

- Renforcement du plan d'aide en collaboration avec le conseil départemental
- Mise en place d'actions pour rompre l'isolement
- Organisation d'un séjour en hébergement temporaire (HT) en EHPAD

- Évaluation Gériatrique standardisée
- Bilan par l'ergothérapeute, la psychologue et la diététicienne
- Conciliation médicamenteuse
- Reprise d'un suivi psychiatrique en coordonnant un RDV au CMP



Scannez le QR-code
ou urlr.me/esjvhn



Les contributeurs des travaux sur l'articulation DAC / EGED / CRT dans les Hauts-de-France

Nord :

CCAS Tourcoing (CRT 3 et 4) : Mme LAGAE & M. WALLERAND

EGED Flandre maritime : Dr SOUYRIS

EGED Valenciennes : Dr CIAPA

DAC Appui Santé des Flandres : Mme BOULANGUE

Coordonnateurs filière gériatrique : Mme GUERLAIN & Mme VANPEENE

Pas-de-Calais :

AHNAC (CRT 22 et 23) : Mme DUFRENOY

DAC Passerelles Santé ABC : Mme LIPS

DAC Appui Santé MTA : Mme BRIDOUX

Coordonnateur filière gériatrique : Mme DEPREZ

Somme :

CHIMR (CRT 43) : Mme LAFORET

EGED Somme centre : Pr BLOCH

DAC de la Somme : Mme PIAT

Aisne :

AMSAM (CRT 33 et 34) : Mme COQUELET & Mme MASSON-CHAMPY

DAC Appui Santé Aisne : Mme SEGALL

Coordonnateur filière gériatrique : Mme OVIEDO

Oise :

EGED Oise ouest Vexin : Mme INSOLERA & Mme LEBRETON

Coordonnateur filière gériatrique : Mme LARIVE

Pilotes du projet à contacter pour mises à jour de l'annuaire : Aurore PIAT, Marion DUFRENOY et Karine GUERLAIN