

ANNEXE 3 : EXTRAIT DU REFERENTIEL REGIONAL DE BONNES PRATIQUES DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE (VOLET HT 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...)¹.

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.

1-L'ADMISSION ET L'ACCUEIL :

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

¹ Cahier des charges des projets pilote PAERPA – Janvier 2013

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**², 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.

² Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison