



Côtes d'Armor.fr



REFERENTIEL DE BONNES PRATIQUES DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

POUR PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE
EN REGION BRETAGNE

Mai 2017

INTRODUCTION AU REFERENTIEL

L'hébergement temporaire constitue une offre d'accompagnement pour les personnes âgées en perte d'autonomie, qui s'intègre dans le panel des formules d'accueil temporaire, à mi-chemin du domicile et de l'institution.

L'accueil temporaire a connu un développement important sur le champ des personnes âgées. Cependant, la répartition et le dimensionnement de l'offre ne permettent pas toujours aujourd'hui de répondre aux attentes des usagers et à l'exigence de qualité. Elle souffre par ailleurs d'une absence de lisibilité auprès des usagers eux-mêmes et des accompagnants professionnels et non professionnels.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement fait de l'amélioration de l'accès à un accueil temporaire de qualité une priorité. Le rapport annexé à la loi indique que :

- les missions et le maillage territorial des structures d'accueil temporaire, incluant l'HT, sont très hétérogènes et la place dans l'offre globale de prise en charge mal définie ;
- les professionnels manquent d'une formation adéquate pour répondre aux exigences d'adaptabilité du dispositif ;
- le modèle économique de ce type d'accueil est peu attractif.

Les diverses démarches de planification médico-sociale des conseils départementaux en Bretagne ont identifié la nécessité de mieux définir la place et le rôle de l'accueil temporaire dans la palette des réponses d'accompagnement, au service de la fluidité du parcours des personnes en perte d'autonomie. Le projet régional de santé de l'ARS met l'accent sur la nécessité de développer des services adaptés et diversifiés pour assurer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et le soutien des aidants.

La Bretagne enregistre un taux d'équipement en hébergement temporaire supérieur au taux d'équipement national (2,89 places installées pour un taux d'équipement France métropolitaine de 2,66 places source STATISS 2015).

Cependant, l'exploitation au niveau régional des rapports d'activité 2013¹ portant sur l'hébergement temporaire développé par les gestionnaires locaux met en évidence des modalités de fonctionnement disparates² - proches des constats réalisés au niveau national - qui se traduisent par :

- Une dispersion géographique de l'offre majoritairement de petite taille : la capacité d'accueil moyenne installée est 3,5 places au niveau régional, équivalente à la moyenne nationale (3,6 places).
- Une faible formalisation d'un projet spécifique à l'activité d'hébergement temporaire : seuls 13,3% des structures pratiquant de l'HT disposent d'un projet spécifique au niveau régional inférieur au taux national (19,0%)

¹ Rapport d'activité mis en place dans le cadre du plan national Alzheimer 2008-2012- fixé par l'arrêté du 28 février 2011 portant application du I de l'article R. 314-50 du CASF

² Analyse nationale statistique des données issues des rapports d'activité 2013 des établissements et services médico-sociaux / CREA-ORS Languedoc Roussillon (septembre 2014). Les constats issus de l'exploitation régionale des rapports d'activité des établissements de Bretagne permettent de dégager des tendances étant précisé que l'analyse a porté sur 131 établissements au niveau de la région sur 218 établissements autorisés disposant d'une activité hébergement temporaire (dont 4 non autorisés). 5

- Une mise en place réduite d'un dispositif de sortie : le dispositif de préparation du retour au domicile des résidents n'est organisé que dans 17,6% des structures au niveau régional contre 17,8% au niveau national.

A la question posée dans le rapport d'activité des difficultés rencontrées dans la gestion de l'hébergement temporaire, ces gestionnaires attirent majoritairement l'attention sur :

- les désistements de dernière minute de séjours programmés par les usagers,
- l'absence de disponibilité de places en hébergement permanent après un séjour temporaire avec des situations de retour à domicile difficile,
- le manque de places au regard de la demande et de la capacité d'accueil,
- la difficulté de structuration de l'hébergement temporaire au sein d'un établissement offrant principalement du permanent et la lourdeur de la gestion administrative des places,
- la gestion des urgences,
- l'inadaptation de l'offre pour certaines catégories de personnes notamment avec troubles cognitifs.

Face à ces difficultés de fonctionnement, **l'ARS avec la participation des quatre conseils départementaux** a souhaité conduire une réflexion sur le dispositif d'hébergement temporaire, qui vise à une meilleure connaissance et à une meilleure structuration de l'offre sur les territoires.

Plus particulièrement, il s'agit :

- d'adapter le fonctionnement des établissements et services aux besoins des personnes âgées et de leurs aidants,
- d'assurer une accessibilité élargie et équitable à l'ensemble du public susceptible d'avoir recours à l'hébergement temporaire par une meilleure organisation de l'offre voire une redistribution,
- d'identifier les rôles et les responsabilités des établissements et des professionnels impliqués,
- d'optimiser l'utilisation des places à l'échelle des territoires de proximité toute l'année,
- d'harmoniser à l'échelle régionale les règles de gestion.

Ce référentiel a été élaboré à partir de la réglementation en vigueur et d'une analyse des principales études menées sur le dispositif, enrichies des réflexions d'un groupe de travail piloté par l'agence régionale de santé (ARS) Bretagne réunissant des représentants de l'ARS et des quatre conseils départementaux de la région, des représentants d'établissements et services médico-sociaux et sanitaires, des pilotes de MAIA et des représentants d'associations d'usagers.

Il s'adresse à l'ensemble des gestionnaires d'hébergement temporaire (en places ou en structures dédiées), aux pilotes de MAIA et plus largement à l'ensemble des partenaires de l'hébergement temporaire qui participent de la lisibilité et de la pérennité du dispositif.

Il vise à améliorer les modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les pratiques.

PARTIE 1 : LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Les hébergements temporaires sont au sens de l'article L 312-1 6° du code de l'action sociale et des familles (CASF)¹ des établissements ou services médico-sociaux : « *Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* », soumis à l'ensemble des droits et obligations qui leur sont applicables.

Le décret n°2004-231 du 17 mars 2004 (codifié) et la circulaire du 29 novembre 2011 relatifs à l'accueil temporaire d'une part, les circulaires du 16 avril 2002 et du 30 mars 2005 concernant les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées d'autre part constituent le socle des dispositions réglementaires spécifiques à l'hébergement temporaire. Ces textes sont complétés du décret n°2016-1164 du 26 août 2016³ concernant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD qui intègre l'hébergement temporaire dans les missions de ces établissements.

S'y ajoutent les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ayant trait aux structures, notamment celle concernant le soutien des aidants⁴.

PARTIE 2 : LE ROLE, LES MISSIONS ET LES OBJECTIFS DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

2-1 LA DEFINITION DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

L'hébergement temporaire est un **accueil organisé à temps complet**, le cas échéant sur un **mode séquentiel, limité dans le temps**, visant à développer ou à maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale (article D 312-8 du CASF).

2-2 LA PLACE DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE DANS LE PARCOURS DE VIE

L'hébergement temporaire constitue une **réponse momentanée** à la situation de la personne âgée et de son aidant, dans certains types de situation. **Il participe du guichet intégré mis en place autour des MAIA, de l'animation des filières gériatriques et plus globalement, de la coordination des parcours.**

Il est considéré comme un mode d'accompagnement **situé « principalement » sur le versant de l'accompagnement à domicile** : par nature, une personne accueillie temporairement a vocation à retourner à son domicile ou son lieu de vie habituel. **La préparation du retour est un élément essentiel du dispositif**, impliquant l'ensemble des acteurs de la filière d'accompagnement et de prise en charge.

L'hébergement temporaire a ainsi vocation à offrir un temps d'accueil professionnel adapté à la personne accueillie et à s'articuler avec d'autres prestations qui participent de la mise en œuvre de son projet de vie, **agissant avec elles en relais ou en complément.**

³ Décret n°2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : les EHPAD hébergent à temps complet ou partiel, à titre permanent ou temporaire, des personnes âgées dans les conditions fixées à l'article D 313-15 du CASF.

⁴ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « Le soutien des aidants non professionnels » ANESM – Décembre 2014

2-3 LES SPECIFICITES DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

L'hébergement temporaire est un mode d'accompagnement sur une ou quelques courtes périodes.

Sur une année, 4 à 8 personnes *a minima* ont vocation à occuper une place. Il requiert de la structure d'accueil une réactivité dans la prise de décision et une certaine souplesse de fonctionnement.

Le turn-over des personnes accompagnées et la nécessité du travail en réseau et avec le proche aidant nécessite de penser les pratiques professionnelles et le rôle des professionnels en interne et extérieurs de manière spécifique.

2-4 LE PORTAGE DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

L'hébergement temporaire peut être **autonome, adossé à un EHPA(D) ou rattaché à un service d'aide et/ou de soins à domicile.** Il peut être **pratiqué en accueil familial.** Il peut être **médicalisé ou non médicalisé.**

⇒ **Le présent référentiel concerne les hébergements temporaires médicalisés, autonomes ou rattachés.**

2-5 LE PUBLIC CIBLE

L'hébergement temporaire s'adresse principalement aux personnes en perte d'autonomie et à leur proche aidant.

LA PERSONNE AGEE EN PERTE D'AUTONOMIE :

Sont visées :

- les personnes âgées de plus de 60 ans (*ou de moins de 60 ans sur dérogation*) en perte d'autonomie physique ou atteintes de la maladie d'Alzheimer (et/ou d'une maladie apparentée) et autres maladies neurodégénératives⁵.
- vivant à domicile (*au sens strict ou substitut de domicile*) qui ne peuvent s'y maintenir momentanément **ou** hospitalisées, dont le projet est le retour à domicile.

A titre exceptionnel, il peut concerner des personnes âgées autonomes isolées ayant un besoin d'accompagnement médico-social.

LE PROCHE AIDANT :

L'article L. 113-1-3 du CASF⁶ définit le proche aidant d'une personne âgée comme :« (...) *son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne* ».

⁵ Le plan maladies neuro-dégénératives (PMND) 2014-2018 vise d'autres pathologies affectant les fonctions cognitives que la maladie d'Alzheimer et apparentée : maladie de Parkinson et apparenté, sclérose en plaques (SEP) et plus ponctuellement, sclérose latérale amyotrophique et maladie d'Huntington.

⁶ Nouvel article issu de la loi d'adaptation de la société au vieillissement n°2015-1776 du 28 décembre 2015

Formule d'accueil limité dans le temps, l'hébergement temporaire doit venir en appui du proche aidant, notamment lors de situations difficiles et en renforcement des relations à l'aidé et du choix d'une vie prolongée à domicile.

2-6 LES OBJECTIFS ET LES MISSIONS DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

L'hébergement temporaire a pour **objectifs** :

- de soutenir le maintien à domicile en répondant à un besoin de répit de l'aidant ou ponctuel de la personne âgée,
- de constituer une étape dans le parcours de la personne âgée dans le cadre de situations de transition (retour d'hospitalisation par exemple) qui peuvent déboucher, en fonction de l'appréciation de la situation par le médecin, les proches et l'ensemble des intervenants, sur un retour au domicile ou une entrée en EHPAD,
- d'essayer la vie en collectivité et de préparer l'entrée en EHPAD,
- de répondre à une situation d'urgence de façon plus ponctuelle.

Il doit permettre de contribuer à :

- faire le point sur la situation de la personne âgée et sur ses besoins en lien avec les proches et avec l'ensemble des intervenants de la chaîne d'accompagnement et de prise en charge, notamment :
 - repérer l'état de santé, l'environnement social et familial et les besoins de réorientation en amorçant, au besoin, un bilan plus approfondi en milieu hospitalier ou spécialisé,
 - évaluer les difficultés de la vie quotidienne et leurs répercussions et rechercher des stratégies de prévention,
 - initier, surveiller et réajuster des traitements en lien avec le médecin traitant.
- mettre en place un projet individualisé avec les soins et l'accompagnement nécessaires au sein de la structure et veiller à préserver l'autonomie de la personne âgée et le maintien des liens sociaux :
 - soit, pour préparer le retour à domicile en lien avec les proches de la personne, la MAIA, les services d'aides à domicile médicalisés ou non,
 - soit, pour organiser une entrée en EHPAD de façon progressive pour favoriser son intégration,
- informer et soutenir le proche aidant et la famille,
- accompagner les choix futurs (notamment participation à la réflexion sur l'institutionnalisation).

2-7 LES MOTIFS DE RECOURS A L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

L'hébergement temporaire répond à **4 types de problématiques personnelles illustrées ci-après.**

□ Période transitoire dans l'attente de la révision du plan d'aide :

Types de situations envisagées :

- Mise en place des aides à domicile (humaines, matérielles, logistiques) en cas d'évolution de la santé de la personne âgée.

- Indisponibilité du logement par manque d'hygiène individuelle.

□ Période de répit ou d'absence de l'aidant nécessitant la présence d'un tiers :

Types de situations envisagées :

- Epuisement de l'aidant.
- Vacances et déplacements de l'aidant.
- Hospitalisation programmée de l'aidant.
- Indisponibilité du logement pour travaux.
- Répit de la personne âgée entre des séjours hospitaliers (fin de vie, entre deux traitements).
- Transition suite à un séjour hospitalier (médecine, chirurgie, SSR, hôpital de jour).
- Rupture d'isolement (période hivernale en milieu rural, congés de l'aidant).

□ Période d'essai dans l'attente de l'entrée en hébergement permanent :

Types de situations envisagées :

- Préparation à l'entrée en institution (essai) en cas d'évolution de la santé de la personne âgée.
- Recomposition de la cellule familiale et de l'entourage.
- Déménagement de l'aidant.

□ Période consécutive à un accident de la vie avec rupture brutale :

Types de situations envisagées :

- Perte de logement suite à expulsion locative, à inondation ou à incendie.
- Indisponibilité du logement par manque d'hygiène.
- Hospitalisation non programmée de l'aidant.
- Décès de l'aidant.

PARTIE 3 : LE PROJET SPECIFIQUE A L'ACTIVITE HEBERGEMENT TEMPORAIRE

3-1 LE CONTENU DU PROJET DE SERVICE

Conformément à l'article D 312-9 du CASF, l'hébergement temporaire doit disposer d'un projet de service spécifique. Construit autour de la personne accueillie et de l'aidant, il prévoit ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ces modalités sont inscrites dans le règlement de fonctionnement.

Le projet de service doit s'appuyer sur la recommandation de l'ANESM⁷ ayant trait au projet d'établissement-projet de service notamment s'agissant de l'ouverture de la structure à son environnement, l'identification des dynamiques de parcours de usagers, les relations avec l'entourage et l'ancrage des activités dans le territoire.

Il doit recueillir l'**adhésion des personnels**.

⁷ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » ANESM - Mai 2010

Cet accueil se distinguant de l'accueil en hébergement permanent⁸, il est nécessaire de prendre en compte ses spécificités et ses contraintes afin à la fois, de garantir la continuité et la qualité de l'accueil et de l'accompagnement mais également, d'assurer sa lisibilité en interne (personnel) et vis-à-vis de l'extérieur (aidants, aidés, professionnels).

L'hébergement temporaire ne saurait être une variable d'ajustement dans la gestion de l'établissement au détriment de la qualité de l'offre.

Le contenu du projet de service doit intégrer plusieurs items (It) indispensables :

- It HT a : Les objectifs opérationnels de l'hébergement temporaire.
- It HT b : Les modalités d'admission, de séjour, d'organisation de la sortie et du retour à domicile.
- It HT c : Le projet d'accompagnement personnalisé.
- It HT d : Le programme d'actions de soutien des aidants.
- It HT e : La prévention et l'éducation à la santé.
- It HT f : L'organisation interne au sein de la structure.
- It HT g : L'équipe et son dimensionnement.
- It HT h : L'inscription dans les dispositifs de coordination gérontologique et dans le réseau des partenaires locaux (sociaux, médico-sociaux et sanitaires)
- It HT i : Le plan de communication externe sur le territoire.

3-2 LES OBJECTIFS OPERATIONNELS

Le projet se situe en réponse à des besoins identifiés sur le territoire de proximité d'implantation, dans le cadre de la mise en œuvre des MAIA et des documents de planification médico-sociale existants (départementaux et régional). A cet égard, il doit s'inscrire en complémentarité de l'offre de services en hébergement temporaire proposée sur ce territoire permettant une programmation des accueils et une utilisation optimale des places.

Les limites de l'accueil en hébergement temporaire doivent être clairement posées sur le plan de la nature, de la fréquence et de l'intensité des services offerts. Les modalités d'accueil non programmé doivent être précisées.

3-3 L'ADMISSION, LE SEJOUR ET LA SORTIE

○ L'admission et l'accueil :

Relève d'un hébergement temporaire la personne :

- dont l'état de santé est stable ou stabilisé
- qui ne nécessite pas d'environnement hospitalier,
- qui consent à avoir recours à l'hébergement temporaire (consentement écrit, oral, verbalisé ou non),
- qui accepte le principe du retour à domicile après la période prévue pour l'hébergement temporaire,

⁸ Les prestations d'hébergement temporaire appellent des fonctions particulières : l'évaluation de la personne en fonction de ses besoins et de sa situation de santé, sociale et familiale, la préparation de l'après hébergement temporaire, les articulations entre les différents intervenants autour de la personne et les activités d'accompagnement médico-sociales (Dossier technique CNSA : État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées / octobre 2011).

- qui s'engage à étudier la possibilité d'autres dispositifs alternatifs au domicile pour les situations qui en relèvent.

Est exclue d'un accueil en hébergement temporaire la personne :

- dont l'état de santé n'est pas stabilisé,
- qui nécessite un environnement hospitalier (soins médicaux/infirmiers actifs ou soins de réadaptation intensifs ou séjour d'observation pour diagnostic),
- pour laquelle l'engagement d'une sortie sur la base d'un séjour temporaire défini n'est pas recueilli,
- qui n'a pas exploré, en cas de projet de placement définitif, d'autres solutions avant de référer à l'hébergement temporaire.

Toute demande d'entrée en hébergement temporaire fait l'objet d'un dépôt de dossier.

L'admission peut être **programmée, non programmée ou intervenir en urgence.**

L'hébergement temporaire **peut être utilisé pour de courts séjours périodiques** afin de répondre le mieux possible aux besoins variés du public (quelques jours). Il peut être proposé sous la forme d'un accueil de nuit pour des personnes nécessitant une surveillance permanente⁹.

Dans le cadre d'un accueil programmé, il doit dans la mesure du possible être anticipé par rapport à l'arrivée du résident. **Une attention particulière doit être portée à la préparation du séjour. Il s'agit d'appréhender la situation de la personne et de clarifier le motif et les objectifs du séjour.**

Doivent être recueillies en amont des informations concernant son environnement (familial, social, matériel), ses habitudes de vie, son niveau de dépendance et les différentes prestations dont elle bénéficie. Ces informations sont versées au dossier individuel. Elles participent de l'évaluation médico-psycho-sociale à l'entrée.

Dans le cadre d'un accueil non programmé (ou en urgence), ces informations doivent être rapidement recueillies en vue de l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé.

La désignation d'un référent de la personne doit être recherchée. A défaut, une personne détachée pour l'accueil doit être désignée.

○ La durée de séjour :

La durée d'accompagnement ne doit pas être prédéfinie. Elle doit s'adapter aux objectifs définis dans le cadre du projet personnalisé.

Toutefois, elle ne doit pas excéder 90 jours sur une période de 12 mois consécutifs en continu ou en discontinu, sauf situations d'exception où le besoin est démontré conduisant à des dérogations (conformément aux quatre règlements départementaux d'aide sociale de la région).

Un contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) formalise la durée de séjour signé par la personne âgée et/ou son représentant. Il en fixe la durée (de date à date) ainsi que les conditions de prolongation et d'interruption.

⁹ Article 54 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 : « Dans le cadre des dispositifs répondant à des besoins de répit, les établissements et services mentionnés (...) aux 6° du I de l'article 312-1 du CASF peuvent comporter un ou plusieurs hébergements permettant l'accueil pour une nuit de personnes nécessitant une surveillance permanente »

L'hébergement temporaire n'a pas pour rôle principal de constituer pour la personne âgée une période préalable d'entrée en établissement : il peut cependant permettre un essai en établissement.

○ Le retour et la sortie :

La question du retour doit être abordée dès la phase de pré-admission.

La sortie doit être travaillée dès le 1^{er} jour de l'entrée. Elle est prévue dans le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge). La personne et son proche aidant doivent s'engager à respecter la date de sortie.

Durant l'hébergement temporaire, la préparation au retour à domicile pourra nécessiter pour l'équipe, selon les situations, de travailler avec les intervenants à domicile (service de soins infirmiers à domicile, service d'aide et d'accompagnement à domicile, IDE libérales, équipe spécialisée Alzheimer à domicile...), les services sociaux, le médecin traitant voire des consultations spécialisées en cas de pathologies particulières identifiées durant le séjour ou à prévenir, les dispositifs d'aide et de soutien aux aidants (dont les plateformes de répit et d'accompagnement), les équipes médico-sociales du département et les dispositifs de coordination existants.

Un point de situation régulier avec la personne âgée, son aidant et ses proches doit être organisé pour adapter le projet de sortie.

Un référent à la sortie (professionnel ou non professionnel) doit, dans la mesure du possible, être identifié afin de déterminer l'interlocuteur extérieur à l'établissement.

Si l'orientation à la sortie n'est pas le domicile, une préparation avec la structure d'accueil adaptée devra également être prévue pour faciliter la transition à la sortie.

3-4 LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ (PAP)

L'individualisation de l'accompagnement et des prestations est pris en compte avec l'élaboration du projet personnalisé, qui doit s'appuyer autant que possible sur une évaluation pluridisciplinaire : elle est fonction de la durée de séjour.

La définition des objectifs d'accompagnement se fait en référence à son quotidien dans un contexte qui lui est propre ; en petit nombre, ils visent principalement la préparation de la sortie.

La personne accueillie est sollicitée, autant que son état le permet, à la construction de son séjour.

Le projet personnalisé doit être travaillé avec l'ensemble de l'équipe et coordonné avec les intervenants auprès de la personne en dehors de l'établissement et l'aidant, au moment de la pré-admission et pendant le séjour. Il est évoqué en réunion de concertation.

En fonction du motif d'entrée, de la durée de séjour prévue et du repérage des changements de besoins et attentes, il peut être réévalué à mi-parcours et réajusté.

3-5 LES ACTIONS DE SOUTIEN DES AIDANTS

L'aidant proche est également le bénéficiaire du service d'hébergement temporaire (point 2-5).

Dans le cadre du projet personnalisé du résident, sa situation doit être évaluée au regard de ses besoins et de ses attentes (intégration d'un volet aidant).

Des informations, des conseils et un appui à l'orientation vers les différents services partenaires présents sur le territoire doivent être proposés par l'équipe, en collaboration avec le médecin traitant. Une information sur les coordonnées des CLIC et les dispositifs d'aide aux aidants doit être *a minima* fournie.

Des actions spécifiques peuvent être développées en interne si les ressources de la structure le permettent (groupes de parole entre pairs, soutien individuel...).

L'aidant doit être intégré au fonctionnement de l'établissement, notamment pour recueillir ses observations et avis sur les aspects organisationnels.

3-6 LE VOLET PREVENTION ET EDUCATION A LA SANTE

L'hébergement temporaire participe de l'évaluation gériatrique. Il peut à ce titre intégrer des fonctions de prévention, qui si elles sont développées, doivent être mentionnées dans le projet de service.

Il s'agit principalement d'actions de sensibilisation des personnes accueillies et de leurs aidants notamment :

- pour éviter la dénutrition et favoriser une bonne alimentation,
- pour anticiper et gérer les chutes,
- pour travailler sur l'hygiène bucco-dentaire,
- pour repérer des situations de maltraitance,
- pour prévenir le risque d'isolement et de solitude.

L'établissement doit dans la mesure du possible s'appuyer sur des ressources externes (structures et professionnels) pour mener ces actions (hôpital de jour, consultations spécialisées...).

3-7 L'ORGANISATION INTERNE

Les services offerts :

La loi ASV prévoit un socle de prestations d'hébergement (prévu aux articles D312-159-2 et D342-3 du CASF) pour les établissements accueillant à titre permanent comme temporaire des personnes âgées : prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage et d'animation de la vie sociale.

Par ailleurs, l'établissement qui accueille une personne en hébergement temporaire lui offre des prestations de surveillance, de soin et d'accompagnement. Il a la responsabilité de lui proposer et de dispenser des soins médicaux et paramédicaux et de lui apporter une aide à la vie quotidienne, adaptés à son état¹⁰.

¹⁰ Article D. 312-155-0.-I. du code de l'action sociale et des familles issu du décret du 26 août 2016 relatifs aux EHPAD référencés

Un logement tout équipé doit être mis à sa disposition : lit, chevet, table, chaises, fauteuil....

Le suivi médical de la personne demeure de la responsabilité, durant son séjour, de son médecin traitant. Celui-ci est contacté dès le jour de l'entrée pour savoir s'il assure ou non le suivi.

En cas de refus du médecin traitant de se déplacer ou en l'absence de médecin traitant à l'entrée de la personne, ce suivi est assuré en fonction des ressources mobilisables par un médecin généraliste intervenant dans l'établissement, à défaut, par recours ponctuel à SOS médecin ou via la télé-médecine.

Les médicaments ne sont pas fournis par l'établissement. Dans le cas où la personne doit s'approvisionner, elle a recours à une pharmacie de ville. Les prescriptions doivent être mises à jour avant l'admission.

Elle doit par ailleurs régler directement ses consultations ou autres actes (médecin, kinésithérapeute, laboratoire, radiologie). Ce règlement n'incombe pas à l'établissement.

La personne est redevable financièrement de son transport vers l'établissement.

Les locaux :

L'établissement doit offrir à la personne accueillie un environnement sécuritaire et fonctionnel qui permet de répondre aux besoins variés des personnes présentant des incapacités physiques et psychiques.

L'hébergement temporaire peut être organisé : au sein d'une unité dédiée, au sein d'une unité protégée ou dans l'établissement de manière disséminée. Les chambres doivent être clairement identifiées et affectées à cet accueil.

Le choix architectural et les modalités d'organisation qui en découlent doivent être mentionnés dans le projet de service.

Concernant les établissements disposant d'une capacité d'au moins *6 places* d'hébergement temporaire (hors structure autonome), une séparation physique des espaces est opportune pour distinguer les projets de services.

Un espace collectif de détente et d'activités devrait si possible être identifié.

Les locaux doivent répondre aux règles d'accessibilité et de sécurité en vigueur.

3-8 LE PERSONNEL

Le projet d'hébergement temporaire repose sur une équipe de professionnels identifiée et formée aux spécificités de fonctionnement qui suppose :

- de savoir répondre à l'urgence,
- d'être réactif face à la diversité des situations,
- de savoir partager le projet d'accompagnement personnalisé de la personne et communiquer avec l'aidant et l'entourage,
- d'envisager dès le départ la fin du séjour,
- d'être en capacité de saisir les autres partenaires selon la situation,
- d'offrir un service adapté.

Un « référent-coordonnateur » de l'hébergement temporaire doit être identifié avec des temps dédiés de personnels médicaux, paramédicaux et d'assistance à la vie quotidienne.

Ses missions sont :

- de suivre le projet d'hébergement temporaire et d'en assurer la lisibilité en interne,
- de structurer les liens et les coordinations avec les partenaires en amont et en aval de l'hébergement temporaire,
- d'assurer l'adhésion et la bonne appropriation du projet auprès de l'équipe et la coordination des professionnels.
- d'assurer le lien et l'articulation avec l'entourage et l'aidant.

Par rapport à l'hébergement permanent, l'hébergement temporaire requiert des prestations spécifiques portant sur :

- le **temps administratif** (gestion des admissions et des désistements) et logistique (préparation et entretien des chambres) en lien avec le turnover de résidents,
- le **temps d'échange, de coordination et d'ajustement** au sein de l'équipe tenant compte de la diversité des situations rencontrées et de la rotation des résidents temporaires,
- le **temps d'accompagnement de la personne** (réfèrent à l'admission ou désigné à l'accueil, repérage des locaux, présentation auprès des autres résidents),
- le **temps d'organisation des prestations de soin** (admission, repérage de signes d'alerte, planification des soins, réhabilitation, articulation avec le médecin traitant et les structures d'évaluation externes) et de vie sociale (activités),
- le **temps de préparation de la sortie** (liens avec les services intervenant ou susceptibles d'intervenir) et d'organisation des relais (réorientation).

Pour le fonctionnement de l'activité d'hébergement temporaire, l'établissement doit donc s'attacher à prévoir en effectif propre ou par convention (mise à disposition ou mutualisation) du temps:

- de médecin coordonnateur,
- d'infirmier,
- d'aide-soignant et/ou d'aide médico-psychologique et/ou auxiliaire de soins en gérontologie,
- de psychologue,
- d'ASH,
- de secrétariat,

et selon les ressources financières, l'offre de proximité existante et les caractéristiques des personnes accueillies du temps :

- d'ergothérapeute,
- de psychomotricien,
- de travailleur social.

La mission de l'équipe est d'assurer une prise en charge multidisciplinaire et individualisée de la personne, en corrélation étroite avec la famille et l'aidant et les professionnels de santé intervenant auprès du résident.

Le **psychologue** occupe une place importante :

- au stade de l'étude et de l'analyse des dossiers d'admission et de la préparation du projet de retour,
- concernant le travail d'acceptation par la personne âgée de l'évolution de son projet de vie et auprès du proche-aidant.

Le rôle du **médecin coordonnateur** est central sur le plan des compétences de diagnostic et de bilan, de prévention, d'écoute et de conseils face à l'éventail des situations de séjour temporaire.

Un programme de formation adapté pour les personnels doit être élaboré ; notamment, une attention doit être portée à la formation des professionnels à la communication avec les aidants et à leur accompagnement et à la gestion des places en termes de planification et d'optimisation de leur utilisation.

L'établissement doit prévoir des temps de réunion d'équipe et de synthèse et des temps d'échange sur les pratiques.

3-9 LES PARTENARIATS

L'hébergement temporaire inscrit son action au sein de la coordination gérontologique locale en relation avec les plateformes d'appui, les MAIA et les CLICS.

Les spécificités liées à cet accueil nécessitent un renforcement et une formalisation du travail en partenariat. Le projet de service doit intégrer cette dimension d'organisation coordonnée qui se situe à deux niveaux :

- un partenariat étroit avec les structures pratiquant de l'accueil temporaire (accueil de jour/hébergement temporaire, les plateformes d'accompagnement et de répit voire les accueillants familiaux qui pratiquent l'accueil séquentiel).
- un partenariat plus large avec l'environnement sanitaire et médico-social de proximité à la faveur des dispositifs de coordination/intégration : il englobe les services d'aide et de soins à domicile, les services sociaux, les établissements sanitaires dans le cadre de la filière gériatrique hospitalière, les professionnels libéraux, les établissements d'hébergement pour personnes âgées et personnes handicapées, les équipes d'évaluation des conseils départementaux voire de la MDPH.

Les coopérations avec les professionnels et les structures qui interviennent dans l'accompagnement au quotidien à domicile sont essentielles pour favoriser une cohérence et une continuité de l'accompagnement, le développement croisé des compétences et l'aide aux aidants.

La mise en place d'un partenariat doit reposer sur une formalisation et suppose:

- un partage clair des engagements et des rôles respectifs des différents professionnels et dispositifs existants y compris sur les limites de l'hébergement temporaire,
- l'identification des modalités opérationnelles de collaborations,
- la mise en place d'outils de communication permettant des échanges d'information et des transitions optimisées notamment via une messagerie sécurisée avec l'appui possible du GCS e-santé. Les systèmes d'information doivent être interopérables.

3-10 LE PLAN DE COMMUNICATION EXTERNE

L'hébergement temporaire doit être connu et reconnu à l'extérieur pour fonctionner.

Une communication spécifique propre à la structure doit être mise en place à **un double niveau** :

- en direction du **grand public** via des relais de communication locaux,
- en direction des **professionnels du secteur médico-social, social et sanitaire** : intervenants du domicile, médecins traitants, infirmiers libéraux, centres hospitaliers généraux et spécialisés, CLIC et services de proximité (mairie, pharmacie...).

Les professionnels du domicile, en collaboration étroite avec le médecin traitant, participent du repérage des besoins. Leur connaissance des possibilités de l'hébergement temporaire aide les personnes âgées et leur entourage dans la recherche de solutions adaptées.

Une communication **ciblée et efficace** est un facteur clé de réussite, autant pour le déclenchement de l'orientation en HT que pour le suivi.

Les places disponibles doivent être communiquées et mises à jour à partir des outils existants (**via outil départemental ou outil régional centralisé d'orientation qui pourra être développé**).

3-11 LES SPECIFICITES D'ACCOMPAGNEMENT

Deux spécificités ont été repérées, qui donnent lieu à des développements particuliers intégrés au référentiel :

- L'accompagnement en hébergement temporaire de personnes âgées malades Alzheimer et malades apparentés présentant des troubles comportementaux.
- L'accompagnement en hébergement temporaire de personnes âgées en post-hospitalisation.

L'ACCOMPAGNEMENT EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE DE PERSONNES AGEES MALADES ALZHEIMER ET MALADES APPARENTES PRESENTANT DES TROUBLES COMPORTEMENTAUX

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou de maladies apparentées peuvent présenter des troubles du comportement, qui nécessitent un accompagnement adapté et donc l'ajustement du fonctionnement et des pratiques.

La proportion des personnes âgées présentant des troubles du comportement en EHPAD augmente régulièrement. Les établissements disposent à ce jour d'unités de vie protégées, et pour certains dans le cadre de la mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012 de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et d'unités d'hébergement renforcées (UHR).

L'hébergement temporaire peut s'inscrire dans cette palette des différentes modalités d'accompagnement.

Recommandations de bonnes pratiques « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » - Mai 2009

Les troubles du comportement (TC) ont une origine multifactorielle qui peuvent être déterminés par des facteurs : écologiques liés à l'environnement et à l'entourage aux aidants et aux professionnels, propres à la personne et propres à la maladie. L'ensemble de ces facteurs sont souvent intriqués et interagissent entre eux.

La prise en charge des TC nécessite leur description précise, la recherche de leurs causes et des facteurs déclenchants et pré-disposants et l'analyse des attitudes préalables des aidants et des professionnels face à ces troubles.

LES POINTS DE VIGILANCE :

PREALABLES :

- Avoir connaissance des dispositifs d'accompagnement existants sur le territoire en faveur des personnes malades Alzheimer et malades apparentés (MAMA) et s'intégrer dans la filière de prise en charge spécialisée.
- Déterminer avec les acteurs de l'accompagnement et de la prise en charge les modes de collaboration envisagés (avis spécialisé, formation, supervision de pratiques, cadre de transfert...).
- S'assurer de la connaissance et de la compréhension par les équipes des troubles liés à la pathologie pour faire face et adapter la prise en soins et l'accompagnement.

1-L'ADMISSION ET L'ACCUEIL :

L'établissement doit précisément définir les critères d'admission et de non admission et déterminer les critères de réorientation, tenant compte de ses capacités et des complémentarités susceptibles d'être mises en œuvre sur son territoire avec des structures médico-sociales et sanitaires.

Ces critères doivent être expliqués à la famille, à l'aidant et à la personne.

En amont de l'accueil, doivent être recueillies des informations provenant de tous les professionnels intervenant auprès de la personne et de ses proches utiles à la prise en charge. Un recueil d'informations spécifiques sur la nature et l'intensité des troubles et sur les capacités restantes de la personne doit être réalisé. Il est recommandé qu'il soit formalisé.

Une synthèse de présentation de la personne doit dans la mesure du possible être mise à la disposition de l'ensemble du personnel notamment la veille de son arrivée à l'égard de ses capacités restantes, de ses habitudes de vie et des troubles et/ou risques.

2-LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE :

L'accompagnement de la personne avec troubles du comportement repose :

- sur des techniques de soins (savoir-être et savoir-faire) qui comprennent des attitudes de communication et de soins,
- sur des interventions non médicamenteuses qui se distinguent de la simple animation et ont pour objectifs l'amélioration du confort de la personne et la préservation de son autonomie.

Afin d'apprécier les capacités restantes, une procédure d'évaluation de l'intensité et des incidences des troubles psycho-comportementaux doit être mise en place. Pour chacune des situations, les facteurs favorisant les troubles doivent être recherchés.

Les données ainsi recueillies pendant le séjour doivent être abordées en équipe et croisées avec des observations quotidiennes de l'état de la personne et consignées dans son dossier. Le choix des approches médicamenteuses au regard des troubles doit être discuté dans un même cadre, en équipe.

Elles alimentent le projet personnalisé d'accompagnement, son réajustement et sa réévaluation en lien avec le médecin traitant, les partenaires du domicile, l'aidant et la famille et tout professionnel participant de la démarche de soins de manière partagée et coordonnée. Elles participent de l'adaptation des pratiques des professionnels.

Les modalités de prise en charge lors de déambulation ou d'épisodes d'agressivité doivent être définies (protocoles).

Des activités à visée thérapeutique doivent être proposées, individuelles ou collectives (ex : musicothérapie, ateliers créatifs, activités sensorielles, relaxation...). Les objectifs et le bénéfice de ces interventions doivent être évalués et tracés dans le cadre du suivi et de l'actualisation du projet personnalisé.

3-LES AIDANTS ET L'ENTOURAGE :

Un soutien doit être apporté à l'aidant et à l'entourage de la personne malade par l'organisation de temps d'écoute et de réponses aux questions posées.

Ce soutien peut être organisé en interne avec l'attache de ressources locales ou sur recommandations auprès d'organismes et professionnels extérieurs (participation à des groupes de parole, psychologue, café mémoire, consultation avec un spécialiste/téléconsultation...).

Une sensibilisation sur les techniques de soin doit leur être apportée en cas de retour à domicile (savoir-faire).

4-LES LOCAUX :

L'établissement doit disposer d'un lieu spécifique pour la prise en charge des troubles identifiés, qu'il s'agisse d'une unité de vie protégée, d'une sectorisation ou d'un PASA pour les activités de jour.

Les espaces doivent faciliter les repères et l'autonomie et être sécurisés pour gérer les errances et pour prévenir les fugues. Ils doivent permettre la déambulation en toute sécurité, à l'intérieur avec au besoin un accès libre à un espace extérieur protégé.

Des aménagements adaptés sont à prévoir dans les chambres (fenêtres, lits, rangements accessibles partiellement).

5-LE PERSONNEL :

Le personnel doit être qualifié et sensibilisé aux spécificités de l'accompagnement - notamment les difficultés d'adaptation de la personne - dans l'objectif d'une prise en charge personnalisée dans un environnement adapté.

Il convient de positionner des personnels ayant les aptitudes et les compétences nécessaires pour prendre soin de ces résidents, et volontaires.

Des temps de présence des professionnels de type ergothérapeute, psychologue, psychomotricien sont à évaluer pour faire face à ces accompagnements soit en interne, soit par mutualisation avec d'autres établissements sur le territoire.

Les personnels doivent bénéficier d'actions de formation notamment sur les préventions et les interventions adaptées, sur les techniques de communication spécifiques, sur les approches non médicamenteuses, sur la bientraitance et sur la résolution des situations de crise.

Le recours à des compétences spécifiques extérieures doit être organisé, favorisant l'analyse et l'adaptation des pratiques en fonction des problématiques rencontrées.

La place d'un avis spécialisé doit être intégrée à l'organisation, en cas de comportement difficile à gérer ou à risque d'aggravation à court terme, de désadaptation à l'environnement, de danger pour la personne ou pour autrui.

L'organisation par l'établissement de temps dédiés pour l'écoute et le soutien du personnel doit être étudiée au regard des charges afférentes.

6-LES PARTENARIATS :

L'inscription dans un réseau de partenaires en amont, pendant et en aval de l'accompagnement temporaire, est nécessaire. Les structures de proximité doivent être identifiées et les partenariats sont à formaliser.

Court séjour gériatrique, hôpital de jour
Unité cognitivo-comportementale
Consultation mémoire hospitalière ou libérale / CM2R
Consultations spécialisées (neurologie, gériatrie)
Services de psychiatrie
Equipe mobile de gériatrie

EHPAD disposant d'une UHR ou d'un PASA
Equipe spécialisée Alzheimer à domicile
MAIA
CLIC
Plateforme de services (plateforme de répit et d'accompagnement ou autres plateformes)
Plateforme d'appui
Association de malades / de familles

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

« *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* »

Haute autorité de santé

Les techniques de soins (savoir-être et savoir-faire) :

- Elles peuvent prévenir le déclenchement des troubles psychologiques et comportementaux.
- Elles contribuent à juguler l'intensité des troubles.
- Elles peuvent permettre d'éviter le recours à des traitements médicamenteux.

Les attitudes de communication : principes de base

– Ne communiquez qu'avec une personne à la fois et consacrez-lui toute votre attention

- Présentez-vous
- Évitez les sources de distraction (télévision, radio, etc.) et les conversations entre collègues
- Attirez son attention en vous plaçant face à elle, à sa hauteur (la regarder, établir un contact physique, etc.)
- Évitez d'élever la voix et d'être familier avec elle, parlez lentement et articulez

– Préférez la simplicité dans le mode de communication

- Utilisez des phrases courtes et préférez des questions fermées
- Ne transmettez qu'un seul message à la fois
- Utilisez des gestes pour faciliter la compréhension

– Soyez patient et détendu

- N'hésitez pas à répéter le message s'il existe un doute sur sa compréhension
- Laissez le temps à la personne de s'accoutumer à votre présence, de s'exprimer
- N'obligez pas la personne à faire ce qu'elle n'a pas envie de faire
- N'hésitez pas à passer le relais ou à reporter le soin à plus tard

Les attitudes de soins : principes de base

– Sollicitez la personne sans la stimuler à l'excès ni la mettre en situation d'échec

- Aidez la personne sans faire à sa place (par exemple, proposez des vêtements faciles à enfiler)
- Ne l'obligez pas à faire une action qu'elle ne veut pas faire et réessayez plus tard ou cherchez des alternatives

– Tenez compte au mieux de ses habitudes de vie, de ses choix et respectez son intimité

- Modalités de la toilette (bain, douche, etc.), choix de ses vêtements,
- Respect de ses goûts alimentaires

– Installez ou maintenez une routine rassurante pour la personne et simplifiez les gestes du quotidien

- Rassurez et réconfortez régulièrement la personne lors d'un soin, en particulier la toilette
- Par exemple, présentez les vêtements dans l'ordre de l'habillage, préparez à l'avance les objets de la toilette

– Laissez faire les comportements s'ils ne sont pas dangereux

- Laissez à la personne le temps de se calmer si nécessaire (agitation, agressivité)
- Proposez des activités alternatives qui ont du sens pour la personne en cas de comportement perturbateur (animations flash)

Les interventions non médicamenteuses :

- Elles ont pour objectifs l'amélioration du confort de la personne et la préservation de son autonomie : changement d'état de la personne dans le sens d'une amélioration, maintien de ses capacités restantes, ralentissement du déclin de ses capacités.
- Elles peuvent être proposées à titre individuel ou collectif.
- Elles sont proposées en fonction des capacités, des envies, des centres d'intérêt, etc. de la personne : interventions s'appuyant sur les mémoires, le corps, le mouvement, les sens, les émotions...

Leur mise en œuvre suit une méthodologie formalisée :

- Pour chaque personne, la mise en œuvre d'une intervention suit des étapes :
 - Bilan initial et définition d'un objectif, choix du type d'intervention, mise en place d'un programme séquencé dans le temps et évaluation de l'effet thérapeutique sur la cible définie
- Des critères de choix des personnes et des critères de fin de prise de soin sont définis en équipe afin d'éviter une lassitude des personnes ou un épuisement des professionnels.
- Les conditions de l'intervention sont optimisées : budget défini, rythme régulier, lieu identifié, nombre de participants < 10, durée maximale d'une heure conseillée, déroulement de chaque séance ritualisé.

Les différents types d'interventions non médicamenteuses :

- **Interventions portant sur la vie quotidienne**
 - Orientation, stimulation multi-sensorielle
- **Interventions portant sur la cognition**
 - Réadaptation, revalidation, stimulation cognitive, ateliers mémoire
- **Interventions portant sur l'activité motrice (autonomie fonctionnelle)**
 - Activité physique, ergothérapie
- **Interventions sur les fonctions de communication**
 - Orthophonie
- **Interventions portant sur le comportement**
 - Animations flash, musique, danse, incitation au mouvement, thérapie par empathie, aromathérapie, stimulation multisensorielle, thérapie de la présence simulée, massage et contact bien-être, thérapie par les animaux familiers, remédiation cognitive, thérapie par reminiscence, luminothérapie, jardin thérapeutique, etc.
 - Interventions liées à des activités spécifiques (toilette, habillage, repas thérapeutique, accompagnement ou activités pendant la nuit en cas de troubles du sommeil, etc.)

L'ACCOMPAGNEMENT EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE DE PERSONNES AGEES EN POST-HOSPITALISATION

L'hébergement temporaire peut s'inscrire dans une optique de préparation au retour à domicile, après l'hospitalisation d'une personne âgée dont l'état de santé peut être encore fragile et qui nécessite un environnement médico-social sécurisant. La sortie d'hospitalisation peut être un moment délicat en termes de préservation de son autonomie, en raison notamment, des efforts d'adaptation et de réorganisation de la vie quotidienne qu'elle peut demander pouvant requérir la présence d'un tiers et la mise en place (ou l'ajustement) d'aides.

Un séjour hospitalier prolongé peut aggraver la perte d'autonomie et renforcer l'isolement de la personne si l'hôpital est éloigné de ses proches. Il arrive qu'une personne hospitalisée reste en court séjour ou en soins de suite, non en raison de son état de santé mais parce que le retour à domicile n'est pas immédiatement envisageable. Pour ces raisons, l'hospitalisation est parfois prolongée pour des raisons purement sociales et non médicales, malgré les risques qu'elle peut elle-même comporter (perte de repères, retentissement sur l'état psychologique, la nutrition et l'autonomie, maladies nosocomiales...).¹¹

Cahier des charges des projets pilote PAERPA 2 – mars 2016

L'amélioration du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie suppose que les établissements et services participent activement aux dispositifs de coordination et gèrent de manière optimale les différentes transitions du parcours (ville-hôpital, hôpital-ville, EHPAD-hôpital), en prenant mieux en compte les spécificités de la population des personnes âgées. Les établissements de santé s'engagent à préparer la sortie des personnes âgées en amont et à organiser les relations entre les partenaires du parcours, notamment l'échange d'informations permettant le retour à domicile dans de bonnes conditions. Ils s'engagent par ailleurs avec les EHPAD à détailler des procédures précises de sortie d'hospitalisation et de sortie en EHPAD dans une convention signée entre l'établissement de santé et les EHPAD.

L'HT intervient en transition hôpital-domicile, permettant de réduire la durée du séjour hospitalier inadaptée et d'éviter une ré-hospitalisation non justifiée.

⇒ La post-hospitalisation recouvre **la médecine, la chirurgie, les soins de suite et de réadaptation et l'hôpital de jour.**

LES POINTS DE VIGILANCE :

PREALABLES :

- Identifier les structures de soins susceptibles d'adresser des patients âgés en hébergement temporaire à l'échelon des territoires de filières gériatriques.
- Présenter aux intervenants hospitaliers les missions, les objectifs et les limites du dispositif d'hébergement temporaire.
- Déterminer avec les établissements de santé et les établissements pratiquant l'hébergement temporaire les indications d'orientation en hébergement temporaire et les modes de collaboration envisagés.

¹¹ Cahier des charges des projets pilote PAERPA – Janvier 2013

1-L'ADMISSION ET L'ACCUEIL :

L'orientation en hébergement temporaire doit être adaptée aux besoins et aux souhaits de la personne.

Peut bénéficier d'un hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation la personne :

- qui répond aux critères d'inclusion définis dans le référentiel (**point 3-3**),
- dont l'état général rendrait possible le retour à domicile si les conditions de son environnement, physique ou social, le permettaient : *à titre d'exemple, le logement n'est pas adapté ou le maintien à domicile exige l'activation de services qui ne peuvent être offerts immédiatement,*
- dont les besoins de soins (médicaux et paramédicaux) sont clairement identifiés et organisés par l'établissement sanitaire (recours à une IDE libérales, à l'HAD...) : l'organisation de la continuité des soins est un préalable à l'admission.

La réintégration du domicile constitue l'objectif de l'hébergement temporaire en relais d'un séjour hospitalier. Il doit contribuer à la récupération et au renforcement des capacités d'autonomie et de réalisation des activités de la vie quotidienne de la personne dans des conditions favorables à sa santé et à son bien-être.

Ne relève pas d'un hébergement temporaire la personne :

- dont l'état médical est instable,
- nécessitant une surveillance permanente,
- dont les besoins de récupération physique et de convalescence priment sur une situation sociale bénéficiant d'un environnement favorable au retour à domicile,
- pour laquelle aucun projet de retour à domicile à court ou moyen terme ou d'orientation vers une autre structure d'accueil n'est envisageable.

La sortie d'hospitalisation pour une entrée en hébergement temporaire doit être anticipée et préparée.

Le service social hospitalier est directement impliqué dans cette phase d'anticipation et de préparation de l'après hospitalisation pour assurer la juste sortie et la mobilisation des services et des aides nécessaires.

Il est recommandé des échanges entre les équipes de l'établissement (médecin coordonnateur et/ou infirmier coordonnateur) et les intervenants hospitaliers sur l'état de santé et la situation sociale de la personne susceptible d'être transféré en HT, via des contacts physiques (déplacement EHPAD vers ES ou ES vers EHPAD). Il s'agit d'évaluer précisément ses besoins et la pertinence de l'HT au regard de sa problématique médicale et sociale.

Dans la mesure du possible, une rencontre entre l'équipe de l'établissement d'accueil et le patient âgé hospitalisé doit être organisée au sein du service hospitalier, en présence de son entourage. Les missions et les objectifs de l'HT lui sont présentés ainsi que ses conditions de fonctionnement.

La place de l'avis du patient et son libre choix de l'établissement doivent être pris en compte dans l'orientation.

La demande d'entrée en HT est validée par l'équipe de l'établissement, en collaboration avec l'équipe médicale et le service social hospitalier. Les objectifs de l'HT sont définis, en accord avec la personne et ses proches. Le médecin traitant en est informé.

La bonne transmission des informations est nécessaire au transfert avec l'appui d'outils permettant la sécurisation des données.

Les informations médicales se doivent d'être complètes avec la demande d'admission en HT. Elles sont envoyées à l'équipe de l'hébergement temporaire avant l'entrée de la personne et sont indispensables à l'étude de la demande d'admission par le médecin coordonnateur, notamment sur la capacité de l'organisation à répondre aux soins requis et aux besoins d'accompagnement de la personne dans un contexte de permanence des soins.

Lors de la sortie de l'établissement de santé, une **lettre de liaison en sortie d'hospitalisation**¹², rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge est remise au patient par ce médecin ou par un autre membre de l'équipe de soins qui l'a pris en charge et qui s'assure que les informations utiles à la continuité de soins ont été comprises. Cette lettre de liaison est transmise le même jour au médecin traitant. Elle participe de la bonne coordination hôpital/structure de transfert.

Est également adressé un bilan social permettant d'appréhender les problématiques hors santé.

Il est important que les démarches effectuées et les pistes explorées par le service hospitalier soient également transmises afin que l'équipe de l'établissement soit en capacité d'affiner le projet de retour à domicile durant le séjour.

2-LES RELATIONS ENTRE LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT TEMPORAIRE :

Le partenariat entre les établissements de santé et les établissements pratiquant des séjours temporaires en sortie d'hospitalisation doit être formalisé.

Cette formalisation s'inscrit dans les travaux menés sur les territoires de proximité par les MAIA avec pour objectifs d'identifier les profils et les situations concernées, les volumes associés de favoriser la dynamique d'organisation territoriale impulsée par le guichet intégré.

Les modalités de recours au cours du séjour en appui de la prise en charge médicale et paramédicale et au titre du suivi après la sortie doivent être intégrées.

¹² Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

PARTIE 4 : L'ORGANISATION DE L'OFFRE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE

4-1 LES PRINCIPES DIRECTEURS D'ORGANISATION DE L'OFFRE

L'organisation du dispositif d'hébergement temporaire repose sur des principes directeurs :

□ **ACCESSIBILITE** : L'offre en hébergement temporaire doit suivre l'évolution des besoins de population âgée en perte d'autonomie à l'échelle des territoires de proximité MAIA qui constitue les territoires de régulation de l'offre. De même, l'offre doit intégrer les habitudes de recours au dispositif (besoins dépassant l'offre) sur le territoire et l'évaluation des offres complémentaires du secteur.

□ **COMPLEMENTARITE** : Les structures d'hébergement temporaire sont complémentaires aux autres dispositifs visant à apporter un soutien aux proches aidants des personnes en perte d'autonomie sur leur territoire d'implantation.

□ **CONTINUITE** : L'offre en hébergement temporaire s'inscrit dans une optique de continuité avec les autres services offerts aux personnes en perte d'autonomie, en amont du séjour temporaire ou à l'issue du séjour.

□ **EFFICACITE ET EFFICIENCE** : L'organisation des places d'hébergement temporaire doit répondre à des critères d'efficacité et d'efficience. L'offre doit être effective sur les territoires. Une utilisation optimale des places est recherchée.

4-2 LE SYSTEME D'INFORMATION PARTAGE

Le fonctionnement du dispositif doit s'appuyer sur des outils d'information et de communication :

- Une demande d'admission sur la base d'un dossier unique.
- La gestion informatisée des places disponibles.
- Des outils de transmission sécurisée des informations concernant la personne.

4-3 LES CREATIONS DE PLACES D'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Les places d'hébergement temporaire sont soumises pour leur création et leur extension « dite de grande capacité » à la procédure de l'appel à projets et pour les extensions « dites non importantes » à la procédure simplifiée d'appel à candidatures.

Les futurs gestionnaires et les gestionnaires existants sont tenus de déposer une demande dans le cadre d'un appel à projets ou d'un appel à candidatures lancé conjointement par l'ARS et le conseil départemental du territoire visé. Les dossiers déposés doivent répondre aux exigences du cahier des charges publié s'appuyant sur le présent référentiel.

4-4 LE SUIVI DES PLACES D'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

De manière à accompagner le dispositif d'hébergement temporaire, il est demandé à l'établissement d'enregistrer les refus d'admission permettant une analyse des motifs à l'échelon territorial.