

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

L'hébergement temporaire en EHPAD

Retour d'expériences des territoires PAERPA



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans trois collections pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



+ d'infos ?

contact@anap.fr

Résumé

Les personnes âgées vivant à leur domicile peuvent avoir besoin, de façon ponctuelle, d'être accueillies dans une structure d'hébergement, notamment après une hospitalisation. L'enjeu est de sécuriser la sortie d'hospitalisation, pour réduire la durée du séjour et limiter les réhospitalisations. Le dispositif d'Hébergement temporaire (HT) en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est une réponse à ce besoin. Des places existent sur le territoire mais sont peu mobilisées en sortie d'hospitalisation; le reste à charge constitue un frein pour y accéder.

Pour répondre à ce constat, certains territoires ont développé, de façon expérimentale et selon des critères spécifiques, un dispositif d'hébergement temporaire en EHPAD avec limitation du reste à charge. Initialement pensé pour les sorties d'hospitalisation, il a parfois été étendu à d'autres motifs.

La présente publication a été réalisée dans le cadre du programme «Personnes âgées en risque de perte d'autonomie» (PAERPA) dont la mise en œuvre dans les territoires pilotes est accompagnée par l'ANAP. Elle constitue une aide à la préparation et à la mise en œuvre de ce type de dispositif, à travers la description des modalités pratiques de fonctionnement, des processus et des outils mobilisables, ainsi que des bénéfices perçus par les acteurs. Les éléments étudiés n'ont pas permis d'identifier des critères fiables permettant de définir le nombre de places nécessaires pour un territoire donné. Pour autant, certains points de vigilance sont soulignés, en amont, pendant le séjour et en aval; ceux-ci doivent être travaillés avec les différents partenaires pour que le dispositif soit pleinement efficace.

Cette publication s'adresse principalement aux équipes de direction, médicales et soignantes des EHPAD et établissements de santé qui souhaiteraient préparer ou améliorer la mise en œuvre d'un tel dispositif. Elle s'adresse également aux Agences Régionales de Santé, notamment aux professionnels en charge des parcours de santé des personnes âgées et des responsables de l'offre en EHPAD, ainsi qu'aux services en charge des établissements pour personnes âgées au sein des Conseils départementaux, pour concevoir et décliner ce type de dispositif dans les territoires. Enfin, elle pourra intéresser les autres professionnels potentiellement impliqués, tels que les équipes mobiles de gériatrie et les professionnels de la coordination.

Neuf monographies descriptives des territoires pilotes ayant décliné ce dispositif sont également disponibles. Elles ont été réalisées à partir d'entretiens effectués début 2018 et permettent d'avoir un aperçu détaillé du fonctionnement du dispositif dans ces territoires.

Une boîte à outils recensant l'ensemble des outils collectés sur les neuf territoires lors du travail de capitalisation est également mise à disposition.

Abstract

Elderly people living at home may need to receive care in a residential facility on an ad hoc basis, particularly after a period of time in hospital. The challenge is to ensure their safe discharge from hospital, to reduce the length of stay and limit re-hospitalisation. The temporary accommodation (Hébergement temporaire, HT) in a Residential Facility for Dependent Elderly People (EHPAD) scheme provides a solution to this problem. Places are available regionally but are under-used for patients being discharged from hospital, as the co-payment is a barrier to access.

In response to this, some regions have developed pilot schemes with specific criteria for temporary accommodation in EHPAD, with a cap on the co-payment. Initially designed for patients being discharged from hospital, this scheme has sometimes been extended to other purposes.

This publication was produced as part of the "Elderly people at risk of loss of autonomy" (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie, PAERPA) programme, which is being implemented in the pilot regions with support from ANAP. It provides support for laying the ground for and implementing this type of scheme by describing its practical operating methods, the processes and tools that can be used, and the benefits to those involved. The elements studied did not make it possible to identify reliable criteria for defining the number of places required in a given region. However, certain problem areas have been highlighted - in advance, during, and after the patient's stay - which the various partners involved must work on for the scheme to be fully effective.

This publication is primarily aimed at the management, medical and nursing teams of EHPAD and healthcare facilities who would like to lay the ground for or improve the implementation of such a scheme. It is also aimed at Regional Health Agencies, in particular professionals responsible for care pathways in the elderly and those responsible for the Residential Facility (EHPAD) offering, as well as the departments responsible for elderly care facilities within departmental councils, to design and implement this type of scheme at a regional level. Finally, it may be of interest to the other professionals who may be involved, such as mobile geriatric units or professionals coordinating care.

Nine descriptive monographs of the pilot regions that have implemented this system, produced from interviews carried out in early 2018, are also available. They provide a detailed overview of how the system works in these regions.

A toolbox listing all the tools collected in the nine regions as part of the consolidation work is also available.

Préface

Le programme Paerpa (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé des personnes âgées de plus de 75 ans fluide et dans lequel chaque professionnel a sa place.

Déployé et expérimenté depuis 2014 sur 18 territoires pilotes, il vise en particulier à permettre aux personnes âgées de vivre le plus longtemps possible et dans les meilleures conditions à leur domicile. Pour cela, le programme s'attache à réduire les hospitalisations et réhospitalisations évitables, et à améliorer les prises en charges sociales et médicales, en particulier en renforçant la coordination entre acteurs et en améliorant leurs échanges.

Il est articulé autour de plusieurs actions clés qui ont, entre autre, pour objectif d'optimiser les transitions ville-hôpital. C'est dans cette optique qu'un dispositif dérogatoire d'hébergement temporaire en EHPAD d'une durée maximale de 30 jours et financé par l'assurance maladie peut-être proposé à la sortie d'hospitalisation dès lors que la personne ne justifie plus de soins médicaux.

Cet hébergement temporaire doit donner le temps nécessaire à la réintégration au domicile dans un cadre sécurisé ou à l'orientation vers une nouvelle structure d'accueil.

Ce dispositif vient compléter le panel des réponses mobilisables par les professionnels hospitaliers lorsqu'une personne hospitalisée ne peut rentrer immédiatement à domicile ou que l'aidant est hospitalisé. Il constitue souvent une solution adaptée dans la mesure où il évite, dans certains cas, un séjour hospitalier prolongé, qui peut être source d'aggravation de la perte d'autonomie.

Préface

En se référant aux retours d'expériences issues de 9 territoires pilotes, cette publication présente les dispositifs innovants d'hébergement temporaire qui y ont été expérimentés, et donne les clés afin d'en permettre un déploiement efficient.

Pr. Claude Jeandel

Président du Conseil National Professionnel (CNP) de gériatrie
Co-auteur du rapport Parcours de santé des PAERPA

Sommaire

Introduction	p. 8
1. Principaux enseignements	p. 9
1. La stabilisation des expérimentations	p. 10
2. La formalisation et le développement d'outils	p. 10
3. L'importance de la communication sur les dispositifs	p. 10
4. Les éléments clés pour déployer des dispositifs similaires sur un territoire	p. 10
2. Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires	p. 13
1. Le choix des EHPAD participants	p. 14
2. La mobilisation et le type de places	p. 14
3. Les motifs d'entrée et les durées de séjour en hébergement temporaire	p. 17
4. L'inclusion dans le dispositif	p. 18
5. Le financement des places	p. 20
6. Le rôle clé des Coordinations territoriales d'appui (CTA) dans le dispositif	p. 22
7. L'enjeu de l'issue de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation	p. 24
8. Les enjeux de l'hébergement temporaire pour les EHPAD	p. 25
9. La participation des centres hospitaliers au dispositif	p. 26
10. La sensibilisation des adresseurs au dispositif	p. 26
11. La convention : un équilibre à trouver entre outil de formalisation et rigidité du cadre	p. 28
3. Apports du dispositif	p. 29
1. Amélioration de l'offre de services	p. 30
2. Rapprochement ville/hôpital	p. 30
3. Pertinence médico-économique	p. 30
4. Apports de l'hébergement temporaire de personnes âgées en risque de perte d'autonomie vs l'hébergement temporaire classique	p. 31
Glossaire	p. 32
Remerciements	p. 33

Introduction

Afin de sécuriser la sortie d'hospitalisation des personnes âgées, les neuf territoires pilotes du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » ont inscrit dans leur feuille de route des actions relatives à l'Hébergement temporaire (HT) en EHPAD. Conformément au cahier des charges national, l'hébergement temporaire consiste à proposer aux personnes âgées de 75 ans et plus, en sortie d'hospitalisation et ne relevant plus de soins médicaux, un hébergement en EHPAD de façon temporaire (30 jours maximum). Ce type d'hébergement doit permettre d'améliorer la qualité de vie en réadaptant la personne, en mettant en place des actions visant à :

- ▶ Restaurer et préserver l'autonomie de la personne (gestes de la vie quotidienne, aux relations sociales, à la reprise d'activités, etc.);
- ▶ Préparer le retour au domicile (ou l'orientation vers une nouvelle structure d'accueil) avec la famille, les proches et les services sociaux ;
- ▶ Réaliser les adaptations nécessaires du logement pour un retour au domicile dans de bonnes conditions.

Dans certains cas, le dispositif doit également permettre de limiter le risque de ré-hospitalisation, qui peut être important lorsque la transition hôpital-domicile est trop rapide.

Il s'agit d'un dispositif dérogatoire, spécifique au programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ». Il se différencie du dispositif classique d'hébergement temporaire par le délai de prise en charge, le mode de financement et les conditions d'admission.

Les places d'hébergement temporaire en EHPAD peuvent être soit dédiées au programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie », c'est-à-dire réservées exclusivement aux usagers entrant dans le cadre du programme, soit non dédiées. Dans ce cas, les places peuvent également être mobilisées pour de l'hébergement temporaire classique selon la demande et les disponibilités des places.



PRÉCAUTIONS DE LECTURE

La présente publication utilise le terme d'hébergement temporaire, issu du cahier des charges national, pour désigner l'hébergement temporaire de personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Le terme englobe donc également les terminologies spécifiques adoptées par certains territoires (chambres relais et hébergement relais notamment). Toute référence à l'hébergement temporaire classique est mentionnée de façon explicite.


Les territoires étudiés pour la présente publication sont les neuf premiers territoires impliqués dans le programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » : Basse-Corrèze, Bordeaux, Bourgogne nivernaise, Grand Nancy, Hautes-Pyrénées, Mayenne, 9^e, 10^e et 19^e arrondissements de Paris, Sud-Est puis Nord-Est de l'Indre-et-Loire, Valenciennois-Quercitain.

Les modalités suivantes de recueil ont été utilisées :

- ▶ Analyse des documents de travail des territoires (conventions, plaquettes, logigrammes, etc.);
- ▶ Analyse des outils construits et utilisés par les acteurs sur le terrain;
- ▶ Entretiens auprès de cinq administrations centrales et agences (DSS, DGCS, DGOS, CNSA, EHESP, ANAP);
- ▶ Entretiens auprès des neuf chefs de projet « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » en ARS (Agence régionale de santé);
- ▶ Entretiens auprès de trente-huit structures (EHPAD, coordination territoriale d'appui, centre hospitalier, etc.) et plus de soixante-dix acteurs participant au dispositif sur les neuf territoires;
- ▶ Enquête en ligne réalisée du 24 janvier au 23 février 2018 et adressée à l'ensemble des EHPAD participants au dispositif sur les neuf territoires, soit 79 établissements, pour un taux de réponse obtenu de 53 %¹.

Ces éléments ont été recueillis sur cinq mois entre novembre 2017 et mars 2018. Malgré la diversité des déploiements observés dans les territoires, incluant des temporalités de mise en œuvre différentes il est possible d'en tirer une analyse transversale, objet de la présente publication. Il ne s'agit pas d'effectuer une évaluation mais d'apporter des éclairages en termes de modalités possibles de déploiement et de fonctionnement à des territoires ayant lancé le même type d'initiatives, ou souhaitant le faire prochainement.

1 - Enquête menée auprès de tous les gestionnaires d'EHPAD participants au dispositif d'hébergement temporaire et/ou de mutualisation d'Infirmier diplômé d'État la nuit en EHPAD sur les neuf premiers territoires d'expérimentation du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».



1

Principaux
enseignements

Chapitre 1

Principaux enseignements

1. La stabilisation des expérimentations

De façon générale, le déploiement de l'hébergement temporaire a rencontré peu d'obstacles et certains territoires affichent aujourd'hui des taux d'occupation élevés couplés à des taux de retour à domicile importants, grâce à la construction de procédures et d'outils communs aux acteurs. Néanmoins, la question de la viabilité du modèle de financement dans un contexte de pérennisation du dispositif reste ouverte.

Deux leviers semblent aujourd'hui clés pour avancer dans la stabilisation du dispositif : la formalisation des procédures et des outils, d'une part, et la communication auprès des acteurs d'autre part.

2. La formalisation et le développement d'outils

La capitalisation met en lumière l'importance de la formalisation d'outils et de procédures dans le niveau d'implication des acteurs concernés (adresseurs, CTA et EHPAD) et dans leur capacité à répondre aux objectifs fixés sur les territoires.

Dans les territoires pilotes cette formalisation concerne l'élaboration de critères communs d'inclusion et d'exclusion au dispositif, de logigrammes et de procédures entre les acteurs définissant leur rôle à chaque étape du processus (avant, pendant et après le séjour) et les outils à utiliser. La formalisation d'outils de liaison communs aux différents acteurs tels que le formulaire de demande d'hébergement ou la fiche d'évaluation en EHPAD, est également un facteur de succès observé sur les territoires grâce à la lisibilité qu'ils apportent au dispositif.

3. L'importance de la communication sur les dispositifs

La formalisation du dispositif s'accompagne, sur les territoires qui enregistrent une activité importante, d'une communication et d'une sensibilisation ciblées et harmonisées auprès des acteurs. Celles-ci influencent positivement la sollicitation des dispositifs par les adresseurs (tant les professionnels hospitaliers que les professionnels de santé libéraux et du domicile).

Par ailleurs, le dispositif d'hébergement temporaire nécessite un engagement en temps et en énergie conséquent de la part des acteurs. Il peut bouleverser le fonctionnement de l'EHPAD et requérir d'importantes adaptations structurelles. Dans les territoires pilotes, la motivation et l'implication personnelle de certains acteurs a été indispensable à la réussite du dispositif. Celui-ci ne doit cependant pas reposer uniquement sur quelques personnes. Une formalisation rigoureuse et une communication régulière auprès des différentes parties prenantes mobilisées sont des leviers essentiels de succès et de pérennité pour les dispositifs.

4. Les éléments clés pour déployer des dispositifs similaires sur un territoire

À l'aune des observations faites sur les territoires, il est possible d'identifier des éléments clés à prendre en compte pour déployer des dispositifs similaires.

Avant le démarrage du dispositif :

- ▶ Identifier le modèle à mettre en œuvre :
 - Sélection des EHPAD participants, en fonction des caractéristiques territoriales (concentration des places dans les territoires denses et urbains, maillage territorial dans les territoires ruraux en prenant en compte les bassins de santé et de population dans le choix des EHPAD) et en fonction de la volonté des EHPAD ou non à participer (opportunité pour certains d'augmenter le taux d'occupation des places d'hébergement temporaire grâce à la diminution importante du reste à charge pour l'utilisateur) ;
 - Identification du nombre de places optimal sur le territoire en fonction notamment du nombre de personnes potentiellement bénéficiaires, de la capacité des EHPAD et des besoins des hôpitaux du territoire (pression sur les lits, existence de solutions de sortie autres à disposition des assistantes sociales hospitalières) ;
 - Identification du type de places à mobiliser sur le territoire : places dédiées ou non dédiées, en fonction des taux d'occupation des EHPAD et du modèle de financement envisagé (financement forfaitaire ou à l'activité) : cette identification doit se faire en concertation avec l'EHPAD et en fonction de sa capacité à gérer des places fluctuantes et de sa volonté de dédier des places au dispositif.
- ▶ Définir, en amont du lancement, une procédure de fonctionnement commune aux acteurs (définition des rôles et temporalité des missions de chacun) avec tous les acteurs participant au dispositif (CH, EHPAD, acteurs en charge de l'appui à la coordination) ;

Chapitre 1

Principaux enseignements

- ▶ Construire des outils communs (dossier de demande d'admission, contrats de séjour, fiche d'évaluation des besoins de la personne âgée en sortie d'hospitalisation, etc.) avec tous les acteurs participant au dispositif ;
- ▶ Élaborer un profil d'usagers en fonction des besoins et capacités des acteurs hospitaliers et des EHPAD ;
- ▶ Communiquer sur l'existence du dispositif, son fonctionnement et ses objectifs auprès des adresseurs (par le biais des assistantes sociales hospitalières par exemple).

Après le démarrage du dispositif :

- ▶ Définir des actions et un calendrier de communication auprès des adresseurs hospitaliers et du milieu ambulatoire ;
- ▶ Organiser des rencontres, *a minima* annuelles, entre les acteurs participant au dispositif pour réorienter si besoin le fonctionnement et les outils, et partager les retours d'expérience.

Figure 1 : Tableau récapitulatif des modalités d'hébergement temporaire du programme sur les neuf territoires pilotes

	Basse-Corrèze	Bordeaux	Bourgogne nivernaise	Grand Nancy	Hautes-Pyrénées	Mayenne	Paris (9 ^e , 10 ^e , 19 ^e arr.)	Indre-et-Loire	Valenciennois-Quercitain
Caractéristiques du territoire	Territoire rural à faible densité de population	Territoire très urbain à forte densité de population	Territoire très rural à faible densité de population	Territoire très urbain à forte densité de population	Territoire rural à faible densité de population	Territoire rural à faible densité de population	Territoire très urbanisé à densité particulièrement forte	Territoire mixte : urbanisé autour de Tours, rural et semi-rural dans le reste du dép.	Territoire urbain et dense
Nbre de pers. âgées de 75 ans et plus²	16 000 pers.	19 200 pers.	9 000 pers.	19 200 pers.	29 000 pers.	33 000 pers.	18 500 pers.	36 000 pers.	30 700 pers.
Date de démarrage du dispositif	Fin 2015	Automne 2015	Avril 2015	Octobre 2014	Avril 2015	Février 2017	Septembre 2015	Automne 2015	Juillet 2015
Nbre d'EHPAD participants	4	4	1	12	10	2	1	5	4
Type de places mobilisées	Places dédiées aux pers. âgées en risque de perte d'autonomie	Places dédiées aux pers. âgées en risque de perte d'autonomie	Places non dédiées aux pers. âgées en risque de perte d'autonomie (depuis septembre 2017)	Places non dédiées aux pers. âgées en risque de perte d'autonomie	Places dédiées et non dédiées aux pers. âgées en risque de perte d'autonomie selon les EHPAD	Places dédiées aux pers. âgées en risque de perte d'autonomie	Places dédiées aux pers. âgées en risque de perte d'autonomie	Places dédiées ou non dédiées aux pers. âgées en risque de perte d'autonomie selon les EHPAD	Places dédiées aux pers. âgées en risque de perte d'autonomie
Nbre total de places	5	4	2	32 ³	11	6	12	8	8

11

>>>

2 - Données issues de l'Atlas des territoires pilotes PAERPA, Irdes, 2015.

3 - Nombre total de places d'hébergement temporaire classique sur le territoire, toutes potentiellement mobilisables pour les « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».

Chapitre 1

Principaux enseignements

(Suite) Tableau récapitulatif des modalités de l'hébergement temporaire du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » sur les neuf territoires pilotes

	Basse-Corrèze	Bordeaux	Bourgogne nivernaise	Grand Nancy	Hautes-Pyrénées	Mayenne	Paris (9 ^e , 10 ^e , 19 ^e arr.)	Indre-et-Loire	Valenciennois-Quercitain
Nbre de séjours achevés de début 2015 à fin 2017 (dont nbre de séjours en sortie d'hospitalisation)⁴	78 (38)	105 (49)	41 (30)	296 (269)	125 (46)	40 (33)	149	68 (50)	146 (91)
Durée moyenne de séjour⁵	2 à 3 semaines	18,8 jours	n.c.	17,7 jours	n.c.	n.c.	n.c.	17,3 jours	26,3 jours (en sortie d'hospitalisation) 14 jours (via domicile)
Taux de retour à domicile⁶	n.c.	52,5% (en 2016)	33% (en 2017)	80%	50%	n.c.	n.c.	63%	64% (en sortie d'hospitalisation) 74% (via domicile)
Type de financement	Forfaitaire (avec possibilité de réajustement)	Forfaitaire	À l'activité (depuis septembre 2017)	À l'activité (en fonction du nombre de séjours effectués)	À l'activité ou forfaitaire, selon le type de places	À l'activité	Forfaitaire	À l'activité	Forfaitaire
Rémunération journalière par place en 2017	50 € (ARS) + 18 € (résident)	53 € (ARS) + 18 € (résident)	50 € (ARS) + 18 € (résident)	53 € (ARS)	50 € (ARS) + 18 € (résident)	50 € (ARS) + 18 € (résident)	95 € (ARS)	50 € (ARS) + 18 € (Conseil départemental ou CARSAT/MSA selon le GIR)	71 € (ARS)
Existence d'un reste à charge	Oui	Oui	Oui (remboursé dans la quasi-totalité des cas par les mutuelles)	Non	Oui	Oui	Non	Non (sauf pour les personnes en GIR 5 et 6 non affiliées CARSAT ou MSA)	Non (depuis juin 2017)
Motifs d'entrée dans le dispositif et durée maximale	<ul style="list-style-type: none"> En sortie d'hospitalisation (15 jours, renouvelables une fois) En cas d'hospitalisation en urgence de l'aidant (15 jours renouvelables une fois) 	<ul style="list-style-type: none"> En sortie d'hospitalisation et des urgences (7 jours renouvelables une fois) En sortie de domicile (7 jours renouvelables une fois) 	<ul style="list-style-type: none"> En sortie d'hospitalisation (30 jours) En sortie de domicile (30 jours) 	<ul style="list-style-type: none"> En sortie d'hospitalisation (30 jours) En cas de défaillance et d'hospitalisation programmée de l'aidant (15 jours) 	<ul style="list-style-type: none"> En sortie d'hospitalisation (30 jours) En sortie de domicile : en cas d'hospitalisation programmée ou urgente de l'aidant et autres motifs d'urgence (15 jours) 	<ul style="list-style-type: none"> En sortie d'hospitalisation (30 jours) En cas d'hospitalisation en urgence de l'aidant (15 jours) 	<ul style="list-style-type: none"> En sortie d'hospitalisation (30 jours) En cas d'hospitalisation ou de répit de l'aidant (15 jours, renouvelables une fois) En sortie de soins de suite et de réadaptation depuis janvier 2018 avec engagement de reprise (30 jours) 	<ul style="list-style-type: none"> En sortie d'hospitalisation et des urgences (15 jours renouvelables une fois) En cas de défaillance soudaine de l'aidant (15 jours) 	<ul style="list-style-type: none"> En sortie d'hospitalisation (30 jours) En cas d'hospitalisation de l'aidant (15 jours)

12

4 - Données issues du tableau de bord national de l'ANAP et fournies par les ARS.

5 - Données ARS.

6 - Données ARS.

7 - Données issues du tableau de bord national de l'ANAP et fournies par les ARS.

8 - Données communiquées par l'ARS Île-de-France.



2

Description comparée des
modalités de déploiement
selon les territoires

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

1. Le choix des EHPAD participants

1.1 Une sélection effectuée par les ARS parmi les EHPAD volontaires

Dans la majorité des cas, les ARS ont sélectionné les EHPAD parmi les candidatures reçues en fonction de critères prédéfinis dans le cadre d'appels à projets. Leur volonté était de disposer d'un maillage territorial et de faire participer des EHPAD de différents statuts. Dans certains cas (à Nancy et en Bourgogne nivernaise notamment), tous les EHPAD volontaires ont été retenus pour participer à l'expérimentation. Au final, les EHPAD retenus étaient quasiment tous volontaires pour participer au dispositif, et s'y sont particulièrement impliqués.

1.2 Des motivations diverses à intégrer le dispositif

Les EHPAD avancent plusieurs raisons pour expliquer leur participation au dispositif :

- ▶ **Une réponse à un besoin réel** : la plupart d'entre eux avaient identifié un besoin d'hébergement ponctuel disponible de façon quasi immédiate, avec un coût moindre pour le résident ;
- ▶ **Une ouverture vers le sanitaire, les bénéficiaires et leur famille** : le dispositif est un bon moyen de faire connaître l'EHPAD et son fonctionnement auprès des acteurs du sanitaire, ainsi que des personnes âgées et de leur famille. Les EHPAD y ont vu une opportunité d'améliorer leur image. En outre, la nouvelle mission de ré-autonomisation confiée aux EHPAD dans le cadre de ce dispositif est valorisante pour les établissements et leurs équipes. L'EHPAD n'est plus seulement le dernier lieu de vie, c'est également un lieu de transition dont on sort ;
- ▶ **Une opportunité financière** : sur de nombreux territoires, l'hébergement temporaire classique était peu connu par l'hôpital et sous-utilisé. Le dispositif a été vu par certains EHPAD comme une opportunité pour augmenter leur taux d'occupation et donc comme un levier financier. Cette affirmation est néanmoins à nuancer en fonction des territoires et des structures. Sur certains territoires où la pénurie de places en hébergement temporaire est importante comme en Basse-Corrèze, ce levier n'a pas été incitatif pour la participation. À l'inverse, cet argument est d'autant plus important pour les établissements privés à but lucratif dont les coûts d'hébergement temporaire classique sont élevés et souvent non éligibles à l'aide sociale.

2. La mobilisation et le type de places

2.1 Les deux types de places observés sur les territoires

On trouve sur les territoires deux types de places mobilisées pour l'hébergement temporaire des personnes âgées en risque de perte d'autonomie :

- ▶ **Les places dédiées au programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie »** : cela concerne cinq territoires sur neuf. Deux autres territoires ont mobilisé les deux types de places.

Dans tous les cas, ces places ont été définies par réorientation de places existantes, sans augmentation de la capacité des EHPAD. Selon les territoires, il s'agit de places d'hébergement temporaire classique (ex. : Paris, Bordeaux, Valenciennois-Quercitain, certains EHPAD d'Indre-et-Loire), de places d'hébergement permanent (ex. : certains EHPAD en Indre-et-Loire) ou de places en dehors des autorisations délivrées par les ARS et Conseils départementaux (ex. : Basse-Corrèze).

Illustration

PLACES POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE EN DEHORS DES AUTORISATIONS ARS ET CONSEIL DÉPARTEMENTAL : L'EXEMPLE DE LA BASSE-CORRÈZE

Le territoire a fait le choix de dédier aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie des places n'entrant pas dans les autorisations délivrées par l'ARS et le Conseil départemental en raison de la pénurie de places en hébergement temporaire et permanent. Les places mobilisées pour le dispositif correspondent par exemple à des chambres réservées jusqu'alors aux familles rendant visite à leurs parents et nécessitant un hébergement ponctuel ou à des espaces inoccupés au sein de l'EHPAD. Ces espaces étaient mobilisables dans le cadre de l'expérimentation, sur accord de l'ARS.

De plus, ce modèle permet de limiter les éventuelles conséquences financières puisqu'il ne modifie pas le nombre de places autorisées par l'ARS et le Conseil départemental. Il s'agit de places supplémentaires dont le taux d'occupation n'impacte pas le taux d'occupation global de l'EHPAD.

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

- **Les places non dédiées au programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie »** : deux territoires ont choisi spécifiquement cette modalité. Les places non dédiées sont mobilisables pour le dispositif en fonction des disponibilités et de leur occupation par de l'hébergement temporaire classique.

Le choix de dédier ou non les places aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie est étroitement lié au modèle de financement choisi par les ARS (Cf. partie 2.5). Il s'agit donc le plus souvent d'une décision des ARS. Néanmoins, certains territoires ont opté pour un modèle mixte de places dédiées et de places non dédiées sur la base des places existantes, en laissant le choix aux EHPAD (Hautes-Pyrénées, Indre-et-Loire).

2.2 La détermination du nombre de places

Le nombre de places mobilisables pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie ne résulte pas exclusivement d'un calcul en fonction des besoins potentiels identifiés sur les territoires. La détermination du nombre de places est davantage la résultante de plusieurs facteurs circonstanciels comme le nombre d'EHPAD s'étant portés volontaires, leurs capacités d'accueil et l'enveloppe de financement dont disposent les ARS et qu'elles souhaitent allouer. Sur ce dernier point il est relevé que le financement forfaitaire des places est plus coûteux que la rémunération à l'activité. Le coût en est d'autant plus élevé que le forfait est souvent calculé sur la base d'un taux d'occupation supérieur au taux d'activité réellement constaté sur la plupart des territoires, et qu'un certain nombre d'ARS ne réévaluent pas leur financement l'année suivante sur la base du taux d'occupation constaté l'année précédente.

Dans le cas de places dédiées, la plupart des territoires ont opté pour le même nombre de places dans chacun des EHPAD participants. Les ARS déterminent ce nombre en fonction de l'établissement ayant le moins de capacité.

Dans le cas de places non dédiées, le nombre de places mobilisables correspond théoriquement au nombre de places d'hébergement temporaire classique de chaque établissement.

Le dispositif étant en phase d'expérimentation, le nombre de places a pu s'ajuster sur certains territoires. Certaines places ont été supprimées en raison d'un taux d'occupation trop faible, en les réallouant à de l'hébergement temporaire classique ou à de l'hébergement permanent en fonction de la nature des autorisation. De nouvelles places ont été créés dans les

établissements déjà participants ou dans de nouveaux établissements. Au global, le nombre de places dédiées au programme est en augmentation.

Illustration

QUELLES INFORMATIONS POUR ESTIMER LE NOMBRE DE PLACES NÉCESSAIRES ?

Pour estimer le nombre « nécessaire » de places en hébergement temporaire pour un territoire donné, les principales informations à prendre en compte sont :

- Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus résidant sur le territoire ;
- Le nombre de places en EHPAD, en articulation avec les politiques de l'offre pour personnes âgées :
 - Permanentes vs temporaires ;
 - L'existence ou non de places en unité de vie protégée permettant la prise en charge d'usagers souffrant de troubles du comportement, fréquents parmi la population cible de personnes âgées en risque de perte d'autonomie ;
- Le taux de ré-hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus : plus celui-ci est important, plus un séjour transitoire en EHPAD est susceptible d'être utile ;
- Le taux de recours aux soins de suite et de réadaptation ;
- La tension sur les lits en hôpital (Cf. partie 2.9).

Ensuite, afin d'optimiser l'occupation des places, il est nécessaire de prendre en compte plusieurs paramètres :

- La communication sur le dispositif auprès des adresseurs⁹, et notamment des centres hospitaliers (Cf. partie 2.10) ;
- La localisation géographique, avec prise en compte des bassins de vie.

2.3 La localisation géographique des places : concentration en zone urbaine vs maillage territorial en zone rurale

L'importance de la localisation géographique des places, et particulièrement de sa proximité avec le domicile de l'utilisateur, dépend du type de territoire.

Dans les territoires majoritairement ruraux, l'éloignement géographique est important. Les distances sont en effet plus longues au sein d'un même territoire, ce qui peut rendre difficile la visite des proches aidants, notamment lorsque le (la) conjoint(e)

9 - Le terme « adresseur » fait référence, dans le présent document, aux structures et personnes sollicitant une demande d'hébergement temporaire pour les « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

16

est âgé(e). De plus, les interlocuteurs rencontrés remontent que « *l'attachement au territoire y est souvent plus important, tout comme à la vie locale* ». Il n'est pas rare que dans certaines zones rurales, les résidents d'un même EHPAD se connaissent depuis longtemps bien avant leur arrivée en EHPAD. Il est alors plus difficile de s'intégrer pour une personne ne venant pas de la même localité.

À l'inverse, dans les territoires urbains et densément peuplés, l'absence de proximité géographique entre la place d'hébergement temporaire et le domicile de la personne âgée ne semble pas freiner l'utilisation du dispositif. L'éloignement est plus relatif car le territoire est plus resserré et les déplacements plus aisés. En outre, l'attachement au territoire y semble moins important.

Dès lors, deux modèles de répartition géographique des places se distinguent, en fonction des caractéristiques du territoire :

- ▶ **Un modèle plus concentré** sur les territoires urbains (quatre territoires concernés) : les places sont concentrées sur un nombre réduit d'EHPAD, potentiellement plus éloignés du domicile des personnes accompagnées. Dans ce modèle, l'avantage est de pouvoir renforcer les moyens de l'EHPAD pour assurer l'admission rapide de l'usager, sa prise en charge et préparer son retour à domicile. Ce modèle peut également potentiellement compenser la charge de travail importante des EHPAD engendrée par cet accompagnement par la mise en place de moyens supplémentaires mutualisés entre les différents EHPAD (Cf. partie 2.8) ;
- ▶ **Un modèle déconcentré** sur les territoires ruraux (cinq territoires concernés) : les places des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sont réparties sur plusieurs EHPAD du territoire de façon à s'adapter aux différents bassins de population et de vie. Dans ce modèle, et en raison du plus grand nombre d'établissements impliqués dans le dispositif, le rôle de la coordination territoriale d'appui apparaît primordial pour assurer une fluidité et une homogénéité de la procédure (Cf. partie 2.6).

Dans les faits, les ARS n'ont pas toujours mené une réflexion approfondie sur la proximité géographique des places. Certains territoires urbains, comme le Valenciennois-Quercitain et Bordeaux, ont dès le départ affiché une volonté de maillage de leur territoire dans le choix des EHPAD participants. À l'inverse, Paris a fait le choix de concentrer toutes les places dédiées aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie au sein d'un même établissement. D'autres territoires, notamment ceux

ayant eu plus de difficulté à mobiliser les EHPAD lors du lancement du dispositif, n'ont pas pu mener de réflexion territoriale et se sont appuyés sur les EHPAD volontaires, indépendamment de leur localisation. Dans la pratique, les orientations en hébergement temporaire se font autant que possible en fonction d'une logique de proximité territoriale, mais aussi en fonction de la disponibilité des places, ce qui, de l'avis des acteurs ne pose pas de difficultés spécifiques.

Le modèle retenu semble peu influencer sur l'intervention des médecins traitants dans les EHPAD. Ceux-ci se déplacent peu en EHPAD de manière générale, et rarement dans le délai de 30 jours imposé par l'hébergement temporaire, que l'EHPAD soit éloigné de leur lieu d'exercice ou non. L'absence de suivi médical peut s'avérer problématique pour l'EHPAD dans certains cas.

Illustration

LA CONCENTRATION DES PLACES : LE MODÈLE CHOISI PAR PARIS

Dès la conception de son dispositif, le territoire de Paris a choisi de concentrer l'ensemble des places dédiées au programme sur un seul EHPAD. Il s'agissait d'un choix stratégique et d'opportunité de la part de l'ARS :

- ▶ Un choix d'opportunité car l'EHPAD participant était, au lancement du dispositif, un nouvel EHPAD, avec des places disponibles dans un contexte de pénurie de places sur le territoire. De plus, son prix journalier était moins élevé que la moyenne des EHPAD parisiens ;
- ▶ Un choix stratégique : il a été décidé de concentrer les moyens du programme sur un seul EHPAD afin de rendre le meilleur service possible et d'atteindre au mieux les objectifs du programme. Cette concentration des moyens passe par la mobilisation de ressources humaines dédiées au programme : 0,5 ETP d'assistante sociale pour examiner lors de la demande d'admission la faisabilité d'un retour à domicile dans le délai imparti et pour préparer la sortie de l'hébergement temporaire, et l'implication d'une directrice adjointe d'EHPAD en charge du dispositif.

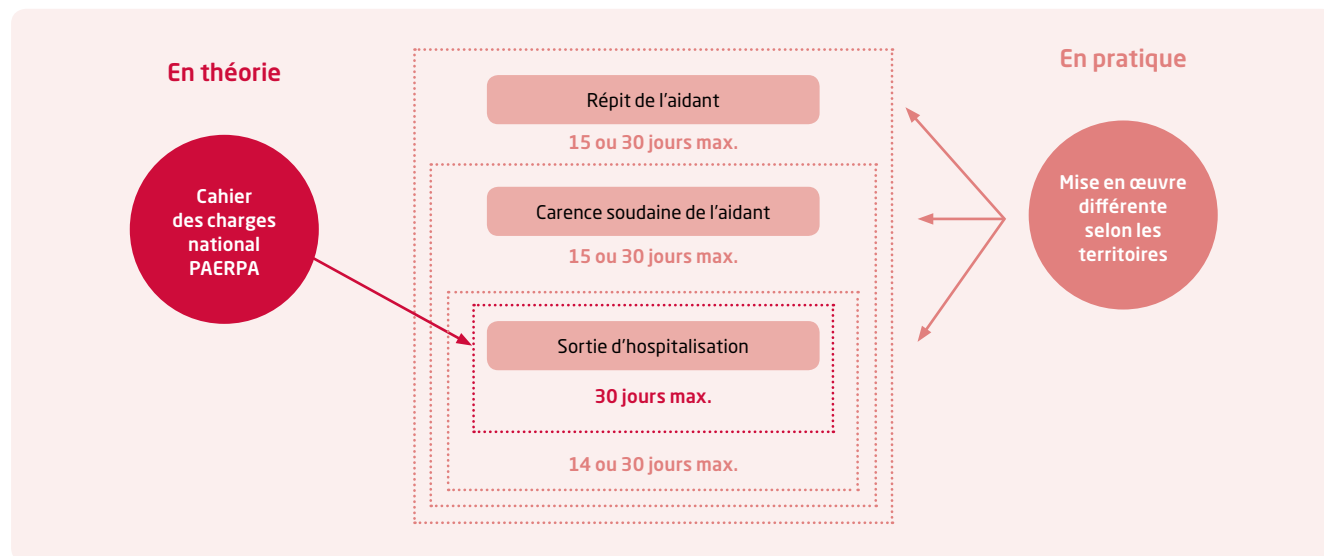
Cette concentration géographique des places, dans un territoire resserré et dense comme le territoire du nord-est parisien semble correspondre aux attentes des adresseurs et des personnes âgées et ne pas engendrer de renoncement lié à un possible éloignement géographique.

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

3. Les motifs d'entrée et les durées de séjour en hébergement temporaire

Figure 2 : Motifs d'entrée et durées de séjour



La quasi-totalité des neuf territoires pilotes ont élargi le financement de l'hébergement temporaire prévu par le programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » à d'autres motifs que celui énoncé dans le cahier des charges national.

En effet, le cahier des charges national publié en janvier 2013 par le ministère des Affaires sociales et de la Santé stipulait que la dotation spécifique Fond d'intervention régional de « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » pouvait prendre en charge l'hébergement temporaire en EHPAD en cas de sortie d'hospitalisation, et ce pour une durée maximale de 30 jours¹⁰.

En pratique, la plupart des territoires ont ajouté à ce motif, les motifs de carence soudaine de l'aidant (la plupart du temps en cas d'hospitalisation soudaine de l'aidant) et/ou de répit de l'aidant. Les territoires n'ayant pas retenu ce dernier motif considèrent que celui-ci rentre dans le cadre de l'hébergement temporaire classique.

Certaines ARS ont fait une distinction entre la défaillance soudaine de l'aidant (en raison par exemple d'une hospitalisation non programmée) et l'hospitalisation programmée de l'aidant, non éligible à l'hébergement temporaire tel que défini dans le programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ». D'autres ont interprété le cahier des charges de manière très large et incluent dans ce dispositif des personnes ne pouvant plus rester à leur domicile, quelle qu'en soit la raison.

Dans certains cas, les motifs d'hospitalisation et/ou de répit de l'aidant ont été ajoutés plus tardivement, en fonction de l'activité constatée en sortie d'hospitalisation et/ou en fonction des besoins observés sur les territoires et remontés par les professionnels de santé.

Si les motifs d'entrée en hébergement temporaire ont été largement interprétés, la durée maximale du financement par la dotation spécifique du Fonds d'intervention régional (FIR), fixée à 30 jours, a été respectée par tous les territoires, soit en fixant dès le début du séjour un maximum de 30 jours, soit en fixant un maximum de 15 jours renouvelables une fois. Le territoire de Bordeaux a même fixé une limite plus basse de 14 jours non renouvelables. Cette durée est jugée suffisante et pertinente par les acteurs. En effet, elle oblige la coordination territoriale d'appui à s'organiser pour mettre rapidement en place un plan d'aides à domicile et permet d'avoir une rotation plus importante des places.

10 - « Qu'ils disposent ou non de places d'hébergement temporaire, les EHPAD assurent, en liaison avec les structures hospitalières, la disponibilité de places afin de favoriser la fluidité de la sortie d'établissement de santé dans le cas où le retour à domicile ou l'admission en soins de suite et de réadaptation ne sont pas indiqués. Dans ce cadre, le forfait dépendance et le tarif hébergement peuvent être pris en charge par les crédits de la dotation spécifique du fonds d'intervention régional pour une durée maximale de 30 jours laissant subsister un reste à charge journalier pour le résident équivalent au montant du forfait journalier hospitalier. », Cahier des charges national « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie », Ministère des Affaires sociales et de la Santé, janvier 2013, point 3.6, p. 17.

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

Concernant les motifs d'hospitalisation ou de répit de l'aidant, la durée maximale du financement par la dotation spécifique a été fixée soit à 30 jours non renouvelables, soit à 15 jours, renouvelables ou non, selon des choix propres aux ARS (rapidité de la mise en place de plan d'aides et de solutions de sortie, contrainte financière, etc.).

De manière générale, les acteurs jugent la durée maximale en sortie d'hospitalisation adéquate et suffisante pour organiser la sortie et notamment le retour à domicile.

Illustration

DURÉES RÉELLES DE L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

Les durées réelles constatées de l'hébergement temporaire des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en EHPAD dépendent fortement de chaque territoire, des motifs d'entrée et des critères d'inclusion et d'exclusion définis ou non sur chacun d'entre eux.

Durée moyenne : on constate sur la plupart des territoires, une durée moyenne d'hébergement d'une vingtaine de jours.

Durée maximum : elle est fixée par chaque territoire (14, 15 ou 30 jours). Il est rare que des dérogations soient demandées pour la prolonger. Lorsque cela est le cas, il s'agit d'une prolongation de quelques jours seulement, pour éviter une sortie le week-end par exemple. Lorsque la dérogation ne peut être accordée, le séjour se prolonge selon les modalités de l'hébergement temporaire classique quand cela est possible.

Durée minimum : aucune durée minimum officielle n'a été fixée par les territoires. Néanmoins, dans la pratique, certains EHPAD ou coordinations territoriales d'appui en ont établi une pour éviter que la rotation ne soit trop importante et ne pose des contraintes organisationnelles trop lourdes pour les EHPAD. C'est par exemple le cas dans le Valenciennois-Quercitain où la coordination territoriale d'appui et les EHPAD ont fixé une durée minimum de huit jours.

Sur d'autres territoires, la durée minimum constatée peut être d'une journée. Cela est notamment le cas lorsque la personne refuse finalement l'hébergement en EHPAD ou lorsque la mise en place d'aides au domicile est rapide (ex. : mise en place d'un portage de repas).

4. L'inclusion dans le dispositif

Au-delà des motifs d'hébergement temporaire définis par les ARS, la définition d'une typologie d'usagers éligibles au dispositif s'est avérée nécessaire dans la pratique. Cela a pris la forme de critères d'inclusion ou d'exclusion, de façon formalisée ou non selon les territoires.

Ces critères s'appuient sur une base commune définie au niveau national, que viennent compléter des critères propres à chaque territoire, en fonction des besoins identifiés et des capacités des EHPAD. La typologie des usagers qui découle de ces critères est très semblable d'un territoire à l'autre.

Les critères communs à tous les territoires sont les critères administratifs :

- ▶ Âge (être âgé de 75 ans et plus) ;
- ▶ Lieu de résidence (résider sur le territoire pilote du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie »).

De rares dérogations ont pu être accordées par certaines ARS sur ces deux critères. Néanmoins, si le critère de l'âge n'est pas bloquant, le critère du lieu de résidence a pu poser quelques problèmes concernant des patients résidant en dehors du territoire ciblé par le programme mais hospitalisés dans un centre hospitalier situé sur ce territoire ou, dans le cas de l'hospitalisation ou du répit de l'aidant, pour des personnes résidant à proximité d'un EHPAD bénéficiant de places dédiées aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie, mais ne pouvant pas en profiter car leur domicile se trouvait en dehors du territoire concerné.

Les besoins identifiés sur le territoire, ainsi que les capacités des EHPAD (personnel infirmier présent le jour et la nuit, charge de travail des établissements, possibilité d'accueillir des résidents en unité protégée, etc.) ont également été pris en compte dans la définition de critères supplémentaires. Selon les territoires, il peut s'agir :

- ▶ De la possibilité d'un retour à domicile à l'issue de l'hébergement temporaire ;
- ▶ De la possibilité d'un hébergement pérenne à l'issue de l'hébergement temporaire, qu'il s'agisse d'un retour à domicile ou d'une autre solution d'hébergement comme l'hébergement permanent en EHPAD ;
- ▶ De critères médicaux tels que la nécessité de soins techniques infirmiers, notamment la nuit, la non-stabilisation de l'état de santé et la présence de troubles sévères du comportement.

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

Ces critères correspondent à des critères d'exclusion sur la plupart des territoires. Il existe néanmoins des exceptions :

- Nécessité de soins techniques infirmiers (Bordeaux) : les EHPAD impliqués peuvent prendre en charge des résidents nécessitant des soins techniques infirmiers la nuit puisque l'appel à projets de l'ARS a été pensé de telle façon que ces EHPAD soient également porteur d'une expérimentation de garde d'un Infirmier diplômé d'État la nuit ;
- Possibilité de prise en charge des troubles sévères du comportement : certains territoires disposent de chambres en unité protégée (Grand Nancy), ou de chambres dans une aile « sécurisée » de l'EHPAD mobilisables de façon ponctuelle (Indre-et-Loire). Ces chambres permettent l'inclusion d'usagers présentant des troubles sévères du comportement. Cela reste cependant une exception, bien qu'il s'agisse d'une demande exprimée par la quasi-totalité des adresseurs sur les territoires.

On constate, selon les territoires, une forte hétérogénéité dans la manière dont ces critères d'inclusion ont été définis et partagés. Les acteurs du territoire n'ont pas toujours été impliqués en amont du déploiement du dispositif, ou les critères ont été affinés au fur et à mesure de l'expérimentation au regard de besoins nouveaux constatés par exemple. Les critères peuvent être formalisés ou non, et communs ou non à tous les acteurs du territoire. Les éléments collectés permettent de confirmer le lien fort entre formalisation des critères et de la procédure, et sollicitation du dispositif (Cf. chapitre 7).

Dans tous les cas, la définition de critères et leur respect par les adresseurs et les coordinations territoriales d'appui est un levier essentiel pour ne pas mettre en difficulté l'EHPAD à travers l'accueil de personnes dont l'état de santé ne pourrait être pris en charge par l'EHPAD ou pour lesquelles la sortie d'hébergement temporaire ne serait pas envisageable à l'issue de la durée maximale. Leur respect participe également à installer et entretenir une relation de confiance entre les EHPAD et les adresseurs, et à contribuer, sur le long terme, à la fluidification du processus.

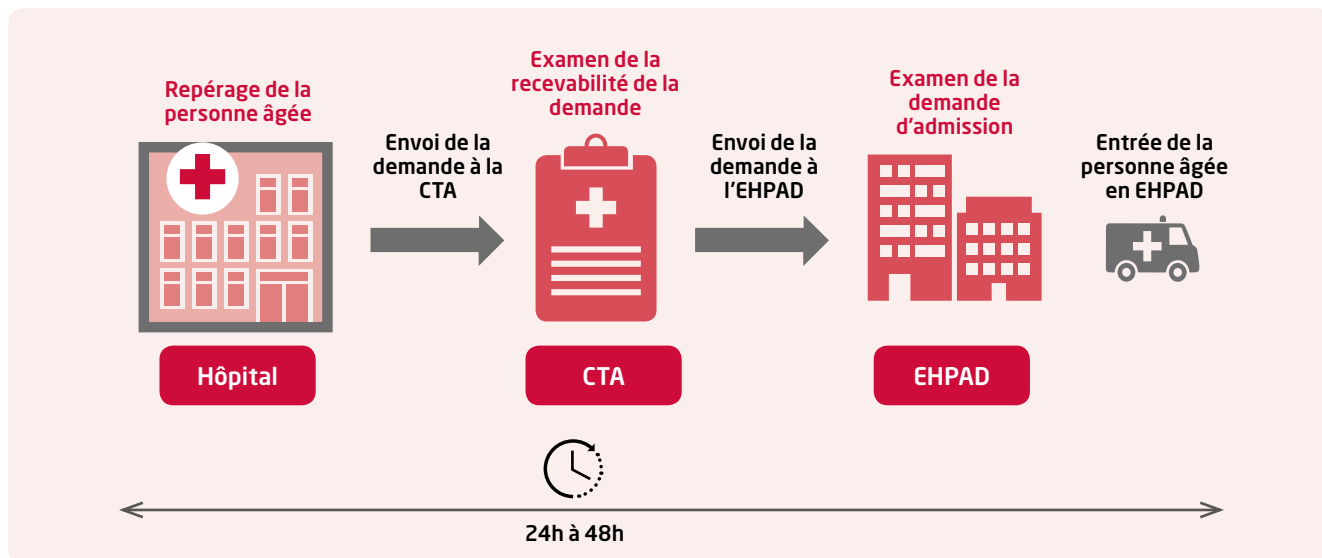
Illustration

ÂGE MOYEN DES USAGERS

Dans la quasi-totalité des territoires, les moyennes d'âge des usagers s'échelonnent entre 85 et 90 ans, soit plus de dix ans au-dessus du plancher fixé par le programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (75 ans et plus). Cela correspond à la moyenne des résidents permanents en EHPAD qui s'élevait en 2015 à 86 ans¹². Cela peut peut-être s'expliquer par le fait que les personnes plus jeunes sont plus souvent médicalement aptes à rentrer chez elles après une hospitalisation et ne nécessitent pas de séjour de transition en EHPAD. De plus, certains interlocuteurs remontent leur réticence à faire entrer des personnes beaucoup moins âgées que la moyenne en EHPAD, de crainte que la confrontation avec des personnes plus âgées et dépendantes ne provoquent des réactions négatives.

19

Figure 3 : Parcours type d'entrée en hébergement temporaire pour personnes âgées en risque de perte d'autonomie en sortie d'hospitalisation¹¹



11 - Le schéma constitue une synthèse des différents fonctionnements observés sur les territoires.

12 - Donnée DREES, 2015.

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

5. Le financement des places

5.1 Un modèle de financement forfaitaire vs à l'activité

L'hébergement temporaire mis en place dans le cadre du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie », se caractérise par la diminution importante du reste à charge pour le résident.

Les places sont financées par la dotation du fonds d'intervention régionale « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » à hauteur de 50 ou 53 € par jour, selon les territoires. Ce financement est complété par une somme équivalant au montant du forfait hospitalier (s'élevant à 18 € jusqu'au 31 décembre 2017).

Malgré ce complément, il peut subsister un reste à charge pour la personne qui peut être à l'origine d'un renoncement de l'utilisateur au dispositif.

Dans certains territoires, des modalités de financement du reste à charge ont été instaurées (voir encadré) pour éviter le non-recours au dispositif.

Illustration

EXEMPLES DE PRISE EN COMPTE DU RESTE À CHARGE

Le territoire de Paris a opté pour un financement de 95 € par place et par jour, financés par l'ARS et le Conseil départemental, sans reste à charge pour l'utilisateur.

Sur le territoire du Grand Nancy, il a été convenu dès le démarrage du dispositif avec l'ARS et les EHPAD que la dotation du fonds d'intervention régionale du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » s'élèverait à 53 € par jour et par place, sans coût supplémentaire à la charge de l'utilisateur.

En Bourgogne nivernaise, le reste à charge est remboursé dans la quasi-totalité des cas grâce à la mobilisation de la coordination territoriale d'appui. Celle-ci envoie un courrier à l'organisme complémentaire d'Assurance maladie, lui expliquant la philosophie et les bénéfices du dispositif, notamment les avantages financiers qu'il comporte en comparaison d'une journée supplémentaire d'hospitalisation. Ce courrier est complété par des appels téléphoniques lorsque cela est nécessaire. Cette proactivité de la coordination territoriale d'appui a permis de faire rembourser le reste à charge de tous les séjours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie effectués sur le territoire, à l'exception d'une situation.

Sur le territoire du Valenciennois-Quercitain, depuis juin 2017, l'ARS finance ce reste à charge. Les acteurs sur le territoire font état d'une augmentation de l'activité liée à ce financement.

En Indre-et-Loire, celui-ci est pris en charge soit par le Conseil départemental, soit par la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) et la Mutualité sociale agricole (MSA) selon le Groupe iso-ressources (GIR) de l'utilisateur.

Deux modèles distincts de financement des places d'hébergement temporaire du programme se sont imposés sur les territoires, en cohérence avec le type de places mobilisées dans les EHPAD :

- **Un financement forfaitaire lorsque les places sont dédiées au programme** : lorsque les places ne sont pas occupées, le forfait « dédommage » l'EHPAD pour la mobilisation de la place qui ne peut être utilisée pour un autre motif. Néanmoins dans ce cas, le reste à charge n'est pas financé aux EHPAD. Le forfait est calculé selon un taux d'occupation fixé par l'ARS en concertation avec les EHPAD pour ne pas fragiliser leur équilibre financier.

Illustration

EXEMPLES DE COÛT POUR LES ARS

Le Valenciennois-Quercitain a fixé un taux d'occupation de 100 % pour le versement de son financement forfaitaire aux EHPAD. Le territoire comptant 4 EHPAD disposant chacun de 2 chambres dédiées, au final le financement du dispositif s'élève pour l'ARS à :

71 € (53 € + 18 € de reste à charge en 2017, financés par l'ARS) x 365 jours (taux d'occupation de 100 %) x 8 (nombre total de places) = **207 320 €**

Le territoire de Bordeaux a également fixé un taux d'occupation de 100 % pour le versement de son financement forfaitaire aux EHPAD. Le territoire comptant 4 EHPAD disposant d'une chambre chacun, le financement s'élève pour l'ARS à :

53 € x 365 jours (taux d'occupation de 100 %) x 4 (nombre total de places) = **77 380 €**

Ce financement est complété pour les EHPAD du montant du forfait hospitalier à la charge de l'utilisateur.

- **Un financement à l'activité lorsque les places ne sont pas dédiées aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie** : ce modèle permet à l'EHPAD d'optimiser son taux d'occupation entre l'hébergement des personnes âgées

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

en risque de perte d'autonomie et l'hébergement temporaire classique. En revanche, la disponibilité des places peut ne pas être immédiate.

Le plus souvent, une somme basée sur un taux d'occupation prévisionnel est versée aux EHPAD et réévaluée l'année suivante en fonction du taux d'occupation constaté. Les territoires concernés sont la Bourgogne nivernaise depuis septembre 2017, le Grand Nancy, l'Indre-et-Loire et les EHPAD des Hautes-Pyrénées n'ayant pas de places dédiées.

Illustration

LE MODÈLE ATYPIQUE DU GRAND NANCY

Le territoire du Grand Nancy a opté pour un financement à l'activité original par rapport aux autres territoires : la rémunération n'est pas calculée par nombre de jours occupés mais par nombre de séjours effectués (i.e. nombre de personnes hébergées). Elle est calculée sur un nombre prévisionnel de séjours et une durée moyenne de séjour. Ainsi, les séjours courts équilibrent les séjours longs. On observe sur ce territoire une durée moyenne de séjour de 17,7 jours, correspondant à la moyenne basse des autres territoires.

Seul un territoire (Mayenne) fait exception à cette corrélation entre le modèle de financement et le type de places mobilisées pour le programme. Sur ce territoire a été choisi un financement des places à l'activité alors que les places dans les EHPAD sont dédiées aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Le dispositif n'ayant démarré de manière effective qu'en février 2017, il est possible que ce modèle soit réévalué, comme cela a été le cas en Bourgogne nivernaise. Sur ce territoire, les places étaient initialement dédiées au programme. Lorsque l'ARS a souhaité réévaluer le financement en fonction de l'activité constatée, il a été décidé conjointement avec l'EHPAD, que les places ne seraient désormais plus dédiées pour permettre à l'établissement de rééquilibrer son taux d'occupation avec de l'hébergement temporaire classique.

5.2 La viabilité du modèle de financement

Selon les territoires et les statuts des EHPAD, les écarts entre la rémunération d'une place d'hébergement temporaire et son prix journalier d'hébergement permanent diffèrent (Cf. figure 4), d'autant que la partie dépendance n'est pas financée en fonction du Groupe iso-ressources dans le cadre du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».

Figure 4 : Comparatif du prix journalier en EHPAD et de la rémunération journalière pour l'accueil de la personne âgée¹³

	Statut de l'établissement	Rémunération journalière ¹⁴	Prix journalier	Écart entre le prix et la rémunération
Grand Nancy EHPAD 1	Privé lucratif	53 €	93,50 €	-40,50 €
Grand Nancy EHPAD 2	Privé non lucratif	53 €	56,92 €	-3,92 €
Indre-et-Loire EHPAD 1	Public	50 € + 18 € = 68 €	47,35 €	+20,65 €
Indre-et-Loire EHPAD 2	Privé non lucratif	50 € + 18 € = 68 €	70 €	-2 €
Valenciennois-Quercitain EHPAD 1	Privé non lucratif	71 €	67,81 €	+3,19 €
Bordeaux EHPAD 1	Public	53 € + 18 € = 71 €	65,04 €	+5,96 €
Hautes-Pyrénées EHPAD 1	Public	50 € + 18 € = 68 €	75,24 €	-7,24 €
Hautes-Pyrénées EHPAD 2	Privé non lucratif	50 € + 18 € = 68 €	55,18 €	+12,82 €
Basse-Corrèze EHPAD 1	Public	50 € + 18 € = 68 €	56,11 €	+11,89 €

Source : enquête en ligne auprès des établissements pour l'ANAP

Quel que soit le modèle adopté, pour la plupart des EHPAD, le financement ne semble pas viable sur le long terme. Les établissements avancent plusieurs raisons à cela :

- Pour de nombreux établissements, et quel que soit leur statut, **le financement ne couvre pas le prix d'une journée d'EHPAD**. La différence entre le prix normalement pratiqué et le financement reçu par l'EHPAD dans le cadre du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » est d'autant plus importante dans le cas des EHPAD privés à but lucratif, pour lesquels les prix journaliers sont plus élevés que dans les autres EHPAD. Néanmoins, la diminution voire l'absence de reste à charge sur certains territoires a pu permettre à certains établissements, d'augmenter leur taux d'occupation d'hébergement temporaire alors qu'ils ne sont souvent pas éligibles à l'aide sociale dans le cadre du droit commun. Une chambre louée à un prix moins élevé que ce qu'elle devrait être est toujours plus avantageuse qu'une chambre laissée vide.

13 - Les prix journaliers présentés dans ce tableau ne constituent pas des moyennes sur les territoires et n'ont pas vocation à être représentatifs de l'ensemble des prix journaliers sur chacun des territoires.

14 - La rémunération journalière perçue au titre du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » comprend la dotation versée par l'ARS et le cas échéant le complément équivalent au forfait hospitalier (18 € jusqu'à la fin 2017).

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

Néanmoins, certains établissements éligibles à l'aide sociale et ne rencontrant pas de difficultés à remplir leurs places d'hébergement temporaire classique peuvent être mis en difficulté sur le long terme par un financement trop faible.

- **L'hébergement temporaire dans une optique de préparation du retour à domicile entraîne des surcoûts liés à la mobilisation importante du personnel**, et non pris en charge par le financement « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ». Dans le cas du financement forfaitaire, ce surcoût peut être en partie couvert par les journées financées même lorsque la place n'est pas occupée. Ce n'est pas le cas lorsque le financement est lié à l'activité.

Ces surcoûts peuvent entre autres être atténués par la prise en charge, au moins partielle de ces activités, par les coordinations territoriales d'appui.

6. Le rôle clés des Coordinations territoriales d'appui (CTA) dans le dispositif

22

6.1 Les quatre rôles de la coordination territoriale d'appui

Le rôle des coordinations territoriales d'appui et leur implication dans le dispositif dépendent des territoires et des modèles d'organisation choisis. On peut distinguer quatre rôles différents de la coordination territoriale d'appui :

- **Un rôle administratif** : la coordination territoriale d'appui valide et effectue le suivi des séjours au regard des critères administratifs fixés, et peut appuyer l'EHPAD en cas de difficultés rencontrées en cours de séjour ou avec les adresseurs (ex. : demandes de dérogation liées à l'âge, au lieu de résidence ou à la prolongation de la durée du séjour, difficultés rencontrées pour organiser la sortie de l'hébergement temporaire).
- **Un rôle d'intermédiaire entre l'adresseur et l'EHPAD** : pour certains motifs d'entrée en hébergement temporaire ou systématiquement selon les territoires, la coordination territoriale d'appui recueille et valide les demandes des adresseurs au regard des critères fixés entre les acteurs sur les territoires, elle effectue la recherche de places disponibles et prépare les documents d'entrée. C'est par

exemple le cas dans le Valenciennois-Quercitain, en Indre-et-Loire et en Basse-Corrèze, territoires dans lesquels les coordinations territoriales d'appui assurent un rôle de filtre des demandes entre les adresseurs et les EHPAD. À Nancy, en Basse-Corrèze, à Bordeaux, en Mayenne et dans le Valenciennois-Quercitain, les coordinations territoriales d'appui se chargent de la mise en œuvre du plan d'aides à domicile.

- **Un rôle de préparation de la sortie** : une fois la personne admise en EHPAD, la coordination territoriale d'appui, selon les missions qui lui ont été attribuées et son organisation, peut rendre visite à la personne en EHPAD afin d'évaluer ses besoins. Une visite au domicile peut également être organisée sur certains territoires (IDE et/ou ergothérapeute la plupart du temps), dans certains cas avec l'aide de l'EHPAD. Enfin, la coordination territoriale d'appui se charge de mettre en place les aides nécessaires pour la sortie de l'hébergement temporaire en coopération avec l'EHPAD et la famille le cas échéant. Lorsque la sortie est gérée par la coordination territoriale d'appui, des outils communs d'évaluation des besoins de la personne à domicile ont été développés entre les acteurs. Ce modèle a l'avantage de décharger l'EHPAD d'une tâche chronophage afin qu'il se consacre exclusivement à la prise en charge de l'utilisateur pendant son séjour.
- **Un rôle de suivi post-hébergement temporaire de personnes âgées en risque de perte d'autonomie** : ce rôle n'a été formalisé pour la coordination territoriale d'appui que dans le Valenciennois-Quercitain. L'IDE et l'ergothérapeute de la coordination territoriale d'appui effectuent un suivi un mois puis six mois après la fin de l'hébergement afin de réévaluer le plan d'aides si nécessaire. Sur les autres territoires, le suivi post-hébergement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie a lieu la plupart du temps dans le cadre de la coordination de la filière gériatrique et de la réalisation des Plans personnalisés de santé (PPS).

Sur tous les territoires, la coordination territoriale d'appui a *a minima* un rôle administratif, mais ces quatre rôles peuvent se cumuler.

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

Figure 5 : Rôle des coordinations territoriales d'appui dans les neuf territoires pilotes, pour l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

	Rôle administratif	Rôle d'intermédiaire entre l'adresseur et l'EHPAD	Rôle de préparation de la sortie	Rôle de suivi post-hébergement temporaire de personnes âgées en risque de perte d'autonomie
Basse-Corrèze	X	X	X	
Bordeaux	X		X	
Bourgogne nivernaise	X		X (avec l'EHPAD)	
Grand Nancy	X		X	
Hautes-Pyrénées	X		X	
Mayenne	Les missions de la coordination territoriale d'appui sont portées par plusieurs structures différentes			
Paris	X			
Indre-et-Loire	X	X	X (avec le service social de l'hôpital)	
Valenciennois-Quercitain	X	X	X	X

Illustration

L'ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE, INTERMÉDIAIRE ENTRE LES SERVICES HOSPITALIERS ET LES EHPAD EN MAYENNE

En Mayenne, l'équipe mobile de gériatrie du centre hospitalier de Laval (seul centre hospitalier du territoire participant au programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ») endosse des rôles dévolus sur d'autres territoires à la coordination territoriale d'appui.

Elle participe au repérage des situations et prend contact avec les EHPAD participants pour adresser les demandes d'hébergement temporaire. Une évaluation des besoins de la personne âgée en fin d'hébergement temporaire est également réalisée par l'équipe mobile de gériatrie qui se charge aussi, en lien avec les assistantes sociales de secteur, de l'organisation du retour à domicile. Pour assurer ces missions, l'équipe mobile de gériatrie du CH de Laval compte dans son équipe une assistante sociale.

6.2 L'implication de la coordination territoriale d'appui est un facteur de réussite du dispositif

Bien qu'il soit difficile de modéliser un rôle idéal pour la coordination territoriale d'appui dans le fonctionnement du dispositif, on constate que son implication dans la conception du dispositif avant son fonctionnement est primordiale, notamment dans l'élaboration des critères d'inclusion et d'exclusion et dans la définition des rôles de chacun des acteurs. La neutralité de la coordination territoriale d'appui permet de faire coïncider les besoins et les moyens de l'hôpital avec ceux des EHPAD.

Illustration

EXEMPLE DU GRAND NANCY : RÔLE DE FORMALISATION JOUÉ PAR LA COORDINATION TERRITORIALE D'APPUI

Dans le Grand Nancy, bien qu'elle ne joue pas le rôle d'intermédiaire entre l'hôpital adresseur et l'EHPAD, la coordination territoriale d'appui a joué un rôle moteur dans la définition des critères d'inclusion et d'exclusion, dans la définition des missions de chacun et dans l'élaboration des outils. Elle a également joué un rôle majeur dans leur ajustement et leur évolution en fonction du retour d'expérience acquis.

Par ailleurs, l'implication de la coordination territoriale d'appui dans l'uniformisation des critères et des pratiques sur un même territoire (procédure de répartition des rôles, documents de liaison, outils, etc.) permet d'assurer la lisibilité du dispositif, notamment auprès des adresseurs. Elle participe également à créer et entretenir une confiance mutuelle entre les acteurs, essentielle pour faciliter la procédure de validation des dossiers dans les EHPAD et garantir leur réactivité nécessaire à la sollicitation du dispositif par l'hôpital. Le filtre qu'elle assure sur certains territoires lorsqu'elle joue un rôle d'intermédiaire constitue une garantie pour l'EHPAD que la demande remplit bien tous les critères de recevabilité, facilitant ainsi la procédure d'examen et de validation du dossier au sein de l'EHPAD. Enfin, ce rôle d'intermédiaire permet d'assurer une fluidité des places et une répartition équilibrée des usagers entre les différents EHPAD.

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

7. Les orientations à l'issue de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

7.1 Les différentes issues de l'hébergement temporaire

La nature des critères d'inclusion choisis a une influence directe sur les taux de retour à domicile pour le motif de sortie d'hospitalisation. En effet, lorsque la possibilité d'un retour à domicile est prise en compte pour l'inclusion dans le dispositif, les taux de retour à domicile constatés sont élevés (80 % dans le Grand Nancy par exemple). À l'inverse, lorsque n'est pris en compte que la possibilité d'une solution d'hébergement pérenne quelle qu'elle soit à l'issue de l'hébergement, les taux de retour à domicile sont hétérogènes (50 % à Bordeaux et dans les Hautes-Pyrénées, 33 % en Bourgogne nivernaise par exemple). Sur ces territoires où peu de critères communs ont été formalisés, les EHPAD évaluent chaque demande au regard de leurs propres critères. Les taux de retour à domicile sont donc très différents d'un établissement à l'autre sur un même territoire en fonction du critère pris en compte pour inclure un usager.

Concernant les autres motifs d'entrée en hébergement temporaire (hospitalisation ou défaillance de l'aidant notamment), les taux de retour à domicile sont de manière générale moins élevés. Sur plusieurs territoires, la durée maximale d'hébergement dans le cadre de « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » est plus courte en cas d'hospitalisation de l'aidant (souvent 15 jours maximum au lieu de 30 jours) qu'en cas de sortie d'hospitalisation. Il n'est donc pas rare que le séjour se prolonge en hébergement temporaire classique lorsque l'hospitalisation de l'aidant se prolonge. De plus, les usagers aidés au domicile présentent, de fait, des profils plus fragiles et sont plus susceptibles d'entrer en hébergement permanent à l'issue du séjour.

Lorsque le retour à domicile n'est pas possible, les personnes sont souvent orientées vers de l'hébergement permanent en EHPAD ou de l'hébergement temporaire classique en attendant d'obtenir une place d'hébergement permanent. Ces situations font que l'hébergement temporaire des personnes âgées en risque de perte d'autonomie est considéré par certains comme une porte d'entrée vers de l'hébergement permanent.

7.2 Les obstacles au retour à domicile

Les raisons de l'impossibilité du retour à domicile sont diverses. Parfois, la décision de rester en EHPAD est exprimée de manière volontaire par la personne âgée car l'hébergement en EHPAD lui convient et qu'elle ne se sent pas capable de rentrer chez elle malgré les avis médicaux contraires. La famille peut également exprimer ce souhait. Parfois, le retour à domicile ne se fait pas en raison des capacités insuffisantes de la personne à retourner au domicile, ou en raison de l'incompatibilité de son logement avec son état. C'est plus souvent le cas lorsque ces éléments ne font pas partie des critères d'inclusion. Enfin, dans certains cas, l'état de santé de la personne a pu se dégrader pendant son séjour pour de multiples raisons, souvent liées à sa fragilité.

De manière générale, le non-retour à domicile est rarement dû à l'impossibilité de mettre en place des aides au domicile. Néanmoins des territoires mettent en avant certaines difficultés rencontrées, comme la méconnaissance des acteurs du domicile et des aides à déclencher (en particulier dans le cas où la préparation du retour à domicile n'est pas prise en charge par la coordination territoriale d'appui) ou la temporalité longue de la mise en place d'aides financières comme l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui ne correspond pas à la temporalité de l'hébergement temporaire et sa durée maximale de 30 jours. Dans ce cas, lorsque le séjour se termine, l'aide financière à domicile n'est pas déclenchée. De plus, la demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile nécessite d'effectuer une visite à domicile de la personne âgée qui n'est possible que lorsque le séjour en hébergement temporaire est terminé, retardant d'autant le versement de l'aide.

7.3 La préparation du retour à domicile

De manière générale, les EHPAD situés sur des territoires où la préparation du retour à domicile n'est pas gérée par la coordination territoriale d'appui, font part de difficultés à se charger de cette activité, notamment en termes de charge de travail supplémentaire induite. Cette tâche est souvent dévolue à un cadre de santé. Cette problématique est d'autant plus importante quand la famille est peu impliquée et ne constitue pas un relais pour l'établissement, ou lorsque l'usager réside dans une autre commune que celle où est situé l'EHPAD. Ce dernier ne connaît souvent pas les interlocuteurs et partenaires du lieu de résidence, ce qui rend la mise en place d'aides plus compliquée.

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

8. Les enjeux de l'hébergement temporaire pour les EHPAD

8.1 L'hébergement temporaire bouleverse le fonctionnement de l'EHPAD

Ce bouleversement est d'ampleur plus ou moins importante en fonction des organisations internes et des façons de travailler propres à chaque EHPAD, ainsi que de leur historique par rapport à l'hébergement temporaire classique. Lorsque leur expérience en hébergement temporaire est faible ou inexistante, le bouleversement est d'autant plus grand. Néanmoins, l'hébergement temporaire classique a le plus souvent une temporalité d'admission et des durées moyennes de séjour plus longues que l'hébergement temporaire mis en place dans le cadre du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ». De ce fait, ce dernier constitue toujours un enjeu sur le plan organisationnel à deux niveaux : la réactivité et la charge de travail supplémentaire induite.

► Réactivité accrue :

La temporalité rapide de l'hébergement temporaire tel que mis en place dans le cadre du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » nécessite de modifier la procédure d'admission. La visite de pré-admission est supprimée et la validation des demandes se fait, selon les territoires, dans les 24 à 72 h maximum. Pour cela, les EHPAD ont dû s'organiser en interne pour examiner les dossiers dans ces délais. Cette mission est souvent dévolue au médecin coordonnateur. Cependant, ce dernier étant peu présent dans de nombreux établissements, les EHPAD ont souvent attribué cette tâche au cadre de santé. L'évolution de la procédure d'admission a été plus ou moins rapide selon les territoires et selon les EHPAD (de 3 mois à plus d'un an dans certains cas). On constate qu'elle a été plus facilement implémentée lorsque des critères d'inclusion et d'exclusion clairs ont été définis entre les acteurs et sont bien connus de chacun. La confiance mutuelle est ainsi plus forte et les erreurs d'orientation moins fréquentes. Les blocages existant encore dans certains EHPAD sont souvent la conséquence de mauvaises orientations passées. Pour éviter que de telles situations se reproduisent, l'examen du dossier est plus approfondi et nécessite plus de temps.

« Le programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » a permis de s'affranchir du calendrier d'entrée en EHPAD qui est long. Cela bouscule tous les codes de l'EHPAD, mais cela marche ». Médecin gériatre

► Charge de travail supplémentaire :

L'arrivée d'un résident avec un délai de préparation moins long nécessite l'adaptation du plan de soins au sein de l'EHPAD. Les résidents nécessitent parfois un suivi médical et humain plus important en raison de leur récente hospitalisation. Lorsque l'EHPAD dispose d'un kinésithérapeute salarié, les séances peuvent par exemple être plus nombreuses que pour les résidents permanents du fait de l'objectif de retour à domicile. De plus, l'examen des demandes d'entrée en hébergement temporaire fait intervenir plusieurs professionnels de l'EHPAD (cadre de santé, direction et médecin coordonnateur) et peut être dans certains cas chronophage, notamment lorsque la coordination territoriale d'appui ne joue pas le rôle de filtre entre l'adresseur et l'EHPAD. L'arrivée et la sortie du résident nécessitent de créer des dossiers d'entrée et de sortie, notamment à destination des professionnels de ville.

Enfin, lorsque la préparation de la sortie n'est pas prise en charge par la coordination territoriale d'appui, elle engendre une charge de travail supplémentaire importante, souvent assumée par le cadre de santé.

« Cela a été difficile au départ. Nous ne sommes pas habitués à ce que les gens sortent. Cela a bouleversé les pratiques des infirmiers diplômés d'état d'un point de vue administratif et cela a changé des choses dans l'accompagnement de la personne ». Directrice d'EHPAD

Pour réaliser ces activités, la mutualisation d'un temps d'assistante sociale pour la préparation de la sortie et celle d'un temps soignant (Infirmier diplômé d'état/gériatre par exemple) pour l'examen des demandes d'entrée en hébergement temporaire ont été instaurées dans plusieurs territoires.

Ces bouleversements organisationnels sont également étroitement liés au bouleversement des pratiques et des missions de l'EHPAD qui se voit confier un rôle nouveau de ré-autonomisation et qui devient un lieu d'où l'on sort. D'ailleurs, l'accueil de séjours d'hébergement temporaire doit faire partie de son projet d'établissement voire faire l'objet d'un projet de service spécifique.

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

9. La participation des centres hospitaliers au dispositif

L'implication des centres hospitaliers dans le dispositif dépend de leurs besoins, eux-mêmes variables selon leur taille, et de la façon dont le dispositif peut y répondre sur chaque territoire.

► Grands centres hospitaliers :

On constate que ces centres hospitaliers (Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU), Centres hospitaliers universitaires (CHU), grands centres hospitaliers à l'échelle d'un territoire) mobilisent bien plus fréquemment le dispositif que les petits centres hospitaliers, notamment sur les territoires pilotes où les deux types de Centres hospitaliers sont présents. Ainsi en Indre-et-Loire, le CHRU de Tours mobilise beaucoup plus le dispositif que les centres hospitaliers d'Amboise et de Loches (il est à l'origine de 76 % des demandes en sortie d'hospitalisation¹⁵), tout comme, dans le Valenciennois-Quercitain, le centre hospitalier de Valenciennes par rapport aux petits centres hospitaliers de Denain, de Saint-Amand-les-Eaux et du Quesnoy.

Cela s'explique (en partie seulement) par le fait que les grands centres hospitaliers subissent fréquemment une pression importante pour « libérer » leurs lits et disposent souvent de peu de places en soins de suite et de réadaptation par rapport à leur nombre de lits en médecine-chirurgie. L'hébergement temporaire bien qu'il ne se substitue pas à un soins de suite et de réadaptation, constitue (à condition que l'EHPAD soit suffisamment réactif) une option supplémentaire à l'usage des assistantes sociales hospitalières pour une sortie rapide d'hospitalisation. C'est une des raisons qui peut expliquer l'utilisation modérée du dispositif par le groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal-Saint Louis à Paris. L'entrée en hébergement temporaire sur son territoire ne se fait que lors des jours de présence du médecin coordonnateur, soit deux jours par semaine ; le dispositif ne lui apporte donc pas une réponse suffisamment réactive.

► Petits centres hospitaliers :

Les petits centres hospitaliers mobilisent moins le dispositif. En Indre-et-Loire par exemple, 15 % des demandes en sortie d'hospitalisation émanent du CH de Loches, et 4 % du CHIC d'Amboise¹⁶. On retrouve la même tendance dans le Valenciennois-Quercitain avec les petits centres hospitaliers. Les besoins de ces hôpitaux sont en effet moins importants car ils bénéficient souvent d'une disponibilité plus grande de places en soins de suite et de réadaptation, qu'ils sont plus enclins à mobiliser que l'hébergement temporaire. De plus, ils

ne connaissent souvent pas la même pression sur la durée de séjour que les grands centres hospitaliers. Les assistantes sociales y ont donc plus souvent la possibilité de préparer le retour à domicile pendant l'hospitalisation.

Bien que les dispositifs aient été construits avec des centres hospitaliers publics sur les territoires, il est intéressant de noter que des cliniques et hôpitaux privés sollicitent le dispositif sur un grand nombre de territoires, même si cette participation reste encore marginale par rapport aux hôpitaux publics, et qu'elle est souvent apparue plus tardivement.

Il s'agit notamment des territoires de la Basse-Corrèze, de Bordeaux, de la Bourgogne Nivernaise, du Grand Nancy, des Hautes-Pyrénées et de l'Indre-et-Loire.

10. La sensibilisation des adresseurs au dispositif

La sensibilisation au dispositif et la communication restent un prérequis indispensable à la participation et à la mobilisation des adresseurs. Trois types d'acteurs ont été ciblés :

► Les établissements de santé :

Il s'agit du premier type d'acteurs visés par les actions de communication. En effet, pour le motif de sortie d'hospitalisation, ceux-ci sont les principaux adresseurs de l'hébergement temporaire. Le taux d'occupation des places est fortement dépendant de leur mobilisation.

Sur certains territoires (Grand Nancy, Basse-Corrèze, Valenciennois-Quercitain), les hôpitaux ont été impliqués dans la construction et l'élaboration des modalités de fonctionnement du dispositif, ce qui a favorisé leur mobilisation. Sur la quasi-totalité des territoires, des réunions ont été organisées à l'initiative des ARS, de la coordination territoriale d'appui et/ou des EHPAD. La plupart du temps, le point d'entrée est le service social ou le service de gériatrie, plus facilement mobilisables que les autres services de médecine et chirurgie. Le service social est en effet un point d'entrée pertinent car il peut couvrir, selon les établissements de santé, plusieurs services, mais aussi car il est directement en charge de l'organisation de la sortie d'hospitalisation. Les services de gériatrie, quant à eux, sont au fait des problématiques liées aux personnes âgées et aux conséquences d'un retour à domicile précipité. Ces interlocuteurs sont souvent sensibilisés par le biais des assistantes sociales ou de l'équipe mobile de gériatrie (ex. : Mayenne, Basse-Corrèze). L'information des internes sur le dispositif lors de leurs journées d'accueil a également été organisée (CHRU Nancy notamment). Enfin, des communications papier adressées aux hôpitaux ont également été observées.

Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

Quels que soient les modes de communication choisis, il apparaît essentiel de renouveler plusieurs fois par an la communication sur l'existence du dispositif et sur ses objectifs et modalités de fonctionnement, notamment en raison de la rotation importante du personnel soignant dans certains établissements de santé.

La communication est d'autant plus facilitée que les critères et les procédures d'inclusion et d'exclusion au dispositif ont été uniformisées entre les acteurs sur le territoire.

► Les professionnels de ville :

Il s'agit principalement des médecins traitants, des infirmiers libéraux et des professionnels intervenant au domicile (Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), etc.). Leur sensibilisation est essentielle pour la sollicitation du dispositif en cas d'hospitalisation ou de défaillance de l'aidant. Sur les territoires, la communication s'est faite par l'envoi de courriers et de newsletters ainsi que par l'organisation de réunions, souvent à l'initiative des centres locaux d'information et de coordination et/ou des coordinations territoriales d'appui. Néanmoins, ces professionnels travaillent fréquemment de manière isolée, rendant difficile l'identification d'un canal de communication pertinent. De plus, ils ont souvent peu de temps à consacrer à des réunions ou à ce type de communication, exerçant pour certains dans des contextes de faible

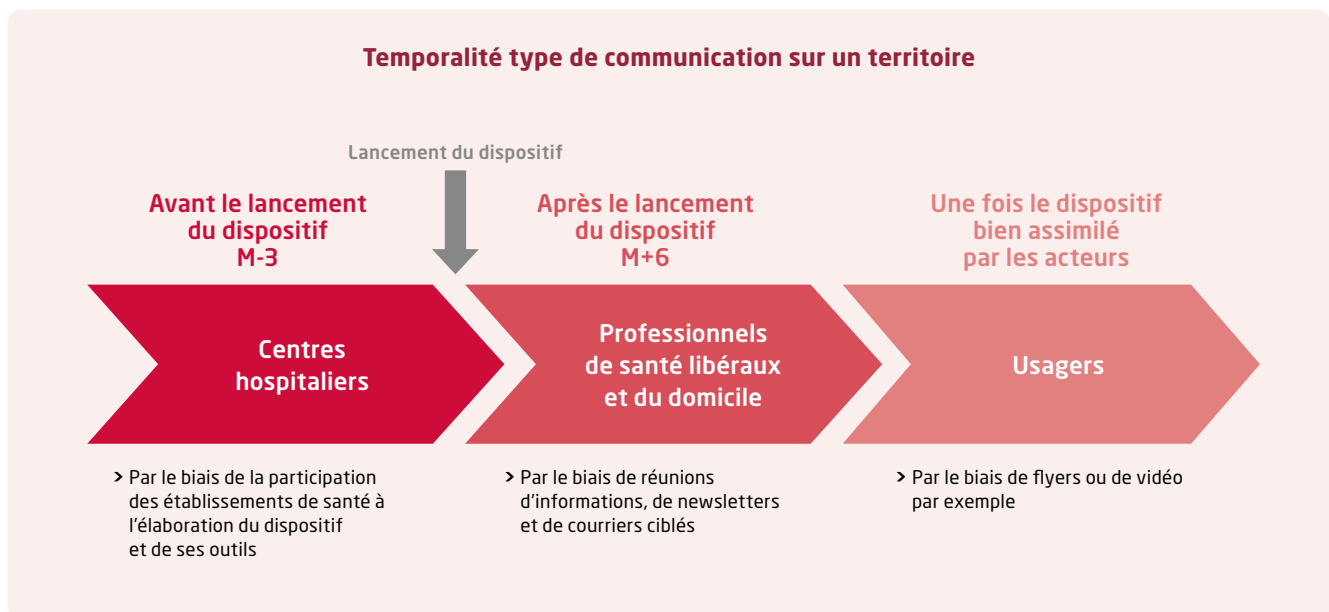
densité de leur profession. La sensibilisation de ces acteurs reste encore sur de nombreux territoires un enjeu important et un levier non négligeable d'augmentation de la sollicitation du dispositif.

► Les usagers et leurs familles :

La communication auprès du grand public reste très marginale. Certains territoires ont délibérément fait le choix de ne pas permettre le déclenchement du dispositif par les usagers ou leurs proches afin d'éviter un afflux de demandes qui pourrait être en partie lié à l'effet d'aubaine de la diminution importante du reste à charge, ainsi qu'au potentiel recours au dispositif pour entrer plus facilement en hébergement permanent lorsque les listes d'attente sont parfois longues. Sur d'autres territoires, la coordination territoriale d'appui peut être saisie par des aidants et la famille pour solliciter le dispositif (Bourgogne nivernaise, Grand Nancy, Hautes-Pyrénées par exemple). Néanmoins, même dans ce dernier cas, la communication auprès des usagers est presque inexistante et la connaissance du dispositif de la part des familles se fait le plus souvent par le biais du contact direct avec les professionnels de santé ou avec la coordination territoriale d'appui. Il est intéressant de relever que le Valenciennois-Quercitain a déployé un flyer de communication présentant le dispositif aux usagers déjà entrés dans celui-ci, et que Paris a réalisé une vidéo de présentation du programme « Personnes âgées

27

Figure 6 : Les différentes étapes de communication



Chapitre 2

Description comparée des modalités de déploiement selon les territoires

en risque de perte d'autonomie» (dont le dispositif d'hébergement temporaire) à destination du grand public.

La communication auprès des usagers a plutôt vocation à constituer un support de promotion du territoire et des bénéficiaires du dispositif plutôt qu'à augmenter les sollicitations.

La sensibilisation des trois types d'acteurs passe également par le bouche-à-oreille. Il s'agit d'un vecteur de communication important, notamment entre professionnels de santé.

11. La convention : un équilibre à trouver entre outil de formalisation et rigidité du cadre

Deux conventions-types destinées à aider les ARS dans la rédaction de leurs propres conventions ont été rédigées dans le cadre du pilotage national du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » : une convention-type entre l'ARS et les EHPAD, et une convention-type entre l'ARS et les établissements de santé.

Sur la majorité des territoires, une seule et même convention tripartite a été signée entre l'ARS, chaque EHPAD participant et le centre hospitalier principal.

Ces conventions reprennent en très grande partie la trame des conventions-types qui intègrent notamment les éléments suivants : objectif de la convention, engagement des parties, mise en œuvre du dispositif, modalités de financement, modalités d'évaluation, modalités d'exécution. Certains territoires ont pu insérer des éléments relatifs aux modalités de fonctionnement du dispositif au sein de ces catégories (comme la liste des critères d'inclusion et d'exclusion, le déroulement de la procédure d'inclusion ou le logigramme d'intervention des différents acteurs) ou les faire figurer en annexe. Le modèle prévoyait en effet d'autres annexes : fiche de consentement à la transmission d'informations, liste des communes du territoire pilote, prévision de montée en charge du dispositif, modalités d'évaluation. Certains territoires les ont reprises telles quelles, d'autres les ont supprimées, d'autres enfin en ont rajouté (ex. : contrat de séjour).

L'ajout des modalités de fonctionnement du dispositif et de certains outils à la convention (ex. : contrat de séjour en EHPAD) permet d'uniformiser les procédures mais constitue également une rigidité à leur adaptation et à leur réajustement au fur et à mesure du fonctionnement du dispositif. Ainsi, la coordination territoriale d'appui du Grand Nancy a formalisé, dans un document unique et commun aux acteurs, la procédure de l'hébergement temporaire de l'entrée jusqu'à la sortie mais l'a réajustée à plusieurs reprises les premiers mois suite à certains dysfonctionnements constatés.



3

Apports du dispositif

Chapitre 3 Apports du dispositif

Le dispositif présente des bénéfices à plusieurs niveaux. En plus d'améliorer l'offre de services pour les personnes âgées sur les territoires, il contribue au rapprochement de la ville et de l'hôpital. Son efficacité est cependant difficile à établir notamment par manque d'éléments médico-économiques.

1. Amélioration de l'offre de services

En sortie d'hospitalisation, l'hébergement temporaire tel que mis en place dans le cadre du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » constitue une option de transition entre l'hôpital et le domicile. Il permet pour les assistantes sociales hospitalières de réaliser des sorties d'hospitalisation sécurisées rapidement, grâce à la réactivité des EHPAD et à la temporalité rapide d'entrée dans le dispositif (dans les 24h voire le jour-même de la demande sur certains territoires).

Pour remplir ses objectifs de retour à domicile, le dispositif nécessite dans certains EHPAD une attention et un investissement accrus de la part du personnel soignant (bouleversement du plan de soins, séances de rééducation plus intenses, etc.).

Enfin, la diminution voire l'absence de reste à charge sur certains territoires permet l'accessibilité à tous du dispositif, sans conditions de ressources. L'introduction d'un tel critère, souhaité par certains acteurs mais nécessitant des formalités administratives pour justifier le niveau de ressources, ne coïnciderait pas avec la rapidité d'entrée voulue par le dispositif.

2. Rapprochement ville/hôpital

Le dispositif a permis sur la plupart des territoires d'amorcer ou d'approfondir la coopération entre le monde hospitalier et le médico-social, et entre le médico-social et la ville. Le travail effectué autour des critères d'inclusion et d'exclusion et autour d'une procédure unifiée, réalisé par certains territoires, a permis aux EHPAD et aux centres hospitaliers d'acquérir une meilleure connaissance des contraintes et des moyens de chacun dans la poursuite de ses missions. Le décloisonnement des secteurs est un bénéfice important de ce dispositif remonté par la plupart des acteurs de terrain. Après les premiers mois de « rodage » ayant pu donner lieu à de mauvaises orientations, la plupart des EHPAD reconnaissent que les critères d'inclusion sont bien compris et respectés par les hôpitaux. Cela est d'autant plus vrai pour les services de gériatrie. La « démocratisation » de l'hébergement temporaire des personnes âgées en risque de perte

d'autonomie, rendue possible par la diminution du reste à charge, est également un moyen pour les EHPAD de faire connaître leurs établissements à un plus grand nombre de personnes âgées et à leurs familles. Le dispositif a ainsi permis sur tous les territoires d'améliorer l'image de l'EHPAD. Les retours des usagers et de leurs familles sur les séjours temporaires sont, majoritairement très positifs et participent à diminuer l'appréhension d'entrer en EHPAD dans un futur plus ou moins proche.

« Suite à l'hospitalisation de mes parents pour chute et perte d'autonomie, un passage en chambres relais [hébergement temporaire de « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie », NDLR] a pu être organisé avant le retour à domicile. Nous tenons à remercier la coordination territoriale d'appui pour la rapidité avec laquelle elle a réglé le problème d'hébergement d'urgence de mes parents. Tout s'est passé rapidement avec un accueil organisé dans la journée. Le séjour a duré 15 jours et a permis de déclencher les aides à domicile pour permettre leur retour à la maison. L'accueil, la courtoisie et la recherche d'une solution satisfaisante à nos problèmes nous ont grandement facilité la tâche. Des réponses claires et rapides ont résolu nos difficultés de placement de mes parents ». Témoignage d'un proche de personnes accueillies dans le dispositif, Indre-et-Loire¹⁷

Du côté du personnel soignant en EHPAD, les retours sont très positifs également. Même si le dispositif a bouleversé leurs pratiques et a nécessité un temps d'adaptation, les établissements soulignent son caractère valorisant pour les équipes qui se voient confier une mission nouvelle en préparant la personne âgée à retourner à domicile.

3. Pertinence médico-économique

Certains territoires ont amorcé des démarches d'analyse de pertinence médico-économique, basées sur les ré-hospitalisations évitées liées à un retour à domicile trop rapide, et sur la réduction des durées moyennes de séjour à l'hôpital.

L'Indre-et-Loire a par exemple estimé que le coût d'un séjour de 15 jours réalisé en hébergement temporaire pour défaillance soudaine de l'aidant (soit 68 € x 15 jours = 1 020 €) est environ quatre fois moins élevé qu'un séjour en médecine de la même durée sans acte (environ 4 130 €¹⁸).

17 - Lettre du « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » d'Indre-et-Loire.
18 - Données ARS Centre-Val de Loire basées sur le Diagnostic principal Z742 Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins; le groupe homogène de malades Z3M06 et les groupes homogènes de séjour 7963 à 7967.

Chapitre 3

Apports du dispositif

Le territoire de la Basse-Corrèze a effectué un calcul similaire en prenant comme base un coût journalier d'hospitalisation s'élevant à 687 €. En incluant le coût moyen de la contribution de la coordination territoriale d'appui à ce dispositif, estimé à 14 250 € sur un an, les trois places d'hébergement temporaire que comptait le territoire en 2016 ont totalisé un coût de 59 250 € cette année-là.

Le coût du même nombre de journées en hospitalisation se serait élevé à 445 863 € (649 journées réalisées en hébergement temporaire de « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » x 687 €), soit un coût sept fois plus élevé¹⁹.

La différence de coût entre une journée d'hospitalisation et une journée en hébergement temporaire constitue un argument important en faveur du remboursement du reste à charge pour les personnes par les organismes complémentaires d'Assurance maladie. En effet, sur les territoires où il subsiste un reste à charge, celui-ci n'est presque jamais remboursé par ces organismes, à l'exception notable de la Bourgogne nivernaise, grâce à l'important travail de pédagogie et d'explication mené par la coordination territoriale d'appui auprès de ceux-ci.

Si sur un plan macro-économique le dispositif semble ainsi pertinent, l'enjeu économique semble donc davantage se poser à l'échelle des EHPAD, le financement reçu pour l'hébergement temporaire dans le cadre du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » ne couvrant pas toujours l'ensemble de leurs frais, ce qui ne permet pas une viabilité sur le long terme.

4. Apports de l'hébergement temporaire de personnes âgées en risque de perte d'autonomie vs l'hébergement temporaire classique

4.1 La diminution ou l'absence de reste à charge

La diminution ou l'absence de reste à charge sans conditions de ressources ni de Groupe iso-ressources est, sur tous les territoires, la différence majeure entre l'hébergement temporaire du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie »

et l'hébergement temporaire classique. Cette diminution, financée par le fonds d'intervention régional de « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie », permet au plus grand nombre de bénéficier du dispositif. Elle a d'ailleurs amené certains territoires à élargir les motifs d'inclusion dans le dispositif, initialement centrés sur la sortie d'hospitalisation.

La persistance d'un reste à charge sur certains territoires a pu constituer et peut toujours constituer un motif de renoncement au dispositif.

4.2 La capacité du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » à répondre à des situations d'urgence

Le caractère d'urgence du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » concerne aussi bien la temporalité rapide de sortie d'hospitalisation voulue par l'établissement de santé, que les situations d'urgence au domicile (défaillance soudaine de l'aidant, impossibilité de rester à domicile de façon ponctuelle).

La réactivité des EHPAD et l'accélération des procédures d'admission engendrées par le dispositif permettent à des personnes âgées hospitalisées ou se retrouvant seules à domicile suite à l'absence brutale de leur aidant d'être accueillies très rapidement. L'hébergement temporaire, tel que mis en place dans le programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » permet d'apporter une réponse efficace à ces situations urgentes, ce qui n'est pas le cas de l'hébergement temporaire classique qui a un fonctionnement plus lent (lié à procédure de préadmission par exemple). La diminution du reste à charge facilite également la prise en compte des situations urgentes en supprimant les procédures administratives de demandes d'aides sociales, qui nécessitent plusieurs semaines (Allocation personnalisée d'autonomie, aide sociale à l'hébergement (ASH), etc.).

De plus, sur les territoires où les places sont dédiées au programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie », ces dernières sont immédiatement mobilisables. Sur certains territoires, on observe en effet une pénurie de places d'hébergement temporaire de droit commun qui rend d'autant plus essentielle cette disponibilité immédiate (ex. : Basse-Corrèze). Le rôle pivot joué par certaines coordinations territoriales d'appui participe également à la rapidité d'entrée dans le dispositif. Il entretient la confiance mutuelle entre les acteurs et permet d'accélérer les procédures d'admission.

19 - Données ARS Corrèze.

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Aide sociale à l'hébergement
CARSAT	Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CH	Centre hospitalier
CHIC	Centre hospitalier intercommunal
CHLSOM	Centre hospitalier local du sud-ouest mayennais
CHRU	Centre hospitalier régional et universitaire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CTA	Coordination territoriale d'appui
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé
DSS	Direction de la Sécurité sociale
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	Équipe mobile de gériatrie
ETP	Équivalent temps plein
FIR	Fonds d'intervention régional
GIR	Groupe iso-ressources
HT	Hébergement temporaire
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'État
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MSA	Mutualité sociale agricole
Paerpa	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PPS	Plan personnalisé de santé
SAAD	Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile

Remerciements

L'ANAP remercie l'ensemble des contributeurs et relecteurs de ce document.

L'équipe de l'ANAP remercie en particulier les acteurs de territoire pour leur accueil toujours sympathique, le temps qu'ils ont consacré aux entretiens, parfois sur leur temps de repos et pour la richesse et la sincérité de leurs témoignages.

Le cabinet ALCIMED

La direction de la Sécurité sociale :

- ▶ **Alexandre Farnault**, Chef de projet national « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie »
- ▶ **Adeline Townsend**, Cheffe de projet national adjointe « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie »

Les autres acteurs nationaux suivants :

- ▶ **Laurence Lavy**, Cheffe du bureau Prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées, DGCS
- ▶ **Camille Brunat**, Chargée de mission Parcours de santé, DGCS
- ▶ **Catherine Perisset**, Organisation des services intégrés, CNSA
- ▶ **Sébastien Gand**, Co-auteur de l'évaluation qualitative « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » de la DREES
- ▶ **Marie-Dominique Lussier**, Ancienne cheffe de projet « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie », ANAP

Les neuf chefs de projet « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » en ARS et les équipes associées :

- ▶ **Thierry Dumais**, ARS Pays de Loire
- ▶ **Marie-Marguerite Defebvre**, **Céline Bugny** et **Brigitte Caron**, ARS Hauts-de-France
- ▶ **Corinne Llovel**, ARS Nouvelle-Aquitaine
- ▶ **Laëtitia Chevalier**, ARS Centre-Val de Loire
- ▶ **Gwenola Rey**, ARS Grand Est
- ▶ **Sarah Livartowski** et **Manon Noël**, ARS Ile-de-France
- ▶ **Estelle Bremaud** et **Élisabeth Lesparre-Ellias**, ARS Nouvelle-Aquitaine
- ▶ **Rachel Blanc**, ARS Bourgogne-Franche-Comté
- ▶ **Mélanie Nougaro**, ARS Occitanie

Les acteurs sur les territoires :

Brive-la-Gaillarde :

- ▶ Centre hospitalier de Brive-la-Gaillarde
- ▶ CTA, Basse-Corrèze
- ▶ EHPAD Saint-Antoine, Perpezac-le-Noir

Bordeaux :

- ▶ Centre hospitalier universitaire de Bordeaux
- ▶ EHPAD Croix Rouge Henry Dunant, Bordeaux
- ▶ EHPAD Korian Clos Serena, Bordeaux
- ▶ CTA - Plateforme autonomie seniors, Bordeaux

Bourgogne nivernaise :

- ▶ Centre hospitalier La Charité sur Loire, Cosne Cours sur Loire
- ▶ EHPAD Les Ocrières, Saint-Amand-en-Puisaye
- ▶ CTA, Nièvre

Nancy :

- ▶ EHPAD Korian Le Gentillé, Laxou
- ▶ EHPAD du Bas Château, Essey-les-Nancy
- ▶ CTA - Réseau Gérard Cuny, Nancy

Hautes-Pyrénées :

- ▶ EHPAD Les Balcons du Hautacam, Argelès Gazost
- ▶ EHPAD Curie Sombres, Rabastens de Bigorre
- ▶ EHPAD Les Rives du Pelam, Trie sur Baise

Mayenne :

- ▶ EMG, Centre hospitalier de Laval
- ▶ EHPAD L'Hestia, CCAS de Laval
- ▶ EHPAD Residalya - CIGMA, Laval

Paris :

- ▶ MZA, Paris
- ▶ EHPAD Cos Alice Guy, Paris

Centre :

- ▶ Centre hospitalier universitaire de Tours
- ▶ EHPAD Puy Gibault, Loches
- ▶ EHPAD Croix Rouge Henry Dunant, Tours
- ▶ CTA, Indre-et-Loire

Valenciennois :

- ▶ CTA, Valenciennois Quercitain
- ▶ EHPAD Dronsart, Bouchain
- ▶ EHPAD Louis Serbat, Saint-Saulve



Mentions légales

Financement: les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés. Conflits d'intérêts: les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage: l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle: les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement: « L'hébergement temporaire en EHPAD : Retour d'expériences des territoires PAERPA © ANAP 2019 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr
Crédit photos: ANAP, Droits réservés (DR)
Impression sur papier PEFC
Mars 2019

Le parcours de santé des personnes âgées est aujourd'hui un sujet majeur de santé publique et la coordination des différents modes de prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale est primordiale.

Cette publication propose une aide à la mise en œuvre d'un dispositif d'hébergement temporaire en EHPAD.

