



**EHESP**

---

**Inspecteur de l'action sanitaire et  
sociale**

Promotion : **2012-2014**

Date du Jury : **mars 2014**

---

**Forces et faiblesses de  
l'hébergement temporaire médicalisé  
pour personnes âgées en Vendée**

---

**Anne-Sophie COUTON**

---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier vivement tous les membres de la Délégation territoriale de la Vendée pour leur accueil et leur disponibilité tout au cours du stage d'exercice professionnel. Je remercie tout particulièrement mon maître de stage, Loïc ADAM, inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale, pour le temps consacré au bon déroulement de mon stage et à ma formation en général.

Je remercie également toutes les personnes interrogées qui ont accepté de répondre à mes questions, encourageant ainsi mes réflexions pour l'élaboration de ce mémoire professionnel.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Une mise en œuvre originale de l'hébergement temporaire en Vendée avec une prise en compte partielle de ses spécificités .....	7
1.1 Analyse des données locales et nationales sur l'hébergement temporaire .....	7
1.1.1 Présentation de l'offre médico-sociale pour personnes âgées en Vendée....	7
1.1.2 La structuration des places d'hébergement temporaire en Vendée par rapport au national .....	8
1.1.3 Un fonctionnement particulier des places d'hébergement temporaire en Vendée par rapport au national .....	12
1.2 L'observation du fonctionnement de l'hébergement temporaire dans trois structures vendéennes.....	14
1.2.1 Présentation des structures visitées .....	14
1.2.2 Résultats des visites .....	14
1.2.3 Des établissements dont les taux d'occupation démontrent des besoins....	18
1.3 Une attention particulière est portée sur l'hébergement temporaire par les autorités.....	18
1.3.1 Des modalités de fonctionnement spécifiques non prises en compte par la réglementation .....	18
1.3.2 Des difficultés de financement partiellement prises en compte par le Conseil général de la Vendée .....	22
1.3.3 Un travail d'amélioration de l'utilisation de l'hébergement temporaire actuellement mené par l'ARS .....	24
2 Un besoin d'approfondissement des missions de l'hébergement temporaire exprimé par les acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes âgées .....	25
2.1 L'hébergement temporaire répond à des missions variées... ..	25
2.2 ...Qui vont être appelées à être élargies compte tenu des enjeux que pose le vieillissement de la population .....	26
2.2.1 L'hébergement temporaire peut constituer un instrument de prévention ....	26
2.2.2 L'hébergement temporaire peut casser l'isolement des personnes âgées..	29
2.3 ...Et renforcées pour consolider sa place. ....	30

2.3.1	Approfondir le soutien des aidants.....	30
2.3.2	Améliorer la préparation de l'entrée en établissement .....	35
2.3.3	L'hébergement temporaire comme dispositif d'aval hospitalier .....	35
2.3.4	L'hébergement temporaire : une réponse à l'urgence médico-sociale ?.....	41
3	Une intégration plus complète de l'hébergement temporaire dans le parcours de vie des personnes âgées à travailler sur différents plans pour l'ARS.....	43
3.1	Une capacité d'action limitée sur les difficultés de financement .....	43
3.1.1	Un coût important pour les usagers souligné par les acteurs .....	43
3.1.2	L'incidence du coût sur l'orientation en SSR plutôt qu'en hébergement temporaire actuellement à l'étude .....	45
3.1.3	Des leviers d'action très limités dans le cadre des travaux en cours sur le référentiel.....	46
3.2	Le pari stratégique du respect d'un référentiel de bonnes pratiques de fonctionnement pour impulser une restructuration.....	47
3.2.1	Des difficultés de fonctionnement relevées par les acteurs en terme de connaissance, de lisibilité et d'utilisation détournée du dispositif.....	47
3.2.2	Un lien entre ces problèmes de fonctionnement et la structuration non partagé entre les autorités .....	49
3.2.3	La stratégie adoptée par l'ARS de travailler sur les règles de fonctionnement. ....	49
3.3	Un développement de l'offre d'hébergement temporaire à privilégier dans le cadre des plateformes de services médico-sociales et d'une politique globale de maintien à domicile.....	53
3.3.1	Une offre insuffisante et en partie inadaptée en termes d'hébergement temporaire pour les acteurs .....	53
3.3.2	L'approche multidimensionnelle nécessaire au répit.....	54
3.3.3	Des plateformes de services médicosociales pertinentes pour mieux intégrer l'hébergement temporaire dans la filière gériatrique.....	55
	Conclusion.....	57
	Sources et bibliographie .....	I
	Liste des annexes.....	XIV

---

## Liste des sigles utilisés

---

AJ : Accueil de Jour  
APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie  
ARS : Agence Régionale de Santé  
BTP : Bâtiment des Travaux Publics  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination  
CH : Centre Hospitalier  
CHD : Centre Hospitalier Départemental  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
DCA : Dispositif de Coordination de l'Aval hospitalier  
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
DT : Délégation Territoriale  
EAAR : Equipe en Appui Adaptation-Réadaptation  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer  
ESMS : Etablissement et Service social et Médico-Social  
FEHAP : Fédération des Etablissements hospitaliers et d'Aide la Personne  
FHF : Fédération Hospitalière de France  
FIR : Fonds d'Intervention Régional  
GRATH : Groupe de Réflexion et de réseau pour l'Accueil Temporaire des personnes en situation de Handicap  
HAD : Hospitalisation A Domicile  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer  
PAERPA : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie  
PRIAC : Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
SADAPA : Soins Au Domicile des Personnes Agées  
SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile  
SSIAD: Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UCC : Unité Cognitive Comportementale

UNIOPSS : Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratifs  
Sanitaires et Sociaux

## Introduction

« Voir plus loin, voir plus large », est la formule avec laquelle le rapport BROUSSY<sup>1</sup> entre en matière pour traiter de l'adaptation de la société française au vieillissement. Sans vouloir reprendre l'introduction de ce document, je trouvais cette approche pertinente pour aborder la question du vieillissement.

Selon les dernières prévisions de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), « la France comptera 73,6 millions d'habitants en 2060 » et le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus qui « était de 5,2 millions en 2007 (8,9% de la population) passera à 11,9 millions en 2060 (16,2% de la population) »<sup>2</sup>. L'espérance de vie atteindra alors en France 86 ans pour les hommes et 91,1 ans pour les femmes<sup>3</sup>. Le vieillissement de la population est une préoccupation sociale importante<sup>4</sup>, qui nous amène à nous interroger sur notre société et sa capacité à intégrer cette nouvelle catégorie de population, appelée souvent maladroitement « le cinquième âge ». En tant qu'Inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS), affectée en Agence régionale de santé (ARS), cette nouvelle donnée démographique représente un défi important : comment continuer à mieux prendre en charge des personnes âgées plus nombreuses et plus dépendantes ? Défi qu'il faudra prendre en compte de manière adaptée sur les territoires.

La Vendée, dont la carte est présentée en annexe 1, est un département qui devrait connaître un vieillissement de sa population particulièrement marqué. Le territoire, très attractif pour son littoral et sa qualité de vie reconnue, accueille beaucoup de personnes issues d'autres départements<sup>5</sup>. Ainsi, « la Vendée pourrait compter près de 8 000 habitants supplémentaires par an d'ici 2030 » et d'ici là il y aurait « environ 18 000 ménages supplémentaires dont la personne de référence aurait 80 ans et plus ». L'augmentation de la population âgée devrait être plus prononcée dans certaines parties du département, essentiellement le littoral. A titre de comparaison, « le territoire allant de

---

<sup>1</sup> BROUSSY Luc, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française à son développement, *L'adaptation de la société française au vieillissement de sa population : France : année zéro*, janvier 2013, p 1

<sup>2</sup> BLANPAIN Nathalie et CHARDON Olivier, *Projections de population à l'horizon 2060 – Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans*, n° 1320, octobre 2010, Insee Première, division Enquêtes et études démographiques

<sup>3</sup> VALLIN J., MESLE F., *Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ?*, Bulletin mensuel d'information de l'INSEE, Population & sociétés, n°473, décembre 2010

<sup>4</sup> Comme en attestent par exemple deux articles lus récemment : BOUDARD JM, Ouest France, *Vivre chez soi avec la maladie d'Alzheimer*, 20 septembre 2013 et CLARVEUL L., Le Monde, *Les Français veulent savoir s'ils risquent de développer la maladie d'Alzheimer*, 17 septembre 2013

<sup>5</sup> « La croissance s'explique pour près de 85% par l'excédent des arrivées dans le département sur les départs, 15% s'expliquant par l'excédent des naissances sur les décès », LERENARD Agnès, INSEE, *Population légale en Vendée : l'attractivité se poursuit*, site internet de l'INSEE

Saint-Gilles-Croix-De-Vie aux Sables d'Olonne connaîtrait un accroissement plus fort qu'Angers ou le Mans : 2 200 personnes âgées dépendantes supplémentaires entre 2010 et 2030 selon le scénario intermédiaire, contre 1 700 pour les métropoles angevine et mancelle »<sup>6</sup>. A l'enjeu sanitaire, s'ajoute également un enjeu financier qu'il serait déraisonnable de négliger. Pour l'année 2010, on peut évaluer « à plus de 34 milliards d'euros, dans une hypothèse haute, les dépenses exposées par la Nation au titre de la dépendance des personnes âgées » exprime le rapport FRAGONARD<sup>7</sup>. Face à des finances publiques amenées à se restreindre, sur le champ des personnes âgées, mais aussi plus largement dans tous ses domaines de compétences, un IASS, aura dans sa pratique professionnelle à prendre en compte cette contrainte financière et à tout mettre en place pour optimiser la dépense publique. C'est tout ce contexte démographique, social et financier qui amène à « voir plus loin » sur les territoires, et également « plus large » dans les conceptions qui peuvent être faites de la prise en charge.

Comme son nom l'indique, c'est toute l'ambition de la future loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement. Sous la formule du « triple A social »<sup>8</sup> défendue par la Ministre déléguée aux personnes âgées, la priorité est donnée à la coordination des acteurs et au renforcement du maintien à domicile. L'orientation prise de favoriser le maintien à domicile n'est en effet pas nouvelle et ses concrétisations sont nombreuses : développement des services intervenant à domicile, diversification des dispositifs, mise en place de structures de répit pour les aidants, etc. Dans la palette de ces dispositifs au service du maintien au domicile, se trouve régulièrement cité l'hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées. Ce dispositif est défini à l'article D312-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) comme « un accueil en hébergement organisé pour une durée limitée, le cas échéant, sur un mode séquentiel, visant à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale ». Concernant la notion de durée limitée, seule une règle non obligatoire, fixée par la circulaire du 29 novembre 2011, vient recommander de ne pas dépasser 90 jours<sup>9</sup>. Ce même texte recense également les publics cibles : « les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, les personnes âgées en perte d'autonomie physique et, de manière plus marginale, les personnes âgées autonomes

---

<sup>6</sup> INSEE des Pays de la Loire, Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030, n°101, février 2012

<sup>7</sup> FRAGONARD Bertrand, *Rapport du groupe n°4 Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, juin 2011, p 10

<sup>8</sup> Expression utilisée par la ministre lors de l'échange organisé avec les promotions de l'Ecole des hautes études en santé publique le 20 décembre 2013 et qui désigne les trois volets de la loi : l'Anticipation et la prévention de la perte d'autonomie, l'Adaptation de la société au vieillissement et l'Accompagnement de la perte d'autonomie

<sup>9</sup> Circulaire N°DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire



isolées ». Elle fixe ensuite une liste d'objectifs auquel répond l'hébergement temporaire, d'une part pour les personnes âgées dépendantes et leurs proches : « besoin de répit de l'aidant », une réponse à « une situation d'urgence », une « préparation progressive de l'entrée en EHPAD » et d'autre part pour les personnes âgées valides : une réponse à « une situation d'isolement », « un besoin d'un hébergement lors de travaux liés à l'adaptation du logement ».

En grande partie parce qu'il répond à cette diversité de missions, les pouvoirs publics promeuvent ce dispositif à travers les grands plans nationaux : le plan vieillissement et solidarités 2004-2007<sup>10</sup>, le plan solidarité grand âge 2007-2010<sup>11</sup>, les trois plans Alzheimer 2001-2005<sup>12</sup>, 2004-2007<sup>13</sup> et 2008-2012<sup>14</sup> et enfin le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012<sup>15</sup>. Son développement est aujourd'hui préconisé dans beaucoup de rapports, comme par exemple le rapport FRAGONARD<sup>16</sup> ou plus récemment le rapport AQUINO<sup>17</sup>.

Toutefois, malgré la bonne volonté affichée des pouvoirs publics, l'hébergement temporaire est un dispositif qui rencontre des difficultés pour se développer. Preuve en est : le rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012 liste, dans les objectifs non atteints, les structures de répit qui « n'ont pas atteint leurs objectifs quantitatifs »<sup>18</sup>. Parallèlement, le dispositif rencontre d'autres difficultés qui alimentent les critiques sur son utilité. En effet, une première approche de la littérature sur le sujet met en avant que l'hébergement temporaire représente un coût important pour les familles<sup>19</sup>, qu'il ne répond

---

<sup>10</sup> Le second volet du plan vieillissement et solidarités relatif au soutien au maintien au domicile prévoyait une augmentation de nombre de places d'hébergement temporaire

<sup>11</sup> 1 100 places d'hébergement temporaire devaient être créées tous les ans sur les cinq années dans le plan solidarité et grand âge

<sup>12</sup> Le plan Alzheimer 2001-2005 prévoyait de créer 3 000 places sur les quatre années du plan et de rédiger un cahier des charges relatif à l'hébergement temporaire

<sup>13</sup> Le plan Alzheimer 2004-2007 évoquait la création d'environ 13 000 places d'accueil temporaire.

<sup>14</sup> La mesure n°1 de ce dernier plan Alzheimer programmat sur la durée du plan la création de 5 600 places d'hébergement temporaire

<sup>15</sup> Ce programme souhaitait « faciliter la prise en charge en hébergement temporaire des personnes âgées en soins palliatifs pour soulager les aidants et les proches »

<sup>16</sup> Le rapport mentionne le besoin de développer « les structures de répit (accueil de jour, hébergement temporaire, répit à domicile) », FRAGONARD Bertrand, *Rapport du groupe n°4 Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, juin 2011, p 57

<sup>17</sup> Le rapport AQUINO incite à « poursuivre le développement des modalités d'accueil et d'accompagnement temporaires ou alternatives tant pour les personnes âgées en perte d'autonomie que pour les aidants », AQUINO Jean-Pierre, *Comité avancée en âge et qualité de vie, Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, février 2013, p 92

<sup>18</sup> ANKRI Joël et VAN BROECKHOVE Christine, *Rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012*, juin 2013, p 4 ; remarque : la sous consommation sur 2012 a représenté 32 millions d'euros pour les structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, Anonyme, *Plan Alzheimer : 41% des crédits prévus ont été dépensés*, APM International, 27 mars 2013

<sup>19</sup> Geronto-clef, *Accueil de jour et hébergement temporaire pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : attentes, freins et facteurs de réussite*, mars 2010, p 49

pas véritablement aux attentes des usagers<sup>20</sup>, qu'il est peu connu<sup>21</sup>, qu'il constitue davantage un sas d'entrée à l'hébergement permanent<sup>22</sup>, que son taux d'occupation est faible et qu'il n'est pas rentable pour les gestionnaires<sup>23</sup>.

Pourquoi alors développer un dispositif souffrant de telles difficultés ? En tant qu'IASS, il est naturel que ce paradoxe interpelle et mon stage d'exercice professionnel à la Délégation territoriale (DT) de Vendée de l'ARS des Pays de la Loire représentait l'opportunité de m'approprier de manière plus précise ce dispositif, ses difficultés et tous les enjeux qui y sont attenants. J'ai également choisi ce sujet car il me permettait de travailler sur le champ des personnes âgées, secteur que j'avais eu peu l'occasion d'approfondir durant mes expériences universitaires et professionnelles. Enfin, il était intéressant d'étudier ce dispositif car il fait actuellement l'objet d'un travail de discussion et de restructuration au sein de l'ARS des Pays de la Loire. En tant qu'élève IASS, cela m'a amenée à participer aux réunions internes et aux rencontres avec les partenaires, observant ainsi la gestion de projet tel qu'il pouvait être conduit par un inspecteur et analysant les leviers d'actions mobilisés.

Pour comprendre ce paradoxe entourant l'hébergement temporaire, il m'est apparu instructif de rechercher les forces et faiblesses de ce dispositif. Ensuite, prenant en compte les travaux de l'ARS sur le fonctionnement et l'organisation des structures, j'ai adopté une démarche complémentaire de celle menée, démarche qui s'est inspirée de la logique du parcours, actuellement développée dans les politiques sanitaires, sociales et médico-sociales actuelles<sup>24</sup>. Ma problématique s'est donc inspirée de mes travaux de recherche et du contexte régional et s'exprime de la façon suivante : quelles sont les

---

<sup>20</sup> L'hébergement temporaire risque d'être plus apprécié par l'aidant que par l'aidé », « délai d'attente avant la confirmation d'une réservation de place » qui rend « difficile l'organisation », Groupe de réflexion et de réseau pour l'accueil temporaire des personnes en situation de handicap, *Enquête nationale sur les besoins et attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs proches aidants en matière de relais*, novembre 2009, p 38

<sup>21</sup> Groupe PROBTP, GRATH, FHF, FEHAP, UNIOPSS, *Note de réflexion et de propositions relative aux difficultés de l'hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées*, 2008

<sup>22</sup> « Très faible spécificité de l'hébergement temporaire au sein de l'hébergement permanent », Géronto-Clef, *Analyse des effets de l'hébergement temporaire sur le devenir des personnes âgées en perte d'autonomie en lien avec la charge de leurs aidants informels*, février 2010, p 5

<sup>23</sup> LECAS Franck, *L'hébergement temporaire pour personnes âgées*, site internet Perspectives sanitaires et sociales, 2012

<sup>24</sup> Les rapports de 2010 et 2011 du HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, *Assurance maladie et perte d'autonomie : contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011*, 2011, Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, *Viellissement, longévité et Assurance maladie*, 22 avril 2010) préconisent un développement de la notion de parcours pour répondre de concert au défi financier et au défi démographique. La notion est depuis très présente dans la mise en œuvre des politiques publiques. A titre d'exemple, une des dernière publications de l'ANAP est intitulée « Construire un parcours de santé pour les personnes âgées » (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, *Construire un parcours de santé pour personnes âgées*, décembre 2013)

forces et les faiblesses de l'hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées en Vendée et quels leviers existent pour mieux l'inscrire dans le parcours de vie de la personne âgée ?

Pour répondre à la problématique envisagée, j'ai adopté la méthodologie suivante. Après avoir fait des recherches sur l'offre relative à l'hébergement temporaire en Vendée, par rapport au national, il m'a semblé opportun d'observer le fonctionnement de plusieurs structures d'hébergement temporaire typiques. J'ai pu en visiter trois. Ce nombre, qui ne peut prétendre à une quelconque représentativité, m'a toutefois permis de mieux comprendre les difficultés que pouvait rencontrer l'hébergement temporaire et comment les différents services fonctionnaient<sup>25</sup>. Dans un deuxième temps, j'ai décidé de questionner des personnes issues de douze services ou établissements intervenant dans la prise en charge des personnes âgées :

- Service à domicile,
- Service de médecine d'un Centre hospitalier (CH),
- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD),
- Soins de suite et de réadaptation (SSR),
- Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA),
- Accueil de jour (AJ),
- Unité cognitivo-comportementale (UCC),
- Hospitalisation à domicile (HAD),
- Centre local d'information et de coordination (CLIC),
- Equipe spécialisée Alzheimer (ESA),
- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- Médecin généraliste et coordonnateur d'EHPAD

Les personnes interrogées sont des infirmières, des assistantes sociales, des médecins ou des directeurs. Les services choisis se répartissent sur tout le territoire vendéen, à l'exception du Sud-Vendée (Fontenay-le-Comte, Luçon). Là encore, je n'ai pas cherché à faire une étude quantitative exhaustive mais ai souhaité faire des liens entre ces différents dispositifs et l'hébergement temporaire, afin de véritablement inscrire ma démarche dans une logique de parcours. A côté de ce que j'ai considéré comme « les acteurs », j'ai également mis à contribution « les autorités » tarifatrices : le Conseil général et l'ARS. Pour cela, sur la base de deux questionnaires prédéfinis pour « les acteurs »<sup>26</sup> et « les autorités »<sup>27</sup>, j'ai procédé à des entretiens directifs, que j'ai ensuite retranscrits de manière synthétique. Parallèlement, j'ai sollicité, ce que j'ai appelé, des « personnes ressources » pour deux motifs. D'une part j'ai souhaité approfondir certains points recueillis lors des

---

<sup>25</sup> La méthodologie concernant cette première étape est approfondie en partie 1, paragraphe 1.2.2

<sup>26</sup> Voir annexe 4 questionnaire pour les acteurs

<sup>27</sup> Voir annexe 5 questionnaire pour les autorités

entretiens avec d'autres acteurs, comme par exemple l'association France Alzheimer Vendée ou encore le Président de la Commission médicale d'établissement du Centre hospitalier départemental (CHD). D'autre part il m'a semblé opportun d'enrichir mon approche avec des éléments issus d'entités nationales : la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et le Groupe de Réflexion et de réseau pour l'Accueil Temporaire des personnes en situation de Handicap (GRATH). L'annexe 2 reprend la liste des personnes interrogées. Pour analyser les différentes données obtenues j'ai opéré par fiches thématiques reprenant les éléments apportés par les acteurs, les autorités et les personnes ressources : missions de l'hébergement temporaire, financement, urgence médico-sociale, coordination, communication, lisibilité, etc. Au fil des investigations, ma curiosité d'inspecteur a été éveillée par des pistes de réflexion que j'ai développées ici sous forme de préconisations. Celles-ci s'adressent d'abord à moi, dans le cadre de l'exercice de mes futures missions, et peuvent également être destinées à quiconque les trouvera judicieuses.

Reprenant les différentes étapes de la méthodologie indiquée, j'exposerai dans un premier temps l'état de l'offre en matière d'hébergement temporaire en Vendée (1) pour ensuite explorer, du point de vue des acteurs, la place que pourrait occuper ce dispositif dans le parcours des personnes âgées (2), et enfin se pencher sur les moyens pour y parvenir (3).

# **1 Une mise en œuvre originale de l'hébergement temporaire en Vendée avec une prise en compte partielle de ses spécificités**

Après avoir observé la structuration et le fonctionnement des places d'hébergement temporaire en Vendée (1.1 et 1.2), une attention sera portée à la façon dont les autorités tarifcatrices prennent en compte ce service (1.3).

## **1.1 Analyse des données locales et nationales sur l'hébergement temporaire**

Après une présentation de l'offre médico-sociale en Vendée (1.1.1), une comparaison entre la structuration (1.1.2) et le fonctionnement (1.1.3) des structures d'hébergement temporaire de la Vendée et ceux du national sera faite.

### **1.1.1 Présentation de l'offre médico-sociale pour personnes âgées en Vendée**

Pour situer démographiquement la Vendée, voici quelques chiffres clés : au 1<sup>er</sup> janvier 2010, le nombre d'habitants est d'environ 635 000, ce qui représente 18% des Ligériens, et les personnes de 65 ans et plus constituent 19% de la population du département<sup>28</sup>.

L'offre médico-sociale associée à la prise en charge des personnes âgées en Vendée est diverse. Elle se caractérise tout d'abord par un taux d'équipement en EHPAD très élevé. En effet, tandis que le taux national est aujourd'hui de 12 places pour 100 personnes de plus de 75 ans, la Vendée dispose de 18,21 places pour 100 personnes de plus de 75 ans, ce qui est également supérieur à la moyenne régionale (15 places pour 100 personnes de plus de 75 ans). La Vendée compte ainsi 149 EHPAD, ce qui représente près de 11 000 places. Il faut toutefois regretter que l'offre est inadéquatement répartie par rapport aux besoins car, là où le vieillissement de la population est le plus marqué, le littoral, le taux d'équipement en EHPAD est le plus faible. A côté des EHPAD, la Vendée dispose d'un nombre important de petites unités de vie<sup>29</sup> et un nombre minime d'établissements d'hébergement pour personnes âgées. Parallèlement à ces solutions d'hébergement, d'autres services existent. Il est ainsi possible de répertorier aujourd'hui sur le département : 147 places autorisées d'AJ, 228 places d'hébergement temporaire et 26 SSIAD.

---

<sup>28</sup> LERENARD Agnès, INSEE, *Population légale en Vendée : l'attractivité se poursuit*, site internet de l'INSEE

<sup>29</sup> Ces petites unités de vie sont dotées du label de Maison d'accueil rural pour personnes âgées obtenu auprès de la Mutualité sociale agricole

Les évolutions en cours et à venir de cette offre médico-sociale sont nombreuses. Tout d'abord la réforme tendant à regrouper des places d'AJ<sup>30</sup> se termine. Parallèlement, des efforts sont en train d'être réalisés par l'ARS des Pays de la Loire pour mettre en place des Services polyvalents d'aides et de soins à domicile (SPASAD), dispositif regroupant les SSIAD et les services à domicile<sup>31</sup>. Enfin, suite à des appels à projets/candidatures<sup>32</sup>, sont mises en places trois équipes d'appui en adaptation réadaptation (EAAR)<sup>33</sup>, onze ESA et enfin deux plateformes de services médico-sociales pour personnes âgées en risque de perte d'autonomie<sup>34</sup> devraient être labellisées dans les mois à venir.

### **1.1.2 La structuration des places d'hébergement temporaire en Vendée par rapport au national**

Pour rappel, il existe 228 places d'hébergement temporaire sur la Vendée. Ce chiffre est relativement faible si on le compare aux 11 000 places d'hébergement permanent, l'hébergement temporaire représentant ainsi 2% des places d'EHPAD. Ces 228 places sont réparties dans 67 EHPAD, ce qui correspond à une moyenne de 3,4 places par établissement. Pour la région des Pays de la Loire, la capacité d'accueil installée moyenne est de 3 places par structure. Ces dernières données reflètent un éparpillement de l'offre au sein d'une multitude d'établissements tant au niveau de la région que du département.

Pour aller plus loin, il m'a semblé opportun de connaître la répartition géographique de ces places.

---

<sup>30</sup> Opéré avec la circulaire N°DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 et le décret n°2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour

<sup>31</sup> Anonyme, *Les SPASAD, un outil d'avenir pour la prévention de la perte d'autonomie ?*, Actualités sociales hebdomadaires, 29 novembre 2013, n°2835

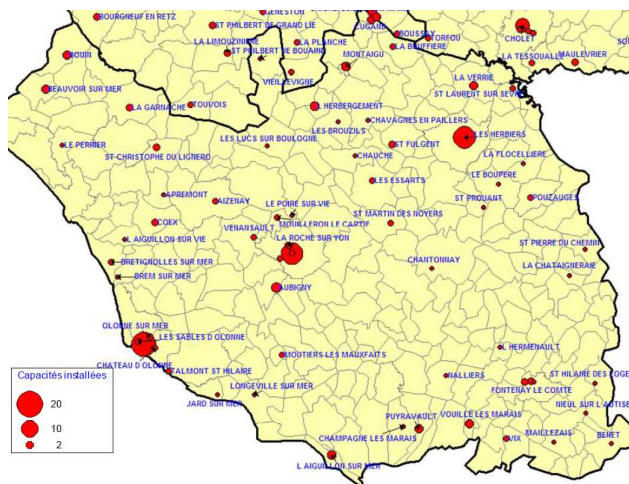
<sup>32</sup> Les appels à candidatures de l'ARS des Pays de la Loire se distinguent des appels à projets par le fait que les premiers ne nécessitent pas une modification de l'autorisation

<sup>33</sup> Ces équipes interviennent à domicile « en appui des professionnels du premier recours et du SSR, pour prévenir la perte d'autonomie à domicile, des hospitalisations répétées ou des institutionnalisations évitables et réinsérer rapidement les patients hospitalisés dans leur lieu de vie initial lorsque ce retour est souhaité et possible », ARS des Pays de la Loire, *Appel à candidatures équipe en appui « adaptation – réadaptation »*. Ce point sera développé dans la partie 3 de ce travail

<sup>34</sup> Selon l'appel à candidatures publié par l'ARS Pays de la Loire une plateforme de services doit mettre en place un accompagnement coordonné autour de la personne et doit assurer au minimum les prestations d'un SSIAD, d'un AJ et d'un hébergement temporaire

## Carte 1 : Répartition de l'offre en hébergement temporaire en Vendée

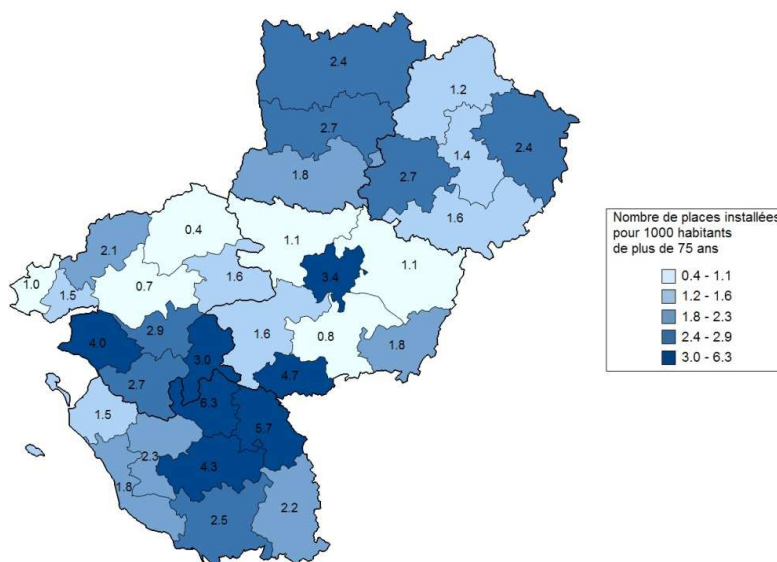
Source : ARS des Pays de la Loire



Cette carte met en évidence une couverture pratiquement globale du territoire par les EHPAD pratiquant de l'hébergement temporaire. Une attention particulière sur la capacité installée montre toutefois que des territoires sont mieux dotés que d'autres. Cela se confirme en étudiant le taux d'équipement.

## Carte 2 : Taux d'équipement en hébergement temporaire selon les places installées en Pays de la Loire en 2009

Source : ARS des Pays de la Loire



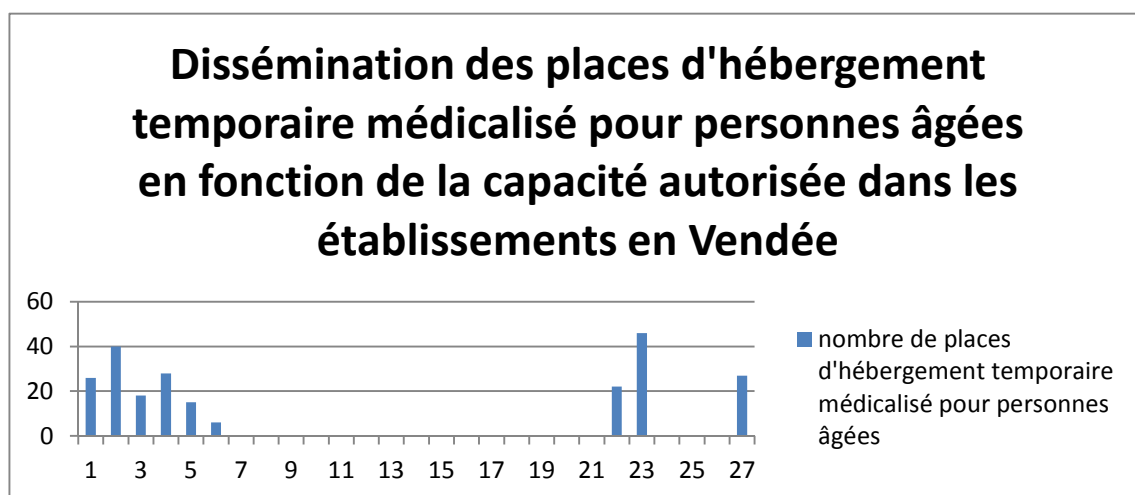
Avant de regarder les différences de taux d'équipement au sein de la Vendée, la carte démontre tout d'abord que la Vendée est un territoire bien doté par rapport aux taux d'équipements des autres départements de la région. Ensuite, plus précisément sur la Vendée, le Nord-Est connaît le taux d'équipement le plus élevé : de 4,3 à 6,3 places

installées d'hébergement temporaire pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Le littoral est lui moins bien doté, comme pour l'hébergement permanent.

Puis, pour bien comprendre la réalité de la structuration des places au sein des 67 EHPAD pratiquant une activité d'hébergement temporaire, il paraissait intéressant de calculer la distribution des places d'hébergement temporaire dans les EHPAD ayant une autorisation à cet effet et de matérialiser les résultats obtenus sous la forme d'un histogramme dont l'abscisse correspond à la capacité autorisée.

**Tableau 1 : Dissémination des places d'hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées en fonction de la capacité autorisée dans les établissements en Vendée**

Source : recensement des places d'hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées effectué par l'ARS des Pays de la Loire en décembre 2013



L'analyse de l'histogramme ci-dessus met en évidence que la moitié des places est installée dans des EHPAD qui disposent d'une à quatre places. 95 places sont prises en charge par des établissements disposant de 10 places et plus, ce qui équivaut à 41,7% des places. Cette répartition très particulière des places interpelle en tant qu'inspecteur : si cette structuration assure une certaine proximité, cette dissémination est-elle opportune ? Cette situation est-elle comparable à ce qui existe au niveau national ?

La structuration de l'ensemble des places d'hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées ainsi que leur fonctionnement sont connus grâce à une enquête appelée, « Enquête Mauve ». Tous les ans depuis 2009, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) produit en effet une synthèse de l'organisation et du



fonctionnement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire<sup>35</sup>. Les données qui alimentent ce rapport sont issues des tableaux de bord que les établissements qui pratiquent ces activités sont obligés de remplir chaque année en vertu de l'article R314-50 du CASF. L'enquête peut ainsi recenser le nombre de places et leur structuration. Le rapport produit pour l'année 2012 démontre que la moitié des établissements n'ont qu'une ou deux places d'hébergement temporaire et que la moyenne de la capacité d'accueil est de 3,7 places par établissement<sup>36</sup>. De plus, selon les mêmes sources, seulement 1,3% des structures pratiquant de l'hébergement temporaire sont des établissements spécialisés dans l'hébergement temporaire des personnes âgées<sup>37</sup>.

Pour comparer la situation entre le niveau national et la Vendée, voici un tableau récapitulatif des données essentielles de la structuration de l'offre d'hébergement temporaire<sup>38</sup> :

**Tableau 2 : Comparaison de la structuration de l'hébergement temporaire en Vendée**

*Sources : Enquête Mauve sur l'activité 2012 et le recensement des places d'hébergement temporaire en Pays de la Loire fait par l'ARS des Pays de la Loire en décembre 2013*

	Niveau national	Vendée
Pourcentage d'établissements disposant d'une ou deux places d'hébergement temporaire	49%	22,9%
Pourcentage d'établissements disposant de dix places ou plus d'hébergement temporaire	6,9%	41,7%
Moyenne de places par établissement (Nombre de places/Nombre d'établissements)	3,7	3,4

Ces différentes données assemblées, il apparaît que la dissémination des places d'hébergement temporaire est moins marquée en Vendée, et cela grâce aux quatre établissements qui disposent chacun de plus d'une vingtaine de places d'hébergement

<sup>35</sup> Ainsi que des pôles d'activités et de soins adaptés et des unités d'hébergement renforcé depuis l'arrêté du 9 avril 2013 portant application du I de l'article R314-50 du CASF pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes autorisés à exercer une activité d'hébergement temporaire pour lesdits établissements exerçant une activité de pôle d'activités et de soins adaptés ou d'unité d'hébergement renforcée

<sup>36</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et Ministère des affaires sociales et de la santé, *Analyse statistiques des données issues des rapports d'activités des établissements et services médico sociaux de l'année 2012*, septembre 2013

<sup>37</sup> Les établissements spécialisés sont définis dans les rapports relatifs aux enquêtes Mauve comme des « établissements dont l'activité est spécifiquement dédiée à l'hébergement temporaire », Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Bilan de l'activité d'accueil de jour et d'hébergement temporaire en direction des personnes âgées dépendantes en 2010*, octobre 2011, p 12

<sup>38</sup> Je me permets de baser ma comparaison sur un recensement des places de 2013, alors que l'enquête Mauve analyse l'activité de 2012 des établissements, car aucune modification substantielle dans l'offre vendéenne n'a été faite

temporaire chacun. Toutefois, la moyenne de places par établissement est inférieure en Vendée, ce qui m'invite en tant qu'élève inspecteur à m'interroger sur le fonctionnement de ces structures.

### **1.1.3 Un fonctionnement particulier des places d'hébergement temporaire en Vendée par rapport au national**

A côté de la structuration des places, les données recueillies à l'occasion des enquêtes Mauve permettent également de calculer des données sur le fonctionnement et l'activité des établissements. La disponibilité de ces informations auprès des ARS m'a donné l'opportunité de les utiliser pour calculer certaines statistiques relatives à la Vendée.

Pour les données relatives à la Vendée, j'ai pu utiliser la base de données de l'enquête Mauve l'année 2011<sup>39</sup>. Celle-ci comportant tous les EHPAD de la région, j'ai tout d'abord isolé tous les EHPAD vendéens, puis, parmi eux, les EHPAD pratiquant de l'hébergement temporaire. J'ai ainsi obtenu les réponses de 62 établissements. Dans un souci de clarté des résultats, j'ai ensuite retiré de mes calculs les structures n'ayant pas répondu à toutes les questions, qui étaient au nombre de 11. Il me restait ainsi 51 établissements dont les données étaient complètes. Par rapport aux 67 établissements recensés comme pratiquant de l'hébergement temporaire, étant donné que leur nombre était le même en 2011, le taux de représentativité des réponses de l'enquête de 2011 est de 76,1%. Il en découle en premier lieu que la durée moyenne de séjour pour les établissements vendéens pratiquant de l'hébergement temporaire et ayant répondu à l'enquête est de 50,03 jours. Le taux de rotation pour une place s'élève à 6,22. Plus de 75% d'établissements (76,5%) ont ensuite déclaré avoir accueilli au moins quatre personnes sur une place. Concernant des indicateurs relatifs au fonctionnement de l'hébergement temporaire, pratiquement 20% des établissements (19,6%) ont rédigé un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire et 35% ont mis en place un dispositif spécifique de préparation de retour au domicile.

Au niveau national, le rapport d'activité de 2011 met tout d'abord en avant que 18% des établissements affirment disposer d'un projet d'établissement spécifique à l'activité d'hébergement temporaire. 70% des établissements déclarent « avoir établi des liens formalisés avec au moins un partenaire ». Ces partenaires sont principalement les CLIC, les réseaux gérontologiques, les EHPAD ou les hôpitaux<sup>40</sup>. En calculant un ratio

---

<sup>39</sup> Disposant uniquement des chiffres relatifs aux établissements vendéens pour l'année 2011, je choisis de parler ici pour le niveau national des résultats de l'enquête Mauve de 2011 pour pouvoir ensuite comparer les statistiques obtenues

<sup>40</sup> « Un peu plus de la moitié des établissements proposant de l'hébergement temporaire disent avoir établi des liens formalisés avec des CLIC ou des réseaux gérontologiques et/ou des établissements (du type EHPAD, hôpitaux) (51%). Un peu plus du quart (26%) des établissements

d'exploitation « qui vaudrait « 1 » si chacune des places installées en hébergement temporaire était occupée pendant tous les jours d'ouverture autorisés », le résultat obtenu pour l'ensemble des structures est égal à 0,63. La pratique principale est de l'accueil programmé pour 83% des structures, contre 17% pour la réponse à des demandes d'urgence. Au niveau de la fréquentation, les statistiques démontrent qu'« une place sert à environ cinq personnes différentes dans l'année ». La durée moyenne du séjour observé est de 29 jours. Les motifs d'entrée sont divers<sup>41</sup> : le besoin de répit de l'aidant (60%), la préparation à l'entrée à l'hébergement permanent (19%), la sortie d'hospitalisation (18%), l'hospitalisation de l'aidant. La destination de sortie est aussi multiple : 65% des personnes retournent à leur domicile, 9% rejoignent le domicile d'un proche, 25% sont accueillies dans un hébergement permanent et 1% sont prises en charge à l'hôpital. Si la majorité des usagers sont concernés par le retour au domicile, 19% des structures ont déclaré avoir adopté un dispositif spécifique pour préparer le retour au domicile.

Pour résumer et pour confronter les résultats du national et de ceux de la Vendée, j'ai retenu trois statistiques et les ai rassemblées dans un tableau :

**Tableau 3 : Comparaison du fonctionnement des structures ayant une activité d'hébergement temporaire entre le niveau national et la Vendée**

Source : Enquête Mauve sur l'activité 2011

	Niveau national	Vendée
Durée moyenne de séjour en jours	34,5	50,03
Projet de service spécifique	17,6%	19,6%
Dispositif de préparation du retour au domicile	18,1%	35%

De manière générale, et avec un œil d'inspecteur, ces différentes statistiques relatives à l'activité de l'hébergement temporaire en France et en Vendée peuvent être discutées. Tout d'abord, un IASS pourra s'étonner qu'au niveau national le ratio d'exploitation soit seulement de 0,63. Ensuite, il s'interrogera sur le peu d'établissements ayant associé à l'hébergement temporaire un projet de service spécifique en Vendée et en France. Faisant un parallèle avec la structuration disséminée des places d'hébergement temporaire, il est intéressant de se demander dans quelle mesure l'activité d'hébergement temporaire est prise en compte au niveau institutionnel par les structures : comment un établissement peut-il intégrer le fonctionnement de l'hébergement temporaire lorsqu'il ne dispose que d'une ou deux place(s) et que le dispositif ne fait pas l'objet d'une réflexion

---

déclarent un partenariat avec des services à domicile (SAD, SSIAD) et 17% mentionnent des liens avec des associations d'usagers et de familles », CNSA et DGCS, *Rapport d'activité 2011*, octobre 2012, p 18

<sup>41</sup> Sont ici cités les premiers motifs de recours

dans le projet d'établissement ? De plus, alors que l'hébergement temporaire est conçu comme un dispositif de soutien au domicile, comment expliquer la proportion très faible de personnes pouvant bénéficier d'un dispositif organisé de préparation du retour au domicile ? Ces différents constats amènent à essayer de chercher les explications de cette situation et à trouver des leviers pour tenter de la dépasser. Pour entreprendre cette démarche, il m'a d'abord paru important de m'approprier un minimum le fonctionnement de quelques structures vendéennes pratiquant de l'hébergement temporaire, notamment pour mieux comprendre les difficultés qu'elles peuvent rencontrer.

## **1.2 L'observation du fonctionnement de l'hébergement temporaire dans trois structures vendéennes**

Pour observer le fonctionnement de places d'hébergement temporaire, j'ai décidé de visiter (1.2.1) et d'étudier trois structures très différentes dans leur organisation et fonctionnement<sup>42</sup> (1.2.2 et 1.2.3). Etant entendu que cette prise d'informations est quantitativement insuffisante pour prétendre à une quelconque représentativité, ces investigations m'ont permis de mieux cerner le contexte, ce qui était le but recherché.

### **1.2.1 Présentation des structures visitées**

La première structure visitée est gérée par l'Association des Soins à domicile des personnes âgées (SADAPA)<sup>43</sup>. Située à la Roche-sur-Yon, elle est gérée par une association d'accueil temporaire qui gère également sur un même lieu un SSIAD et un AJ. Elle dispose de 22 lits d'hébergement temporaire. Elle correspond à une véritable structure spécialisée d'hébergement temporaire au sens des enquêtes Mauve. Le deuxième établissement visité est l'EHPAD de Venansault. Il dispose de 2 places d'hébergement temporaire et 64 places d'hébergement permanent. La dernière structure est les Saisonnières de Saint Fulgent. Doté du statut de petite unité de vie et autorisé pour 24 places d'hébergement temporaire non médicalisé, cet établissement a attiré mon attention car il dispose d'une convention avec un SSIAD pour médicaliser douze places. Il met donc en œuvre un hébergement temporaire médicalisé particulier, qui devrait être qualifié d'expérimental par un IASS.

### **1.2.2 Résultats des visites**

Pour préparer les visites une grille d'observation a été construite en amont<sup>44</sup>. Elle permet, à partir d'une brève description de l'établissement, d'analyser la manière dont est traité l'hébergement temporaire en terme institutionnel (présence d'un projet spécifique), de

---

<sup>42</sup> La localisation des communes de ces trois structures a été faite sur la carte de la Vendée en annexe 1

<sup>43</sup> Pour un souci de rapidité, cet établissement sera dénommé la SADAPA dans ce travail

<sup>44</sup> Voir annexe 3 la grille d'observation des établissements d'hébergement temporaire

financement (prix de journée hébergement en hébergement temporaire), d'activités mises en place pour les usagers et les aidants et de partenariats. Pour remplir cette grille des entretiens ont été menés : au SADAPA avec le directeur, une infirmière et l'infirmière coordinatrice, à l'EHPAD de Venansault avec la directrice et aux Saisonales avec le directeur de la société propriétaire des Saisonales<sup>45</sup> et la gestionnaire de l'antenne de Saint Fulgent. L'analyse a été complétée par l'étude du rapport d'activité de l'année précédente de chaque structure. Les points forts et les points faibles de chaque structure ont enfin été déterminés. Voici le tableau reprenant les différents éléments obtenus :

**Tableau 4 : Observation et analyse de trois structures vendéennes pratiquant de l'hébergement temporaire**

*Sources : Eléments issus des visites et des rapports d'activités de la SADAPA, de l'EHPAD de Venansault et des Saisonales de Saint Fulgent*

	SADAPA la Roche sur Yon	EHPAD de Venansault	Les Saisonales de Saint Fulgent
Observation sur place			
Capacité installée	22 places	2 places d'hébergement temporaire à côté des 64 places d'hébergement permanent	12 places d'hébergement temporaire médicalisées avec l'intervention d'un SSIAD sur les 24 places existantes
Prix de journée hébergement	73,3 € (2 200 € par mois)	56,6 € (1 700 € par mois)	58,28 € (1 750 € par mois)
Prise en compte des spécificités de l'hébergement temporaire dans le fonctionnement de la structure	<p>Projet de service pour l'HT en cours de rédaction</p> <p>Des activités sont mises en places pour les usagers</p> <p>Un projet de vie est mis en place</p> <p>Fort travail de réseau en amont et en aval pour accueillir une personne</p>	<p>Absence de projet de service HT</p> <p>Pas d'activités spécifiques mises en place pour l'HT, la prise en charge est la même qu'en hébergement permanent</p> <p>Un projet de vie est mis en place uniquement pour les personnes qui s'apprêtent à rentrer en hébergement</p>	<p>Absence de projet de service HT</p> <p>Peu d'activités spécifiques pour les usagers</p> <p>Pas de projet de vie pour les personnes accueillies</p> <p>Préparation du retour au domicile fait avec les différents intervenants (CLIC,</p>

<sup>45</sup> Il existe deux antennes des Saisonales en Vendée, à Saint Fulgent et à Olonne-sur-Mer, détenues par le groupe 3H

	Peu de dispositifs formalisés pour l'aide aux aidants	permanent  Pas de mention d'aides aux aidants prévues	SSIAD, etc.)  Peu de dispositifs formalisés pour l'aide aux aidants
Eléments obtenus sur le rapport d'activité de l'année 2012			
Taux d'occupation	97,19%	109%	83%
Durée moyenne de séjour	45 jours	59 jours	60 jours
Turn-over (nombre de séjours par place par an)	9 séjours par place par an	5 séjours par place par an	5 séjours par place par an
Principal motif d'admission	Attente de place en institution	Attente de place en institution	Santé
% de retour à domicile	43%	33%	36%
% d'entrée en EHPAD	33%	50% (20% dans l'EHPAD de Venansault)	49%
Points forts et points faibles retenus			
Points forts	<p>Lien avec l'AJ et le SSIAD<sup>46</sup></p> <p>Structure est connue de la part des autres acteurs et des usagers (462 demandes reçues en 2012)</p> <p>Partenariats sont nombreux : CLIC, hôpital, SSIAD, services à domicile, associations.</p> <p>Forte implication de l'association dans l'animation territoriale : instance locale de gérontologie, observatoire gérontologique</p> <p>Possibilité de faire</p>	<p>Proximité avec les personnes accueillies</p> <p>Bonne préparation à l'entrée en EHPAD</p> <p>Prix relativement faible par rapport aux autres hébergements temporaires</p> <p>Possibilité de transformer une chambre simple en double ce qui apporte une souplesse intéressante pour les usagers</p>	<p>Lien avec le SSIAD important du fait de la convention passée pour les douze places médicalisées</p> <p>Efforts portés sur la collaboration avec les différents acteurs</p> <p>Efforts de communication autour du dispositif<sup>47</sup></p> <p>Possibilité de répondre à l'urgence (taux occupation de 85% exigé par la direction)</p> <p>Possibilité de faire des accueils programmés</p>

<sup>46</sup> 10% des personnes accueillies étaient prises en charge en AJ ou étaient accompagnées par le SSIAD, SADAPA, *Rapport d'activité 2012 du SADAPA*, 2013

<sup>47</sup> Un site web est dédié au concept des Saisonales : <http://lessaisonales.fr/>

	des accueils programmés		
Points faibles	Pression du manque de places en institution fort attesté par le fait qu'une cinquantaine de personnes accueillies aient rencontré des difficultés à trouver des solutions durables <sup>48</sup>  Prix élevé	Les personnes admises en hébergement temporaire sont prises en charge au même titre que les autres usagers en hébergement permanent  Peu d'accueil programmé possible  La moitié des personnes accueillies entrent en EHPAD ensuite	Peu de personnels  Une médicalisation faible parfois insuffisante quand les personnes sont très dépendantes  La moitié des personnes accueillies entrent en EHPAD ensuite

La comparaison des différents éléments met en évidence que chaque établissement met en œuvre différemment l'activité d'hébergement temporaire. L'établissement qui a le plus intégré dans son fonctionnement institutionnel l'hébergement temporaire est la SADAPA car il est en train de rédiger un projet de service spécifique. Il est aussi celui qui est le plus tourné vers le maintien à domicile. A côté, l'EHPAD de Venansault, bien qu'il permette un accueil de proximité et peu onéreux, ne propose aux usagers en hébergement temporaire qu'un accompagnement quasi similaire à celui offert à ceux en hébergement permanent. Les Saisonales est lui beaucoup plus particulier dans son fonctionnement. La dépendance des personnes accueillies devant être plus faible, le taux de retour au domicile devrait être plus élevé. Or, seulement une personne sur deux rentre ensuite en institution ce qui pose la question de la mise en œuvre d'un vrai dispositif de préparation du retour au domicile.

Sur le caractère expérimental des Saisonales, mon statut d'élève inspecteur m'a invitée à approfondir certains éléments et à questionner ce dispositif. Le projet me paraissait très intéressant, et notamment le fait de faire intervenir le SSIAD directement, pouvant ainsi assurer ensuite une certaine continuité de prise en charge avec le domicile. Toutefois, le manque de personnel m'a interpellée lors de la visite. Je me suis aussi entretenue avec un SSIAD qui prend en charge certains patients d'une des deux antennes des

<sup>48</sup> SADAPA, *Rapport d'activité 2012 du SADAPA*, 2013 : 36 personnes ont été amenées à rester dans la structure à cause de « difficultés à trouver des solutions satisfaisantes », de plus dans les 13 personnes qui ont effectué plusieurs séjours, « il s'agit pour la plupart d'entre elles d'une contrainte due à l'absence d'une solution durable alors même que le retour à domicile est devenu inenvisageable »

Saisonnales et il a été fait mention de personnes accueillies très dépendantes, difficiles à prendre en charge, ou encore de la perte d'autonomie de certains résidents du fait du manque de personnel en mesure de les accompagner dans la journée. Je retiens de la découverte de ce dispositif qu'un inspecteur, face à une expérimentation comme celle-ci, devrait porter une attention particulière à ce que les principes d'admission soient bien définis et respectés.

### **1.2.3 Des établissements dont les taux d'occupation démontrent des besoins**

Aux remarques précédentes s'ajoute un constat sur le taux d'occupation très élevé de ces trois établissements. Renforçant cette remarque, le rapport d'activité du SADAPA mentionne qu'il a reçu plus de 460 demandes de séjours mais n'a pu répondre qu'à moins de la moitié. Cet état de fait ne concerne pas uniquement ces trois structures, car lors de l'entretien avec le médecin évaluateur du Conseil général, celui-ci a affirmé que selon les comptes administratifs des établissements dans leur ensemble, le taux d'occupation était proche de 95%. Bien qu'il puisse être compliqué pour les autorités administratives de déterminer les besoins en matière d'hébergement temporaire<sup>49</sup>, les données recueillies ici permettent de confirmer que l'hébergement temporaire répond à des besoins certains.

Après avoir observé la structuration et le fonctionnement de l'hébergement temporaire, il apparaît maintenant nécessaire de comprendre comment les autorités prennent en compte ce service dans leurs politiques publiques.

## **1.3 Une attention particulière est portée sur l'hébergement temporaire par les autorités**

Après avoir été « du côté des établissements », un aperçu du positionnement sur l'hébergement temporaire tenu par les autorités tarifcatrices, le Conseil général (1.3.2) et l'ARS (1.3.3), permet de compléter le diagnostic. Pour aborder ce point, un approfondissement des règles nationales s'impose (1.3.1).

### **1.3.1 Des modalités de fonctionnement spécifiques non prises en compte par la réglementation**

Comme évoqué en introduction, l'hébergement temporaire pour personnes âgées a fait l'objet de très peu de réglementations. Pour résumer, après la loi de 2002 qui inscrit ce

---

<sup>49</sup> « Les besoins en hébergement temporaire (et de manière générale sur les formules de répit) se distinguent par leur hétérogénéité (...). En outre un décalage est souvent ressenti entre le besoin « objectif » de répit observé par les évaluateurs et l'expression de la demande (...). L'évaluation des besoins peut également être complexifiée par la réponse aux situations d'urgence qui échappent en grande partie à l'identification en amont des besoins lors de l'évaluation individuelle de la personne et les phénomènes de saisonnalité », CNSA, *Etat des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire*, 2011, p 21



dispositif dans la liste des établissements et services médico-sociaux (ESMS)<sup>50</sup>, est parue la circulaire du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'action pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées dont l'annexe 4 contient des « recommandations pour l'ouverture de places d'hébergement temporaire accueillant des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées »<sup>51</sup>. Ensuite, le décret du 17 mars 2004 est venu préciser les missions de l'accueil temporaire<sup>52</sup>, terme englobant l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. Puis, la question de l'hébergement temporaire a été abordée dans le cadre de la mise en place des plateformes d'accompagnement et de répit<sup>53</sup>. Enfin, des modifications ont été apportées relativement aux rapports d'activités et aux tableaux de bord que les gestionnaires doivent remplir (les Enquêtes Mauve)<sup>54</sup>.

Ce corpus réglementaire, relativement pauvre<sup>55</sup>, est regrettable car il ne prend pas en compte les spécificités de l'hébergement temporaire. En effet, de par sa nature même, l'accueil temporaire requiert des exigences particulières, notamment en termes de fonctionnement. Dans une note de réflexion et de proposition relative aux difficultés de l'hébergement temporaire non médicalisé pour personnes âgées, le Groupe Pro Bâtiment des travaux publics (BTP), le GRATH, la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération des établissements hospitaliers d'aide à la personne (FEHAP) et l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS) ont montré que le « turnover élevé des bénéficiaires » induisait un travail de liaison médico-social important avant, pendant et après le séjour, ainsi qu'un travail administratif et logistique proportionnellement plus élevé<sup>56</sup>. De son côté, la CNSA a listé les tâches supplémentaires que requiert l'hébergement temporaire par rapport à

---

<sup>50</sup> Article L312-1 du CASF

<sup>51</sup> Annexe 4 de la circulaire N°DGCS/SD3A/2011/444 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

<sup>52</sup> L'article D312-8 du CASF dispose ainsi : « L'accueil temporaire vise, selon les cas : a) À organiser, pour les intéressés, des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge, des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins ou à une situation d'urgence ; b) À organiser, pour l'entourage, des périodes de répit ou à relayer, en cas de besoin, les interventions des professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge. »

<sup>53</sup> Circulaire N°DGCS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C n° 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 – annexe IV Structures d'accompagnement et de répit et Circulaire N°DGCS/SD3A/2011/26 du 30 juin 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer 2008-2012

<sup>54</sup> Arrêté 24 juin 2010 et arrêté du 9 avril 2013

<sup>55</sup> « Les textes législatifs et réglementaires qui encadrent les dispositifs d'accueil temporaire indiquent les motifs du recours des usagers à de tels dispositifs mais ils ne leur fixent pas d'objectif précis » Geronto-clef, *Accueil de jour et hébergement temporaire pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : attentes, freins et facteurs de réussite*, mars 2010, p 19

<sup>56</sup> Groupe Pro BTP, GRATH, FHF, FEHAP, UNIOPSS, *Note de réflexion et de propositions relative aux difficultés de l'hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées*, 2008

l'hébergement permanent : « étude et analyse des dossiers d'admissions, accompagnement de l'aidant et de l'aidé au moment de l'accueil, de l'admission et du départ, coordination avec les professionnels du réseau (médicaux, sociaux...) et avec les proches aidants, tout au long de l'accompagnement et aux temps forts de l'admission et du départ, travail de communication et de réseau afin d'identifier les besoins et de faire vivre le dispositif »<sup>57</sup>. Tous ces éléments ont beaucoup de conséquences : conséquences sur le fonctionnement des structures qu'il faut adapter, conséquences sur le personnel qui doit s'approprier ces spécificités, conséquences sur le projet de la structure qu'il faut travailler avec tous les professionnels entourant l'hébergement temporaire. En tant qu'inspecteur je me demande dans quelle mesure des EHPAD qui disposent d'une ou deux place(s) d'hébergement temporaire peuvent appliquer ces spécificités.

De plus, la nature et les missions poursuivies par l'hébergement entraînent, non seulement une surcharge d'activités, mais également un taux d'occupation qui risque d'être moins élevé que celui de l'hébergement permanent, du fait du turnover important et de la saisonnalité de la demande parfois existante. Or ces deux éléments ont des conséquences en terme financier. Le premier, tout d'abord, parce que la surcharge de travail entraîne un surcoût que le GRATH a évalué à entre 15 et 20% du coût de l'hébergement permanent<sup>58</sup>. Le second, ensuite, est lié aux éléments d'ordre tarifaire de l'hébergement temporaire. Pour mémoire, « sur le secteur des personnes âgées, les modalités de tarification et le périmètre des charges de la section tarifaire des soins de l'hébergement temporaire sont identiques aux principes budgétaires de l'hébergement permanent : tarification ternaire, clé de répartition 70-30% pour certaines catégories de personnel... La principale distinction entre ces deux modes de prise en charge réside dans les modalités de fixation des dotations : l'hébergement temporaire repose sur un coût forfaitaire à la place et l'hébergement permanent sur l'équation tarifaire GMPS (Groupe iso-ressources moyen pondéré soins). »<sup>59</sup>. Les principes de tarification étant quasiment similaires entre l'hébergement permanent et l'hébergement temporaire, la surcharge d'activité et le taux moindre d'occupation ne sont quasiment pas pris en compte dans la réglementation tarifaire ce qui induit des conséquences préjudiciables.

Tout d'abord, il en découle une certaine frilosité des gestionnaires à s'engager dans un projet d'hébergement temporaire : « faute de niveau de financement approprié, les opérateurs publics et privés ne peuvent développer une offre qui soit, d'emblée,

---

<sup>57</sup> CNSA, *Etat des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire pour personnes âgées*, 2011, p 48

<sup>58</sup> Anonyme, *Le GRATH ouvre un centre de ressources pour développer l'accueil temporaire*, Actualités sociales hebdomadaires, 17 mai 2013

<sup>59</sup> CNSA, *Etat des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire pour personnes âgées*, 2011, p 13

déficitaire »<sup>60</sup>. Pour contraindre au développement de places, prévues par les plans nationaux, les pouvoirs publics se sont vus contraints d'imposer l'ouverture de places à côté des places d'hébergement permanent, ce qui a conduit au « saupoudrage »<sup>61</sup> actuel. C'est l'élément le plus vraisemblable qui explique le développement disséminé des places d'hébergement temporaire. Ce saupoudrage des places induit lui-même un manque de lisibilité de celles-ci, ce qui est particulièrement dommageable. Ensuite, les structures pratiquant de l'hébergement temporaire connaissent des difficultés budgétaires importantes, ce qui peut les conduire à ne pas faire de « vrai hébergement temporaire » ou même à transformer ces places en hébergement permanent. Cela peut ainsi également expliquer que son fonctionnement soit perverti. Dans la continuité de cette réflexion, le Géronto-clef<sup>62</sup> s'interroge : « comment espérer un bon taux de rotation avec des places disséminées en l'absence d'objectifs formalisés, tout en souffrant d'un manque de visibilité ? »<sup>63</sup>. De même, la CNSA se demande : « question : les structures d'hébergement permanent sont-elles en capacité de mener à bien le projet d'accueil temporaire dans ses particularités, sans le transformer en variable d'ajustement de l'activité en cas de difficulté ? »<sup>64</sup>.

Cette situation est d'autant plus regrettable que des dispositions particulières existent pour le financement de l'hébergement temporaire pour personnes handicapées. Le décret du 7 avril 2006<sup>65</sup> prévoit en effet un forfait global annuel « afin d'éviter des résultats trop dépendants du taux d'occupation, entraînant la transformation de places d'accueil temporaire en places occupées sur un mode permanent »<sup>66</sup>. La loi du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires<sup>67</sup> prévoyait de pallier à cet état de fait défavorable pour l'hébergement temporaire pour les personnes âgées en disposant qu'un décret sur la tarification devait intervenir six mois après la parution de la loi<sup>68</sup>. Deux ans plus tard, la circulaire du 29 novembre 2011 poursuivait les mêmes ambitions : « les

---

<sup>60</sup> Groupe PRO BTP, GRATH, FHF, FEHAP, UNIOPSS, *Note de réflexion et de propositions relative aux difficultés de l'hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées*, 2008

<sup>61</sup> Terme utilisé par la ministre de la santé Roseline BACHELOT lorsqu'un projet de réforme budgétaire était envisagé, Anonyme, *Plan Alzheimer : une refonte de la tarification de l'hébergement temporaire*, APM International, 22 septembre 2011

<sup>62</sup> Le Géronto-clef est le Centre languedocien d'étude et de formation en gérontologie

<sup>63</sup> Geronto-clef, *Accueil de jour et hébergement temporaire pour les personnes Alzheimer : attentes, freins et facteurs de réussite*, mars 2010, p 67

<sup>64</sup> CNSA, *Etat des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire pour personnes âgées*, octobre 2011, p 31

<sup>65</sup> Décret n°2004-231 du 7 avril 2006 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des ESMS pour personnes handicapées et des lieux de vie et d'accueil

<sup>66</sup> CNSA, *Etat des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire pour personnes âgées*, octobre 2011, p 10

<sup>67</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>68</sup> « Madame BACHELOT a indiqué que ses services travaillaient à une refonte de la tarification de l'hébergement temporaire et qu'une circulaire était en préparation », Anonyme, *Plan Alzheimer : une refonte de la tarification de l'hébergement temporaire*, APM International, 22 septembre 2011

modalités de tarification de l'accueil temporaire des personnes âgées en EHPAD, qui ne sont pas formalisées à ce jour dans le CASF, feront l'objet d'un décret en Conseil d'Etat qui clarifiera et précisera le financement de ces dispositifs. »<sup>69</sup>. Malgré ces intentions, aucun texte n'est pour l'instant intervenu et ne semble être à l'ordre du jour selon la personne de la DGCS<sup>70</sup>.

La circulaire de novembre 2011 tente malgré cela d'infléchir par d'autres moyens la logique de création de places disséminées : « la stratégie adoptée jusqu'à présent consistant à favoriser la création de places isolées d'accueil de jour et d'hébergement temporaire au sein des EHPAD doit désormais laisser la place à une politique visant à développer des accueils de jour et des hébergements temporaires bénéficiant d'un vrai projet de service autour de la personne accueillie et de l'aidant »<sup>71</sup>. Elle invite donc un inspecteur confronté à cette question, à mieux planifier le développement de l'offre dans le Programme interdépartemental de l'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) en précisant des critères de taille minimale, à prévoir dans les appels à projets un volet sur le projet de service, à porter une attention dans le choix des dossiers sur la lisibilité de l'offre. Cela représente pour un inspecteur un travail à mener avec les ESMS.

**PRECONISATION 1:** Revoir les critères d'ouverture de places d'hébergement temporaire et assurer les conditions de mise en œuvre d'un véritable projet de service spécifique.

Pour tenter de pallier les insuffisances de la réglementation, notamment en matière de financement, le Conseil général et l'ARS peuvent trouver des leviers.

### **1.3.2 Des difficultés de financement partiellement prises en compte par le Conseil général de la Vendée**

En vertu de la réglementation sur le financement de l'hébergement permanent, les moyens à la disposition de l'ARS sont limités, celle-ci ne peut en théorie qu'augmenter le forfait soins ou allouer des crédits non reconductibles. Pour le moment aucun établissement ne bénéficie de ces avantages, mais des efforts sont prévus en ce sens et seront développés dans la troisième partie de ce travail.

De son côté, le Conseil général dispose de plusieurs moyens au travers de son règlement d'aide sociale. La littérature sur le sujet mentionne qu'il peut notamment choisir, dans son

<sup>69</sup> Circulaire N°DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

<sup>70</sup> Lors de l'entretien avec une des chargées de mission de la DGCS, il a été précisé que la DGCS travaillait davantage actuellement sur un questionnaire qualitatif, appliqué dans quelques régions dont les Pays de la Loire, devant approfondir les travaux de la CNSA de 2011. Les résultats devraient déterminer la nécessité de publier un décret fixant un seuil minimal ou seulement un guide de bonnes pratiques

<sup>71</sup> Circulaire N°DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

calcul du prix de journée hébergement, de fixer un taux d'occupation inférieur à celui de l'hébergement permanent de 98%<sup>72</sup>. Il peut également habiliter toutes les places d'hébergement temporaire à l'aide sociale et prévoir une procédure accélérée, répondant ainsi aux modalités de fonctionnement de l'hébergement temporaire<sup>73</sup>. En Vendée, cette question est partiellement prise en compte par le Conseil général. Il a tout d'abord décidé d'habiliter toutes les places d'hébergement temporaire à l'aide sociale. Ensuite, prenant en considération que l'hébergement temporaire ne connaît pas le même fonctionnement que l'hébergement permanent, il a adapté le taux d'occupation dans le calcul du prix de journée d'hébergement. Il l'a fixé à 80% ce qui est généreux compte tenu des taux d'occupation plus élevés recensés sur le territoire (95%). Il faut noter que c'est le seul département de la région à pratiquer cela<sup>74</sup>, et que peu le font en règle générale<sup>75</sup>, Concernant l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), pour les résidents en EHPAD c'est l'APA en établissement qui s'applique. Leur souhait est d'établir une équité entre usagers d'un même établissement, ce qui est dommage car elle occulte l'hébergement temporaire de l'APA et inscrit davantage ce dernier dans une logique d'entrée en institution que de maintien à domicile. Concernant l'aide sociale, quand le département a connaissance d'une situation compliquée il y a une procédure accélérée en interne, qui correspond en fait à une possibilité laissée sous le contrôle de l'évaluateur médico-social<sup>76</sup>. Cette procédure spécifique mériterait d'être formalisée car lors de l'entretien avec le Directeur du SADAPA, il a été fait mention d'une situation particulière qui « laissait une ardoise importante » et qui aurait dû être prise en charge par l'aide sociale selon ses dires.

**PRECONISATION 2 : Promouvoir auprès des Conseils généraux des techniques d'adaptation du financement, et notamment de minoration du taux d'occupation pour le calcul du prix d'hébergement.**

<sup>72</sup> DUFOUR Flavie, *L'hébergement temporaire en sept points*, Directions, mai 2012, n°96

<sup>73</sup> « L'obtention de l'aide sociale nécessitant en moyenne 4 à 6 mois selon les départements, une formule accélérée pour l'obtention de cette aide permettrait aux personnes d'accéder plus facilement à l'hébergement temporaire et aux établissements d'être en mesure de prononcer l'admission rapidement. », Groupe PRO BTP, GRATH, FHF, FEHAP, UNIOPSS, *Note de réflexion et de propositions relative aux difficultés de l'hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées*, 2008

<sup>74</sup> Un recensement des pratiques tarifaires de l'hébergement temporaire en Pays de la Loire mené par l'ARS des Pays de la Loire a mis en évidence que seule la Vendée adaptait son taux d'occupation, la Maine et Loire admet par exemple que le tarif hébergement temporaire est le même que le tarif hébergement permanent de l'EHPAD

<sup>75</sup> « Sur les 200 établissements ayant fait l'objet de l'enquête conduite par un chargé de mission de PRO BTP, seules trois structures bénéficient pour le calcul du prix de journée hébergement d'un taux d'occupation moindre en hébergement temporaire qu'en hébergement permanent, permettant alors d'obtenir un prix de journée supérieur, conforme à des difficultés d'occupation supérieures et à la difficulté de couvrir les charges fixes de fonctionnement », Groupe PRO BTP, GRATH, FHF, FEHAP, UNIOPSS, *Note de réflexion et de propositions relative aux difficultés de l'hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées*, 2008

<sup>76</sup> Entretien avec les deux membres du Conseil général de la Vendée

Compte tenu des aménagements apportés par le Conseil général de la Vendée, il est intéressant de se demander dans quelle mesure l'adaptation du financement a pu influencer la structuration vendéenne de l'hébergement temporaire, et notamment la création de structures avec de nombreuses places d'hébergement temporaire.

### **1.3.3 Un travail d'amélioration de l'utilisation de l'hébergement temporaire actuellement mené par l'ARS**

De son côté, l'ARS des Pays de la Loire est consciente des résultats des enquêtes Mauve et des analyses multiples qui en sont faites, notamment sur un fonctionnement perfectible de ces places. Malgré cela, elle estime que l'hébergement temporaire dispose des atouts pour constituer un instrument intéressant, car il répond à des demandes diverses et dont la finalité est tournée vers le maintien à domicile, orientation phare de la prise en charge des personnes âgées. Cette position est également celle de la CNSA qui considère que l'hébergement temporaire répond à une « évolution de la demande sociale des personnes et de leurs aidants, allant vers davantage de souplesse et de personnalisation des accompagnements sociaux et médico-sociaux, vers la prise en compte du souhait majoritaire de soutien au domicile, et de reconnaissance de la place et des attentes des aidants dans ce soutien »<sup>77</sup>. Mais si ce service tend à répondre à cette évolution, celle-ci peine à se concrétiser à l'heure actuelle. La clé d'explication est que l'hébergement temporaire ne participe qu'à une partie mineure de la prise en charge globale de la personne, et il doit donc être en mesure d'entretenir des liens avec les acteurs, ce que la structuration ne permet pas toujours. Pour aller dans ce sens, la Directrice générale de l'ARS des Pays de la Loire a souhaité engager un travail tendant à l'amélioration du fonctionnement des places d'hébergement temporaire. Pour cela, l'ARS a mobilisé les Conseils généraux et les autres partenaires pour les sensibiliser au sujet. Se basant sur la circulaire du 29 novembre 2011, les orientations de cette démarche sont claires : aboutir à des structures pour personnes âgées dotées d'une capacité d'hébergement temporaire en mesure de mettre en œuvre un véritable projet de service, de répondre aux différentes missions confiées et d'être identifiées par les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes âgées.

Le cœur de l'enjeu d'une refonte de ce dispositif est bien là : comment mieux intégrer l'hébergement temporaire dans le parcours des personnes âgées ? A quels besoins les acteurs de la prise en charge pourraient-ils être confrontés et auxquels l'hébergement temporaire pourrait répondre ? Les propos suivants tentent d'apporter des réponses.

---

<sup>77</sup> CNSA, *Etat des lieux et préconisation sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées*, octobre 2011, p 3

## 2 Un besoin d'approfondissement des missions de l'hébergement temporaire exprimé par les acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes âgées

Les entretiens menés auprès des acteurs ont tout d'abord confirmé que l'hébergement temporaire est un outil important du fait de la diversité de ses missions (2.1). Ils ont également souligné qu'il pourrait devenir un instrument encore plus intéressant dans les années à venir car il peut répondre à des enjeux actuels primordiaux (2.2 et 2.3).

### 2.1 L'hébergement temporaire répond à des missions variées...

La première partie de mon entretien a porté sur la définition de l'hébergement temporaire afin de questionner les acteurs sur les missions qu'ils attribuent au dispositif. Onze missions différentes ont été citées au fil des entretiens. Chaque personne a en moyenne donné un peu moins de cinq missions (4,6) témoignant du fait que les acteurs sont conscients de la multiplicité d'objectifs poursuivis par l'hébergement temporaire. Les réponses des acteurs sont consignées dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 3 : Missions de l'hébergement temporaire selon les acteurs vendéens interrogés**

*Source : entretiens avec les acteurs*

Missions de l'hébergement temporaire citées	Nombre de professionnels associés ayant considéré que l'hébergement temporaire répond à cette mission
Répit de l'aidant	13
En attente d'une place d'hébergement permanent	13
Après une hospitalisation et avant le retour à domicile	8
Préparation à l'entrée en établissement	6
Vacances de l'aidant	5
Besoin de faire le point/ de faire une évaluation	4
Rompre l'isolement	4
Répit du professionnel	2
Hospitalisation de l'aidant	2
Eviter l'hospitalisation	2
Répit pour la personne	2

Il faut noter que sur les treize personnes interrogées, toutes ont cité le répit de l'aidant et toutes ont également parlé de l'hébergement temporaire comme dispositif permettant

d'attendre une place en hébergement permanent. Il est aussi intéressant de souligner que la diversité des réponses tend vers le thème du maintien à domicile : rompre l'isolement, hospitalisation de l'aidant, éviter les hospitalisations, après une hospitalisation et avant le retour au domicile, etc. La diversité de missions mentionnées lors des entretiens rejoint celle observée au niveau national, et que la CNSA a essayé de lister dans sa synthèse des missions et objectifs de l'hébergement temporaire<sup>78</sup>. Si cette énumération des missions peut paraître anodine, elle est toutefois importante car elle a permis d'appréhender la façon dont l'acteur s'approprie l'hébergement temporaire. En effet, lorsque la majorité des missions était tournée vers le soutien au domicile, dans la plupart des cas, le reste de l'entretien était tourné vers la prise en charge globale de la personne âgée. A l'opposé, lorsque les missions étaient moins nombreuses et davantage centrées sur l'institutionnalisation de la personne, le reste de l'entretien laissait plus entrevoir les limites de ce dispositif et insistait sur le manque de places d'hébergement permanent ressenti. Même si ces interprétations ne peuvent être rigoureusement quantifiées, elles permettent de dégager certaines tendances symboliques.

Lors des échanges, les acteurs ne se sont pas contentés de lister les missions, ils ont également partagé des attentes en termes d'hébergement temporaire. Celles-ci vont dans le sens d'un renforcement de ce dernier, ce qui a intéressé mon regard d'inspecteur.

## **2.2 ...Qui vont être appelées à être élargies compte tenu des enjeux que pose le vieillissement de la population ...**

En interrogeant les acteurs sur la place de l'hébergement temporaire, ils ont confirmé qu'il n'était qu'un dispositif de prise en charge parmi d'autres mais qu'il pouvait jouer un rôle important car il peut permettre de répondre à des enjeux importants du contexte : il peut en effet être un instrument de prévention, de repérage de la fragilité (2.2.1) et un outil pour briser l'isolement de certaines personnes âgées (2.2.2).

### **2.2.1 L'hébergement temporaire peut constituer un instrument de prévention**

La Stratégie nationale de santé annoncée il y a quelques mois prévoit de « prioriser la prévention sur le curatif »<sup>79</sup>. Selon le Rapport AQUINO, « la prévention de la dépendance est largement soulignée comme nécessaire »<sup>80</sup>. En effet la prévention est un outil important pour essayer d'éviter la perte d'autonomie d'une personne. Pour neuf professionnels interrogés sur les treize, l'hébergement temporaire est un instrument de

---

<sup>78</sup> CNSA, *Etat des lieux et préconisation sur l'hébergement temporaire pour personnes âgées*, octobre 2011, pp. 13-15

<sup>79</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé, *Stratégie nationale de santé feuille de route, version longue*, 23 septembre 2013, p 11

<sup>80</sup> AQUINO Jean-Pierre, *Comité avancée en âge et qualité de vie, Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, février 2013, p 7



prise en charge de la dépendance et de prévention de la perte d'autonomie. La gestionnaire de cas de la MAIA affirme ainsi que le dispositif a bien un rôle de prévention du fait de ses fonctions d'évaluation et d'observation de la personne. En effet le séjour en hébergement temporaire est une opportunité pour faire un bilan des capacités de la personne. La CNSA affirme dans son guide sur l'hébergement temporaire que celui-ci peut être un outil de prévention car sa fonction de bilan peut être étendue à d'autres actions comme le repérage des maltraitances, le repérage des besoins de santé ou le bilan de l'accès effectif aux droits.

En allant plus loin, le Directeur du CLIC interrogé affirme que l'hébergement temporaire peut jouer un rôle dans la détection des fragilités des personnes âgées. La notion de fragilité est très importante en ce moment et les pouvoirs publics tentent de sensibiliser la société à ce « repérage des fragilités » selon l'expression utilisée par la Ministre Madame DELAUNAY<sup>81</sup>. Une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a essayé de cerner les contours du concept de fragilité : « élaboré initialement en géro-geriatrie et désignant un état précurseur de la dépendance fonctionnelle », il « représente un nouveau facteur de risque de l'incapacité chez les personnes âgées, distinct des facteurs usuels que sont les maladies chroniques »<sup>82</sup>. Repérer les fragilités chez une personne âgée participe à la politique de prévention et peut permettre d'éviter une hospitalisation en urgence ou retarder une institutionnalisation, à ce titre cette action représente un levier d'action fort pour les pouvoirs publics. Le rapport AQUINO va dans ce sens et, en s'appuyant sur le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) et l'Inspection générale des affaires sociales, affirme la nécessité de repérer la fragilité chez les personnes âgées : « la cible essentielle de la perte d'autonomie évitable est représentée par la fragilité »<sup>83</sup>. Il préconise ainsi de « former les acteurs du secteur sanitaire, médico-social au repérage des fragilités. ». Lors d'un séjour en hébergement temporaire, le personnel peut découvrir une faiblesse musculaire ou une diminution de l'appétit<sup>84</sup>, et intervenir pour éviter que ce constat ne devienne un problème pour la personne. Il peut aussi s'apercevoir que la personne devient de plus en plus sédentaire et, dans ce cas, prévenir l'isolement des personnes âgées en mobilisant l'entourage.

---

<sup>81</sup> Anonyme, *Vieillesse et dépendance : M DELAUNAY précise le contenu de la future loi*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2838, 20 décembre 2013

<sup>82</sup> Nicolas SIRVEN, *Fragilité et prévention de la perte d'autonomie, une approche en économie de la santé* Questions d'économie de la santé, IRDES, n°184, février 2013, pp. 1-2

<sup>83</sup> AQUINO Jean-Pierre, *Comité avancée en âge et qualité de vie, Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, février 2013, p11

<sup>84</sup> « Parmi les approches du concept de fragilité, le modèle de FRIED repose sur cinq critères d'ordre physiologique : fatigue, diminution de l'appétit, faiblesse musculaire, ralentissement de la vitesse de marche et sédentarité. », Nicolas SIRVEN, *Fragilité et prévention de la perte d'autonomie, une approche en économie de la santé* Questions d'économie de la santé, IRDES, n°184, février 2013, p 1

Dans la continuité, l'infirmière coordinatrice de l'ESA et le Directeur du CLIC ont mentionné que l'hébergement temporaire pouvait également éviter que des personnes âgées soient hospitalisées. Cette hypothèse peut désigner la situation d'une personne qui peut se sentir faible et qui décide d'aller en hébergement temporaire se reposer avant que la situation n'empire et qu'elle doive recourir à l'hospitalisation. Elle peut aussi s'entendre comme un recours direct autre que l'hôpital dans certaines situations qui ne relèvent pas forcément de l'hôpital mais, pour lesquelles, l'absence de solution contraint à ce recours. C'est par exemple le cas quand un conjoint aidant est hospitalisé en urgence et que la personne aidée peut parfois se retrouver sans autre solution que d'aller à l'hôpital.

Les entretiens ont aussi mentionné que l'hébergement temporaire pouvait être un outil de lutte contre la maltraitance. La directrice adjointe de l'association des services à domicile et l'infirmière coordinatrice de l'établissement d'HAD ont ainsi parlé de l'hébergement temporaire comme pouvant prévenir des actes de maltraitance sur les personnes âgées lorsque le maintien à domicile est compliqué<sup>85</sup>. Dans un entretien à l'Association française pour la bientraitance des aînés et/ou handicapés, la première vice-présidente du GRATH, Mme PILON, à la question « quel est le rôle de l'accueil temporaire pour la détection de situations de maltraitance à domicile ? », répond que lors du séjour d'hébergement temporaire « des observations qui doivent alerter » peuvent être faites<sup>86</sup>. En effet, lors d'un séjour, des difficultés ou des comportements, pas forcément mal intentionnés ou liés à une méconnaissance de la maladie de la personne aidée, mais qui peuvent être mal vécus par celle-ci, peuvent être détectés et travaillés.

Pour toutes les raisons citées plus tôt : prévention de l'hospitalisation, repérage des fragilités, outil de lutte contre la maltraitance, etc., l'hébergement temporaire peut être un outil important de prévention, allant ainsi dans le sens des politiques publiques. Pour mobiliser ce volet du dispositif, l'inspecteur devra veiller à ce que des actions sur ce sujet soient prévues dans le projet de service. Il pourra aussi promouvoir et inciter, au travers d'actions de communication, des formations allant en ce sens, afin que celles-ci soient proposées dans le programme de formations des établissements.

**PRECONISATION 3 : Inciter les gestionnaires d'établissements à porter une attention soutenue à la prévention, au repérage des difficultés et à la promotion de la bientraitance dans le projet de service de l'hébergement temporaire et dans le programme de formation des personnels.**

<sup>85</sup> L'article Reconnaître les aidants à leur juste place reconnaît aussi « un risque de maltraitance accru » lorsque la situation induit à des conséquences négatives sur l'aidant, Anonyme, *Reconnaître les aidants à leur juste place*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2838, 13 décembre 2013

<sup>86</sup> Association française pour la bientraitance des aînés et/ou handicapés, *Lettre d'information n°16*, février 2010, pp. 2-3

## 2.2.2 L'hébergement temporaire peut casser l'isolement des personnes âgées

La Directrice de l'EHPAD de Venansault, lors de la visite, a parlé de la situation de deux personnes ayant bénéficié l'année dernière d'une place d'hébergement temporaire pendant l'hiver, car elles craignaient les déplacements et d'être isolées. Dans le même sens, quatre acteurs ont mentionné que l'hébergement temporaire constitue aussi une réponse à l'hiver ou à l'isolement de manière plus générale.

En effet, « les personnes âgées de plus de 75 ans constituent une catégorie de population avec les personnes en situation de précarité qui sont les plus exposées à connaître une situation d'isolement relationnel »<sup>87</sup>, Le Rapport Monalisa qui prévoit des préconisations pour une Mobilisation nationale contre l'isolement social des personnes âgées a ainsi chiffré à 4 millions le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus qui vivent seules<sup>88</sup>. Le recours à l'hébergement temporaire peut représenter pour des personnes en situation d'isolement social une opportunité de mobiliser les personnels et de sensibiliser la collectivité pour tenter de casser les rouages de cet isolement. Le séjour en hébergement temporaire pour ces personnes âgées est l'occasion de faire le point et d'essayer de trouver des solutions pour l'avenir, dans une optique de maintien à domicile. Cette prise en charge représente surtout l'opportunité d'être écouté, informé et conseillé vers des personnes ressources. Or cette possibilité n'est pas toujours connue. Face à cela, un IASS a tout intérêt à informer les autres acteurs sur cette possibilité.

**PRECONISATION 4 : Promouvoir l'hébergement temporaire comme un des instruments de lutte contre l'isolement des personnes âgées auprès des acteurs.**

Au regard des témoignages reçus lors des entretiens, l'hébergement temporaire est un instrument intéressant car il permet de répondre à des défis émergents : prévenir la perte d'autonomie, repérer les sources de fragilité, casser l'isolement. En allant plus loin, et bien que cette possibilité n'ait pas été citée par les acteurs, je considère également que l'hébergement temporaire pourrait participer au défi de l'adaptation des logements au vieillissement, axe fortement encouragé par les pouvoirs publics<sup>89</sup> et actuellement

<sup>87</sup> PAN KE SHON Jean-Louis, *Isolement relationnel et mal être*, Division études territoriales, n°931, novembre 2003

<sup>88</sup> SERRES Jean-François, *Rapport Monalisa – Préconisations pour une mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés*, 12 juillet 2013, p 19

<sup>89</sup> Des aides techniques existent comme la télémédecine par exemple (DREES, *Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement*, n°823, décembre 2012). Un rapport de la Caisse nationale d'assurance vieillesse et de l'Agence nationale de l'habitat expose une cinquantaine de préconisations pour « mieux sensibiliser les ménages » à cet enjeu, « faciliter » les demandes et « favoriser l'égalité de traitement », Anonyme, *Adaptation de l'habitat au vieillissement : la CNAV et l'ANAH s'unissent pour faire des propositions*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2838, 20 décembre 2013

développé lors de la concertation sur la future loi sur l'autonomie<sup>90</sup>. En effet, au regard des débats sur la future loi sur l'autonomie, l'hébergement temporaire peut être un lieu de transition intéressant pendant les travaux d'aménagement du logement. Mobiliser cet outil pourrait ainsi faciliter les démarches pour les personnes âgées qui seraient assurées d'avoir un hébergement. A la réponse à tous ces défis, s'ajoutent d'autres missions plus « anciennes » que les acteurs ont invité à renforcer.

## **2.3 ...Et renforcées pour consolider sa place.**

Au regard des visites faites dans les trois établissements, et des témoignages recueillis lors des entretiens, les missions énumérées dans la circulaire de novembre 2011 mériteraient d'être renforcées en termes d'aide aux aidants (2.3.1), de préparation de l'entrée en EHPAD (2.3.2), d'aval hospitalier (2.3.3) et d'urgence médico-sociale (2.3.4).

### **2.3.1 Approfondir le soutien des aidants**

Selon l'ensemble des professionnels interrogés, l'hébergement temporaire est un dispositif pour la personne âgée et son aidant. Le séjour est l'occasion pour l'aidant de couper d'une réalité parfois difficile. Pour certains acteurs rencontrés, il peut représenter une réponse à une crise et permet même parfois de prévenir la perte d'autonomie de l'aidant<sup>91</sup>. L'hébergement temporaire est donc étroitement lié avec le soutien aux aidants<sup>92</sup>. Pour un inspecteur il doit représenter un service intéressant pour mettre en œuvre des actions à destination de ces personnes.

En prenant appui sur la Charte européenne de l'aidant familial de 2008, la Haute autorité de santé (HAS) définit les aidants dits naturels ou informels comme « les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment le nursing, les soins, l'accompagnement à la vie sociale et au maintien à l'autonomie, les démarches administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologique, la communication, les activités domestiques, etc. »<sup>93</sup>. L'enquête Handicap santé réalisée auprès des aidants en 2008 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estime à « 4,3 millions le nombre de personnes aidants régulièrement dans les tâches de la vie

---

<sup>90</sup> Il est prévu l'adaptation d'environ « 80 000 logements d'ici à 2017 », Anonyme, Actualités sociales hebdomadaires, *Vieillesse et dépendance : la concertation sur la future loi est lancée*, n°2536, 4 décembre 2013

<sup>91</sup> Entretien avec l'infirmière coordinatrice de l'ESA

<sup>92</sup> L'hébergement temporaire remplit une « fonction de complémentarité et de soutien à l'entourage », VILLEZ Alain, *UNIOPSS Adapter les établissements pour personnes âgées – besoins, réglementation, tarification*, 2005

<sup>93</sup> Haute autorité de santé, *Maladie Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels*, février 2010

quotidienne, financièrement ou par un soutien moral une personne de 60 ans et plus vivant à domicile »<sup>94</sup>. Parmi eux, 87% « déclarent avoir besoin de répit »<sup>95</sup>.

La problématique de l'aidant est progressivement entrée dans la sphère publique depuis une quinzaine d'année<sup>96</sup>, car les pouvoirs publics ont pris conscience du rôle primordial que ces personnes tenaient, la Stratégie nationale de santé affirmant ainsi : « l'entourage du patient contribue de manière croissante à la prise en charge »<sup>97</sup>. Pour maintenir cette forme d'aide « qui ne coûte rien à l'Etat », si je peux le résumer ainsi, les pouvoirs publics ont décidé de mettre en place des dispositifs de soutien. Dans le prolongement de cette réflexion, le Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées de Bretagne affirme : « si la majorité des personnes âgées dépendantes peuvent aujourd'hui vivre à domicile c'est en grande partie grâce à l'aide apportée par leurs proches. Une aide qui, en l'absence de dispositifs appropriés de soutien aux aidants, pourrait se révéler bientôt insuffisante »<sup>98</sup>. Le soutien aux aidants représente donc un enjeu fondamental pour les pouvoirs publics, ce qui, avec les évolutions sociologiques et démographiques<sup>99</sup> en cours, expliquent qu'il soit entré dans le débat public. Le rapport BROUSSY va même jusqu'à parler pour la puissance publique « d'obligation morale d'entourer et d'aider ceux qui mettent toute leur énergie et parfois leur santé même, au service de membres de leur famille »<sup>100</sup>. Les pouvoirs publics ont aussi davantage pris en considération la question du soutien des aidants car ils ont pris conscience que le fait d'aider une personne proche peut altérer sa propre santé<sup>101</sup>. Sur la maladie d'Alzheimer par exemple, dans les études ANDRIEU et al de 2003, GAUGLER et al 2003, ZARIT et al 1998 « il a été mis en évidence que le « fardeau » que peut représenter la maladie d'Alzheimer sur l'aidant principal est souvent élevé et peut avoir un impact sur son niveau de stress, d'anxiété ou

---

<sup>94</sup> DREES, *Enquête handicap santé aidants*, 2009

<sup>95</sup> DREES, *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*, n°771, août 2011

<sup>96</sup> L'article *Reconnaître les aidants à leur juste place* reprend l'historique de la prise de conscience des pouvoirs publics du rôle des aidants ainsi que les mesures progressivement instaurées pour les prendre en compte et les soutenir, Anonyme, *Reconnaître les aidants à leur juste place*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2838, 13 décembre 2013

<sup>97</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé, *Stratégie nationale de santé feuille de route, version longue*, 23 septembre 2013, p 8

<sup>98</sup> Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée de Bretagne, *Enquête nationale sur les pratiques d'hébergement temporaire dans le secteur gérontologique*, 11 octobre 2007, p 5

<sup>99</sup> A côté des « facteurs sociaux et psychologiques », il faut noter que « le nombre de ces aidants potentiels par personne âgée passera selon l'INSEE d'un ratio actuel de 2,8 (pour les hommes) ou 2,2 (pour les femmes) à un ratio de 2 pour l'ensemble » Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, novembre 2005, p 30

<sup>100</sup> BROUSSY Luc, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française à son développement, *L'adaptation de la société française au vieillissement de sa population : France : année zéro*, janvier 2013, p 25

<sup>101</sup> HAS, *Maladie Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels*, février 2010

de dépression »<sup>102</sup>. Compte tenu de ces conséquences qui peuvent être négatives sur l'aidant et de l'enjeu social et financier que représentent les aidants, les pouvoirs publics sont intervenus pour mettre en place des dispositifs de soutien, pour l'essentiel des formations destinées aux aidants et des structures de répit. Une recommandation de la HAS de février 2010 va plus loin et propose d'instaurer une consultation annuelle pour faire « une évaluation globale de l'état de santé de l'aidant naturel, une évaluation de son « fardeau » dans ses composantes médico-psycho-sociales et une détection des problématiques de santé spécifiques inhérentes à l'accompagnement de la personne »<sup>103</sup>. La recommandation préconise aussi de mettre en place des groupes de soutien, des supports téléphoniques, des cours de formation et des structures de répit. Ces dernières constituent un axe important du soutien aux aidants dans les différents plans nationaux<sup>104</sup>. Le répit peut se définir comme « la prise en charge temporaire physique, émotionnelle et sociale d'une personne dépendante dans le but de permettre un soulagement de son aidant principal et ainsi d'éviter un épuisement qui compromettrait aussi bien la santé que le maintien à domicile de la personne malade »<sup>105</sup>. Le but est que l'aidant soit soulagé, soutenu dans sa relation d'aidé et qu'il évite de se sentir isolé. Le répit, lors de la prise en charge, ne doit pas occulter l'aidant car celui-ci a également besoin d'être accompagné<sup>106</sup>.

« Prendre en compte la place de l'aidant dans la réponse à la personne » est un des objectifs du Projet régional de santé de l'ARS des Pays de la Loire<sup>107</sup> et est décliné à l'action n°2 du PRIAC intitulé « développer l'offre en faveur du répit des aidants naturels ». Dans ce cadre, des actions ont été menées par l'ARS notamment en faveur de la formation des aidants<sup>108</sup> et de la création de plateformes d'accompagnement et de répit<sup>109</sup>. La DT de la Vendée, en vertu de l'action n°15 du Programme territorial de santé de la Vendée, doit également mettre en œuvre des actions pour « accompagner et

---

<sup>102</sup> Fondation Médéric Alzheimer, Toulouse : Gérontopole, 2010. 20 p. VILLARS, H., GARDETTE, V., SOURDET, S., et al, *Evaluation des structures de répit pour le patient atteint de la maladie d'Alzheimer (et syndrome apparentés) et son aidant principal*. Revue de la littérature. Paris, 2010

<sup>103</sup> HAS, *Maladie Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels*, février 2010

<sup>104</sup> Voir introduction

<sup>105</sup> Ministère du Travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, *Appel à candidatures 2009 pour l'expérimentation d'un dispositif de plateformes de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux de personnes atteintes de maladies d'Alzheimer et apparentées*, 22 janvier 2009

<sup>106</sup> « Accepter de déléguer la prise en charge de son proche à un service, nécessite un accompagnement » Geronto-clef, *Accueil de jour et hébergement temporaire pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : attentes, freins et facteurs de réussite*, mars 2010, p 62

<sup>107</sup> Objectif n°2 du Schéma régional d'organisation médico-sociale, ARS des Pays de la Loire, *Projet régional de santé*, 2010

<sup>108</sup> Un appel à candidatures pour proposer des formations aux aidants sous la forme d'une action d'information et de sensibilisation des aidants familiaux a été lancé en 2011 avec une enveloppe régionale de 150 000 euros

<sup>109</sup> En 2011 et 2012, 7 plateformes d'accompagnement et de répit ont été créées dans la région. Pour permettre de soutenir les aidants, elles sont intégrées dans les dispositifs de prise en charge des malades Alzheimer (MAIA, CLIC, consultations mémoire) et s'appuient sur des AJ

soutenir les aidants familiaux pour soutenir le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie ». Dans le cadre de l'hébergement temporaire, les visites que j'ai faites dans les établissements ont toutes démontré des lacunes dans ce domaine. Il est certain que des choses se font entre les personnels et les aidants : des échanges d'informations, des conseils, etc. mais ce soutien aux aidants mériterait d'être approfondi en proposant notamment des activités spécifiques. Pour connaître les besoins en la matière, un IASS peut par exemple faire des investigations sous la forme d'une enquête pour mieux connaître les besoins des aidants sur le territoire, en prévoyant un volet spécifique aux besoins des aidants ayant recours à l'hébergement temporaire. Cette enquête, sous forme de questionnaire, interrogerait un nombre d'aidants suffisant pour être représentatif sur l'état de l'offre, ce qui peut leur manquer au quotidien, etc.

**PRECONISATION 5** : Rédiger une enquête pour mieux connaître les besoins des aidants, notamment ceux ayant recours à l'hébergement temporaire.

Pour améliorer les formes de soutien aux aidants, les établissements pratiquant de l'hébergement temporaire pourraient également s'appuyer sur l'expérience et les outils déjà mis en œuvre par les associations d'usagers en leur demandant d'intervenir dans leurs locaux. Lors de l'entretien avec la Présidente de France Alzheimer Vendée, celle-ci s'est montrée assez intéressée pour utiliser les locaux du SADAPA pour certaines de ses activités et s'adresser ainsi aux aidants ayant recours à l'hébergement temporaire. Un IASS en poste, pourrait partager cette information et mettre en relation les deux acteurs.

**PRECONISATION 6** : Inciter les établissements d'hébergement temporaire à inviter dans leurs locaux des associations de soutien aux aidants.

Beaucoup de propositions/recommandations existent concernant l'aide à apporter aux aidants. Certains invitent les pouvoirs publics à créer un équivalent « journée enfant malade » pour les aidants salariés<sup>110</sup>, d'autres invitent à instaurer des périodes de répit<sup>111</sup>, d'autres encore vont plus loin et incitent à doubler le plafond de l'allocation personnalisée à l'autonomie pour pouvoir avoir recours à des solutions de répit<sup>112</sup>. Les discussions actuelles semblent s'orienter vers l'instauration d'un droit au répit, consistant en « une prise en charge de sept jours de répit par an dans le cadre de l'allocation personnalisée à l'autonomie »<sup>113</sup> et l'instauration d'une aide d'urgence de 500 euros par an permettant de

<sup>110</sup> Anonyme, *Comme les parents, les aidants veulent pouvoir concilier vie privée et professionnelle*, Hospimédia, 11 décembre 2013

<sup>111</sup> Conseil économique, social et environnemental, avis juillet 2011 et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, *Rapport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie 2011, 2012*, p 18

<sup>112</sup> Anonyme, *France Alzheimer formule ses propositions en faveur d'un futur plan*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2825 du 20 septembre 2013

<sup>113</sup> Anonyme, *Viellissement et dépendance : M DELAUNAY précise le contenu de la future loi*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2838, 20 décembre 2013

« financer une place en accueil de jour ou en accueil temporaire pendant plusieurs jours, ou encore la venue d'un intervenant à domicile. »<sup>114</sup>. Or, conformément à la définition du répit donné par l'appel à candidatures de 2009 pour l'expérimentation d'un dispositif de plateformes de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux de personnes atteints de la maladie d'Alzheimer et apparentées, le répit peut notamment être assuré par des structures d'hébergement temporaire<sup>115</sup>. Si la communication autour de cette disposition atteint un nombre important d'aidants, les établissements dotés d'une autorisation d'hébergement temporaire devraient être davantage sollicités pour répondre à ce type de demandes. Mais peu de choses sont pour l'instant formalisées et un « besoin d'organiser » a été souligné par le Directeur du CLIC, il apparaît essentiel qu'à l'avenir les activités de soutien aux aidants soient davantage marquées et formalisées<sup>116</sup>. Pour que cela soit fait, l'inspecteur peut s'appuyer sur le projet de service et vérifier qu'il comporte des actions précises.

**PRECONISATION 7 :** Exiger que le projet de service de l'hébergement temporaire comporte un volet de soutien aux aidants et détaille les activités envisagées.

Si ce volet de la future loi se confirme, les ARS devront tout faire pour rendre possible l'application de cette mesure et un travail de communication devra donc être assuré. Des études ont démontré que le terme de répit était connoté négativement, « associé à la notion de charge et de fardeau » ce qui « peut contribuer à la difficulté des aidants à en exprimer le besoin »<sup>117</sup>. Or les aidants qui pourraient avoir besoin d'un hébergement temporaire culpabilisent parfois d'avoir besoin d'aide ou peuvent avoir l'impression d'abandonner la personne aidée. La directrice adjointe des services à domicile a évoqué un fort « travail de représentation » à faire auprès des usagers, et notamment dans un couple où l'un des deux est en perte d'autonomie. Dans ce cadre le terme de transition, utilisé dans la réglementation peut être intéressant<sup>118</sup>.

**PRECONISATION 8 :** Communiquer autour de l'accueil temporaire en évitant le terme de répit et en préférant celui de transition.

<sup>114</sup> RABEUX Cécile, *Les associations ont soumis leurs préconisations au gouvernement dans le cadre des concertations*, Hospimédia, 10 janvier 2014

<sup>115</sup> Ministère du Travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, *Appel à candidatures 2009 pour l'expérimentation d'un dispositif de plateformes de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux de personnes atteintes de maladies d'Alzheimer et apparentées*, 22 janvier 2009

<sup>116</sup> La priorité à donner « à l'avancée en âge en milieu ordinaire de vie, ce qui implique l'accompagnement des aidants familiaux et de garantir l'efficacité des formules d'accueil temporaire et de répit », GOHET Patrick, *L'avancée en âge des personnes handicapées – Contribution à la réflexion*, octobre 2013, p 11

<sup>117</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, *Rapport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*, 2012, p 30

<sup>118</sup> Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L.312-1 et à l'article L 314-8 du CASF



### 2.3.2 Améliorer la préparation de l'entrée en établissement

Le médecin généraliste interrogé a mentionné que dans l'établissement où il assume des fonctions de médecin coordonnateur, certaines personnes entraient en EHPAD à titre définitif mais repartaient car retrouvaient de l'autonomie et aspiraient à rentrer chez elles plutôt qu'à rester en établissement. Ce qu'il a considéré comme de l'« hébergement temporaire a posteriori », peut aussi s'analyser comme un besoin de bien préparer une entrée en établissement. Le Directeur général de la Mutualité française des Côtes d'Armor qui gère des établissements pratiquant de l'hébergement temporaire, a fait part des efforts portés dans ses structures pour que les personnes âgées puissent faire des essais de la vie en collectivité, permettant ainsi selon lui de « garantir le libre choix de la personne de vivre en établissement ou à domicile ».

Cette position s'accorde avec l'étude de la DREES Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000 qui affirme que l'on vit mieux en EHPAD lorsque l'entrée est préparée<sup>119</sup>. Elle s'ancre aussi dans l'idée développée dans le rapport GOHET relatif aux personnes handicapées vieillissantes qui affirme que les services d'accueil temporaire sont « une nécessité pour la personne handicapée âgée de bénéficier d'une étape de transition avant le passage du milieu ordinaire vers une structure spécialisée. Cette modalité d'approche avec la vie institutionnelle est intéressante car elle peut aussi permettre de déculpabiliser l'aidant tout en invitant la personne aidée à envisager par elle-même cette possibilité. Cet objectif d'essayer la vie en institution peut s'envisager en hébergement temporaire, médicalisé ou non, si la personne ne nécessite pas de soins. Des structures comme les Saisonales apparaissent tout à fait indiquées.

PRECONISATION 9 : Promouvoir la préparation en entrée en établissement ou l'essai de la vie en collectivité dans les établissements d'hébergement temporaire médicalisé ou non pour personnes âgées.

### 2.3.3 L'hébergement temporaire comme dispositif d'aval hospitalier

Huit personnes sur les treize acteurs rencontrés ont souhaité que l'hébergement temporaire assume davantage un rôle d'aval hospitalier pour différentes raisons<sup>120</sup>. Par exemple, la gestionnaire de cas de la MAIA a affirmé qu'il existe souvent des sorties

<sup>119</sup> « Ceux qui ont déclaré avoir bien vécu leur entrée ont 5,8 fois plus de chances de se sentir bien en établissement au moment de l'enquête que les autres », DREES, *Vivre en établissement pour personnes âgées à la fin des années 2000*, n°47, octobre 2013, « l'étude, au final met surtout en évidence que mieux l'entrée en établissement a été préparée, mieux elle est ressentie et plus le degré de satisfaction de la personne âgée est important », Anonyme, *Les résidents des maisons de retraite globalement satisfaits*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2833, 15 novembre 2013

<sup>120</sup> Remarque : ces huit professionnels étaient particulièrement concernés par la question : médecin chef de service de gériatrie d'un CH, infirmière coordinatrice d'un établissement d'HAD, assistante sociale de l'établissement de SSR, etc.

prématurées d'hôpitaux et que l'hébergement temporaire pourrait ici « permettre de rebondir pour que le projet de vie et de soins soit plus adapté au retour au domicile ». Dans le même sens le médecin chef de service de gériatrie d'un CH regrettait lors de l'entretien que l'hébergement temporaire « manque de structure car l'hébergement temporaire peut prendre une place importante entre les EHPAD et l'hôpital ». Toutefois des difficultés existent pour mettre en œuvre cette mission.

La question du rôle d'aval hospitalier est complexe et a soulevé des débats intéressants lors des rencontres du groupe de travail pour l'élaboration du référentiel de bonnes pratiques de l'hébergement temporaire. Les Conseils généraux ont notamment exprimé leur peur de voir des places d'hébergement temporaire « embolisées » par des sorties d'hospitalisation de personnes âgées. Cette situation a déjà été constatée dans un établissement d'hébergement temporaire qui accueillait en priorité des sorties d'hospitalisation, délaissant les entrées de la ville<sup>121</sup>. Un inspecteur face à une telle situation est amené à comprendre l'enjeu financier qui se cache derrière et à adopter en conséquence une démarche pédagogique pour expliquer et rassurer. En l'occurrence, la diversification des services telle qu'elle est en train de se faire, doit être un garde-fou pour assurer un maintien à domicile de qualité et diversifié. Le chargé de mission de la DT de la Vendée affirme ainsi que pour éviter cette peur des Conseils généraux, la démarche explicative adoptée doit montrer qu'« il faut englober l'intégralité du système et parier sur la collaboration des acteurs ». De plus, l'ARS peut prévoir un pourcentage de places par établissement chargées d'assurer les sorties d'hospitalisation<sup>122</sup>.

**PRECONISATION 10 : Rassurer les Conseils généraux sur le rôle d'aval hospitalier que peut jouer l'hébergement temporaire en fixant un nombre limité de places destinées aux sorties d'hospitalisation.**

Il est également intéressant de développer cette mission de l'hébergement temporaire car il peut constituer un outil pertinent à différents titres, comme ont pu le partager les acteurs interrogés. Cela l'est d'autant plus au regard du vieillissement de la population et des implications que celui-ci peut avoir sur les structures de soins<sup>123</sup>.

Premièrement, selon le médecin chef de service de gériatrie et des SSR, « aujourd'hui, il faut arrêter de se le cacher, 50% de nos SSR sont à peu près encombrées de situations

<sup>121</sup> Entretien avec le médecin chef de service de gériatrie et des SSR

<sup>122</sup> Le Président du GRATH, lors de l'entretien, avait mentionné les mêmes craintes que les Conseils généraux et préconisait comme solution de réserver des places

<sup>123</sup> « L'étude prospective (sur l'impact du vieillissement sur les structures de soins depuis quelques années) indique qu'il existe des marges d'actions importantes et que le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en MCO (...). Mais tout cela n'est possible que si des structures alternatives ou d'aval (consultations externes spécialisées, réseaux de soins, HAD, SSR, EHPAD) se développent. » DREES, *L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030*, n°654, août 2008, p1

inextricables qui ne relèvent plus du tout de notre compétence ou de notre vocation » et parmi ces 50% « une partie qui serait très largement majoritaire » pourrait « sans hésitation » rejoindre un hébergement temporaire. Ce témoignage pose la question de l'aval hospitalier, en l'élargissant à l'aval du SSR. Pour mémoire, l'article R 6123-18 du Code de la santé publique définit l'objet du SSR : « prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques cognitives ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion ». Les soins sont « dispensés en général au sortir d'une hospitalisation de court séjour ». Ils se différencient sur différents niveaux de l'hébergement temporaire, tout d'abord parce qu'ils se basent sur une prescription médicale et ensuite dans leur nature : « des actes de rééducation, de réadaptation à la vie quotidienne ou de surveillance médicale de la convalescence ». Un chapitre dans le rapport de la sécurité sociale de 2012 a été dédié aux SSR et il relate plusieurs difficultés de fonctionnement<sup>124</sup>. Concernant les entrées, il est tout d'abord apparu que « les inadéquations d'admission sont nombreuses mais leur niveau est cependant mal connu, faute de mesure sous forme d'une coupe à un moment donné. Elles sont souvent, par expérience, estimées à 10 ou 20% des lits ». J'ai contacté le médecin du Département de l'information médicale du CHD pour tenter par une extraction du programme médicalisé des systèmes d'information de chiffrer le nombre de séjours passés en SSR qui aurait pu être du ressort d'un hébergement temporaire, mais ces investigations se sont révélées impossibles. J'ai toutefois pu accéder aux données de Trajectoire<sup>125</sup> pour la Vendée et plus précisément aux motifs de refus des patients par les établissements de SSR pour l'année 2012. Il est démontré que 17% de ces refus consistent en des patients, qui tels que décrits, relèvent d'un autre type de prise en charge. Il ne faut bien sûr pas présumer que toutes ces demandes pourraient correspondre à des séjours d'hébergement temporaire, toutefois ce dernier fait partie des pistes possibles. Le CH de Blois estime par exemple « à 20% la proportion des demandes d'admissions qui lui sont inadéquatement adressées (...). La première cause d'inadéquation réside dans le fait qu'on lui adresse des malades qui attendent une admission en EHPAD ou qui se heurtent à la saturation des places de SSIAD »<sup>126</sup>. Compte tenu de ces constats, un inspecteur en ARS des Pays de la Loire pourrait être amené à travailler sur les données de Trajectoire et à les approfondir sur ce point. Pour ce faire il pourra s'appuyer sur les dispositifs de coordination de l'aval hospitalier (DCA)

---

<sup>124</sup> Cour des comptes, sécurité sociale 2012, *Chapitre XII Les soins de suite et de réadaptation*, 2013 pp 18-21

<sup>125</sup> Trajectoire est un logiciel permettant pour le prescripteur d'identifier les établissements disposant des compétences techniques et humaines de prendre en charge le projet de rééducation, réinsertion et réadaptation de la personne et de déposer une demande, permettant ainsi de préparer l'entrée en SSR du patient

<sup>126</sup> Cour des comptes, sécurité sociale 2012, *Chapitre XII Les soins de suite et de réadaptation*, 2013, p 19

mis en place dans chaque territoire de santé pour analyser les flux de patients dans le but d'améliorer la fluidité des parcours.

**PRECONISATION 11** : Utiliser les données de Trajectoire et s'appuyer sur le DCA pour mieux connaître les besoins en matière d'aval hospitalier pour l'hébergement temporaire.

Lors de mon stage, le chargé de mission qui s'occupe des DCA a évoqué que les structures d'hébergement temporaire autonomes, comme l'est la SADAPA, vont être intégrées au logiciel Trajectoire. Les établissements hospitaliers vont ainsi pouvoir leur formuler des demandes. Dans quelques mois il sera intéressant d'évaluer cette innovation, en étudiant sur une période donnée comment est utilisée cette possibilité, quel est le profil des patients, quel est le taux de réponse, quelles sont les causes de refus, etc. A cette approche quantitative, des entretiens avec les acteurs permettraient d'ajouter une dimension qualitative à la démarche, de répertorier les freins et d'engager une réflexion sur son étendue à toutes les places d'hébergement temporaire.

**PRECONISATION 12** : Faire une évaluation de l'utilisation de Trajectoire pour les demandes faites auprès des établissements d'hébergement temporaire autonomes.

Les problèmes se situent également au niveau de la sortie comme en atteste le rapport de la sécurité sociale de 2012 : « la difficulté est plus manifeste encore à l'égard des sorties de SSR ». « L'enquête des juridictions financières a néanmoins montré qu'elles pouvaient concerner entre 10 et 30% des patients qui attendent une place en EHPAD ou dans des unités de long séjour », propos qui vont dans le sens du témoignage du médecin chef de service de gériatrie et des SSR<sup>127</sup>. Pour tenter de remédier à ces difficultés, le HCAAM dans son rapport Assurance maladie et perte d'autonomie de juin 2011 a préconisé une « meilleure gestion intra hospitalière des sorties » ainsi qu'un « développement des aides temporaires aux sorties d'hospitalisation »<sup>128</sup>. Il appelle à « la mise à disposition de l'hôpital (par « réservation contractuelle ») de places de SSIAD et d'EHPAD de « transition » permettant de prendre en charge rapidement une personne âgée en sortie d'hospitalisation pour une durée de 45 jours, avant décision d'orientation définitive «(retour à domicile, institutionnalisation, etc.) », ce qui correspond à de l'hébergement temporaire. Il cite ainsi des exemples : « les expériences d'hébergement temporaire ou de places de SSIAD de transition (par exemple en Gironde avec Transi-SSIAD) montrent l'intérêt de disposer d'un volant de places pouvant être rapidement mobilisées pour permettre une sortie d'hospitalisation rapide. Le délai est alors mis au

<sup>127</sup> Pour rappel : « Aujourd'hui, il faut arrêter de se le cacher, 50% de nos SSR sont à peu près encombrées de situations inextricables qui ne relèvent plus du tout de notre compétence ou de notre vocation » et parmi ces 50% « une partie qui serait très largement majoritaire » pourrait « sans hésitation » rejoindre un hébergement temporaire

<sup>128</sup> Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, *Assurance maladie et perte d'autonomie : contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011*, 2011, p 78

profit pour identifier la meilleure orientation pour les personnes âgées, et préparer soit le retour à domicile dans des conditions optimales (prestation de soins d'entretien, mise en place d'une aide à domicile, adaptation de l'habitat), soit l'entrée définitive en EHPAD. ». Les difficultés de sortie ont été mentionnées par le médecin chef de service de gériatrie et des SSR. Un turnover élevé des places d'hébergement temporaire pourrait permettre d'accueillir sur une certaine période des personnes qui ont besoin de davantage d'accompagnement avant de revenir à domicile. Pour améliorer cela, des EAAR ont été créées sur le territoire. Selon l'appel à candidatures de l'ARS Pays de la Loire, ces dispositifs interviennent sur demande du médecin traitant ou d'un établissement sanitaire, médico-social et social, et ont pour objectif de « renforcer l'accompagnement au niveau du premier recours pour prévenir la perte d'autonomie, éviter une hospitalisation, une ré-hospitalisation ou une institutionnalisation. L'objectif est aussi de venir en appui aux SSR en identifiant et organisant la mise en place d'un plan d'action permettant un retour rapide dans le milieu de vie initial (domicile ou éventuellement établissement médico-social) »<sup>129</sup>. Ces équipes sont importantes dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées car elles permettent de faire des liens avec les services et d'adapter la prise en charge aux besoins. Elles peuvent donc faciliter les sorties d'hospitalisation et de SSR en sollicitant notamment des hébergements temporaires. Ensuite, pour éviter que les gestionnaires d'établissements d'hébergement temporaire aient peur d'accueillir des personnes en sorties d'hospitalisation, le médecin chef de service de gériatrie et des SSR conseille de « travailler sur un partenariat dans lequel les praticiens hospitaliers s'engageraient à voir les patients ou au moins à donner des conseils téléphoniques sur des situations critiques ». Cette remarque est intéressante car il faut se demander si, du côté des ESMS, ceux-ci sont prêts à assumer ce rôle, compte tenu notamment de certains problèmes de recrutement médicaux<sup>130</sup>. Une discussion et un travail avec les directeurs de structures devront donc s'engager pour cela. Un IASS chargé de réfléchir sur cette question est amené à prendre en compte cette complexité et la diversité des acteurs pour tenter de renforcer le rôle d'aval hospitalier que peut jouer l'hébergement temporaire. A ce titre, il pourra par exemple intégrer ce volet dans les appels à candidatures des futures EAAR, ou fixer cette question dans les objectifs des DCA.

**PRECONISATION 13 : Travailler les sorties d'hospitalisations et de SSR en lien avec les gestionnaires d'établissements, les DCA et les EAAR.**

Les enjeux derrière cette optimisation des places d'hébergement temporaire sont multiples. Financier tout d'abord car, si une journée en SSR coûte environ 250 euros, une

<sup>129</sup> ARS Pays de la Loire, *Appel à candidatures équipe en appui « adaptation – réadaptation »*, 2012

<sup>130</sup> Problèmes de « ressources médicales » mentionnés lors de l'entretien avec le médecin chef de service de gériatrie et des SSR

journee d'hebergement temporaire coûte deux fois moins. L'enjeu se situe également au niveau de la prise en charge comme en témoigne le medecin chef de service de geriatrie et des SSR d'un CH : les personnes qui pourraient aller en hebergement temporaire « reduisent leur qualite de vie car les prestations fournies en milieu hospitalier sont pietres, pour ne pas dire mediocres, par rapport a une prise en charge d'hebergement pur ». De meme l'infirmiere coordinatrice de l'etablissement d'HAD affirmait lors de l'entretien : « l'hebergement temporaire est quelque chose qui manque a l'hopital. C'est un service plus agreable que le moyen sejour hospitalier ». Il est vrai que les prestations offertes ne sont pas les memes, et toute la question est de trouver celle qui est adaptee aux besoins des personnes agees : prioritairement des soins, ou avant tout un accompagnement medico-social.

Deuxiemement, dans la poursuite de la reflexion sur l'amelioration de l'accompagnement des personnes agees, le fait de passer par un hebergement temporaire peut permettre de mieux formaliser les liens entre l'hopital et la ville. Ceci represente un enjeu fort car derriere se cache la question des rehospitalisations des personnes agees. Or il a justement ete recommande qu'en ameliorant la transition entre l'hopital et le domicile, cela « reduit le risque de rehospitalisation precoce des personnes agees »<sup>131</sup>. L'hebergement temporaire, du fait de ses missions est un levier mobilisable en ce sens. Pour l'aider, des credits du Fonds d'intervention regional (FIR) ou des credits non reconductibles sont mobilisables par un IASS, en fonction des orientations decidees par la Direction generale de l'ARS.

Enfin, consolider l'hebergement temporaire comme aval hospitalier est a mettre en relation avec le developpement des services d'HAD<sup>132</sup>. Depuis quelques annees, l'offre hospitaliere se diversifie avec des hopitaux de jour, des services ambulatoires de plus en plus nombreux et des creations d'etablissements d'HAD. Or ces derniers peuvent intervenir dans les ESMS depuis les deux decrets du 6 septembre 2012<sup>133</sup>. L'infirmiere coordinatrice de l'etablissement d'HAD interrogee s'est montrée tres interessee par un renforcement des interventions dans les structures d'hebergement temporaire car la solution medico-sociale lui apparait plus adaptee dans certains cas que la prise en charge en hopital. A la question d'un travail optimal avec l'hebergement temporaire<sup>134</sup>, elle a ainsi

---

<sup>131</sup> Haute autorite de sante, *Comment eviter les rehospitalisations evitables des personnes agees*, juin 2013

<sup>132</sup> Actualites sociales hebdomadaires, *Les consignes du ministere de la sante pour developper l'hospitalisation a domicile*, n°2839, 27 decembre 2013

<sup>133</sup> Decret n°2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif a l'intervention des etablissements d'hospitalisation a domicile dans les etablissements sociaux et medico-sociaux avec hebergement et decret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des etablissements d'hospitalisation a domicile intervenant dans les etablissements sociaux et medico-sociaux avec hebergement

<sup>134</sup> Voir questionnaire pour les acteurs en annexe 4

proposé de « faire sortir des gens plus tôt de l'hôpital dans de meilleures conditions » en couplant accueil en hébergement temporaire et prise en charge en HAD par exemple pour des « injections intraveineuses, des pansements complexes, des nutritons entérales ». Cette idée m'a, à première vue, paru intéressante. Toutefois la question de l'opportunité de faire intervenir l'HAD peut se poser pour ces trois hypothèses, d'une part compte tenu du coût que cela représenterait de coupler les deux interventions, d'autre part parce que des libéraux peuvent également intervenir sans forcément faire appel à l'HAD. Pour aller plus loin et pour clarifier les choses, il serait intéressant pour un IASS de creuser ce point avec les professionnels médicaux de l'EHPAD, de l'HAD et de l'hôpital. Il faut néanmoins prendre en compte qu'une concrétisation de cette idée ne sera sans doute applicable qu'à moyen et long termes.

#### **2.3.4 L'hébergement temporaire : une réponse à l'urgence médico-sociale ?**

Le médecin généraliste et le Directeur du CLIC dans leurs entretiens respectifs, ont fait part de l'incapacité de l'hébergement temporaire à répondre à des demandes d'urgences<sup>135</sup>. Contrairement aux urgences hospitalières, ces « urgences médico-sociales » sont plus difficiles à définir car elles reposent sur une combinaison de critères sociaux et médicaux. Elles sont par conséquent compliquées à chiffrer. Faute de structures adaptées, elles sont généralement prises en charge par l'hôpital<sup>136</sup>. Une étude menée sur le territoire vendéen<sup>137</sup>, pour un projet d'hébergement temporaire d'urgence a souligné plusieurs constats : « d'une part, les représentants du secteur hospitalier signalent des situations où des patients âgés sont indûment hospitalisés, suite à une urgence sociale. Compte tenu de la fragilité de ces personnes, la prise en charge à l'hôpital n'est pas la plus adaptée. D'autre part, les représentants du secteur médico-social mentionnent les incidences négatives d'un passage rapide aux urgences ou de sorties précipitées de l'hôpital, notamment les veilles de weekend et fériés, sans lien avec les services à domicile, pour préparer un retour à domicile. Concrètement, cela se traduit pour les personnes, par des parcours chaotiques, avec des hospitalisations à répétitions. »<sup>138</sup>. Là aussi se retrouve la question de l'accompagnement adapté des personnes âgées. La contrainte qui risque de se poser concernant la prise en charge de l'urgence médico-sociale concerne l'équilibre à trouver entre la réponse à l'urgence et la

---

<sup>135</sup> La cadre supérieure du pôle de médecine gériatrique du CHD de la Roche-sur-Yon estimait aussi que l'hébergement temporaire pouvait éviter le recours à l'hospitalisation dans certains cas.

<sup>136</sup> « Le recours élevé aux urgences est un marqueur visible d'une organisation des soins aux personnes âgées qui intègre encore difficilement leur spécificité », Inspection générale des affaires sociales, *Impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, mai 2011, p 3

<sup>137</sup> Etude réalisée en 2009 par des élèves en Formation supérieure de directeurs d'établissements de l'intervention sociale

<sup>138</sup> Projet hébergement temporaire d'urgence de la Chaize-le-Vicomte

préparation du séjour en amont<sup>139</sup>. Pour essayer de maintenir les deux modalités d'accueil, il pourrait être intéressant de limiter le nombre de places destinées à l'urgence médico-sociale, permettant de garder une liberté de réservation. Toutefois, pour cela, seul un établissement disposant d'une capacité importante serait en mesure de le faire. Dans les Côtes d'Armor, la Mutualité française de ce département a mis en place un système qui prend en charge les urgences médico-sociales via les places d'hébergement temporaire. Le Directeur gestionnaire des établissements en question, explique que cette réponse est permise par différents moyens : le fait qu'une place soit garantie dans la semaine de la demande, que la durée du séjour soit limitée à un mois renouvelable une fois et que la personne prise en charge à titre temporaire ne puisse pas être acceptée dans le même établissement à titre permanent ensuite. Ces gardes fous assurent selon lui un turnover permettant d'être très réactif face aux demandes centralisées via un numéro de téléphone unique, et de répondre ainsi à la demande.

Les entretiens menés avec les acteurs, ont mis en avant une diversité de missions associée à l'hébergement temporaire, qui, dans le contexte actuel, fait que cet outil est important. Or en même temps que les acteurs insistaient sur le besoin pour l'hébergement temporaire de renforcer son rôle, ils partageaient les difficultés ils étaient confrontés pour solliciter ce dispositif. Cela explique en partie que pour sept professionnels interrogés l'hébergement temporaire « ne réussit pas toujours les missions qui lui sont confiées »<sup>140</sup>. Comment faire de l'hébergement temporaire un outil qui réponde à toutes ces missions ? Sans parler d'aller jusqu'à une consécration de ce service, comment mieux intégrer l'hébergement temporaire dans le parcours de vie de la personne âgée ?

---

<sup>139</sup> Dans l'étude de la Fondation Médéric Alzheimer, parmi les facteurs du développement limité de l'hébergement temporaire se trouve « l'équilibre à trouver entre réponse à des demandes d'urgence et préparation en amont », Fondation Médéric Alzheimer, *Analyse et revue de la littérature française et internationale sur l'offre de répit aux aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, Etude réalisée pour la DGAS dans le cadre de la mesure 1b du plan Alzheimer, version 1*, 6 novembre 2008, p 43

<sup>140</sup> Interrogation posée dans les questionnaires pour les acteurs et les autorités rapportés en annexes 4 et 5



### **3 Une intégration plus complète de l'hébergement temporaire dans le parcours de vie des personnes âgées à travailler sur différents plans pour l'ARS**

Si l'hébergement temporaire peut devenir un outil important dans l'avenir, certains points devront être pris en compte. L'analyse menée sur l'ensemble des entretiens et des investigations entreprises montre que certaines difficultés sont d'ordre général, dans le sens où c'est un ensemble de dispositifs qui souffre de ces mêmes difficultés : « des financements qui n'incitent pas à la coordination des acteurs, la possibilité limitée de modifier la répartition des moyens entre le médico-social et le sanitaire, des systèmes d'information pas interopérables ce qui ne facilite pas les échanges de données entre professionnels »<sup>141</sup>. D'autres, mentionnées par les acteurs, sont spécifiques à l'hébergement temporaire. Pour tenter de dépasser ce qui peut constituer des obstacles à son renforcement comme service médico-social dans le parcours de vie des personnes âgées, des leviers d'action peuvent être mobilisés. Je vous propose de découvrir les difficultés mentionnées et les leviers que j'ai pu répertorier au fil des investigations en terme de financement (3.1), de fonctionnement (3.2) et d'offre (3.3).

#### **3.1 Une capacité d'action limitée sur les difficultés de financement**

Intégrer de manière plus prononcée l'hébergement temporaire induit nécessairement de revenir sur les difficultés budgétaires évoquées ci-dessus (3.1.1). En l'absence de clarification nationale, le défi consiste pour les autorités à essayer de les dépasser (3.1.2 et 3.1.3).

##### **3.1.1 Un coût important pour les usagers souligné par les acteurs**

Huit professionnels interrogés ont fait part des difficultés de financement auquel était confronté l'hébergement temporaire dans son fonctionnement de manière générale. En plus de ces problèmes de dotations budgétaires par rapport aux spécificités de l'hébergement temporaire déjà cités plus tôt, parmi eux, quatre étaient conscients que la question du financement était aussi liée à un problème de coût pour les familles. Ce constat s'est retrouvé dans l'enquête nationale sur les besoins et les attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs proches aidants en matière de relais menée par le GRATH en 2009 qui a conclu au fait que le coût représente bien un frein pour accéder à l'hébergement temporaire<sup>142</sup>. Plusieurs raisons expliquent cela.

---

<sup>141</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé, *Stratégie nationale de santé feuille de route, version longue*, 23 septembre 2013, pp 8-9

<sup>142</sup> GRATH, *Enquête nationale sur les besoins et les attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs proches aidants en matière de relais*, 2009, p 37

Tout d'abord, alors que la personne garde son logement principal, et donc continue à payer les charges afférentes, elle doit faire face à un prix de l'hébergement temporaire au moins égal au prix d'un hébergement permanent<sup>143</sup>. De plus, l'obtention de l'aide sociale est plus difficile à cause des délais de procédure qui peuvent être plus longs que le séjour lui-même, dans l'hypothèse, bien sûr, où la place d'hébergement temporaire est habilitée à l'aide sociale. La contrainte financière est par conséquent importante et doit également être considérée au regard de l'augmentation générale des coûts en EHPAD. Lors de l'élaboration du classement des maisons de retraites en France, l'enquête de France info<sup>144</sup> met en exergue que « si la qualité des hébergements progresse, revers de la médaille, les coûts augmentent. Ils sont aujourd'hui de 40 euros par jour au minimum contre 35 euros l'an dernier. Un coût qui peut atteindre jusqu'à 220 euros. ». Le reste à charge augmente ainsi progressivement. Selon le baromètre « les Français et le grand âge » réalisé en 2013 par TNS Sofres et la FHF, uniquement 39% des personnes âgées pourraient payer seules leur maison de retraite<sup>145</sup>.

La deuxième raison est que, contrairement à un séjour en SSR, un hébergement temporaire n'est pas remboursé par la Sécurité sociale<sup>146</sup>. L'assistante sociale de l'établissement de SSR interrogée en est consciente et a mentionné que les familles étaient parfois réticentes à faire appel à une structure d'hébergement temporaire à cause du coût. Bien que la décision d'orientation vers un SSR se fasse sur prescription médicale, cela peut freiner les orientations vers l'hébergement temporaire. Cette question est très présente actuellement dans le cadre des débats sur la future loi sur l'autonomie. La Présidente de l'Association France Alzheimer s'exclamait ainsi : « il ne sert à rien de développer des structures de répit pour les familles si on ne leur donne pas les moyens financiers d'y accéder »<sup>147</sup>. L'instauration d'un droit au répit avec la prise en charge de sept jours de répit dans le cadre de l'APA annoncée par la Ministre déléguée aux personnes âgées ne répond que partiellement aux demandes de l'association citée, mais ce droit constitue toutefois une première avancée. Un pas à mettre en relation avec une convergence entre personnes âgées et personnes handicapées, qui, bien qu'incertaine encore aujourd'hui, pourrait connaître quelques aboutissements dans les années à

---

<sup>143</sup> Si le taux d'occupation a été négocié dans le calcul du prix de journée, alors le coût sera plus élevé qu'un hébergement permanent, comme c'est le cas en Vendée

<sup>144</sup> <http://www.franceinfo.fr/le-classement-france-info-2013-des-maisons-de-retraite>

<sup>145</sup> TNS Sofres et la FHF, *Les Français et le grand âge*, mai 2013

<sup>146</sup> « Les hébergements temporaires souffrent d'être comparés à une offre de service dans le secteur sanitaire jugée concurrentielle », Geronto-clef, *Accueil de jour et hébergement temporaire pour les personnes Alzheimer : attentes, freins et facteurs de réussite*, mars 2010, p 59

<sup>147</sup> Actualités sociales hebdomadaires, *France Alzheimer formule ses propositions en faveur d'un futur plan*, n°2825, 20 septembre 2013

venir<sup>148</sup>. Sur le volet hébergement temporaire, cela pourrait amener à l'instauration d'un reste à charge limité au forfait hospitalier<sup>149</sup>.

### **3.1.2 L'incidence du coût sur l'orientation en SSR plutôt qu'en hébergement temporaire actuellement à l'étude**

Cette situation est regrettable pour les différentes raisons citées plus tôt : au regard des finances mais aussi de l'accompagnement offert à la personne âgée. L'ARS des Pays de la Loire tente dans le cadre des prototypes des Parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), en abrégé « les PAERPA »<sup>150</sup>, de mesurer l'influence que le coût peut avoir dans le non recours à l'hébergement temporaire par rapport aux SSR. En effet, en vertu de l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale de 2013 un montant sur le FIR a été fléché pour ce prototype, ce qui va permettre d'avoir une liberté tarifaire sur des prestations non prises en charge<sup>151</sup>. Le chargé de mission de l'ARS des Pays de la Loire qui s'occupe des PAERPA, m'a cité comme type d'action, la prise en charge du reste à charge pour les personnes ayant recours à un hébergement temporaire plutôt qu'à un SSR pour étudier s'il y a plus de recours à l'hébergement temporaire. « Et si cela marche cela constituera un nouvel argument pour rénover l'hébergement temporaire », selon lui. En allant plus loin dans cette vision optimiste, se posera également à plus long terme l'opportunité de la conversion de lits sanitaires en places médico-sociales. Dans son rapport sur l'avenir de l'Assurance maladie, le HCAAM aborde également cette question<sup>152</sup>. Pour rappel, il proposait notamment de mettre « à disposition de l'hôpital des places de SSIAD ou d'EHPAD de « transition » permettant de prendre rapidement une personne âgées en sortie d'hospitalisation ». Dans ce cadre, pour lui, « un des enjeux d'un tel projet est d'établir que les crédits nécessaires à la création et à l'immobilisation d'un nombre

---

<sup>148</sup> Même si un rapprochement entre le secteur des personnes âgées et celui des personnes handicapées est envisagé dans le cadre de la future loi sur l'autonomie (« un rapprochement entre le secteur personnes âgées et personnes handicapées est donc envisagé » ASH, *Vieillesse et dépendance : M DELAUNAY précise le contenu de la future loi*, n°2838 du 20 décembre 2013), la convergence entre les deux secteurs était déjà prévue cinq ans après la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005

<sup>149</sup> Décret n°2004-231 du 7 avril 2006 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des ESMS pour personnes handicapées et des lieux de vie et d'accueil

<sup>150</sup> L'objectif de ces projets PAERPA est d'« améliorer la prise en charge, l'accompagnement et la coordination des professionnels intervenant auprès des personnes âgées (...) en ville, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'entre ces trois segments dans une logique de parcours de santé », MOUNIER Céline et WAQUET Cécile, Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, *Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes*, janvier 2013, p 5

<sup>151</sup> A noter, 95 millions d'euros supplémentaires ont été alloués aux FIR des ARS et « une partie de cette enveloppe vise à accompagner le démarrage des expérimentations de parcours de santé des PAERPA », Anonyme, *Des crédits supplémentaires sont alloués aux Fonds d'intervention régionaux des ARS*, Actualités sociales hebdomadaires, 1<sup>er</sup> novembre 2013, n°2831

<sup>152</sup> HCAAM, *Assurance maladie et perte d'autonomie : Contribution du HCAAM sur la dépendance des personnes âgées*, 2011, p 81

suffisant de places temporaires en SSIAD et en EHPAD engendrent des économies sur les dépenses hospitalières qui compensent les dépenses médico-sociales supplémentaires. L'expérimentation régionale pourrait reposer sur un mécanisme de fongibilité permettant de financer ces prises en charge temporaires sur la base des économies réalisées sur des journées en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) ou en SSR. ». Cette réflexion encourage au décloisonnement du sanitaire et du médico-social, axe clé de la création des ARS<sup>153</sup>.

Dans une vision à plus long terme, si la question du transfert de lits sanitaires en places médico-sociales d'hébergement temporaire vient à se poser, un inspecteur devra, en l'absence de disposition réglementaire spécifique en ce sens, procéder par le biais d'un appel à projets. Les délais de cette procédure étant incompatibles avec une reconversion de cet enjeu, les expériences passées seront très utiles pour anticiper et préparer les acteurs, notamment via la planification<sup>154</sup>. Là aussi, faire une préconisation semble inadapté à la réalisation plus ou moins incertaine de cette idée, en tout cas à sa réalisation à moyen ou long terme, mais je retiens la méthode déployée par l'ARS des Pays de la Loire et notamment l'inscription de ce projet dès le PRIAC et l'utilisation d'une note de communication en amont de la diffusion de l'appel à projets pour donner un maximum d'informations aux partenaires.

### **3.1.3 Des leviers d'action très limités dans le cadre des travaux en cours sur le référentiel**

La question du coût est très présente à l'esprit des autorités, tel que m'ont démontré les entretiens auprès des personnes du Conseil général et de l'ARS, mais, comme je l'ai exprimé plus tôt, les leviers d'action en matière de financement sont davantage à la disposition des Conseils généraux. Toutefois, dans le cadre des travaux menés actuellement sur l'hébergement temporaire par l'ARS, celle-ci a souhaité inciter les établissements à adhérer à la démarche en conditionnant le respect des règles inscrites dans le référentiel à une augmentation du forfait soins. Bien que cet apport soit limité, il constitue un encouragement symbolique de la part de l'ARS pour les établissements.

Un autre moyen existe à la disposition des ARS pour améliorer la question du financement et a été révélé lors d'une rencontre du groupe de travail sur le référentiel. Certaines personnes lors de ces échanges ont informé sur la possibilité à la disposition

---

<sup>153</sup> « L'une des justifications de la création des ARS est le décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. L'enjeu est de taille : la reconversion de lits entre les deux secteurs offre un potentiel d'économie d'un milliard d'euros pour l'assurance maladie et permettrait le transfert de 30 000 lits vers les EHPAD » Sénat, Note synthétique *Cinquième risque : le rapport d'étape de la mission d'information du Sénat*, 2008, p 3

<sup>154</sup> L'ARS des Pays de la Loire, lors de mon stage, travaillait à la conversion de lits sanitaires en places médico-sociales et de nombreux témoignages ont montré la complexité d'un tel projet et de la nécessité de bien le préparer avec les acteurs

des personnes âgées de solliciter des aides complémentaires auprès de la Caisse nationale de l'assurance vieillesse<sup>155</sup> d'une part et des caisses de retraite d'autre part afin de solvabiliser le coût du séjour<sup>156</sup>. Par rapport à ces caisses de retraite, pour le Directeur général de la Mutualité française des Côtes d'Armor ces aides ne peuvent seulement abonder le budget de l'établissement, et non être des aides à la personne. Des clarifications en ce sens auraient été pertinentes dans le cadre de ce mémoire, mais approfondir véritablement la question exigeait de disposer de davantage de temps. Il n'en reste pas moins, que l'ARS a à sa connaissance une nouvelle source de financement qu'elle peut promouvoir par des actions de communication directement auprès des personnes âgées ou via les directeurs d'ESMS.

**PRECONISATION 14** : Approfondir la question des modalités de sollicitation des aides complémentaires par les caisses de retraite.

A côté des difficultés de financement, les professionnels ont aussi fait part lors des entretiens de constats de problèmes de fonctionnement.

### **3.2 Le pari stratégique du respect d'un référentiel de bonnes pratiques de fonctionnement pour impulser une restructuration**

Les difficultés de fonctionnement relatives à l'hébergement temporaire, dont certaines ont été mentionnées par les acteurs lors des entretiens (3.2.1), ont fait l'objet de débat entre les Conseils généraux et l'ARS (3.2.2) dans le cadre de discussions autour d'un référentiel de bonnes pratiques (3.2.3)

#### **3.2.1 Des difficultés de fonctionnement relevées par les acteurs en terme de connaissance, de lisibilité et d'utilisation détournée du dispositif**

En analysant les entretiens, il est apparu que des difficultés de fonctionnement en matière de connaissance du dispositif et de lisibilité du dispositif ainsi que des problèmes d'utilisation déguisée des places d'hébergement temporaire en hébergement permanent étaient les remarques les plus fréquemment citées. Ces éléments constituent pour les acteurs des freins à l'utilisation de l'hébergement temporaire.

Concernant la connaissance du dispositif, à la question : « l'hébergement temporaire est-il connu de la part des professionnels et des usagers ? »<sup>157</sup>, sept professionnels sur les treize rencontrés ont répondu non ou partiellement. Trois acteurs ont insisté sur le fait que cette méconnaissance existe davantage du point de vue des usagers, à l'instar de l'assistante sociale de l'établissement de SSR qui affirmait : « l'hébergement temporaire

<sup>155</sup> Les personnes âgées en GIR 5 et 6 peuvent faire appel à la Caisse nationale d'assurance vieillesse pour avoir entre autre une aide au financement d'un séjour d'hébergement temporaire

<sup>156</sup> Réunion du 13 septembre 2013 du groupe de travail sur l'hébergement temporaire

<sup>157</sup> Voir le questionnaire pour les acteurs en annexe 4

est un maillon connu par les professionnels, moins par les personnes et leurs familles ». Pour exprimer le ressenti général que j'ai pu avoir sur les réponses faites à cette question, je reprendrai les termes de l'infirmière coordinatrice de l'EHPAD : « on sait que ça existe, mais je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui ne savent pas ce que sont les missions de l'hébergement temporaire ». Au niveau de la littérature, l'enquête nationale sur les besoins et les attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs proches aidants en matière de relais faite par le GRATH pose que 61% des interviewés ont déjà entendu parler de l'hébergement temporaire<sup>158</sup>, ce qui confirme les dires de certains des professionnels interrogés. La méconnaissance entourant l'hébergement temporaire est également reconnue par les pouvoirs publics au sein de la circulaire du 29 novembre 2011 qui dispose que ce dispositif « n'est pas toujours connue des publics et des professionnels libéraux »<sup>159</sup>.

Concernant la lisibilité de l'hébergement temporaire, j'ai posé la question des structures avec lesquelles les professionnels interrogés travaillent. Dix acteurs ont confié travailler avec des structures de plus de vingt places comme la SADAPA, l'établissement de Saint-Gilles-Croix-de-Vie ou encore les Saisonales et six ont mentionné des relations avec des EHPAD disposant de quelques places d'hébergement temporaire. Cette dernière donnée pose question quant à la lisibilité des places qui représentent plus de la moitié de la capacité totale du dispositif<sup>160</sup>. Compte tenu de ces résultats, mon hypothèse posant un lien entre la structuration des places et leur lisibilité tend à se confirmer, mais une démarche complémentaire serait à envisager afin de vérifier cela.

Concernant l'utilisation détournée des places d'hébergement temporaire en hébergement permanent, voici quelques commentaires faits par certains professionnels : « les places d'hébergement temporaire sont occupées par des personnes à l'année, en attente de places d'hébergement permanent »<sup>161</sup>, « s'ils (les EHPAD disposant d'une ou deux places d'hébergement temporaire) prennent un patient c'est en attendant d'avoir une place dans leur structure à vocation définitive, mais ce qui n'est plus de l'hébergement temporaire »<sup>162</sup>. La transformation de places d'hébergement temporaire en places d'hébergement permanent a été mentionnée lors de cinq entretiens. Ces difficultés rejoignent et complètent les freins au recours à l'hébergement temporaire cités en introduction. Certaines vont également dans le sens de l'interprétation développée dans la première partie, c'est-à-dire l'hypothèse selon laquelle la structuration a une influence sur

---

<sup>158</sup> GRATH, *Enquête nationale sur les besoins et les attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs proches aidants en matière de relais*, 2009, p 36

<sup>159</sup> Circulaire N°DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

<sup>160</sup> Voir partie 1

<sup>161</sup> Entretien avec l'infirmière coordinatrice de l'ESA

<sup>162</sup> Entretien avec le médecin chef de service de gériatrie et des SSR

la lisibilité et le fonctionnement des structures d'hébergement temporaire. Cette position ne fait toutefois pas l'unanimité auprès des autorités.

### **3.2.2 Un lien entre ces problèmes de fonctionnement et la structuration non partagé entre les autorités**

En interrogeant les deux autorités tarifcatrices en matière d'hébergement temporaire sur les difficultés que pouvait rencontrer l'hébergement temporaire, je me suis aperçue qu'elles ne partageaient pas le même point de vue. Les membres de la Direction de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées du Conseil général de la Vendée avec lesquels je me suis entretenue, ont fait part de leur étonnement relativement aux retours de la part des acteurs d'un manque de lisibilité des places disséminées d'hébergement temporaire en Vendée. Pour eux, l'hébergement temporaire rencontre peu de difficultés et la situation actuelle est plutôt satisfaisante. Les missions de l'hébergement temporaire sont claires et bien connues de la part de l'ensemble des acteurs, preuve en est, pour eux, du taux d'occupation très élevé des structures. De plus le dispositif réussit les missions qui lui sont confiées et la structuration est intéressante car complémentaire : les structures plus importantes telle que la SADAPA assurent en priorité une réponse aux besoins du domicile et aux sorties d'hospitalisations, et les quelques places au sein des EHPAD permettent un « répit organisé de proximité », de jouer le rôle de « places tampons » en cas d'urgence comme cela a été le cas avec la tempête Xynthia et de préparer l'entrée en établissement. Les entretiens menés auprès du chargé de mission de la DT de la Vendée et des chargées de projet du siège de l'ARS ont montré une vision différente de la situation de l'hébergement temporaire. Selon ces agents, les missions ne sont pas parfaitement bien appliquées car il n'existe pas de projet spécifique mis en œuvre. Il est ensuite un maillon qui souffre d'un manque de lisibilité, que la structuration disséminée des places n'aide pas. Or c'est un dispositif considéré comme important dans le contexte actuel et qui pourrait être mieux utilisé. Ainsi, tandis que la position tenue par l'ARS va dans le sens d'un lien entre la structuration des places et une optimisation du fonctionnement, le Conseil général de la Vendée estime que la structuration ne pose pas de problème et permet au contraire une complémentarité pour répondre à l'ensemble des missions confiées. A partir de là, la discussion engagée par l'ARS était l'occasion de partager les points de vue de chacun et d'échanger sur les différents sujets suscitant le débat.

### **3.2.3 La stratégie adoptée par l'ARS de travailler sur les règles de fonctionnement**

La stratégie de l'ARS sur ce dossier a évolué au fil du temps. Aux prémices du projet, la Directrice générale de l'ARS, affirmant que la dissémination des places d'hébergement temporaire dans la région ne permet « pas la mise en œuvre d'un projet de service

spécifique », a présenté fin décembre 2012 en comité de direction une note méthodologique annonçant une restructuration de l'offre par les DT et les Conseils généraux<sup>163</sup>. L'idée était de créer « un marché aux autorisations »<sup>164</sup> en essayant, à moyens constants, de rassembler les places d'hébergement temporaires dans certaines structures qui échangent, pour les places gagnées, des places d'hébergement permanent. Face à des risques de blocage mis en avant par les DT<sup>165</sup>, le projet s'est présenté aux Présidents de Conseils généraux sous deux axes : d'une part la rédaction d'un référentiel sur l'hébergement temporaire et d'autre part une adaptation de l'offre conjointe avec les Conseils généraux devant aboutir à des structures dotées d'une capacité minimale de huit à quinze places. Le projet a ensuite été présenté en Conférence régionale de santé et de l'autonomie médico-sociale et à la Commission de coordination des politiques publiques en février 2012. Ces deux instances ont mandaté un groupe de travail chargé de travailler sur un référentiel. Ce groupe de travail était piloté par l'ARS des Pays de la Loire et était composé des représentants du siège et des DT de l'ARS, des membres des Conseils généraux, des usagers et des fédérations de la région. Il s'est réuni à trois reprises : en avril, en juillet et en septembre de l'année 2013. Ont été abordés dans le référentiel : la définition, la place, les publics cibles, les objectifs, les missions, le projet de service, les partenariats, le système d'information et l'accessibilité géographique de l'hébergement temporaire.

Plusieurs thèmes ont fait débat lors de ces rencontres. Tout d'abord la mention d'une taille minimale, souhaitée à l'origine par la Directrice générale, a été retirée du référentiel. Cette variable a suscité une opposition de la part des membres du groupe qui n'ont pas considéré qu'il existait de lien entre la taille des structures et la lisibilité des places d'hébergement temporaire. Essayant de maintenir son cap, tout en prenant en considération la position des acteurs, la Directrice générale de l'ARS à l'occasion de la présentation du référentiel final à la Commission de coordination des politiques publiques, a affirmé d'une part que « l'ARS ne laissera plus financer des places d'hébergement temporaire nouvelles qui ne correspondent pas à une taille critique suffisante » et d'autre part que « la logique de taille critique peut être globale entre plusieurs structures ». Cela laisse une marge de liberté intéressante pour les établissements qui s'organiseront eux-mêmes, s'adaptant aux besoins du territoire et se regroupant si besoin au fil du temps. Pour inciter à ces regroupements de places (physiques ou organisationnels), l'ARS a décidé d'augmenter le forfait soins pour les structures qui s'inscriraient dans cette

---

<sup>163</sup> Le constat était posé dans la Feuille de route territoriale 2012 de la Vendée que l'hébergement temporaire était « disséminé sur tout le territoire vendéen », et ne faisait « pas l'objet d'évaluations périodiques et partagées », ARS Pays de la Loire, *Feuille de route territoriale de la Vendée, 2012*

<sup>164</sup> Entretien avec le chargé de mission personnes âgées de la DT de la Vendée

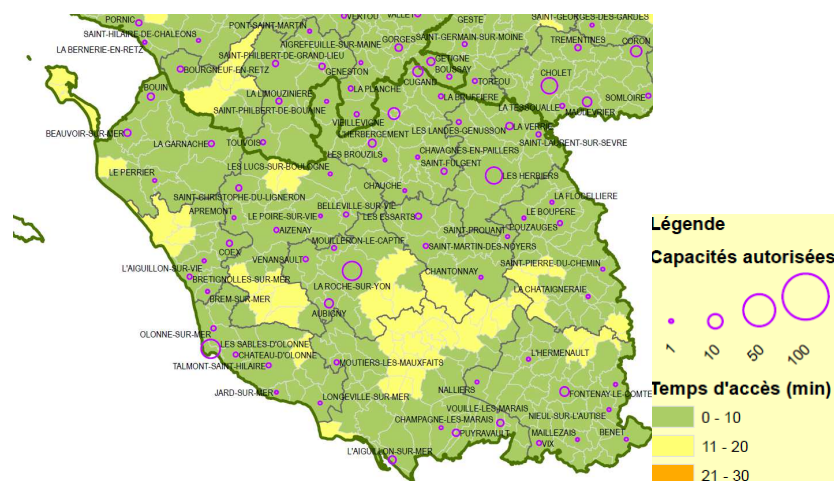
<sup>165</sup> Risques de blocage ressentis, notamment au regard des difficultés rencontrées lors de la réforme de l'AJ



démarche. L'autre point qui a été particulièrement sensible, compte tenu de la récente restructuration de l'AJ qui a heurté des directeurs d'établissements, est la question de la proximité. Au-delà des discussions au sein du groupe de travail, j'ai par exemple été témoin d'un échange sur l'hébergement temporaire au cours d'une réunion de l'Observatoire gérontologique du CLIC de la Roche-sur-Yon où un directeur d'établissement d'EHPAD affirmait que les services d'hébergement temporaire et d'accueil de jour devaient exister dans la commune d'habitation de la personne âgée<sup>166</sup>. Plusieurs personnalités lui ont répondu qu'un accueil spécialisé était préférable à un accueil de proximité et que les choses devaient maintenant se jouer à l'échelle de l'intercommunalité. Toutefois ce débat s'est retrouvé lors des discussions autour du référentiel, d'autant que la proximité est aujourd'hui largement assurée comme en atteste la carte ci-dessous :

### Carte 3 : Accessibilité à une place d'hébergement temporaire en temps en Vendée

Source : ARS des Pays de la Loire



Etant donné que plus des  $\frac{3}{4}$  des personnes sont situées à moins de 10 min d'une structure d'hébergement temporaire, il sera difficile dans le cadre d'une restructuration d'assurer une proximité si grande. Toutefois l'enjeu est de transformer ces places en « véritable activité d'hébergement temporaire »<sup>167</sup> ce qui n'est pas toujours le cas, comme a pu en attester la visite de l'EHPAD de Venansault. Une présentation de mon travail devant ce même observatoire en janvier 2014 confirmera ou non la sensibilité de ces questions.

Pour mettre en œuvre cette « véritable activité d'hébergement temporaire » et sans contraindre directement à un regroupement des places, les membres de l'ARS se sont

<sup>166</sup> Réunion du 6 octobre 2013 de l'Observatoire gérontologique organisé par le CLIC de la Roche-sur-Yon

<sup>167</sup> Entretien avec les chargées de projet hébergement temporaire du siège de l'ARS

appuyés sur les analyses récentes sur l'hébergement temporaire, principalement l'état des lieux et les préconisations sur l'hébergement temporaire rédigé par la CNSA<sup>168</sup> et la circulaire du 29 novembre 2011<sup>169</sup>, pour orienter les discussions sur l'hébergement temporaire et expliquer la position de l'ARS. Le projet de service spécifique tel qu'il a été développé dans le projet de service reprend ainsi les items recommandés dans le « guide » de la CNSA<sup>170</sup> et permet d'intégrer toutes les dimensions de l'hébergement temporaire. Concernant les règles de fonctionnement, l'ARS s'est aussi efforcée de reprendre les éléments clés qui pouvaient être insuffisamment pris en compte par les établissements. Sont ainsi abordés le nécessaire travail en réseau, notamment avec les services à domicile (onglet « modalités de partenariat et de coopération »), les efforts de communication à fournir (onglet « plan de communication »), les échanges d'information à développer en terme de lisibilité des places disponibles (onglet « système d'information partagé »). Toutes ces règles sont importantes car elles permettent de prendre en compte les spécificités et les critiques faites relativement au fonctionnement de l'hébergement temporaire. Ensuite, conformément à l'annonce faite en Commission de coordination des politiques publiques, le référentiel est actuellement diffusé à l'ensemble des établissements. Parallèlement, le siège de l'ARS a chargé les DT d'engager la mise en œuvre d'un scénario de réorganisation pour faire respecter ce référentiel. Celles-ci doivent sur leur territoire définir des objectifs partagés avec les Conseils généraux puis établir ensemble un diagnostic partagé avec les établissements pour pouvoir ensuite valider un scénario d'organisation de l'offre par la DT et le CG, le tout sur une période de treize mois. La restructuration qui semblait impossible au début, est en train de se mettre en œuvre petit à petit, au prix d'un temps de concertation conséquent et de concessions. Il sera aussi important pour l'ARS d'engager un travail de communication avec les Conseils généraux et les CLIC pour promouvoir et assurer une plus grande lisibilité du dispositif.

Je retiens de cette expérience le fait qu'un inspecteur peut avoir un rôle de plaidoyer auprès des Conseils généraux<sup>171</sup>. Il doit toutefois prendre en compte le contexte sur lequel il travaille, et notamment si des réformes ont récemment eu lieu, comme cela est le cas avec l'AJ ici. Dans cette hypothèse, mettre en place une concertation avec les acteurs est l'occasion d'expliquer, de justifier la mise en œuvre d'une action et d'essayer d'obtenir l'adhésion. J'ai compris l'importance de disposer d'un diagnostic dense et précis pour engager une telle réflexion. Ensuite, pour mettre en œuvre la discussion et aboutir à un consensus, la méthode d'un référentiel partagé de bonnes pratiques me paraît très

---

<sup>168</sup> CNSA, *Etat des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire pour les personnes handicapées et les personnes âgées*, octobre 2011

<sup>169</sup> Circulaire N°DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

<sup>170</sup> CNSA, *Etat des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire pour les personnes handicapées et les personnes âgées*, octobre 2011, pp 29-34

<sup>171</sup> Entretien avec les chargées de projet hébergement temporaire de l'ARS des Pays de la Loire

pertinente. Elle permet de s'accorder sur des règles décidées ensemble et qui serviront de « garde-fou » pour l'avenir et notamment dans le cadre de discussions de réorganisation. Ensuite, le fait de laisser les établissements libres de s'organiser comme bon leur semble, permet de les responsabiliser pour mettre en place une offre adaptée aux besoins du territoire.

**PRECONISATION 15** : Retenir la méthode d'élaboration d'un référentiel partagé pour établir une discussion et essayer d'aboutir à un consensus avec les partenaires.

A côté des difficultés de fonctionnement, les acteurs ont aussi fait part de besoins en terme d'offre d'hébergement temporaire sur le territoire, propositions intéressantes à prendre en compte dans le développement actuel de l'offre médico-sociale tel qu'il est mis en œuvre par l'ARS des Pays de la Loire : les plateformes de service médico-sociales.

### **3.3 Un développement de l'offre d'hébergement temporaire à privilégier dans le cadre des plateformes de services médico-sociales et d'une politique globale de maintien à domicile**

La question de l'aménagement de l'offre relative à l'hébergement temporaire, abordée lors des entretiens (3.3.1), s'est retrouvée dans le cadre de discussions plus globales sur la structuration des services pour personnes âgées (3.3.2 et 3.3.3), structuration qui tend vers la politique de maintien à domicile (3.3.4).

#### **3.3.1 Une offre insuffisante et en partie inadaptée en termes d'hébergement temporaire pour les acteurs**

Concernant l'offre d'hébergement temporaire, plusieurs remarques ont été formulées par l'ensemble des acteurs. Tout d'abord, des professionnels ont regretté qu'il n'y ait pas plus de places d'hébergement temporaire. En effet, celles-ci représentant seulement 2% des places en EHPAD, la capacité totale apparaît forcément très faible. Celle-ci semblait d'autant plus faible quand les acteurs faisaient porter à l'hébergement temporaire des missions importantes et nombreuses. Certains professionnels ont regretté le manque de places d'hébergement temporaire mais uniquement dans le but d'une attente de place hébergement temporaire. Cela signifie que la finalité ou l'ambition poursuivie par l'hébergement temporaire est considérée de manière trop restrictive et cela alimente le déguisement de places d'hébergement temporaire en permanent. Il faut bien sûr intégrer que l'hébergement temporaire souffrira sans doute toujours de la pression de la demande sur l'hébergement permanent, en particulier dans les années à venir. Pour éviter cette dérive, l'expérience de ce qui existe dans les Côtes d'Armor est intéressante : refuser

d'accueillir en hébergement permanent une personne prise en charge à titre temporaire<sup>172</sup>.

Cinq professionnels ont ensuite regretté l'absence de places d'hébergement temporaire sécurisées pour accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ayant lu que certaines études déconseillaient le recours à l'hébergement temporaire pour cette maladie, de peur que cela ne déstabilise davantage la personne que cela ne lui apporte quelque chose<sup>173</sup>, j'ai souhaité interroger les acteurs et les autorités sur ce point. Ils ne m'ont pas fait part de refus catégorique. Pour l'infirmière coordinatrice de l'UCC, tout est fonction de la formation des professionnels à cette maladie. La Présidente de l'Association France Alzheimer Vendée a, elle, déclaré que cela constitue un besoin. Il serait donc opportun de reporter ce besoin spécifique dans la prochaine programmation de places dans le PRIAC, en précisant d'emblée le fait que ces places doivent être adaptées au public Alzheimer, amenant ainsi les acteurs à préparer une réponse à l'appel à projets en ce sens<sup>174</sup>.

<p><b>PRECONISATION 16</b> : Intégrer dans le prochain PRIAC la création de places d'hébergement temporaire sécurisées pour l'accueil de malades Alzheimer.</p>
---

### **3.3.2 L'approche multidimensionnelle nécessaire au répit**

Plusieurs professionnels ont ensuite fait part de besoins non assouvis en terme de déclinaison de l'hébergement temporaire. L'infirmière coordinatrice de l'UCC a ainsi mis en évidence que des besoins en terme d'accueil de nuit sont très importants et ne sont actuellement pas pris en considération. Le Directeur du CLIC a aussi regretté un manque d'accueil de nuit et de weekend. La diversité de formes que peut prendre l'accueil temporaire est importante et a été soulignée lors de l'entretien avec l'infirmière coordinatrice de l'AJ car ce service est justement accolé à la SADAPA et cela permet selon elle d'avoir « une vision plus globale de la prise en charge de la personne »<sup>175</sup>. A côté d'autres formes d'accueil temporaire existent. C'est le cas du « baluchonnage »<sup>176</sup>,

---

<sup>172</sup> Entretien avec le Directeur de la Mutualité française des Côtes d'Armor

<sup>173</sup> « Ces assertions tendraient à conclure à une inadaptation de l'hébergement temporaire aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, tandis que les AJ et les formules de répit à domicile seraient plus adaptés. » CNSA, *Etat des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire pour les personnes handicapées et les personnes âgées*, octobre 2011, p 27

<sup>174</sup> Le délai de réponse d'un appel à projets étant court (60 à 90 jours) par rapport au projet à prévoir, il est important de porter à la connaissance des acteurs susceptibles d'y répondre un maximum d'information en amont

<sup>175</sup> Une expérimentation parisienne consistant accueillir temporairement des personnes malades, qui continuaient à être prises en charge en accueil de jour, en hébergement temporaire met en évidence un intérêt réel pour les aidants, mais plus limité pour les personnes âgées, PIOUS Olga, *Hébergement temporaire : une expérimentation parisienne*, Documents Cleirppa, cahier n°43, août 2011

<sup>176</sup> Le « baluchonnage » consiste en des visites de répit à domicile. Son développement est notamment préconisé dans le rapport GOHET, GOHET Patrick, *L'avancée en âge des personnes*

dispositif d'origine canadienne, appliqué de manière très limitée dans certains départements<sup>177</sup>. L'accueil familial est aussi une modalité possible et est actuellement à l'étude par le gouvernement<sup>178</sup>. La possibilité de coupler, dans une même structure, différentes formes d'accueil de transition se retrouve dans la littérature qui encourage à cela. Pour les chercheurs c'est la seule façon pour que le service offert soit le plus en adéquation avec les besoins de l'aidant<sup>179</sup>. Les plateformes de services médico-sociales, récemment mises en place par l'ARS des Pays de la Loire peuvent être un moyen de répondre à cette exigence.

### **3.3.3 Des plateformes de services médicosociales pertinentes pour mieux intégrer l'hébergement temporaire dans la filière gériatrique**

L'ARS des Pays de la Loire est consciente de l'intérêt de la dimension multidimensionnelle du répit, et plus largement de la nécessaire prise en charge pluri professionnelle des personnes âgées. C'est la raison pour laquelle elle est en train de labelliser sur toute la région des plateformes de service médico-sociales pour personnes âgées. Si le concept n'a pas toujours été facile à comprendre pour les acteurs<sup>180</sup>, la finalité se comprend aisément : identifier des « structures qui mettent en œuvre une palette de prestations d'accompagnement coordonnées » et qui peuvent « apporter une réponse articulée avec les autres acteurs du territoire permettant la vie à domicile »<sup>181</sup>. Ces plateformes devaient nécessairement comprendre un nombre minimal de places d'hébergement temporaire (10), d'AJ (6) et de SSIAD ou SPASAD (30). La demande de label pouvait être portée par une structure autorisée pour ces trois activités ou bien qui ne disposait que d'un ou deux de ces dispositif(s) mais qui s'était associée à un autre établissement. La candidature devait faire part des conventions passées avec les autres acteurs (MAIA, hôpital, réseau de santé, etc.). La plateforme peut donc s'ouvrir à d'autres services comme l'accueil de nuit par exemple. La coordination renforcée entre eux, notamment grâce à un système d'information commun, permettra d'offrir aux usagers et aux aidants, une palette de services intéressante. Cette disposition permet aussi d'inscrire

---

*handicapées – Contribution à la réflexion*, octobre 2013, p 15. Il en a également été question lors de l'entretien avec le Président du GRATH

<sup>177</sup> DELHON L, TSA, *Un service de baluchonnage pour soulager les aidants*, n°40, mars 2013

<sup>178</sup> « L'accueil familial, modèle encore peu exploité, est également dans la ligne de mire du gouvernement », RABEUX Cécile, *Les associations ont soumis leurs préconisations au gouvernement dans le cadre des concertations*, Hospimédia, 10 janvier 2014

<sup>179</sup> « Les résultats les plus positifs sont ceux d'une intervention multidimensionnelles dont le répit fait partie, ceci nous amenant à réfléchir aux différentes composantes de la définition même de répit dans le futur », Fondation Médéric Alzheimer, Toulouse : Gérontopole, 2010. 20 p. VILLARS, H., GARDETTE, V., SOURDET, S., et al, *Evaluation des structures de répit pour le patient atteint de la maladie d'Alzheimer (et syndrome apparentés) et son aidant principal. Revue de la littérature*. Paris, 2010

<sup>180</sup> Lors de la réunion du 13 septembre 2013 à l'ARS, certains acteurs ont fait part d'un désarroi concernant la finalité et la mise en œuvre concrète de ce dispositif

<sup>181</sup> ARS Pays de la Loire, *Appel à projets plate-forme de services pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie*, pp. 2-3

de manière plus prononcée l'hébergement temporaire dans la filière gérontologique. Pour renforcer ce volet, la recommandation n°16 du Rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012 invite à « insérer les hébergements temporaires dans les filières gérontologiques, dans le cadre de schémas régionaux d'organisation sanitaire et médico-sociale des ARS et des schémas gérontologiques départementaux »<sup>182</sup>. Ces plateformes constituent maintenant un des axes forts du développement de l'offre comme en atteste le lancement d'un appel à projets de mise en place de deux plateformes de service médico-sociales dont l'un porte création de quinze places d'hébergement temporaire<sup>183</sup> et l'autre de quinze places de SSIAD. La création de places se fait désormais en partie au travers de ces plateformes, ce qui est opportun car cela permet d'assurer une dimension pluri professionnelle de la prise en charge plus grande et une lisibilité plus importante.

**PRECONISATION 17 : Poursuivre le développement de l'offre médico-sociale pour personnes âgées au travers des plateformes médico-sociales pour personnes âgées.**

En prenant connaissance de différents appels à projets d'autres régions, j'ai vu que la création de places d'hébergement temporaire était aussi parfois envisagé de manière regroupée et couplée avec d'autres services. C'est le cas de la région Aquitaine qui a lancé un appel à projets pour la création d'une maison d'accueil temporaire pour personnes âgées<sup>184</sup>. L'ARS du Centre a également lancé dernièrement un appel à projets de création d'une structure d'accueil temporaire pour personnes âgées dépendantes, dont la particularité est d'intégrer un lieu de séjour de vacances pour les aidants.

Lors de mon stage il a été intéressant de constater que l'hébergement temporaire est mis en avant et est travaillé de différentes façons au sein de l'ARS : avec le référentiel de bonnes pratiques, avec les plateformes de services médico-sociales, avec les PAERPA et avec Trajectoire. Cette dynamique m'a semblé pertinente car tous ces aspects se rejoignent, mais ne peuvent être abordés d'une seule manière. Elle exige en contrepartie des échanges importants entre les membres de l'ARS pour que chacun puisse s'appuyer sur les travaux des autres, nourrissant ainsi une réflexion dense. Parallèlement à la démarche relative à l'hébergement temporaire, j'ai aussi pris conscience que l'ARS axait sur un renforcement global de la politique de maintien à domicile : développement des SPASAD, déploiement des services d'HAD, mises en place des plateformes d'accompagnement et de répit, des ESA et des EAAR, etc. Tous ces services sont importants car ils complètent les services proposés aux personnes âgées, et, concernant l'hébergement temporaire, vont ainsi limiter la dénaturation de ce dispositif.

<sup>182</sup> ANKRI Joël et VAN BROECKHOVE Christine, *Rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012*, juin 2013, p 40

<sup>183</sup> ARS des Pays de la Loire, *Appel à projets relatif à la mise en place de plateformes de services avec création de quinze places d'hébergement temporaire*, décembre 2013

<sup>184</sup> ARS Aquitaine, *Appel à projets pour la création d'une maison d'accueil temporaire pour personnes âgées de 17 lits d'hébergement temporaire et 10 places d'accueil de jour*, octobre 2013

## Conclusion

En tant qu'élève inspecteur, cette étude a été riche en découvertes et en réflexions. De manière très pratique, elle a tout d'abord été l'opportunité de questionner les outils mobilisables, les techniques de travail, les contraintes à intégrer, les positionnements d'un IASS. Les pistes de réflexion évoquées, et approfondies sous forme de préconisations, m'ont permis de réfléchir sur des domaines variés : planification, allocation de ressources, évaluation, communication et animation territoriale.

De manière plus générale, le sujet a aussi été l'occasion de mieux cerner l'enjeu entourant la prise en charge des personnes âgées et d'essayer de dessiner les grandes lignes de celle qu'elle pourrait être demain. La réflexion en ce domaine a été riche pendant mon stage. Un questionnement a notamment retenu mon attention : jusqu'où le maintien à domicile doit-il aller ? Jusqu'où peut-il aller ? Une limite à cette orientation doit-elle être posée ? Existe-t-il des situations où ce maintien à domicile, choisi par l'usager, apparaît aller à l'encontre d'une prise en charge respectueuse de la personne ?

Ce débat n'est pas neutre, et c'est la raison pour laquelle, à mon avis, la définition même du domicile est aujourd'hui en cause avec la notion de « logements intermédiaires » qui s'installe dans le débat public<sup>185</sup>, et dont les pouvoirs publics sont en train de se saisir<sup>186</sup>. Si le rapport PINVILLE préfère parler de « logements indépendants », la logique reste la même : « l'important n'est pas tant de pouvoir rester dans le même logement à tous les âges de la vie (...) mais plutôt de trouver des solutions d'habitat garantissant à la personne autonomie et intimité, en même temps que des services adaptés à l'avancée en âge »<sup>187</sup>. Ainsi, au lieu de parler du maintien à domicile, le défi pourra être davantage de « garantir l'autonomie et l'intimité de la personne ». Toute une transformation à intégrer dans le devenir de l'offre médico-sociale.

---

<sup>185</sup> « 2<sup>ème</sup> défi : développement de formules d'hébergement intermédiaire situé entre le domicile et l'EHPAD » BROUSSY Luc, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française à son développement, *L'adaptation de la société française au vieillissement de sa population : France : année zéro*, janvier 2013, p 22

<sup>186</sup> « Le Premier ministre souhaite privilégier le développement de l'offre de logements intermédiaires entre le domicile et l'hébergement », Anonyme, *Vieillesse et dépendance : la concertation sur la future loi est lancée*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2536, 6 décembre 2013

<sup>187</sup> PINVILLE Martine, *Relever le défi politique de l'avancée en âge : perspectives internationales*, 2013, p 60

---

## Sources et bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires :

Code de l'action sociale et des familles

Code la santé publique

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF n°2 du 3 janvier 2002

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009

Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L.312-1 et à l'article L 314-8 du CASF, JORF n°66 du 18 mars 2004, p 5252

Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SAD, des SSIAD et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, JORF n°148 du 27 juin 2004, p 11713

Décret 2005-118 du 10 février 2005 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux dans les établissements mentionnés au II de l'article L. 313-12 du CASF

Décret n°2004-231 du 7 avril 2006 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des ESMS pour personnes handicapées et des lieux de vie et d'accueil

Décret n°2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour, JORF n°0227 du 30 septembre 2011 p 16463

Décret n°2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement, JORF n°0209 du 8 septembre 2012, p 14472



Décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement, JORF n°0209 du 8 septembre 2012, p 14473

Arrêté 24 juin 2010 portant application du I de l'article R314-50 du CASF pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes autorisés à exercer une activité d'accueil temporaire, JORF n°0153 du 4 juillet 2010, p 12169

Arrêté du 28 février 2011 portant application du I de l'article R.314-50 du CASF pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes autorisées à exercer une activité d'hébergement temporaire, JORF n°0058 du 10 mars 2011, p 4413

Arrêté du 9 avril 2013 portant application du I de l'article R314-50 du CASF pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes autorisés à exercer une activité d'hébergement temporaire pour lesdits établissements exerçant une activité de pôle d'activités et de soins adaptés ou d'unité d'hébergement renforcée

Circulaire n°82-13 du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et les personnes âgées

Circulaire N°DGCS/SD3A/2011/444 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées dont l'annexe 4 : recommandations pour l'ouverture de places d'hébergement temporaire accueillant des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées

Circulaire N°DGAS/SD3C/2005/224 du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes âgées

Circulaire N°DGCS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C n° 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007, dont l'annexe 4 est sur les structures d'accompagnement et de répit.

Circulaire N°DGAS/SD2C/2006/217 du 17 mai 2006 relative aux modalités de médicalisation et de tarification des soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'une capacité inférieure à 25 places autorisées

Circulaire N°DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

Circulaire N°DGCS/SD3A/2011/144 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

Circulaire N°DGCS/SD3A/2011/26 du 30 juin 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer 2008-2012

Circulaire N°SG/2013/19 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013

Circulaire N°SG/DGOS/2013/361 du 8 octobre 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013

Note d'information n°DGCS/SD3A/2013/343 du 13 septembre 2013 relative à l'enquête annuelle 2013 conduite auprès des structures d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, des pôles d'activités et de soins adaptés et des unités d'hébergement renforcées

### **Rapports, enquêtes et avis :**

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, *Construire un parcours de santé pour personnes âgées*, décembre 2013, 44 p.

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, *Le secteur médico-social, comprendre pour agir mieux*, juillet 2013, 128 p.

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, *L'accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice de l'aidé, de l'aidant et du lien aidant-aidé, dans les structures de répit et d'accompagnement, cadre théorique et pratiques professionnelles constatées*, mars 2011, 36 p.

ANKRI Joël et VAN BROECKHOVE Christine, *Rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012*, juin 2013, 101 p.

AQUINO Jean-Pierre, *Comité avancée en âge et qualité de vie, Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, février 2013, 132 p.

BROUSSY Luc, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française à son développement, *L'adaptation de la société française au vieillissement de sa population : France : année zéro*, janvier 2013, 202 p.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Activité des accueils de jour et hébergements temporaires en 2009 – résultats de l'enquête Alzheimer dite « Enquête Mauve »*, juin-septembre 2010, 18 p.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Bilan de l'activité d'accueil de jour et d'hébergement temporaire en direction des personnes âgées dépendantes en 2010*, octobre 2011, 19 p.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, *Etat des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire*, octobre 2011, 102 p.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, *Rapport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie 2011, 2<sup>ème</sup> partie prospective : Accompagner les proches aidants, ces acteurs invisibles*, pp 19-40, 17 avril 2012, 101 p.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et Ministère des affaires sociales et de la santé, *Rapports d'activités 2011 Accueil de jour et Hébergement temporaire*, octobre 2012, 26 p.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et Ministère des affaires sociales et de la santé, *Analyse statistiques des données issues des rapports d'activités des établissements et services médico sociaux de l'année 2012*, septembre 2013, 88 p.

Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée de Bretagne, *Enquête nationale sur les pratiques d'hébergement temporaire dans le secteur gérontologique*, 11 octobre 2007, 98 p.

Conseil économique social et environnemental, Avis, *La dépendance des personnes âgées*, juin 2011, 82 p.

Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement, *Bilan du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012*, juin 2013, p 83 et suivantes, 109 p.

Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, novembre 2005, 429 p.

Cour des comptes, *Sécurité sociale 2012, chapitre XII Les activités de soins de suite et de réadaptation*, septembre 2012, 30 p.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Enquête Handicap santé aidants*, 2009, 46 p.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000*, n°47, octobre 2013, 18 p.

FRAGONARD Bertrand, *Rapport du groupe n°4 Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, juin 2011, 309 p.

Fondation Médéric Alzheimer, *Analyse et revue de la littérature française et internationale sur l'offre de répit aux aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, Etude réalisée pour la DGAS dans le cadre de la mesure 1b du plan Alzheimer, version 1*, 6 novembre 2008, 129 p.

Geronto-clef, *Accueil de jour et hébergement temporaire pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : attentes, freins et facteurs de réussite*, mars 2010, 77 p.

Géronto-Clef, *Analyse des effets de l'hébergement temporaire sur le devenir des personnes âgées en perte d'autonomie en lien avec la charge de leurs aidants informels*, février 2010, 71 p.

GOHET Patrick, *L'avancée en âge des personnes handicapées – Contribution à la réflexion*, octobre 2013, 80 p.

Groupe de réflexion et de réseau pour l'accueil temporaire des personnes en situation de handicap, *Enquête nationale sur les besoins et attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs proches aidants en matière de relais*, novembre 2009, 60 p.

Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, *Habitat et vieillissement : vivre chez soi, mais vivre parmi les autres!*, octobre 2012, 82 p.

Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, *Vieillesse, longévité et Assurance maladie*, 22 avril 2010, 126 p.

Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, *Assurance maladie et perte d'autonomie : contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011*, 2011, 186 p.

Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, *Assurance maladie et perte d'autonomie : les options du HCAAM, avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012*, 2012, 36 p.

Inspection générale des affaires sociales, *Impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, mai 2011, 121 p.

Inspection générale des affaires sociales, M GOHET, *L'avancée en âge des personnes handicapées – Contribution à la réflexion*, octobre 2013, 80 p.

Institut national de la statistique et des études économiques, *Enquête Handicap santé ménages*, octobre 2011, 61 p.

Ministère des affaires sociales et de la santé, *Stratégie nationale de santé feuille de route, version longue*, 23 septembre 2013, 32 p.

MOUNIER Céline et WAQUET Cécile, Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, *Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes*, janvier 2013, 85 p.

PINVILLE Martine, *Relever le défi politique de l'avancée en âge : perspectives internationales*, 2013, 81 p.

Sénat, Note synthétique *Cinquième risque : le rapport d'étape de la mission d'information du Sénat*, 2008, 4 p.

SERRES Jean-François, *Rapport MONALISA, Préconisations pour une Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés*, 12 juillet 2013, 144 p.

TNS Sofres et la Fédération hospitalière de France, *Les Français et le grand âge*, mai 2013, 15 p.

VASSELLE Alain, *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, n°447 8 juillet 2008, 225 p.

### **Sites internet :**

Site Hospimedia : <http://www.hospimedia.fr/>

Site APM international : <http://www.apmnews.com/accueil.php>

Site de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire :  
<http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/>

Site du Groupe de réflexion et de réseau pour l'accueil temporaire des personnes en situation de handicap : <http://www.accueil-temporaire.com/le-grath-2-187.html>

Site plan Alzheimer : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques :  
<http://www.insee.fr/fr/>

Portail du gouvernement : <http://www.gouvernement.fr/>

Site de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : <http://www.cnsa.fr/>

Site du Sénat : <http://www.senat.fr/>

Site de l'association Baluchon Alzheimer : <http://www.baluchonalzheimer.com/>

Site d'Actualités sociales hebdomadaires : <http://www.ash.tm.fr/>

Site de Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Site des Saisonales : <http://lessaisonnales.fr/>

Site de France info : <http://www.franceinfo.fr/>

### **Recommandations de bonnes pratiques :**

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement et de service*, décembre 2009, 80 p.

Haute autorité de santé, *Maladie Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels*, février 2010, 6 p.

Haute autorité de santé, *Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?*, 2013, 4 p.

### **Articles et dépêches :**

Anonyme, *Parcours : pour une prise en charge adaptée des patients et usagers*, Acteurs magazine, avril-mai 2013 p. 4-6, 3 p.

Anonyme, *Jean-Marc Ayrault annonce une loi sur la dépendance pour fin 2014*, Acteurs publics, 15 octobre 2013, 1 p.

Anonyme, *Les recommandations de la CNSA pour développer l'hébergement temporaire, hebdomadaires*, n°2731, 11 novembre 2011, 1 p.

Anonyme, *Gros plan sur les activités des accueils de jour et des hébergements temporaires*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2731, 11 novembre 2011, 1 p.

Anonyme, *Le GRATH ouvre un centre de ressources pour développer l'accueil temporaire*, Actualités sociales hebdomadaires, 17 mai 2013, 1 p.

Anonyme, *La CNSA fait le point sur les créations de places pour les personnes âgées et les personnes handicapées*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2819, 19 juillet 2013, 1 p.

Anonyme, *France Alzheimer formule ses propositions en faveur d'un futur plan*, Actualités sociales hebdomadaires, n°28825, 20 août 2013, 1 p.

Anonyme, *Prise en charge de la dépendance : Jean-Marc Ayrault lève le voile sur la future loi*, Actualités sociales hebdomadaires, 18 octobre 2013 n°2829, p.5-6, 2 p.

Anonyme, *Des crédits supplémentaires sont alloués au fonds d'intervention régional des ARS*, Actualités sociales hebdomadaires, 1<sup>er</sup> novembre 2013 n°2831, p.38, 1 p.

Anonyme, *Les résidents des maisons de retraite globalement satisfaits*, Actualités sociales hebdomadaires, 15 novembre 2013 n°2833, p.16, 1 p.

Anonyme, *La CNSA adopte un budget en hausse de 2,8%*, Actualités sociales hebdomadaires, 22 novembre 2013 n°2834, p.5, 1 p.

Anonyme, *Pour la Cour des comptes, l'action de la CNSA est « perfectible »*, Actualités sociales hebdomadaires, 22 novembre 2013 n°2834, p.7, 1 p.

Anonyme, *Les SPASAD, un outil d'avenir pour la prévention de la perte d'autonomie ?*, Actualités sociales hebdomadaires, 29 novembre 2013 n°2835, p.14-15, 2 p.

Anonyme, *Personnes handicapées vieillissantes : le rapport GOHET plaide pour une stratégie globale*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2836, 6 décembre 2013, p. 5-6, 2 p.

Anonyme, *Vieillesse et dépendance : la concertation sur la future loi est lancée*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2536, 6 décembre 2013, p. 9-10, 2 p.

Anonyme, *Malades Alzheimer : le bilan des activités des structures d'accueil en 2012*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2837, 13 décembre 2013, p. 10-11, 2 p.

Anonyme, *Reconnaître les aidants à leur juste place*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2837, 13 décembre 2013, p. 28-3, 4 p.

Anonyme, *Adaptation de l'habitat au vieillissement : la CNAV et l'ANAH s'unissent pour faire des propositions*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2838 du 20 décembre 2013, p. 11-12, 2 p.

Anonyme, *Vieillesse et dépendance : Michèle DELAUNAY précise le contenu de la future loi*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2838 du 20 décembre 2013, p. 9-10, 2 p.

Anonyme, *Les consignes du ministère de la Santé pour développer l'hospitalisation à domicile*, Actualités sociales hebdomadaires, n°2839, 27 décembre 2013, p. 36, 1 p.

Anonyme, *Plan Alzheimer : une refonte de la tarification de l'hébergement temporaire*, APM International, 22 septembre 2011, 1 p.

Anonyme, *Plan Alzheimer : 41% des crédits prévus ont été dépensés*, APM International, 27 mars 2013, 1 p.

Anonyme, *Prise en charge des personnes âgées : mobiliser la communauté hospitalière par une gouvernance adaptée*, APM International, 21 juin 2013, 1 p.

Anonyme, *Pro BTP crée le premier établissement de France destinés au couple aidants-aidés*, Hospimédia, 12 septembre 2013, 1 p.

Anonyme, *La préparation de l'entrée en EHPAD est un facteur clé de bien-être pour le résident*, Hospimédia, 22 octobre 2013, 1 p.

Anonyme, *Dossier l'hébergement temporaire*, Réadaptation, septembre/octobre 2009 n°563, 10 p.

BLANPAIN Nathalie et CHARDON Olivier, Insee Première, *Projections de population à l'horizon 2060 – Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans*, n° 1320, octobre 2010, division Enquêtes et études démographiques, 4 p.

BOUDARD JM, Ouest France, *Vivre chez soi avec la maladie d'Alzheimer*, 20 septembre 2013 1 p.

CLARVEUL L., Le Monde, *Les Français veulent savoir s'ils risquent de développer la maladie d'Alzheimer*, 17 septembre 2013, 1 p.



Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Les effets de l'APA sur l'aide dispensée aux personnes âgées*, Etudes et résultats n°459, janvier 2006, 12 p.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques *Les plans d'aide associés à l'APA, le point de vue des bénéficiaires et de leurs aidants*, Etudes et résultats n°461, janvier 2006, 12 p.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008*, Etudes et résultats n°739, septembre 2010, 8 p.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Aider un proche aidant à domicile : la charge ressentie*, mars 2012, n°799, 8 p.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées*, dossiers solidarités et santé, n°29, 2012, 21 p.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement*, n°823 décembre 2012, 6 p.

DUFOUR Flavie, *L'hébergement temporaire en sept points*, Directions, mai 2012, n°96, 2 p.

Fondation Médéric Alzheimer, Toulouse : Gérontopole, 2010. 20 p. VILLARS, H., GARDETTE, V., SOURDET, S., et al, *Evaluation des structures de répit pour le patient atteint de la maladie d'Alzheimer (et syndrome apparentés) et son aidant principal. Revue de la littérature*. Paris, 2010, 10 p.

Groupe PROBTP, GRATH, FHF, FEHAP, UNIOPSS, *Note de réflexion et de propositions relative aux difficultés de l'hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées*, 2008, 4 p.

Institut de recherche et documentation en économie de la santé, *Fragilité et prévention de la perte d'autonomie, une approche en économie de la santé*, Questions d'économie de la santé, n°184, février 2013, 6 p

Institut national de la statistique et des études économiques des Pays de la Loire, *Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030*, n°101 février 2012, 6 p.

Institut national de la statistique et des études économiques des Pays de la Loire, *3 800 ménages à loger chaque année en Vendée d'ici 2030*, n°113, janvier 2013, 6 p.

Institut national de la statistique et des études économiques, *Projection de population à l'horizon 2060*, site internet : [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1320](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320)

Institut national de la statistique et des études économiques - Analyses, *L'allocation personnalisée d'autonomie à l'horizon 2040*, D ROY et C MARBOT, N°11, septembre 2013, 4 p.

LECAS Franck, *L'hébergement temporaire pour personnes âgées*, Site internet Perspectives sanitaires et sociales, 2012

LERENARD Agnès, Institut national de la statistique et des études économiques, *Population légale en 2010 en Vendée : l'attractivité se poursuit*, site internet de l'INSEE : [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=3&ref\\_id=19417](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=3&ref_id=19417)

Lettre d'information de l'Association française pour la Bientraitance des Aînés et/ou Handicapés, n°16, février 2010 7 p.

PAN KE SHON Jean-Louis, INSEE, *Isolement relationnel et mal être*, division Etudes territoriales, N°931, novembre 2003, 4 p.

PIOU Olga, *Hébergement temporaire : une expérimentation parisienne*, Documents Cleirppa, cahier n°43, août 2011, 5 p.

RABEUX Cécile, *Les associations ont soumis leurs préconisations au gouvernement dans le cadre des concertations*, Hospimédia, 10 janvier 2014, 1 p.

SOULLIER Noémie, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*, N°771, août 2011, 8 p.

VALLIN Jacques, MESLE France, *Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ?*, Bulletin mensuel d'information de l'INSEE, Population & sociétés, n°473, décembre 2010, 4 p.

VILLEZ Alain, UNIOPSS *Adapter les établissements pour personnes âgées – besoins, réglementation, tarification*, 2005, 7 p.

TSA, *Un service de baluchonnage pour soulager les aidants*, n°40, mars 2013, 3 p.

## **Plans :**

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, *Plan Alzheimer 2001-2005*, 50 p.

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, *Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007*, janvier 2005, 40 p.

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, *Plan Alzheimer 2008-2012*

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, *Plan Vieillesse et solidarités 2004-2007*

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, *Plan Solidarité grand âge 2007-2012*

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, *Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012*, 44 p.

## **Documents ARS Pays de la Loire :**

ARS Pays de la Loire, *Projet régional de santé de l'ARS Pays de la Loire*, 2010

ARS Pays de la Loire, *Programme régional d'accompagnement des handicaps et de la perte de dépendance des Pays de la Loire*, 18 décembre 2012, 35 p.

ARS Pays de la Loire, *Feuille de route territoriale de la Vendée 2012*, 2011, 28 p.

ARS Pays de la Loire, *Appel à projets plate-forme de services pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie*, 7 p.

ARS Pays de la Loire, *Appel à candidatures équipe d'appui en « adaptation – réadaptation »*, 11 p.

ARS Pays de la Loire, *Recensement des pratiques de tarification de l'hébergement temporaire en Pays de la Loire*, ARS Pays de la Loire, présenté lors de la réunion de septembre 2013, 4 p.

ARS Pays de la Loire, *Programme territorial de santé de la Vendée*, 2010, 46 p.

ARS des Pays de la Loire, *Appel à projets relatif à la mise en place de plateformes de services avec création de quinze places d'hébergement temporaire*, 2014, 12 p.

### **Documents d'autres ARS :**

ARS Aquitaine, *Appel à projets pour la création d'une maison d'accueil temporaire pour personnes âgées de 17 lits d'hébergement temporaire et 10 places d'accueil de jour*, octobre 2013, 17 p.

### **Appel à candidatures :**

Ministère du Travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, *Appel à candidatures 2009 pour l'expérimentation d'un dispositif de plateformes de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux de personnes atteintes de maladies d'Alzheimer et apparentées*, 22 janvier 2009, 6 p.

### **Documents des établissements :**

EHPAD « Le Val Fleuri » de Venansault, *Rapport médical d'activité de l'année 2012 de l'EHPAD « Le Val Fleuri » de Venansault*, 2013, 20 p.

EHPAD « Le Val fleuri » de Venansault, *Document de présentation du projet de vie au sein de l'EHPAD « Le Val fleuri » de Venansault*, 14 octobre 2007, 13 p.

Association SADAPA, *Rapport d'activité 2012 de l'association SADAPA*, 2013, 39 p.

GE Healthcare, *Evaluation des deux centres d'hébergement temporaire développés selon le concept des « Saisonales » et enquête de satisfaction auprès des résidents actuels, des proches des anciens résidents et des prescripteurs*, octobre 2012, 24 p.

Génération mutualistes, *Présentation de Tempomut : une réponse départementale d'hébergement temporaire*, 22 mai 2013, 32 p.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Carte de la Vendée

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 3 : Grille d'observation des établissements pratiquant l'hébergement temporaire

Annexe 4 : Questionnaire pour les acteurs

Annexe 5 : Questionnaire pour les autorités

Annexe 1 : Carte de la Vendée



Légende :

○ : Chef-lieu dans lequel se trouve un des établissements pratiquant de l'hébergement temporaire visités

Source : <http://www.amivac.com/hebergement-locations-vacances-85-VENDEE>

## Liste des personnes rencontrées au cours du mémoire

Entretiens menés lors de la phase d'observation des établissements d'hébergement temporaire :

- Directrice de l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Venansault
- Directeur du SADAPA de la Roche-sur-Yon
- Directeur des Saisonnières
- Gérante des Saisonnières de St Fulgent

Entretien avec les acteurs de la prise en charge des personnes âgées :

- Assistante sociale de l'établissement de soins de suite et de réadaptation
- Infirmière coordinatrice de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Cadre de santé de l'unité cognitivo-comportementale
- Infirmière coordinatrice du service l'accueil de jour
- Directeur du centre local d'information et de coordination
- Infirmière coordinatrice de l'équipe spécialisée Alzheimer
- Gestionnaire de cas de la maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
- Infirmière coordinatrice du service de soins infirmiers à domicile
- Directrice adjointe de l'association de services à domicile
- Médecin généraliste et coordonnateur de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Chef de service de gériatrie d'un centre hospitalier
- Chef de service de gériatrie et du service de soins de suite et de réadaptation d'un centre hospitalier
- Infirmière coordinatrice de l'établissement d'hospitalisation à domicile

Entretiens avec les autorités :

- Membres de la direction de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées du Conseil général de la Vendée
- Chargées de mission personnes âgées de l'ARS des Pays de la Loire
- Chargé de mission personnes âgées de la Délégation territoriale de l'ARS de la Vendée

Entretiens avec des personnes ressources :

- Présidente de l'association France Alzheimer Vendée
- Président de l'association France Alzheimer Mayenne
- Cadre supérieure du pôle de médecine gériatrique du CHD de la Roche-sur-Yon
- Médecin du département d'information médicale du CHD de la Roche-sur-Yon
- Présidente de l'Association du SADAPA
- Chargée de mission maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer de l'ARS Pays de la Loire
- Chargé de mission expérimentation parcours pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie de l'ARS Pays de la Loire PAERPA
- Directeur de la Mutualité française des Côtes d'Armor
- Chargée de mission hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées de la Direction générale de la cohésion sociale
- Président du Groupe de réflexion et réseau pour l'accueil temporaire des personnes en situation de handicap



## Grille d'observation établissements d'HT

### Description de l'établissement

#### Informations générales :

- Date de création :
- Services proposés (par nombre de places) :

#### Personnes accueillies :

- Catégories de personnes accueillies : âge, dépendance, maladies, etc. :
- Secteur géographique
- Buts poursuivis dans le cadre de l'HT (pourcentage si possible)
- Motifs de sortie

#### Commentaires

#### Personnels

- Nombre de personnels :
  - o Infirmiers :
  - o Aides-soignants :
  - o Médecins :
  - o Direction/ personnel administratif :
  - o Autres :

#### Partenariats :

- Partenaires :
  - o MAIA :
  - o Conseil général
  - o Services sociaux
  - o Hôpital
  - o Autres formes d'accueil temporaire
  - o EHPAD
  - o Services d'aide à domicile
  - o Aides ménagères
  - o Associations d'usagers et de familles
  - o CCAS
  - o CLIC
  - o Autres
- Formalisation de ces partenariats ?

#### Commentaires :

#### Activités de l'établissement dans le cadre de l'HT :

- Existence d'un projet de service pour l'HT ?
- Existence de projet de vie pour les PA accueillies en HT ?
- Activités mises en place dans l'établissement pour l'HT

- Activités plus spécifique pour les malades Alzheimer existent elles?
- Possibilité d'accueil en urgence ?
- Possibilité accueil de nuit ?
- Autres

#### Financement :

- Type de financement pour l'HT (par rapport à l'hébergement permanent)?
- Aide apportée par le CG ou autre pour pallier aux règles tarifaires défavorables ?
- Coût de la place en HT ? coût de la place en HP pour pouvoir comparer

#### Déploiement HT :

- Actions de communication vous semblent-elles suffisantes?
- Actions de communication sont-elles mises en place ?
  - o Auprès des professionnels
  - o Auprès des usagers

### **Description des conditions d'installation**

Structures des locaux

Nombres de chambres

Aspect des chambres

Nombres de pièces de vie

Autres services de l'établissement :

Commentaires

### **Fonctionnement de l'établissement**

- Procédure admission d'une personne âgée ? formalisée ? critères d'admission précis/adaptables ?
- Lien avec l'aval hospitalier ?
- Activités mises en place lors du séjour en HT
- Mise en relation avec les acteurs pour la préparation de la prise en charge future ou le retour à domicile
- Suivi après l'HT

### **Pistes amélioration HT**

- Financement / règles tarifaires
- Accessibilité de l'offre
- Communication
- Souplesse de fonctionnement
- Partenariat avec les autres acteurs/ réseau à développer

## Entretien avec les acteurs

Acteurs concernés :

- SSIAD
- EHPAD
- Service de médecine de l'hôpital
- SSR
- UCC
- Services à domicile
- Médecin généraliste
- CLIC
- CCAS
- Service d'HAD
- ESA
- MAIA
- AJ

### I- Définition hébergement temporaire

- Pouvez-vous me définir ce qu'est l'hébergement temporaire pour personnes âgées en me précisant son rôle, ses missions et les modalités de prise en charge des personnes âgées ?
- L'hébergement est-il un instrument de prévention de la perte d'autonomie et/ou un dispositif de prise en charge de la dépendance ?
- L'hébergement temporaire est-il un dispositif pour les personnes âgées et/ou leurs aidants ?
- Hébergement temporaire constitue-t-il avant tout un hébergement ou un service ?
  
- En résumé, quelle place pour l'hébergement temporaire dans la palette des dispositifs de prise en charge ?

### II- Travail de votre structure avec les dispositifs d'hébergement temporaire

- Pouvez-vous me préciser les missions de l'hébergement temporaire par rapport à celles de votre structure ?

- Pouvez-vous me citer des offres d'hébergement temporaire avec lesquelles vous travaillez ?
- Quand et comment avez-vous à faire à l'hébergement temporaire ?
- Dans quels cas orientez-vous des personnes âgées vers des structures d'hébergement temporaire ?
  
- Pensez-vous que des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer doivent être orientées dans des structures d'hébergement temporaire ?
  
- Existe-t-il entre vous et les structures d'hébergement temporaire un cadre de travail formalisé, une convention par exemple ?

### III- Pistes d'amélioration

- Pensez-vous que les missions actuelles de l'hébergement temporaire sont assez claires et bien appliquées ?
- Pensez-vous que l'hébergement temporaire est un maillon bien connu et bien inséré dans l'ensemble des dispositifs de prise en charge ?
- Pensez-vous que l'hébergement temporaire réussit les missions qui lui sont confiées ?
  
- Comment concevez-vous un travail optimal de la part des structures d'hébergement temporaire ?
- Comment pouvez-vous participer à cette optimisation ?

Pour conclure, qu'aimerez-vous ajouter sur le dispositif actuel d'hébergement temporaire ?

## Entretien avec les autorités

Autorités concernées :

- ARS : siège et DT
- CG

### IV- Définition hébergement temporaire

- Pouvez-vous me définir ce qu'est l'hébergement temporaire pour personnes âgées en me précisant son rôle, ses missions et les modalités de prise en charge des personnes âgées ?
- L'hébergement est-il un instrument de prévention de la perte d'autonomie et/ou un dispositif de prise en charge de la dépendance ?
- L'hébergement temporaire est-il un dispositif pour les personnes âgées et/ou leurs aidants ?
- Hébergement temporaire constitue-t-il avant tout un hébergement ou un service ?
  
- En résumé, quelle place pour l'hébergement temporaire dans la palette des dispositifs de prise en charge ?

### V- Fonctionnement actuel des structures d'hébergement temporaire

- Pour exercer les missions citées plus tôt, l'hébergement temporaire connaît-il des principes de fonctionnement propres (par rapport aux autres formes de prise en charge en EHPAD, en sanitaire, en services à domicile) ?
- Comment ces principes de fonctionnement propres sont-ils pris en compte dans la gestion actuelle des hébergements temporaires ?
- Un personnel formé est-il nécessaire pour les respecter ?
- Un temps spécifique pour le soutien aux aidants est-il nécessaire ?
- Une unité dédiée est-elle nécessaire pour les appliquer quand les places d'hébergement temporaire sont accolées à des places d'hébergement permanent ?
- Un projet spécifique est-il nécessaire pour les mettre en œuvre ?

- Sur le projet spécifique de l'hébergement temporaire, quels instruments existent-ils à votre disposition pour mener à bien et faire respecter le projet d'un dispositif d'hébergement temporaire de l'établissement ?
- Encourageriez-vous les structures d'hébergement temporaire à accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

#### VI- Avenir hébergement temporaire

- Pensez-vous que les missions actuelles de l'hébergement temporaire sont assez claires et bien appliquées ?
- Pensez-vous que l'hébergement temporaire est un maillon bien connu et bien inséré dans l'ensemble des dispositifs de prise en charge ?
- Pensez-vous que l'hébergement temporaire réussit les missions qui lui sont confiées ?
- Sur quels freins/facteurs bloquants pouvez-vous agir en tant qu'autorité administrative?
  - o Financement ?
  - o Communication et lisibilité ?
- Trouvez-vous que l'hébergement temporaire est un dispositif d'avenir dans la palette des dispositifs de prise en charge de la personne âgée ?
- Si oui, le développez-vous au travers des actions de votre administration ?
- Quelle logique/schéma adopteriez-vous pour adapter et/ou développer les places d'hébergement temporaire ?
- Que vous inspire cette question : quelle place pour l'hébergement temporaire demain et à quelles conditions ?

Pour conclure, qu'aimerez-vous ajouter sur le dispositif actuel d'hébergement temporaire ?

COUTON

Anne-Sophie

Mars 2014

## Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2012-2014

### Forces et faiblesses de l'hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées en Vendée

#### **Résumé :**

L'offre d'hébergement temporaire médicalisé pour personnes âgées en Vendée connaît en partie la dissémination des places constatée au niveau national. Une étude menée auprès des autres acteurs de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire met en évidence que ce dispositif peut constituer un élément de réponse efficace aux défis posés par le vieillissement de la population. Toutefois la disposition des places et le fonctionnement actuel des structures rendent parfois difficile le recours à l'hébergement temporaire pour les autres services ou établissements. L'Agence régionale de santé des Pays de la Loire, sur la base des résultats des enquêtes Mauve, a pris conscience du fonctionnement perfectible de ces structures. Un travail de concertation avec les Conseils généraux et les partenaires est actuellement en cours pour élaborer un référentiel de bonnes pratiques. De manière plus large, l'hébergement temporaire s'intègre dans une réflexion d'ensemble sur l'offre médico-sociale qui tend à maintenir les personnes âgées à domicile et à mettre en place des parcours de vie.

#### **Mots clés :**

Etude, Personnes âgées, Hébergement temporaire, Pays de la Loire, Vendée, Politique en faveur des personnes âgées, Maintien à domicile, Dépendance, Perte d'autonomie, Prévention, Restructuration, Référentiel

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*