

ANNEXE 1 : CAHIER DES CHARGES

1-Le cadrage juridique :

1-1 Cadrage général de l'appel à candidatures

- Articles L.313-2, D.313-2, R.313-7-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

1-2 Cadrage spécifique pour les EHPAD et l'hébergement temporaire

- Articles L.312-1 I 6°, D.312-155-0 à D.312-159-2, R.313-30-1- à R.313-30-4, R.314-158 à 186 du CASF (EHPAD) du CASF.
- Articles D.312-8 et 9 (Accueil temporaire) du CASF.
- Circulaire n° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.
- Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées.
- Instruction n° DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2019/100 du 25 avril 2019 relative aux orientations de l'exercice 2019 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.
- Circulaire n° SG/2019/117 du 15 mai 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2019.
- Référentiel régional de bonnes pratiques de l'hébergement temporaire pour personnes âgées en perte d'autonomie / ARS Bretagne-4 CD bretons Mai 2017 (Socle + volet spécifique HT post-hospitalisation) : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/referentiel-regional-de-bonnes-pratiques-de-lhebergement-temporaire-pour-personnes-agees>
- L'hébergement temporaire en EHPAD : retour d'expériences des territoires PAERPA / ANAP Mars 2019 : <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/lhebergement-temporaire-en-ehpad-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>

2-Le contexte national et régional :

Un séjour hospitalier prolongé peut aggraver la perte d'autonomie d'une personne âgée 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 motifs purement sociaux et non médicaux, malgré les risques qu'elle peut elle-même comporter (perte de repères, retentissement sur l'état psychologique, la nutrition et l'autonomie, maladies nosocomiales...).

L'enjeu pour la personne âgée est qu'elle soit hospitalisée aussi longtemps que nécessaire mais qu'elle puisse quitter l'hôpital quand cela est possible. Pour lui permettre de quitter l'hôpital tout en la maintenant dans un environnement sécurisé et faire ainsi le « sas » vers son domicile dans de bonnes conditions, des solutions transitoires peuvent être proposées.

C'est le cas de l'hébergement temporaire qui peut ainsi 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 réassurant.

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 qui ne peuvent être activées immédiatement.

La feuille de route « Grand âge et Autonomie » du 30 mai 2018 a annoncé la création de 1000 places d'hébergement temporaire en EHPAD pour les personnes âgées sortant d'hospitalisation financées à hauteur de 15 millions d'euros à compter de 2019, avec une tarification identique à celle de l'hôpital. Il s'agit de réduire le reste à charge de l'usager à un montant correspondant au forfait hospitalier.

Cette mesure s'appuie sur le bilan réalisé par l'ANAP du dispositif ad hoc mis en place dans le cadre de PAERPA sur des territoires pilotes pour faciliter et aider à la préparation de la sortie d'un établissement de santé d'une personne âgée. Le cahier des charges national prévoyait en effet à l'appui de son développement, que « *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* ». Une expérimentation PAERPA est en cours en Ille et Vilaine sur le territoire pilote du Pays de Rennes (démarrage automne 2018).

Ce bilan met ainsi en évidence que ce modèle d'HT dérogatoire sur le plan de l'organisation et du financement par rapport à l'HT dit « classique » encourage le décloisonnement entre l'hôpital, la ville et le médico-social, améliore l'offre de services pour les usagers par sa réactivité et présente une pertinence médico-économique au regard du coût d'une hospitalisation qui reste néanmoins à approfondir. Il identifie les éléments clés pour déployer ce dispositif en phase de démarrage et de fonctionnement.

Le rapport de la concertation « Grand âge et Autonomie » de Dominique LIBAULT rendu public le 28 mars 2019 prévoit en autre proposition de travailler à l'anticipation, la préparation et l'organisation de la sortie d'hospitalisation afin de limiter les réadmissions évitables des personnes âgées notamment :

« En diversifiant les transitions avant le retour à domicile des personnes âgées en fonction de leurs besoins de soins et d'aide, en protocolisant le recours à l'hébergement temporaire en EHPAD et en repensant la prise en charge temporaire en hôpital de proximité après une hospitalisation en établissement de recours ou de référence avant leur retour à domicile ».

Dans le cadre des crédits FIR, une enveloppe soin de 669 765 € est déléguée pour la Bretagne pour le déploiement de cette mesure au titre de 2019, en solvabilisation du séjour des résidents. Les financements au niveau national ont été répartis entre les régions en fonction de la part des personnes âgées bénéficiaires de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) à domicile.

Un référentiel régional de bonnes pratiques de l'hébergement temporaire à destination des personnes âgées en perte d'autonomie a été formalisé en 2017, diffusé à l'ensemble des EHPAD bretons.

Il prévoit, dans le cadre de la gradation des prestations d'HT à développer au niveau des territoires de proximité, un volet HT post-hospitalisation de droit commun *et non dérogatoire* reposant sur une « charte de fonctionnement » entre les établissements de santé pourvoyeurs et les structures d'accueil en capacité d'y répondre (obligation de formalisation).

Le travail de diagnostic de l'offre HT réalisé par l'ARS Bretagne et les Conseils départementaux en 2018, sur la base de l'activité des établissements gestionnaires de cette activité en 2016, fait apparaître que **23% des motifs de recours à l'hébergement temporaire au niveau régional sont liés à une suite d'hospitalisation** (cette part variant selon les territoires départementaux ou de proximité MAIA).

34 EHPAD ont déclaré sur cet exercice une activité développée pour 50% des séjours pratiqués et plus en suite d'hospitalisation et 38 établissements ont déclaré une activité développée en suite d'hospitalisation comprise entre 33% et 49% des séjours.

3-Les éléments de cadrage du projet :

3-1 Les établissements éligibles à l'expérimentation

L'appel à candidatures s'adresse aux EHPAD :

- disposant de places d'hébergement temporaire autorisée et financées : **il ne s'agit pas de création de places d'hébergement temporaires nouvelles mais de ciblage de places en fonctionnement (réorientation de places sans augmentation de la capacité),**
- ayant d'ores et déjà formalisé un projet spécifique à l'activité hébergement temporaire autorisée et financée,
- en capacité de mobiliser les équipes en interne pour répondre à l'objectif de réactivité attendu (préparation en amont de l'entrée, organisation de la sortie dans les 30 jours, coordination avec les partenaires du domicile, du parcours et la famille),
- engagé dans un partenariat effectif avec une (des) structure(s) de coordination et d'intégration (MAIA, PTA, CLIC) sur leur territoire d'implantation.

Il est demandé aux établissements bénéficiaires de places d'HT post-hospitalisation dans le cadre du PAERPA de déposer un dossier en réponse à cet appel à candidatures.

3-2 La population cible

Le dispositif spécifique d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation s'adresse aux personnes âgées en perte d'autonomie (Gir 1 à 4) :

- hospitalisées en court séjour (médecine, chirurgie), en service de gériatrie ou dans des services d'urgence,
- ne relevant plus de soins médicaux et ne relevant pas d'une orientation en service de soins de suite et de rééducation,
- dont la situation sociale ne permet pas un retour à domicile immédiat ou l'entrée dans une autre structure et dont les solutions peuvent être mises en place dans un délai de 30 jours.

Il peut s'agir :

- des personnes âgées fragilisées par leur hospitalisation qui présentent une limitation ou une perte de leur capacité d'accomplir les gestes de la vie quotidienne rendant nécessaire une aide au retour à domicile,
- des personnes âgées fragilisées par leur hospitalisation qui présentent une limitation ou une perte de leur capacité d'accomplir les gestes de la vie quotidienne et que l'aidant ne peut accompagner faute de moyens ou de savoir-faire ou parce qu'il a besoin de répit ou est lui-même en difficulté,
- des personnes âgées hospitalisées dont le retour à domicile nécessite l'aménagement du logement et/ou des aides financières dont la mobilisation implique des délais plus longs que le temps d'hospitalisation,
- des personnes âgées hospitalisées ne relevant pas du dispositif PRADO.

Ces places ne doivent pas être mobilisées dans l'attente d'une entrée en EHPAD.

3-3 L'opération envisagée et les territoires d'implantation

L'enveloppe régionale de crédits permettra l'identification de places au niveau régional sur la base d'une activité prévisionnelle de 75% tenant compte des modalités de financement.

Les EHPAD intégrés à ce dispositif assureront sa mise en œuvre sur tout ou partie de leurs places HT (**calibrage de places dédiées pour assurer la réactivité attendue**).

3-4 La capacité de mise en œuvre

Le calendrier prévisionnel de lancement de l'activité devra être précisé. La capacité à contractualiser ou à protocoliser avec un réseau de partenaires matures est un élément important de cette capacité.

La mise en place opérationnelle devra débuter au plus tard le 1^{er} mars 2020.

4-L'organisation de la prise en charge

L'objectif du dispositif spécifique d'HT post-hospitalisation est :

- de faciliter et sécuriser les retours à domicile après une hospitalisation,
- de limiter les durées moyennes de séjours à l'hôpital et les ré-hospitalisations évitables,
- d'optimiser les possibilités et le taux de recours à l'HT pour les personnes âgées en perte d'autonomie en diminuant leur reste à charge.
- d'améliorer l'offre de services sur les territoires,
- de inscrire ce dispositif dans une logique de pertinence du recours à une prestation dans une construction de parcours.

Des facteurs clés de succès ont été identifiés par l'ANAP :

Avant le démarrage :

- Définition d'une procédure de fonctionnement commune aux acteurs (rôles, missions, étapes...) et avec tous les acteurs participant au dispositif (ES, EHPAD, acteurs en charge de l'appui à la coordination).

- Construction d'outils communs (dossier de demande d'admission, document individuel de prise en charge...).
- Elaboration d'un profil d'usagers en fonction des besoins et capacités des acteurs hospitaliers et des EHPAD.
- Communication régulière sur l'existence du dispositif.

Après le démarrage :

- Définition des actions et d'un calendrier de communication réguliers auprès des adresseurs hospitaliers et du milieu ambulatoire.
- Organisation de rencontres, a minima annuelles, entre les acteurs participant au dispositif.

L'établissement devra préciser l'organisation opérationnelle (personnel mobilisé pour ces séjours, horaires d'accueil/organisation semaine/WE, organisation du schéma d'intervention avec les partenaires), les outils proposés et la formalisation des procédures de prise en charge. Un projet spécifique à l'activité HT post-hospitalisation devra être formalisé, en révision du projet d'ores et déjà mis en place par l'EHPAD.

4-1 L'admission et l'accueil

L'orientation en hébergement temporaire doit être adaptée aux besoins et aux souhaits de la personne. Son consentement doit être recueilli (ou de sa personne de confiance, ou de son tuteur).

Les critères de recours à l'hébergement temporaire en post-hospitalisation ont été définis dans **le référentiel régional de bonnes pratiques cf : annexe 2**. Il s'applique pleinement.

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

- dont l'état général rendrait possible le retour à domicile si les conditions de son environnement, physique ou social, le permettaient,
- dont les besoins de soins (médicaux et paramédicaux) sont clairement identifiés et organisés par l'établissement de santé (recours à une IDE libérale, à l'HAD...) : l'organisation de la continuité des soins est un préalable à l'admission,
- présentant des besoins liés à des prestations sociales d'autonomie : l'hébergement temporaire 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 en sortie d'hospitalisation 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 définition d'une typologie d'usagers éligibles au dispositif est nécessaire. Elle sera travaillée entre l'EHPAD et l'établissement de santé. Les dispositifs de coordination locaux devront être associés à ce travail de ciblage.

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 ainsi que l'équipe mobile de gériatrie intra-hospitalière. **Un repérage des bénéficiaires potentiels doit être effectué dès l'entrée à l'hôpital, de manière à organiser la sortie d'hospitalisation.**

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. Il s'agit d'évaluer précisément ses besoins - **incluant une évaluation des fragilités** - et la pertinence de l'HT au regard de sa problématique médicale et sociale. Le médecin traitant doit y être associé. **L'orientation est obligatoirement validée au sein de l'hôpital par un professionnel de santé formé à la gériatrie.**

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 ou l'EMG. 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'EHPAD 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. **Il ne s'agit pas de mettre l'EHPAD en difficulté avec une orientation inadéquate.**

Lors de la sortie de l'établissement de santé, une **lettre de liaison en sortie d'hospitalisation**¹, 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. L'établissement sanitaire alimente le DMP du patient de ce document ; à défaut, transmission par messagerie sécurisée. 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.

L'EHPAD assure en liaison avec les établissements hospitaliers la planification de la disponibilité des places.

4-2 Les conditions de séjour

L'accompagnement en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation dans le cadre de ce dispositif est limité à 30 jours par personne (durée maximale).

¹ Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

La durée prévisionnelle est déterminée en amont lors de l'orientation, définie lors des échanges entre l'établissement de santé et l'EHPAD. Cette durée est dépendante des objectifs à atteindre (**cf point 3-3 référentiel régional de bonnes pratiques de l'HT**). Elle pourra être de 15 jours renouvelable une fois. Un projet individualisé est développé pour les personnes accueillies, comprenant un plan de retour à domicile.

4-3 Les relations entre l'EHPAD et l'établissement de santé pourvoyeur

Le fonctionnement du dispositif repose sur une collaboration renforcée entre les établissements de santé et les EHPAD avec la mise en place d'outils opérationnels permettant une gestion efficace des places et donc leur fluidité.

Les établissements s'appuieront sur les préconisations réalisées dans le cadre des travaux sur les coopérations renforcées entre les établissements de santé et les EHPAD. **Il est nécessaire que les directions, les médecins (hospitaliers et coordonnateur) et les IDE des différentes structures impliquées participent à élaborer ensemble ce dispositif.**

Les règles de fonctionnement devront être clairement précisées et formalisées avec les concernant le ciblage des patients et leur suivi. Les modalités de recours à l'hôpital au cours du séjour en appui de la prise en charge médicale et paramédicale compte tenu de leur récente hospitalisation, en cas de nécessité de ré-hospitalisation et au titre du suivi après la sortie doivent être intégrées.

Une convention sera signée régissant cette collaboration sur les objectifs inhérents à la préparation de la sortie de l'hôpital et aux conditions de déroulement de séjour (ou avenant si convention existante).

Un référent devra être désigné au sein de de l'EHPAD d'accueil et au sein de l'établissement de santé pour assurer un suivi conjoint des patients accueillis.

4-4 Les partenariats

L'hébergement temporaire inscrit son action au sein de la coordination gérontologique locale en relation avec les dispositifs d'appui à la coordination (PTA, MAIA, CLIC) **cf point 3-9 référentiel régional de bonnes pratiques de l'HT**.

Les modalités de partenariat entre l'EHPAD et les principaux partenaires locaux impliqués dans le parcours de vie et de soin des personnes âgées devront être précisées, notamment les acteurs du domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD...).

L'établissement devra préciser le contexte coopératif dans lequel il inscrit sa candidature (description de la maturité des partenariats).

La mise en œuvre de ce dispositif repose sur un partenariat fort entre les établissements de santé, les EHPAD en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination. Un accompagnement par ces dispositifs en place sur le territoire peut être envisagé, sans revêtir de caractère systématique :

- au stade du recueil des disponibilités de places et de la centralisation des demandes,
- au stade de l'analyse des critères de recevabilité et de la validation des demandes,
- au stade de l'organisation du retour à domicile (évaluation, déclenchement des aides, procédure pour les retours à domicile anticipés...), voire du suivi.

Ils devront être impliqués dans le cadrage du dispositif.

4-5 La communication

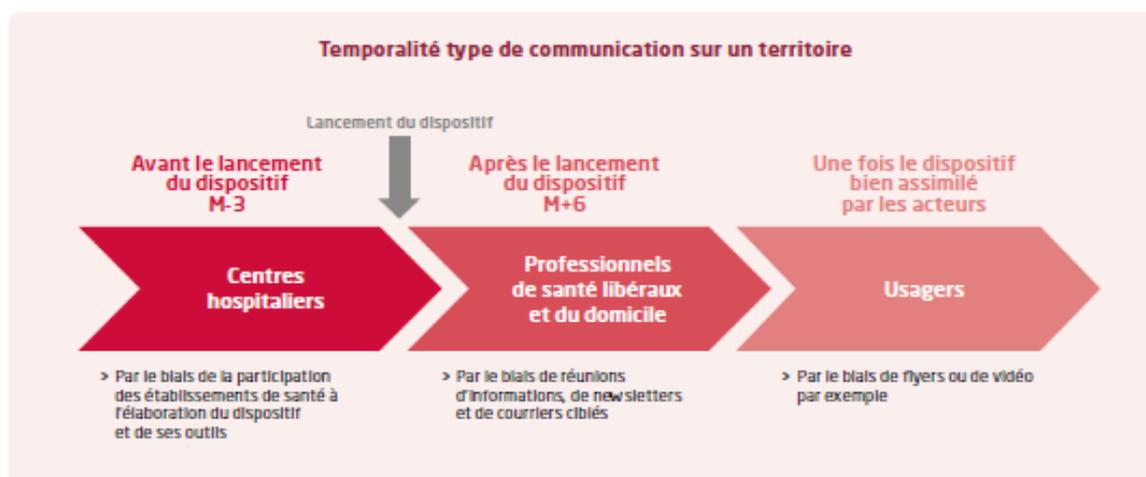
Une communication sur cette offre doit être organisée de manière à l'identifier, en faciliter le recours et sécuriser le parcours de soin et de santé des personnes âgées auprès des hôpitaux qui sont les premiers adresseurs (service d'urgence, service d'hospitalisation et de gériatrie, services sociaux et équipe mobile intra-hospitalière), mais également :

- auprès des services de soutien à domicile du territoire et auprès des professionnels de ville (médecins traitants, infirmiers libéraux (SSIAD, SAAD...),
- auprès des usagers et de leurs familles.

La communication peut prendre des formes diverses (réunions d'information, courriers/mêl ciblés, flyers de présentation, transmission d'informations/synthèse...), qui peuvent être appuyées par les dispositifs de coordination locaux (MAIA/PTA, CLIC).

Elle doit être régulièrement renouvelée pour faire connaître le dispositif, ses objectifs et ses modalités de fonctionnement.

Le bilan ANAP distingue trois étapes de communication selon les interlocuteurs sur le territoire :



4-Les modalités de financement :

Le dispositif est financé par l'assurance maladie qui prend en charge, pour ces places spécifiques d'hébergement temporaire, une partie du forfait dépendance et du tarif hébergement du séjour temporaire.

Ce financement supplémentaire a pour but de ramener le reste à charge pour le résident à un niveau équivalent au montant du forfait journalier hospitalier (soit 20 € en 2019 : *arrêté du 20 juin 2019 relatif aux montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale*) **SAUF dans la cas d'une prise en charge du forfait hospitalier par le Conseil départemental ou les organismes de protection sociale complémentaires.**

L'ARS finance le dispositif via l'attribution d'une participation financière journalière de 50 € maximum par journée (dans la limite de 30 jours par séjour). L'EHPAD s'engage à facturer

aux résident le tarif hébergement et dépendance après déduction des 50 € au plus, pour ramener le reste à charge à 20 € maximum.

A l'issue de la période de 30 jours pris en charge financièrement par l'ARS, le tarif hébergement appliqué sera celui pratiqué par l'EHPAD hors financement dérogatoire.

Le financement annuel alloué par l'ARS est déterminé en fonction d'un taux d'occupation moyen fixé à 75% pour ces places en sortie d'hospitalisation.

Il permet une revalorisation du forfait soin à hauteur de 13 687 € et permet de diminuer le reste à charge du résident de 50 € ($13\,687\text{ €} / 365\text{ jours} / 0,75$).

L'EHPAD devra justifier de la réalisation de ces journées pour lesquelles le financement est accordé à partir des indicateurs de suivi mis en place.

Il appartient à chaque établissement de préciser et de détailler les besoins de financement au regard du mode d'organisation choisi (nombre de places dédiées et taux d'activité prévisionnelle).

S'agissant de crédits FIR, une convention financière sera formalisée entre l'ARS et l'EHPAD retenu. **Le candidat devra fournir un RIB.**

5-Le suivi du dispositif et l'évaluation :

Les EHPAD retenus devront présenter avant mise en place du dispositif les outils et procédures opérationnelles travaillées en interne et avec les partenaires:

- les profils des personnes âgées compatibles avec les objectifs,
- les modalités d'adressage des personnes âgées hospitalisées vers l'EHPAD,
- les modalités de sortie de l'hébergement temporaire.

La mise en place et le suivi du dispositif donneront lieu à engagements conventionnels : soit par avenant spécifique à un CPOM existant (CPOM EHPAD, ou CPOM établissement de santé), soit par convention d'engagement en cas d'absence de CPOM.

L'évaluation sera réalisée à partir d'un rapport type d'activité annuel, reposant sur des indicateurs de suivi, avec un rapport intermédiaire à 6 mois et une analyse des conditions de mise en œuvre du dispositif (plus-value, difficultés, leviers) et des actions correctives à mettre en place (évolutions / adaptations). **Elle associera les services du conseil départemental du ressort.**

La poursuite de l'organisation mise en œuvre par un établissement sélectionné pourra être revue en fonction de l'atteinte des indicateurs définis. Elle pourra être remise en cause en cas de non-conformité aux attendus du dispositif.
