



HÉBERGEMENT TEMPORAIRE EN ÉTABLISSEMENT POUR LES PERSONNES ÂGÉES

*Les enjeux de l'accompagnement, entre demande émergente
et contraintes de fonctionnement*

Octobre 2019

*Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations,
en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
Membre de l'Association Nationale des CREA I*

Etude réalisée par

Mathilde Beauvallet, chargée d'études,

Charlotte Perrot-Dessaux, conseillère technique et d'études,

Séverine Demoustier, directrice,

avec l'aide de Mamy Raharijaona, assistante de direction, pour la communication, la logistique, la prise de notes lors des entretiens collectifs et de Juliette Pollet, conseillère technique pour la prise de notes lors des entretiens collectifs

et sous la direction de Séverine Demoustier.

REMERCIEMENTS

Le CREA I Centre-Val de Loire tient à adresser ses plus vifs remerciements à l'ensemble des personnes ayant accepté de prendre part à cette étude et à celles ayant participé à son organisation.

Nous remercions tous les départements de la région Centre-Val de Loire de nous avoir permis de rencontrer leurs services dans le cadre des entretiens exploratoires, afin de préciser les enjeux et les interrogations au centre de cette étude. A ce titre, nous remercions également la MAIA d'Orléans et le PAERPA-CTA37.

Nous souhaitons remercier les directions et l'encadrement de l'EHPAD du Bon Secours (Loir-et-Cher) et de l'EHPAD Résidence l'Aubinière (Loiret), pour avoir testé les questionnaires et avoir retourné des remarques permettant leur amélioration.

Nous remercions l'ensemble des directions et de l'encadrement des établissements d'hébergement pour personnes âgées proposant de l'hébergement temporaire qui ont répondu au questionnaire et se sont mobilisés pour venir aux entretiens collectifs. Ces échanges ont été pour nous particulièrement instructifs.

Nous tenons à remercier chaleureusement les personnes aidées et les personnes aidantes, qui ont accepté de nous consacrer du temps dans le cadre d'entretiens individuels, ainsi que toutes les directions d'établissements et de services qui se sont mobilisées pour rendre possibles ces entretiens.

Nous souhaitons adresser nos remerciements à Mesdames JAMET, MASI et SEBATLAB de l'ARS pour leur aide dans l'orientation de l'étude et leur contribution au moment des relances.

Nous adressons nos remerciements à Monsieur ANDRIEU, géographe et cartographe de la Maison des Sciences Humaines Val de Loire, pour les riches échanges et pour le précieux travail de cartographie.

Nous adressons également nos remerciements à Madame HARLICOT du ROR, pour l'extraction et la mise à disposition de la base de données concernant l'hébergement temporaire des personnes âgées.

Nous remercions l'Observatoire Régional de la Santé et sa directrice Madame LECLERC, pour avoir transmis et permis l'utilisation de données issue du rapport de 2015, « *Inégalités sociales et territoriales en santé en région Centre-Val de Loire* ».

Mamy Raharijaona, assistante de direction du CREA I Centre-Val de Loire, a été une aide précieuse pour la logistique tout au long de l'étude et le recueil des questionnaires. Elle a participé à la relecture et à la mise en page du présent rapport.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
1.1. Objectifs globaux de l'étude : l'usage de l'hébergement temporaire correspond-il aux attentes ?.....	9
1.2. Contexte historique du maintien à domicile, dans lequel s'inscrit l'hébergement temporaire	11
1.3. Problématique de l'étude : l'hébergement temporaire entre solidarité publique et solidarité familiale.....	13
1.4. Méthodologie de l'étude : des approches quantitatives et qualitatives	15
1.4.1. Volet quantitatif : un recueil par questionnaire	15
1.4.2. Volet qualitatif : des entretiens individuels et collectifs	18
1.5. Résultat des retours de questionnaires : un tiers d'EHPAD répondants	20
1.6. Actualisation du fichier de base	21
1.7. Plan du document	22
2. DONNEES GENERALES SUR L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE EN REGION CENTRE-VAL DE LOIRE	23
2.1. LA BASE DU FICHIER ACTUALISE DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE	23
2.1.1. Les types d'hébergement	23
2.1.2. Les capacités en places d'hébergement temporaire des établissements	23
2.1.3. La géographie des places dans l'espace régional : une répartition déséquilibrée	25
2.2. LES ENJEUX DEPARTEMENTAUX DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE	36
2.2.1. La politique territoriale de l'hébergement temporaire.....	37
2.2.2. La politique de financement de l'hébergement temporaire	40
2.2.3. La solvabilité des résidents de l'hébergement temporaire	41
En synthèse.....	44
3. L'OCCUPATION DES PLACES DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE EN EHPAD	45
3.1. Données générales des EHPAD ayant renvoyé un questionnaire de direction exploitable	45
3.2. Les places pour les « personnes âgées dépendantes »	46
3.3. Les places pour les « personnes Alzheimer et maladies apparentées ».....	48
3.4. Les places pour les « personnes âgées dépendantes et personnes Alzheimer et maladies apparentées »	49
3.5. La question des taux d'occupation : l'hébergement temporaire, une variable d'ajustement ?	49
3.6. Les listes d'attente : une chimère dans l'hébergement temporaire	52
3.7. Le temps de vacance entre deux résidents : une contrainte résiduelle	52
En synthèse.....	54

4. L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE DANS LE PROJET DE L'ETABLISSEMENT	55
4.1. La place de l'hébergement temporaire dans le projet d'établissement et les documents de communication	55
4.2. Le processus d'admission : peu de différence avec l'hébergement permanent	57
4.2.1. Cadre global	58
4.2.2. Processus d'admission	58
4.2.3. Décision d'admission et motif de refus	59
4.2.4. Le recueil du consentement	60
4.2.5. L'admission en urgence	61
4.3. ViaTrajectoire et démarches administratives de l'hébergement temporaire.....	63
4.4. La coordination médicale et les procédures liées à la médication.....	65
4.5. L'accompagnement personnalisé des résidents de l'hébergement temporaire : entre recommandations et réalité du terrain.....	66
4.6. Le choix architectural guide le mode de prise en charge	70
4.7. Les professionnels associés au projet de sortie : des profils bien définis.....	72
En synthèse... ..	74
5. LES RESIDENTS DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE	75
5.1. Le niveau de dépendance des résidents de l'hébergement temporaire	75
5.2. Le motif du dernier séjour des résidents de l'hébergement temporaire	78
5.3. Le lieu d'hébergement avant le recours à l'hébergement temporaire : le domicile et l'hôpital, et de préférence à proximité	79
5.4. Le motif de l'hébergement temporaire pour des personnes vivant à domicile	81
5.5. Les orientations suite à l'hébergement temporaire : des résultats variables entre recueil quantitatif et qualitatif	84
5.6. Evolution de l'aide à domicile, suite à l'hébergement temporaire : encore du chemin à parcourir.....	86
5.7. L'hébergement temporaire s'inscrit dans le processus de déprise	88
5.8. Le profil type du résident de l'hébergement temporaire.....	91
En synthèse... ..	92
6. LE RESEAU AUTOUR DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE	93
6.1. Les coordinations territoriales et réseaux partenariaux	93
6.2. Un exemple de coordination : les chambres relais du 37	98
6.3. La place des services à domicile dans le réseau.....	99
6.4. Les aidants font partie du réseau, leur expertise d'usage n'est pas négligeable dans la coordination	102
6.4.1. Les relations des proches avec le personnel administratif et d'accompagnement.....	102

6.4.2. La vie à domicile durant l'absence de l'aidé : réorganiser son temps et gérer affectivement l'absence
104

En synthèse...	106
SYNTHESE ET PRECONISATIONS	107
7. CONCLUSION	113
BIBLIOGRAPHIE	116
TABLE DES TABLEAUX	118
TABLE DES FIGURES	119
ANNEXES	120

INTRODUCTION

Les places d'hébergement temporaire pour les personnes âgées sont des outils qui permettent le retour à domicile de la personne après une période de fragilité (santé, situation familiale, hospitalisation), mais sont aussi des modalités de l'offre de répit aux aidants.

Or, les constats relevés par l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire (ARS) ou ses partenaires sur le terrain et notamment les départements, indiquent que ces places temporaires ne seraient pas toujours effectives, car régulièrement utilisées comme « sas » avant l'hébergement permanent et souvent présentes en petit nombre au sein des établissements qui les proposent, ce qui rendrait difficile l'élaboration de projets d'accompagnement spécifiques à l'hébergement temporaire.

Dans le cadre du PRS 2 et des objectifs opérationnels n°15 « *Améliorer l'équité dans la répartition de l'offre médico-sociale sur les territoires, pour privilégier la réponse aux besoins de proximité* » et n°37 « *Repérer de façon précoce les personnes âgées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie* », le parcours des personnes en perte d'autonomie est un axe fort, incluant le maintien ou le retour à domicile. L'hébergement temporaire participe des modalités de réponses possibles dans ce cadre. La demande de l'étude s'inscrit donc dans ce contexte régional, comme elle se situe au regard de politiques publiques nationales visant à créer, à l'horizon 2019, 1 000 places d'hébergement temporaire au niveau national destinées à accueillir les personnes âgées fragiles et/ou en perte d'autonomie en EHPAD à la suite d'une hospitalisation, afin de sécuriser leur parcours et préparer le retour à domicile (cette mesure s'inscrit dans le cadre de la stratégie « Grand âge et autonomie »)¹. Dans le rapport de la concertation « Grand âge et autonomie » qui vient de s'achever, Dominique Libault souligne entre autres la demande de maintien à domicile par les personnes âgées et par leurs proches, d'amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement et la possibilité de continuer à pouvoir y exercer des choix, des demandes de simplification du parcours et de meilleure coordination. Ces enjeux traversent également notre étude.

A travers une objectivation des modes d'accueil de ce type en région dans le cadre de cette étude, la finalité pourrait être, pour l'ARS, de réorienter l'hébergement temporaire sur le projet de retour à domicile.

¹ Voir en ligne la concertation *Grand âge et autonomie*, de Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale. Ce rapport est issu d'une concertation nationale entre octobre 2018 et janvier 2019, ayant permis une participation de grande ampleur. Il s'inscrit dans le contexte des besoins de financement de la dépendance, du point de vue de la solidarité nationale, mais aussi, dans la lignée du rapport Laroque, du besoin d'un changement de regard sur la place des personnes très âgées, tout en modifiant le modèle d'accompagnement pour privilégier le domicile. Pas moins de 175 propositions sont déclinées dans ce rapport. [Repéré à] https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

1.1. Objectifs globaux de l'étude : l'usage de l'hébergement temporaire correspond-il aux attentes ?

Les objectifs de l'étude visent donc, à l'échelle régionale, à :

- Identifier l'offre et son utilisation, et entre autres connaître :
 - la répartition géographique de l'offre (voir quelle échelle est pertinente : commune, EPCI ou département)
 - les taux d'occupation sur les 3 dernières années
 - le motif de la demande d'hébergement temporaire (hôpital, domicile, hospitalisation d'un aidant...)
 - l'orientation à l'issue du séjour (retour au domicile, entrée en institution...)
 - les listes d'attente (effectifs, délai d'attente, refus et motifs de refus)

- D'autre part, l'étude devra apporter des éléments sur les besoins des personnes âgées et leur entourage, pour connaître les conditions de possibilité du maintien à domicile, en termes de services de proximité, coordination, professionnels médicaux et paramédicaux et de places d'hébergement temporaire.

- Enfin, l'étude sur l'hébergement temporaire des personnes âgées s'articule avec l'étude sur les dispositifs d'aide aux aidants en région Centre Val de Loire, commanditée elle aussi par l'ARS, et réalisée par le CREAI Centre-Val de Loire.

L'hébergement temporaire est une offre proposée aux personnes âgées par les établissements d'hébergement. On trouve parmi eux traditionnellement les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), les EHPA (établissements d'hébergement pour personnes âgées). Depuis la loi Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) de décembre 2015, les résidences autonomie proposent également cette offre, qui reste ciblée sur les personnes les plus autonomes, mais avec la possibilité d'accueillir des personnes qui le sont moins, sous certaines conditions.

Les places d'hébergement temporaire sont autorisées par l'ARS dans le cas des EHPAD et EHPA, mais elles sont aussi liées aux départements quand l'établissement est habilité à l'aide sociale (tarifs d'hébergement règlementés).

Si une personne souhaite accéder à l'hébergement temporaire, alors qu'elle n'a pas de plan d'aide APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) à domicile, elle pourra le faire, mais il ne lui sera pas possible d'obtenir des aides financières du Département pour ce type d'hébergement.

Si une personne bénéficie d'un plan d'aide APA à domicile, alors ce plan pourra être mobilisé pour prendre en charge financièrement une partie de l'hébergement temporaire. Depuis la Loi ASV, le montant de l'APA peut être déplafonné pour permettre de l'hébergement temporaire dans le cadre du droit au répit des proches aidants :

- « - de personnes bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie),
- assurant une présence ou une aide indispensable à la vie à domicile de leur proche,
- et qui ne peuvent être remplacés pour assurer cette aide par une autre personne à titre non professionnel.

Ce droit au répit peut être activé quand le plafond du plan d'aide APA de la personne aidée est atteint pour financer jusqu'à 506,71 euros par an un hébergement temporaire en établissement »².

Le tableau ci-dessous³ reprend les principales modalités de financement des sections soins, dépendance et hébergement en EHPAD. Les modalités d'application sont variables d'un département à l'autre, et la prise en compte du droit au répit n'est pas encore effective sur la totalité des départements de la région.

Sections	Tarificateur	Tarification : mode de calcul et de versement	Payé par
Section Soins	ARS	Dotation globale forfaitaire, versement en 12ème mois	Assurance-maladie (base définie nationalement, par place et par an)
Section Dépendance	CD	Il est recommandé d'intégrer l'hébergement temporaire dans les financements complémentaires en leur appliquant un forfait, dans le cadre du CPOM ⁴ Sinon, Tarif journalier basé sur les charges et recettes imputées à la section dépendance et fonction du nombre de journées prévisionnelles et du GIR, versement en dotation globale	Si l'utilisateur est bénéficiaire de l'APA (et que son plan prévoit une prestation d'HT) : alors l'utilisateur = ticket modérateur (GIR 5-6) et CD = tarif dépendance -ticket modérateur - Si l'utilisateur ne bénéficie pas de l'APA : usager = 100%
Section Hébergement si habilitation ASH	CD	Tarif journalier basé sur les charges imputées à la section hébergement et fonction du nombre de journées prévisionnelles, versement en participation journalière	Le financement est variable selon les départements, en termes d'APA, et d'aide sociale. - Si le plan d'aide APA prévoit le financement de la section hébergement en HT : participation CD dans la limite du plan APA (tarif journalier dans la limite d'un nombre de jours par an), et usager pour le solde le cas échéant - Si le plan d'aide APA ne prévoit pas le financement de la section hébergement, usager = 100%, - si non bénéficiaire APA : 100 % Usager
Section Hébergement si non habilitation ASH	Gestionnaire		100 % Usager

² [Repéré à] : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-ailleurs-temporairement/lhebergement-temporaire>

³ Tableau tiré du dossier technique de la CNSA, « État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire », octobre 2011, et revu en fonction des nouvelles modalités de financement.

⁴ Selon l' « Instruction N° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ». [Repéré à] : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42119.pdf

1.2. Contexte historique du maintien à domicile, dans lequel s'inscrit l'hébergement temporaire

Déjà en 1791, le comité de mendicité posait la question du secours pour les vieillards et les infirmes : secours à domicile (le secours ordinaire), et secours en « asyles publics » (pour ceux qui ne pourraient le recevoir à domicile, faute de famille, ou à cause d'infirmité grave exigeant des soins particuliers)⁵. La loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources, parlait également de « l'assistance à domicile ».⁶

Cependant, au cours de toute la première moitié du 20^{ème} siècle, le recours à l'institutionnalisation pour les personnes âgées et invalides fut massif. C'est dans les années 50, à la faveur de la création des premiers services d'aide-ménagère, que le recours aux établissements s'est infléchi. En 1962, le rapport Laroque⁷ reposa la question de la seule solution en institution et envisagea de redonner aux personnes âgées toute leur place dans la société. L'exode rural important de l'après-guerre entraîna une distanciation géographique ayant pour conséquence l'affaiblissement de l'aide familiale⁸. La France rurale des années 60 vit se créer la fédération ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural), dont la convention collective date du 6 mai 1970.

En réalité, malgré la vision éthique ambitieuse du rapport Laroque, la question stagna jusque dans les années 80. En 1981, la nouvelle majorité reprit à son compte l'idée du maintien à domicile, mais contrairement aux valeurs – qu'on assimilerait aujourd'hui au concept « d'inclusion » – portées par le rapport, en prenant le « problème » des personnes âgées sous un angle très gestionnaire⁹.

Le second souffle des services d'aide à domicile fut concomitant à la crise économique et sociale connue en France depuis les chocs pétroliers, où l'on eut fortement recours à l'emploi dans les services à domicile de personnes peu qualifiées en recherche d'emploi, principalement des femmes.

La mise en place de l'APA permet depuis janvier 2002 de rendre finançable par les personnes elles-mêmes le recours à l'aide à domicile et la certification des auxiliaires de vie sociale encadre et apporte une garantie de compétences. Certaines personnes préfèrent le recours à des services mandataires, elles sont alors les employeurs des personnels d'aide à domicile (les associations mandataires assurent les déclarations sociales et un éventuel soutien au rôle d'employeur), d'autres préfèrent le recours à des

⁵ Bernard Ennuyer, 2007. « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile », et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie ». *Gérontologie et société*. [vol. 30 / n° 123], pp 153-167.

⁶ Comité de mendicité, 1791. *Projets de décrets présentés à l'Assemblée Nationale, Titre 2, Chapitre 3*, Paris, Imprimerie nationale. Cité dans Bernard Ennuyer, 2007. « 1962-2007 : regards... » *op. cit.* p 154.

⁷ Haut Comité Consultatif de la population et de la famille, 1962. *Politique de la Vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque*, Paris, La Documentation Française.

⁸ Anne-Sophie Hosking, 2012. « La coordination des aidants de personnes âgées à domicile dans les orientations législatives ». *Vie sociale*. [n°4 / 2012], pp 31-42.

⁹ « La mise en œuvre du dispositif de services et équipements tiendra bientôt lieu de politique et se substituera au projet ambitieux d'une politique de la vieillesse, et ses moyens se réduiront à une politique de maintien à domicile des personnes âgées ». Antoinette Chauvenet, Anne-Marie Guillemard, 1987. « Le déclin du social », *Sciences sociales et santé*, [Vol 5, n°2]. p 107.p 103-110.

services prestataires, elles payent alors les prestations (dont le coût est plus élevé) au service d'aide à domicile (SAAD) et ne sont pas employeurs des intervenants.

En cas de perte d'indépendance, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), plus spécialisés sur le plan des soins et du nursing, peuvent intervenir. Les intervenants sont donc des professionnels du soin, infirmiers ou aides-soignants. Ces prestations sont prises en charge par l'assurance maladie.

Des services proposés par les collectivités locales (centre communaux ou intercommunaux d'action sociale) ou des associations peuvent venir compléter l'offre de soutien, par le portage de repas à domicile, par des animations et autres actions de développement social. Des services privés se positionnent petit à petit sur le marché des personnes âgées à domicile, encore tout dernièrement avec « La Poste » proposant un service payant appelé « Veiller sur mes parents ».

Un autre type de service, à mi-chemin entre l'offre institutionnelle et le domicile, vient compléter ce panel d'accompagnements. Il s'agit de l'accueil temporaire. Alors qu'il était conçu au départ pour répondre à une préoccupation autour des personnes âgées isolées, mais pas nécessairement dépendantes, l'accueil temporaire est un dispositif qui sur le plan législatif a acquis une reconnaissance relativement récente.

C'est au début des années 2000 que la loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale prend en compte les accueils temporaires, c'est-à-dire les accueils de jour et les places d'hébergement temporaire, en lui apportant une base légale¹⁰.

Le décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 vient préciser les modalités d'application de ces accueils temporaires, ainsi que leurs missions. Les publics ciblés sont à la fois les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, qui peuvent toutes bénéficier de l'accueil temporaire.

En 2012, une circulaire émanant de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) vient préciser les modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire¹¹. Elle consiste en la présentation de l'état des lieux de l'accueil temporaire, basé notamment sur les travaux de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA, enquêtes annuelles et rapport d'étude¹²). Les caractéristiques principales de ces deux types d'accueil sont alors rapportées, ainsi que les obstacles qui freinent leur développement. Fortes de ces constats, un certain nombre de préconisations sont détaillées, visant à préciser, pour l'hébergement temporaire, les publics cibles, les objectifs, les missions et les durées de séjour.

Ainsi, d'après les travaux de la CNSA, environ un tiers des personnes ayant recours à l'hébergement temporaire sont atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées. En effet, les modalités de l'hébergement temporaire ne sont pas forcément adaptées à l'accueil de ce public. A ce titre, l'hétérogénéité des publics est identifiée comme une difficulté, car la hausse de fréquentation des publics plus dépendants amène les structures à repenser leur accompagnement et à intégrer les proches de la personne, puisque les motifs de recours pour des raisons de répit augmentent eux aussi. L'absence de connaissance de l'offre par les professionnels du domicile et les professionnels de santé de proximité est également soulignée comme un obstacle à l'hébergement temporaire.

¹⁰ Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire. BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2012/1 du 15 février 2012, p 589.

¹¹ *Ibid* pp 589-594.

¹² CNSA, 2011. État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées, CNSA, Paris, 106 p.

L'ouverture de places d'hébergement temporaire ne doit plus être une obligation « *dans le cadre d'un projet d'EHPAD* »¹³, mais un choix des structures.

Le public cible est ainsi décrit :

*« Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.
Les personnes âgées en perte d'autonomie physique.
De manière plus marginale, les personnes âgées autonomes isolées. »*

Dans cette même circulaire, les objectifs de l'hébergement temporaire décrits sont multiples ; il sert à la fois au répit de l'aidant, en situation d'urgence, ou à une « *préparation progressive à l'entrée en EHPAD* ». Les situations d'isolement ou la réalisation de travaux d'aménagement permettent aussi de recourir à l'hébergement temporaire. Les missions de cette modalité d'accueil tendent à la prise en compte de la personne dans son environnement. Elle est l'occasion d'évaluer la situation avec les autres acteurs de terrain, de mettre en place un projet individualisé, de préparer le retour à domicile ou d'envisager progressivement l'orientation en EHPAD, de soutenir les aidants. A ces fins, il est demandé aux établissements d'élaborer « *un projet spécifique de l'hébergement temporaire* », qui doit reprendre ces missions, en lien avec les besoins du public et les intervenants de proximité. Enfin, la durée de séjour est préconisée, une durée « *ne dépassant pas quatre-vingt-dix jours, sur une période de douze mois consécutifs* », afin que l'hébergement temporaire ne bascule pas en hébergement permanent¹⁴.

1.3. Problématique de l'étude : l'hébergement temporaire entre solidarité publique et solidarité familiale

L'avancée en âge des personnes peut être abordée sous des angles différents. Parmi ceux-ci, on peut attendre les études d'un groupe de population, les « personnes âgées », avec les normes et les représentations sociales qui y sont associées, ses caractéristiques et son hétérogénéité, les politiques publiques qui lui sont consacrées.

La vieillesse ou le processus de vieillissement peut également s'étudier sous l'angle microsociologique, en tâchant de comprendre comment l'avancée en âge entraîne un certain nombre de modifications de la vie, comment les personnes âgées négocient ces changements, s'en accommodent ou aménagent de nouveaux rapports à leur environnement et à elles-mêmes. Le concept de la « déprise », développé par des sociologues français dans les années 1990 et sur lequel s'appuient nombre d'auteurs dans le domaine de la gérontologie, permet d'appréhender le vécu, l'expérience du vieillir, à travers différentes dimensions que sont les capacités de la personne, mais aussi ses relations interpersonnelles, ses expériences passées, son contexte socio-culturel¹⁵. Plutôt que de s'appuyer sur une vision incapacitaire de la vieillesse, de ne l'envisager que sous l'angle d'un déclin, d'un confinement au domicile et d'un affaiblissement des relations sociales, le concept de déprise s'attache à observer les processus adaptatifs des personnes pour rester en phase avec elles-mêmes, et en cela il souligne le caractère ambivalent des

¹³ Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-444 ... *Op cit*, p 593.

¹⁴ Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-444 ... *Op cit*, p 593..

¹⁵ Anastasia Meidani et Stefano Cavalli, 2018. Vivre le vieillir : autour du concept de déprise. Caisse nationale d'assurance vieillesse, *Gérontologie et société*, vol 40 [n°155], p 9.

dynamiques en jeu, entre l'autonomie, c'est-à-dire la capacité à faire des choix en s'appuyant sur ses ressources, et la dépendance liée à la « *diminution inéluctable des capacités* »¹⁶.

Si l'on se place du point de vue de la personne âgée, le concept de déprise permet notamment de cerner les éléments en jeu dans la question du maintien à domicile, étant entendu que cette option doit être un choix et non une solution contrainte du fait de l'absence de toute autre solution¹⁷. Ainsi, en sélectionnant quelques indicateurs comme les activités de la personne, son rapport aux objets, aux lieux, aux autres et à elle-même, et en prenant en compte son contexte socio-culturel, on peut apprécier la déprise, la façon dont la personne négocie son vieillissement. En effet, la comparaison de ces éléments dans une situation antérieure et dans la situation actuelle peut permettre de cerner les raisons de certains choix, certains arrangements ou aménagements. Ainsi, le rapport à l'aide prodiguée par les proches ou par les services professionnels, le choix d'un accueil de jour ou de nuit, le recours à l'hébergement temporaire peuvent être compris par ce prisme de la déprise, où l'idée du maintien de l'identité, de l'ensemble de valeurs et d'intérêts qui donnent un sens à sa vie¹⁸ est primordiale.

Par ailleurs, les politiques de maintien à domicile sont traversées par la question de l'aide aux aidants. Ainsi, l'hébergement temporaire est également pensé comme une solution de répit pour les proches-aidants, et en ce sens il est positionné à l'articulation entre les politiques publiques de solidarité et une forme de solidarité privée, solidarité familiale ou de voisinage. Il convient alors de s'appuyer sur les outils de l'analyse des politiques publiques, pour regarder comment, sur le territoire régional, se met en œuvre l'hébergement temporaire. Aussi, nous tâcherons de recueillir des éléments quant à l'effectivité et l'efficacité de ce type d'accompagnement, sans aller toutefois jusqu'à l'étude de son efficience. **Examiner comment est positionné l'hébergement temporaire dans le contexte institutionnel du maintien à domicile et des aides congruentes, quelles sont les étapes préalables à la mise en place, à titre individuel, d'une solution d'hébergement temporaire, comment se déroule le parcours de la personne âgée, et comment s'organise la coordination des intervenants professionnels et des proches, sont autant de facettes à explorer pour comprendre les enjeux de l'hébergement temporaire.** Enfin, l'étude de l'organisation de l'hébergement temporaire au sein des structures, du public accueilli, des projets et procédures internes liées à cette activité peut permettre de constater des écarts entre les besoins du public et la réponse institutionnelle apportée par les structures, en prenant en compte les freins internes et externes, ainsi que les leviers identifiés de l'hébergement temporaire.

¹⁶ Éric Gagnon, 2018. La déprise comme interrogations : autonomie, identité, humanité. Caisse nationale d'assurance vieillesse, *Gérontologie et société*. vol 40 [n°155], p 34.

¹⁷ Bernard Ennuyer, 2007. « 1962-2007 : regards sur les politiques... » *Op cit*, p 159.

¹⁸ Éric Gagnon, 2018. « La déprise comme interrogations... » *Op cit*, p 38.

1.4. Méthodologie de l'étude : des approches quantitatives et qualitatives

L'étude est menée sur un versant quantitatif et sur un versant qualitatif.

1.4.1. Volet quantitatif : un recueil par questionnaire

Alors que la demande initiale concernait l'hébergement temporaire en EHPAD, le parti a été pris d'élargir l'étude à d'autres types d'établissements et de fait à d'autres types de publics. S'il semble évident que le public cible de l'étude est principalement les personnes de grand âge ou des personnes dépendantes (GIR 1 à 4), il a semblé important de se questionner plus largement sur les structures qui proposent de l'hébergement temporaire y compris aux personnes âgées dites « autonomes ». En effet, aux dires des acteurs de terrain¹⁹, il semble nécessaire de proposer aux familles des solutions de répit très en amont dans l'accompagnement, afin d'éviter que le maintien à domicile ne génère de fil en aiguille des situations à risques, autant pour l'aidé que pour l'aidant. De plus, depuis la loi ASV, les personnes accueillies par les résidences autonomie peuvent être plus dépendantes. En effet, si le public cible reste les résidents de GIR 5 et 6, les résidences peuvent accueillir des personnes de GIR 4, à la condition d'un projet pour personnes en perte d'autonomie et d'une convention avec un EHPAD ou un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) de proximité. Grâce à ces conventions, une fois les personnes installées, si leur niveau de dépendance augmente elles peuvent rester dans leur résidence, si le nombre de personnes en GIR 1 et 2 sur l'ensemble de la résidence ne dépasse pas un certain pourcentage. Ainsi, les EHPA et les résidences autonomie sont intégrés à l'étude : ils ont été sollicités pour le versant quantitatif et pour le versant qualitatif.

Un questionnaire en deux parties a été envoyé à l'ensemble des structures qui relèvent d'une autorisation de l'ARS ou des Départements, concernant leur offre d'hébergement temporaire. Les résidences seniors n'ont pas été incluses dans le versant quantitatif de l'étude, car elles s'adressent principalement à des publics autonomes ou peu dépendants. Il faut néanmoins savoir que cette offre connaît un fort développement ces dernières années, y compris sur le champ de l'hébergement temporaire.

Dressons rapidement les missions de chaque type d'établissement :

⇒ Les EHPAD sont des établissements médico-sociaux, dont la gestion peut être publique (hospitalière ou autonome, c'est-à-dire reliés à des conseils d'administration de nature communale ou intercommunale), ou privée (lucrative ou non-lucrative, c'est-à-dire sur ce dernier point associative ou mutualiste). Les EHPAD signent une convention avec le Conseil Départemental et l'ARS, desquels ils obtiennent des financements en contrepartie d'une qualité de prise en charge. *« Les EHPAD s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Ces personnes peuvent être partiellement ou totalement dépendantes de l'aide de quelqu'un dans les actes de la vie quotidienne pour des raisons physiques ou mentales. [...] Les EHPAD proposent des prestations hôtelières, un accompagnement de la perte d'autonomie et un encadrement des soins quotidiens. »*²⁰.

¹⁹ L'étude commanditée par l'ARS au CREAI concernant les dispositifs d'aide aux aidants a mis en valeur la nécessité d'actions au début du parcours d'accompagnement de l'aidant et son aidé, de façon progressive et modulable, et ce avant que la situation ne soit critique. Si tel est le cas, le risque est de se tourner vers des solutions définitives (par exemple hébergement permanent) et de provoquer des ruptures brutales dans la relation du couple aidant-aidé.

²⁰ [Repéré à] <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-EHPAD>.

Les EHPA sont peu nombreux sur le territoire régional. Ce sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées qui ne sont pas médicalisées. Les gestionnaires de ces établissements sont généralement publics, autonomes ou associatifs. Si des soins sont nécessaires, ils sont prodigués par des intervenants extérieurs. Ils accueillent des personnes autonomes ou semi-autonomes.

Les résidences autonomie sont également des établissements médico-sociaux. Elles sont très souvent gérées par des entités publiques ou associatives. Leur vocation est avant tout sociale, avec un loyer modéré. Les résidents paient loyer et charges, auxquels s'ajoute une facturation des services proposés, selon qu'ils sont inclus ou non dans les prestations de base. Leur autorité de tutelle est le Conseil Départemental, qui leur délivre leur autorisation et s'assure de la qualité des prestations. Depuis la loi ASV, les Départements financent également des actions de prévention pour la perte d'autonomie.

Un fichier de base des établissements concernés a été constitué à partir des données transmises par le service de l'Offre aux personnes âgées, au sein de la Direction de l'offre médico-sociale de l'ARS en novembre 2018. Les établissements ont donc été extraits en fonction de leur type d'équipement, leur type d'activité et leur clientèle. **Les critères d'inclusion sont donc l'accompagnement temporaire pour les personnes âgées, en hébergement complet ou en internat, pour des personnes âgées dépendantes, des personnes atteintes d'Alzheimer ou maladies apparentées et des personnes âgées autonomes.**

Tableau 1 : Tableau des critères d'inclusion, selon les libellés FINESS

Equipement	Activité	Clientèle
Acc. temporaire PA	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes Alzheimer, mal. appar. Pers. Agées Autonomes

Cette extraction comptait 131 EHPAD, 8 EHPA et 19 résidences autonomie, soit 158 établissements. Pour être plus précis, l'extraction comportait en réalité 178 lignes, car 20 EHPAD ont une autorisation à la fois pour des « personnes âgées dépendantes » et pour des « personnes Alzheimer ou maladies apparentées ». Ainsi, ces 20 établissements apparaissent deux fois.

Type de public	EHPAD	EHPA percev. crédits AM	EHPA sans crédits AM	Résidences autonomie	Total général
Alzheimer, mal appar	55				55
P.A. dépendantes	96	3		1	100
P.H vieillissantes				1	1
Pers. âgées autonomes			5	17	22
Total général	151	3	5	19	178

Tableau 2 : synthèse de la base de données de l'ARS par type d'établissement et par public, selon les libellés FINESS

La démarche quantitative a consisté en la diffusion de deux outils de recueil distincts, auprès des 158 établissements de la région.

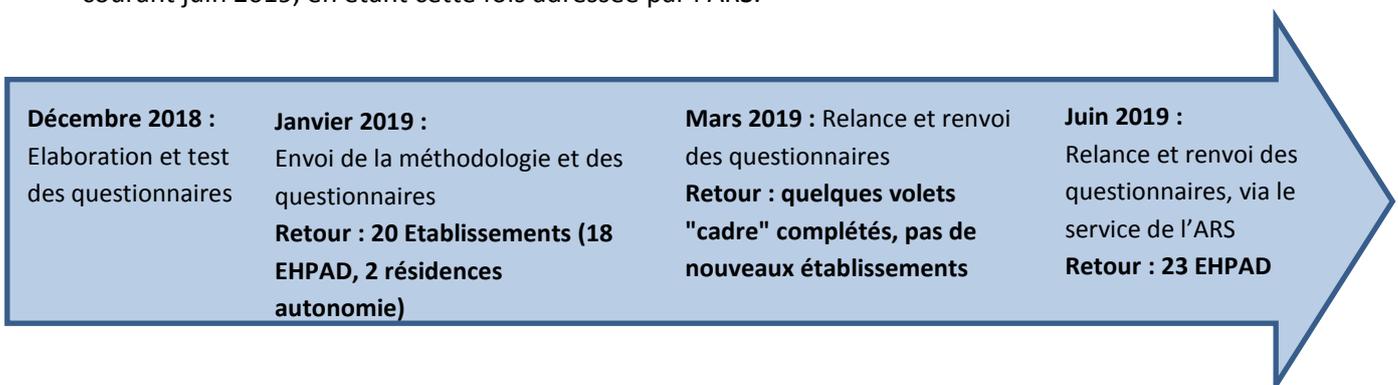
- Le premier outil de recueil d'information était un questionnaire²¹ adressé aux directeurs ou aux gestionnaires d'établissement. Il avait pour objectif de recueillir des données concernant l'occupation des places de l'hébergement temporaire sur les 3 dernières années. Les gestionnaires d'établissement sont amenés régulièrement à transmettre aux autorités de tutelle leurs statistiques en termes d'occupation, ou encore de renseigner les indicateurs de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Mais ces données restent très globales; elles produisent des moyennes qu'il n'est pas toujours évident d'interpréter, sur l'utilisation même des places. Il était alors demandé des données similaires, comme la moyenne des temps de séjour, mais aussi des données complémentaires comme le nombre de personnes différentes ayant été accompagnées en hébergement temporaire (sachant qu'une même personne peut revenir plusieurs fois), la présence ou non d'une liste d'attente et son effectif. Une partie du questionnaire visait également à renseigner sur le projet de l'hébergement temporaire dans l'établissement : mention ou non de l'hébergement temporaire dans le projet d'établissement ou dans les documents de présentation, processus d'admission, éléments de procédure concernant le consentement et le projet personnalisé, personnel dédié à l'hébergement temporaire. Sur cette dernière partie, les questions étaient ouvertes, les répondants pouvaient y inscrire un texte libre.

- Le second outil de recueil d'information était un autre questionnaire²² adressé cette fois aux cadres ou coordinateurs. Il était demandé aux répondants de décrire la situation des trois derniers résidents de l'hébergement temporaire, à travers un certain nombre d'items : nombre de séjours effectués par la personne et sur combien d'années, niveau de dépendance du résident, motif du dernier séjour, lieu d'hébergement ou d'accompagnement du résident avant son séjour, distance entre l'établissement et son domicile, niveau et type d'aide dans son domicile habituel, projet à l'issue du séjour, etc. **Ce type de recueil avait pour vocation de déterminer des typologies de résidents, ou de profils types, permettant de comprendre les pratiques et l'utilisation de l'hébergement temporaire.**

Une présentation méthodologique de l'étude a été envoyée à l'ensemble des établissements en janvier 2019, indiquant les aspects quantitatifs et qualitatifs de l'étude. Cette présentation méthodologique était accompagnée des deux questionnaires.

Une relance a ensuite été effectuée mi-mars. En mai, 22 questionnaires avaient été retournés, 20 concernaient des EHPAD et 2 des résidences autonomie.

En accord avec le service de l'offre pour les personnes âgées de l'ARS, une ultime relance a été effectuée courant juin 2019, en étant cette fois adressée par l'ARS.



²¹ Le questionnaire « direction » est présenté en annexe

²² Le questionnaire « cadre / coordination » est présenté en annexe

1.4.2. Volet qualitatif : des entretiens individuels et collectifs

Il consiste en l'étude des besoins en matière de maintien à domicile, parcours de retour à domicile après hospitalisation ou séjour thérapeutique, de coordination des acteurs de l'hébergement temporaire, mais aussi des attentes des personnes âgées elles-mêmes et de leurs aidants.

Il s'agit donc de croiser les regards, en recueillant des données tant du côté des professionnels que des personnes âgées et de leur entourage. En effet, les attentes des uns et des autres, comme les besoins relevés par les professionnels intervenant dans la situation, peuvent ne pas être toujours de même nature.

Les premiers échanges ont eu lieu dans un cadre exploratoire, avec chacun des services autonomie ou services liés à l'offre d'hébergement pour les personnes âgées des Conseils Départementaux, avec un pilote MAIA, avec l'équipe de la PTA-PAERPA du 37.

Ensuite, des entretiens collectifs ont été réalisés avec des directions et des cadres de structures d'hébergement temporaire dans chacun des départements de la région, ainsi qu'avec des professionnels des services à domicile et de la coordination (MAIA). Des entretiens individuels ont été également menés auprès de résidents de l'hébergement temporaire ou de leur aidant principal.

1.4.2.1. Participation aux rencontres collectives

Les directions de tous les établissements proposant de l'hébergement temporaire aux personnes âgées ont été conviées à des rencontres départementales, organisées dans l'un des établissements participants.

Ces rencontres se sont déroulées selon ce calendrier :

Département	Date de rencontre	Professionnels présents	Profil des participants
Cher	5 mars 2019	7 personnes représentant 6 établissements différents	<ul style="list-style-type: none">- Une directrice- Une assistante de pôle EHPAD-USLD- Une responsable financière et des admissions- Une adjointe à la direction des soins- 3 cadres ou cadres supérieurs de santé
Eure-et-Loir	1 ^{er} mars 2019	7 personnes représentant 4 établissements différents	<ul style="list-style-type: none">- Un directeur,- 2 directrices adjointes- Un agent administratif- Une cadre de santé- 2 Infirmières coordinatrices
Indre	5 mars 2019	9 personnes représentant 5 établissements différents	<ul style="list-style-type: none">- Une directrice- Une directrice adjointe, responsable d'EHPAD- Une adjointe au directeur- Une adjointe au directeur des finances- Une responsable accueil et gestion des séjours- Une médecin coordonnateur- Une directrice des soins- Une cadre de santé- Une infirmière coordinatrice

Département	Date de rencontre	Professionnels présents	Profil des participants
Indre-et-Loire	7 mars 2019	7 personnes représentant 4 établissements différents	<ul style="list-style-type: none"> - 3 responsables de structure - 2 directrices - Un directeur d'appui - Une infirmière de liaison.
Loir-et-Cher	7 mars 2019	12 personnes représentant 10 établissements différents	<ul style="list-style-type: none"> - 8 directeurs ou directrices - 2 cadres de santé et une stagiaire - Une infirmière coordonnatrice
Loiret	28 février 2019	8 personnes représentant 8 établissements différents	<ul style="list-style-type: none"> - 6 directrices ou directeurs - Une directrice déléguée - Une cadre de santé

Une rencontre régionale avec les services à domicile a été également organisée le 8 mars 2019. 10 personnes ont participé à cette rencontre, elles représentaient 7 structures différentes. Les professions représentées étaient :

- 4 infirmières coordinatrices
- 2 encadrantes unité de soin
- Une responsable articulation soin/domicile
- Un conseiller réseau, une adjointe de direction, une conseillère en prospection de résidences sénior.

Au total, 60 personnes ont été rencontrées en entretiens collectifs sur l'ensemble de la région : de nombreux directeur·trice·s, et directeur·trice·s adjoint·e·s, des professionnels des secteurs financiers, accueil et gestion des séjours, des cadres de santé et coordinateurs de soins.

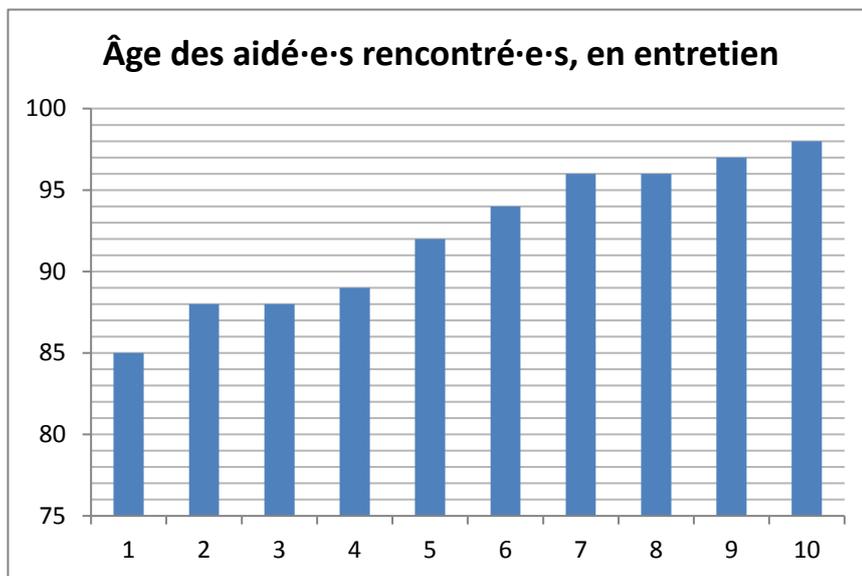
1.4.2.2. Participation aux entretiens individuels

Tout au long de l'étude (présentation de la méthodologie, envoi de questionnaires pour la partie quantitative de l'étude, relance aux questionnaires, invitation aux rencontres collectives départementales des directions d'établissement), il a été demandé aux structures de nous mettre en lien avec des aidants et des personnes bénéficiant, ou ayant bénéficié d'hébergement temporaire. Des relances ont également été effectuées par téléphone auprès des professionnels qui avaient participé aux entretiens collectifs.

Au total, nous avons pu effectuer, grâce à la collaboration de certaines directions :

- 8 entretiens en face à face avec des personnes accompagnées en hébergement temporaire ou ayant bénéficié de l'hébergement temporaire, dont deux avec des couples, soit 10 personnes

rencontrées. Les entretiens ont été menés dans l'Indre-et-Loire, dans le Loir-et-Cher et dans le Loiret.



- 8 entretiens téléphoniques avec des aidants de personnes ayant recours ou ayant eu recours à l'hébergement temporaire. Les aidants étaient originaires du Cher, de l'Indre, de l'Indre-et-Loire et du Loiret.

Ces entretiens avec 18 personnes ont permis de recueillir un matériau riche, qui a été découpé et classé en différentes thématiques, puis synthétisé. Ces synthèses thématiques permettent d'apporter des éléments explicatifs qui complètent les observations quantitatives.

1.5. Résultat des retours de questionnaires : un tiers d'EHPAD répondants

Le recueil quantitatif a permis d'aboutir au total à **42 questionnaires « direction »** retournés, dont 41 sont exploitables. 39 questionnaires « direction » ont été remplis par les EHPAD et 2 par des résidences autonomie. Aucun EHPA n'a répondu aux questionnaires, malgré la participation active de certaines directions sur le volet qualitatif. Compte tenu du faible retour de questionnaires sur les résidences autonomie, nous nous concentrerons sur les données de direction des EHPAD et EHPA. 6 EHPAD n'ont renvoyé que le questionnaire « direction », 1 EHPAD n'a renvoyé que le questionnaire « cadre / coordination ».

37 établissements ont renseigné le questionnaire « cadre / coordination ». Un questionnaire n'est pas exploitable, car il contient des incohérences majeures. 2 questionnaires provenant d'EHPAD privés lucratifs étaient incomplets (une ou deux situations renseignées). **Ce recueil permet d'aboutir à la description synthétique de 105 situations de résidents ayant bénéficié d'hébergement temporaire ces dernières années.** Ce chiffre semble correct, au regard de notre étude, pour pouvoir tirer des tendances chiffrées à partir des situations décrites.

Au total, la répartition des retours de questionnaires exploitables (un seul volet ou les deux) suit la répartition suivante, concernant les EHPAD et EHPA :

	Dépt 18	Dépt 28	Dépt 36	Dépt 37	Dépt 41	Dépt 45
Nombre d'EHPAD / d'EHPA proposant l'hébergement temporaire	29	24	14	20	21	32
Nombre d'EHPAD ayant retourné le questionnaire	11 (38%)	5 (21%)	3 (21 %)	5 (25%)	6 (29 %)	10 (31 %)

Tableau 3 : répartition des retours de questionnaires suivant les départements

1.6. Actualisation du fichier de base

Suite à quelques retours d'établissements, le fichier de base a pu être corrigé à la marge. Par exemple, une résidence autonomie a retourné qu'elle ne proposait pas d'hébergement temporaire.

De plus, les données du fichier initial ont été comparées à des données mises à disposition par le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) du Centre Val-de-Loire. De ce fait, quelques actualisations ont été apportées, que ce soit sur le type de public accueilli ou le nombre de places mises à disposition. Quelques résidences autonomie ont été ajoutées dans le Cher, dans l'Indre, l'Indre-et-Loire et dans le Loir-et-Cher.

Pour plus de lisibilité, il a été décidé de rassembler sous une même ligne les désormais 21 établissements qui ont une autorisation à la fois pour des places concernant les « personnes âgées dépendantes » et pour les « personnes Alzheimer ou maladies apparentées ». Ainsi, un nouveau type de public est proposé, s'ajoutant aux quatre autres : « Personnes âgées dépendantes et personnes Alzheimer ou maladies apparentées ». **Cette fusion permet donc de considérer un seul établissement et correspond davantage à la réalité du terrain selon les directions d'EHPAD. En effet, hormis ceux qui disposent d'une unité protégée, les directions accueillent indistinctement ces deux types de publics, sur la totalité des places d'hébergement temporaire autorisées.** Nous verrons dans la partie qualitative du rapport comment les directions d'EHPAD organisent dans leur établissement l'accueil des différents publics. Le fait de positionner des chambres identifiées et fixes pour l'hébergement temporaire dans les bâtiments, ou au contraire d'avoir des chambres « volantes » en fonction des besoins, a une incidence réelle sur l'organisation en termes de ressources humaines, mais aussi en termes d'individualisation du projet.

Cela conduit à un classement des publics selon 5 types :

- personnes Alzheimer ou maladies apparentées,
- personnes âgées dépendantes,
- personnes âgées dépendantes et personnes Alzheimer ou maladies apparentées,
- personnes handicapées vieillissantes,
- personnes âgées autonomes.

Après actualisation de la base de données, le nombre d'établissements proposant de l'hébergement temporaire en fonction des publics est réparti comme suit en région Centre Val-de-Loire :

Type de public	EHPAD	EHPA perc. crédits AM	EHPA sans crédits AM	Résidences autonomie	Total général
P. Alzheimer, mal. Appar.	37				37
P.A. dépendantes	73	3		1	77
PA dép et mal. Alz.	21				21
P.H. vieillissantes				1	1
Pers. Agées Auton.			6	29	35
Total général	131	3	6	31	171

Tableau 4 : Répartition selon le type d'établissement et le type de public accueilli, sur l'ensemble de la région

1.7. Plan du document

Nous avons exploré le matériau recueilli sur le plan quantitatif et qualitatif. Nous en donnons ici une lecture, qui cherche à faire dialoguer autant que possible les données sur ces deux versants.

Pour rappel, l'étude vise à identifier l'offre et son utilisation (répartition géographique de l'offre, taux d'occupation, motifs d'entrée et orientation à l'issue du séjour, listes d'attente), apporter des éléments sur les besoins des personnes âgées et leur entourage, pour connaître les conditions de possibilité du maintien à domicile, tout en s'articulant avec la problématique des aidants.

Nous présenterons donc les données générales de l'hébergement temporaire, sur la base du fichier de l'ARS. Nous aborderons les enjeux de l'hébergement temporaire pour les départements, afin de poser le contexte global de l'étude. Puis, nous regarderons l'occupation des places au regard des données recueillies par questionnaire, et tâcherons d'apporter des éléments explicatifs grâce aux entretiens. Nous nous attarderons ensuite sur la place de cette offre dans les projets de l'établissement, sur les résidents de l'hébergement temporaire et sur son réseau de partenaires. Enfin, nous apporterons des axes de réflexion et des préconisations pour améliorer la concordance entre l'offre et les besoins de l'hébergement temporaire.

2. DONNEES GENERALES SUR L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE EN REGION CENTRE-VAL DE LOIRE

2.1. LA BASE DU FICHIER ACTUALISE DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

L'idée est ici de dresser une photographie de l'hébergement temporaire, tel qu'il existe réglementairement sur le territoire régional. Les contacts divers avec les directions ou secrétariats ont montré que la réalité de l'accueil n'est pas toujours en adéquation avec les autorisations délivrées (« Ah, non Madame, ici, on ne propose pas d'hébergement temporaire »). Le principe de l'étude n'était pas de vérifier cette adéquation, mais davantage d'en comprendre les ressorts. Les statistiques proposées ici sont basées sur le fichier d'autorisation actualisé de l'ARS.

2.1.1. Les types d'hébergement

Département \ Etablissement	18	28	36	37	41	45	Total général
EHPA perc. crédits AM				3			3
EHPA sans crédits AM	1	1	2	1		1	6
EHPAD	28	23	12	16	21	31	131
Résidences autonomie	6	3	2	6	6	8	31
Total général	35	27	16	26	27	40	171

Tableau 5 : nombre d'établissements proposant de l'hébergement temporaire, par type et par département

Les EHPAD et les résidences autonomie sont présents sur tous les territoires départementaux. Les EHPA sont beaucoup moins nombreux et il n'y en a pas dans le Loir-et-Cher.

2.1.2. Les capacités en places d'hébergement temporaire des établissements

La région Centre Val-de-Loire totalise 748 places d'hébergement temporaire, tous types d'établissements confondus et tous types de publics confondus.

département du Cher			département de l'Eure-et-Loir			département de l'Indre		
EHPAD	EHPA	résidence aut	EHPAD	EHPA	résidence aut	EHPAD	EHPA	résidence aut
81	7	10	78	24	3	60	44	3
Total de 98 places			Total de 105 places			Total de 107 places		

Tableau 6 : places d'hébergement temporaire en fonction du type d'établissement, par département

département de l'Indre-et-Loire			département du Loir-et-Cher			département du Loiret		
EHPAD	EHPA	résidence aut	EHPAD	EHPA	résidence aut	EHPAD	EHPA	résidence aut
50	73	17	114	0	7	163	31	13
Total de 140 places			Total de 121 places			Total de 177 places		

Les capacités, c'est-à-dire le nombre de places d'hébergement temporaire proposées par établissement, sont extrêmement variables d'un établissement à l'autre. L'immense majorité des résidences autonomie propose une unique place d'hébergement temporaire : il s'agit généralement d'un studio ou d'un T1 meublé, pour un public de personnes âgées autonomes. Sur les 31 résidences autonomie, 1 seule est autorisée à proposer de l'hébergement temporaire aux personnes handicapées vieillissantes. Il existe par ailleurs dans l'Indre-et-Loire une résidence autonomie qui est autorisée à recevoir des personnes âgées dépendantes en hébergement temporaire, et ce sur une capacité de 10 places.

Les EHPA (percevant ou non des crédits de l'Assurance maladie) sont généralement des lieux de regroupement d'hébergement temporaire. Sur 9 EHPA, seuls deux ont une autorisation de moins de 8 places (respectivement 3 et 7 places), tandis que les 7 autres ne proposent pas moins de 22 places, pouvant aller jusqu'à 31 places dans l'unique EHPA du Loiret.

Au sein du seul type d'établissement « EHPAD », les capacités d'accueil en hébergement temporaire sont très variables.

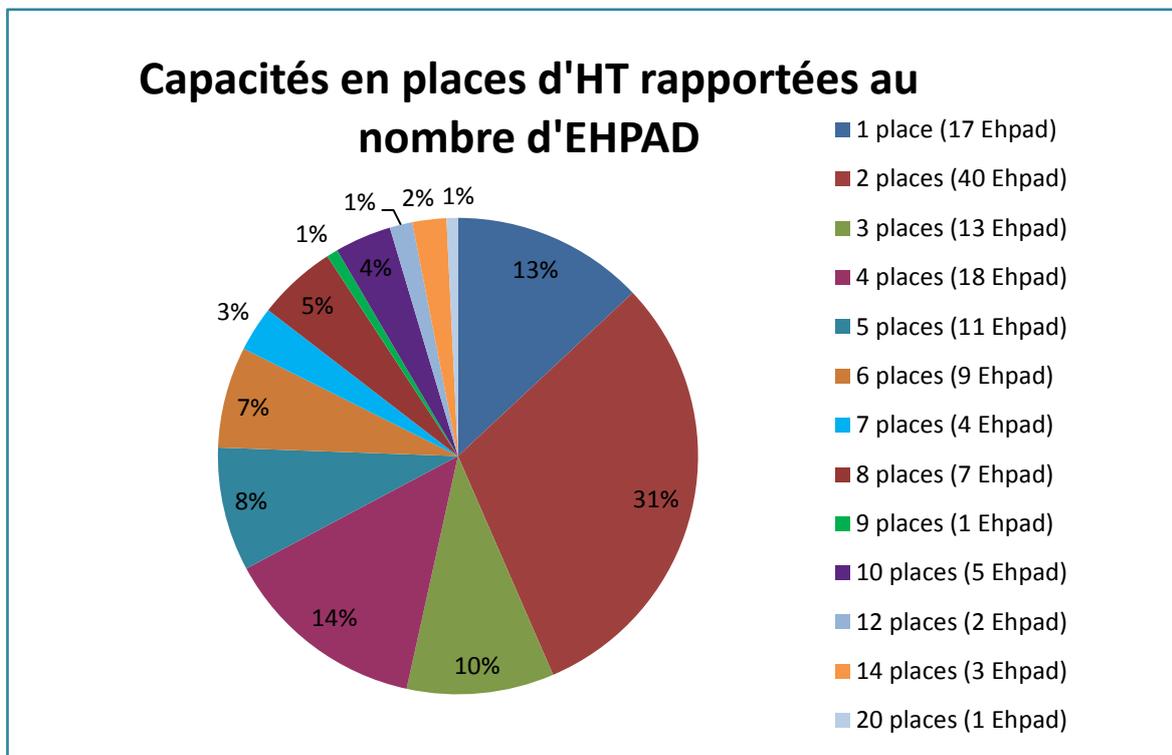


Figure 1 : Répartition des capacités en places par nombre d'EHPAD

Les EHPAD ayant une autorisation pour l'hébergement temporaire de 1 à 3 places représentent la moitié des établissements (Figure 1). Les EHPAD ayant une capacité de 4 à 10 places occupent 42 % de la totalité, et les EHPAD de plus de 11 places représentent 4 % de la totalité des EHPAD.

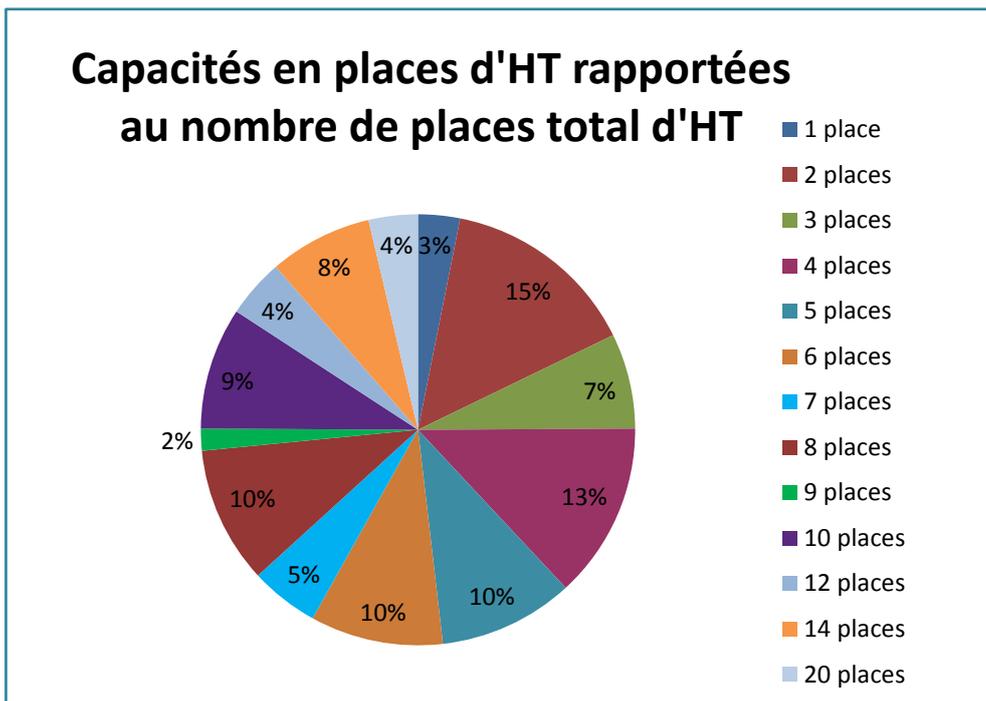


Figure 2 : Nombre de places par EHPAD rapporté au total des places en région

Rapportées au nombre de places total (soit 546 places d’hébergement temporaire en EHPAD pour toute la région), les places uniques ou regroupées jusqu’à 3 représentent environ un quart des places proposées en EHPAD. Un peu moins de deux tiers des places sont proposées dans des ensembles qui regroupent 4 à 10 places. Cette tranche correspond donc à la majorité de l’offre.

Le fait d’avoir plusieurs places au sein du même établissement ne signifie pas toujours qu’elles sont regroupées, ni proposées dans des unités dédiées : elles peuvent être disséminées en différents lieux de vie, tout en apparaissant sous une seule et même entité dans la base de données.

Enfin, les places regroupées dans des effectifs supérieurs à 11 représentent 16% de la totalité des places.

2.1.3. La géographie des places dans l’espace régional : une répartition déséquilibrée

Pour rappel, en lien avec les objectifs de l’étude, nous cherchons à connaître la répartition géographique de l’offre, de façon à avoir une vision globale sur la région, mais aussi percevoir quels sont les places et les types d’offre sur les territoires et pouvoir déterminer *in fine* si une échelle est pertinente (commune, EPCI ou département) quant à cette répartition.

Afin d’avoir une vision de la répartition spatiale de l’offre d’hébergement temporaire, chaque type d’établissement a été positionné en fonction du public qu’il accueille tout en donnant une indication visuelle sur sa capacité. Ainsi, le type de public accueilli est représenté par la couleur du pictogramme (vert

pour les personnes âgées dépendantes, jaune pour les personnes Alzheimer et maladies apparentées, etc.). Le type d'établissement est représenté par la forme du pictogramme (rond pour les EHPAD, carré pour les résidences autonomie, etc.). Enfin, la taille du pictogramme croît en fonction de la capacité des établissements en places d'hébergement temporaire.

Si l'on s'attache aux publics, **ce sont les personnes âgées dépendantes qui disposent de l'offre la mieux répartie sur le territoire régional**. En effet, à part quelques zones, la majorité des cantons contient au minimum un pictogramme vert (Personnes âgées dépendantes) ou un pictogramme rouge (Personnes âgées dépendantes et personnes Alzheimer ou maladies apparentées).

L'offre pour les publics de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées est plus dispersée (pictogrammes rouges et jaunes), quant à celle pour les personnes âgées autonomes, elle est très disparate (pictogrammes bleus).

Figure 3 : Répartition de l'hébergement temporaire, par type de public, type d'établissement et capacité

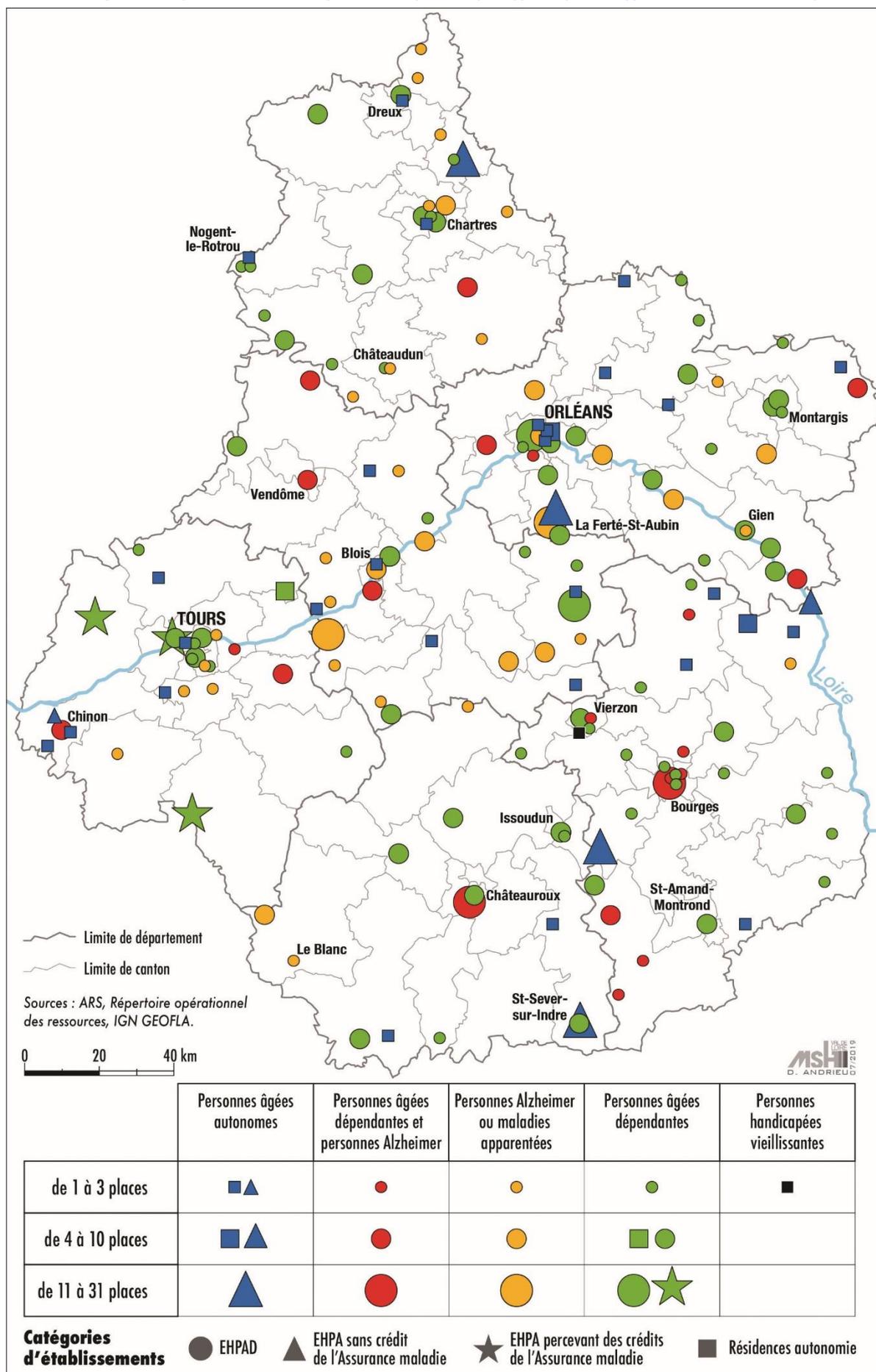
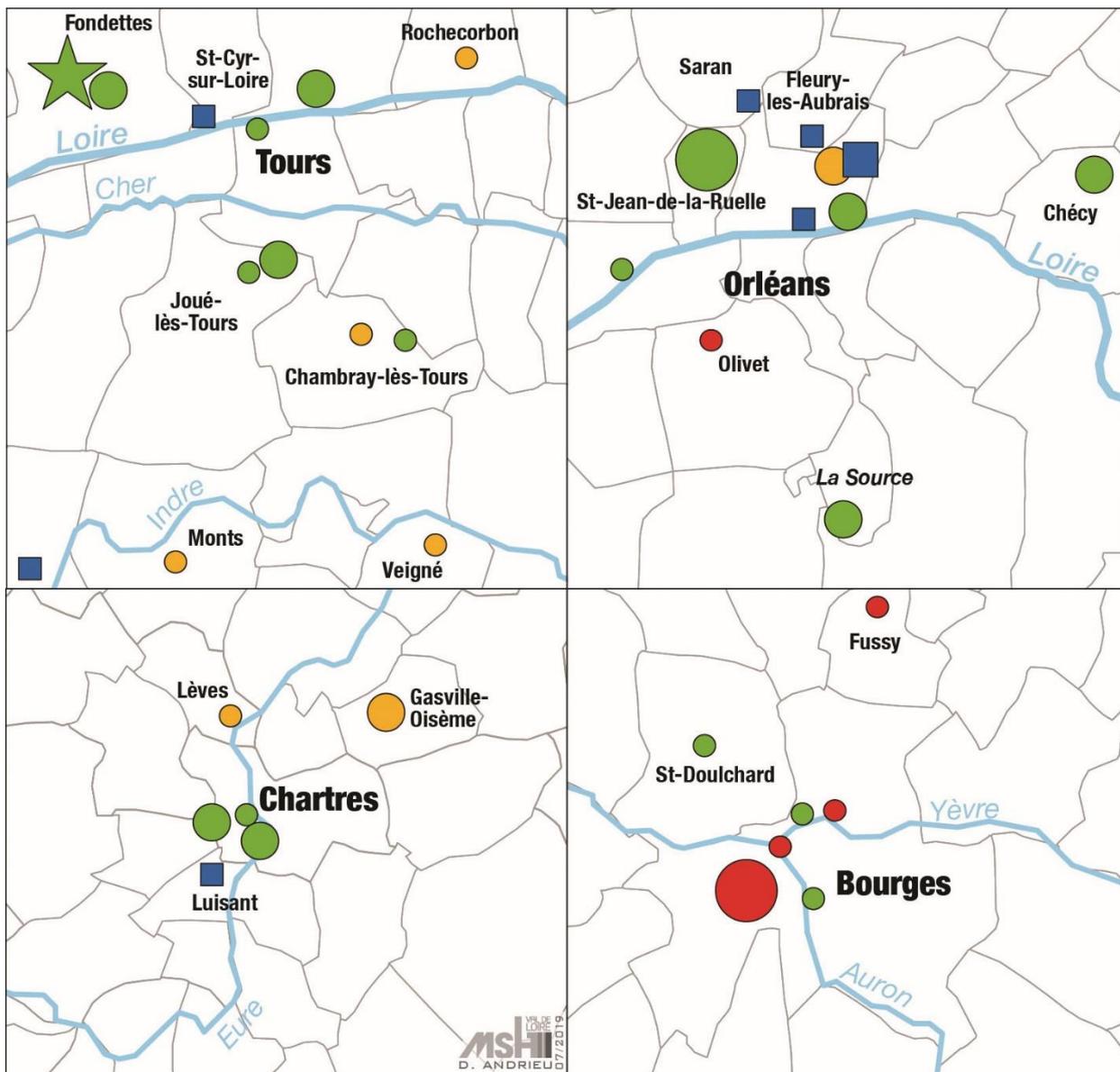


Figure 4 : Détail de la répartition de l'hébergement temporaire, par type de public, type d'établissement et capacité



	Personnes âgées autonomes	Personnes âgées dépendantes et personnes Alzheimer	Personnes Alzheimer ou maladies apparentées	Personnes âgées dépendantes
de 1 à 3 places	■	●	●	●
de 4 à 10 places	■		●	●
de 11 à 31 places		●	●	● ★

Catégories d'établissements

● EHPAD

★ EHPA percevant des crédits de l'Assurance maladie

■ Résidences autonomie

— Limite de commune

Sources : ARS, Répertoire opérationnel des ressources, IGN GEOFLA.



MSH
D. ANDRIEU
07/2019

(Indice de lecture pour les cartes et légendes : il existe des résidences autonomie et des EHPA qui accueillent des personnes âgées autonomes pour moins de 3 places = petits carrés et triangles bleus. Ou encore : il existe des EHPA avec crédits de l'Assurance maladie et des EHPAD accueillant des personnes âgées dépendantes pour plus de 11 places = gros ronds et étoiles verts).

En lien avec les objectifs de l'étude, **il convient d'explorer plus précisément les répartitions spatiales liées à différents publics**. En reprenant la carte régionale, nous avons tracé des zones colorées qui mettent en valeur le regroupement ou la dispersion des offres pour ces publics spécifiques.

Ainsi, si nous nous concentrons sur **l'offre d'hébergement temporaire pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées** (pictogrammes ronds, jaunes et rouges), les zones sont réparties comme suit :

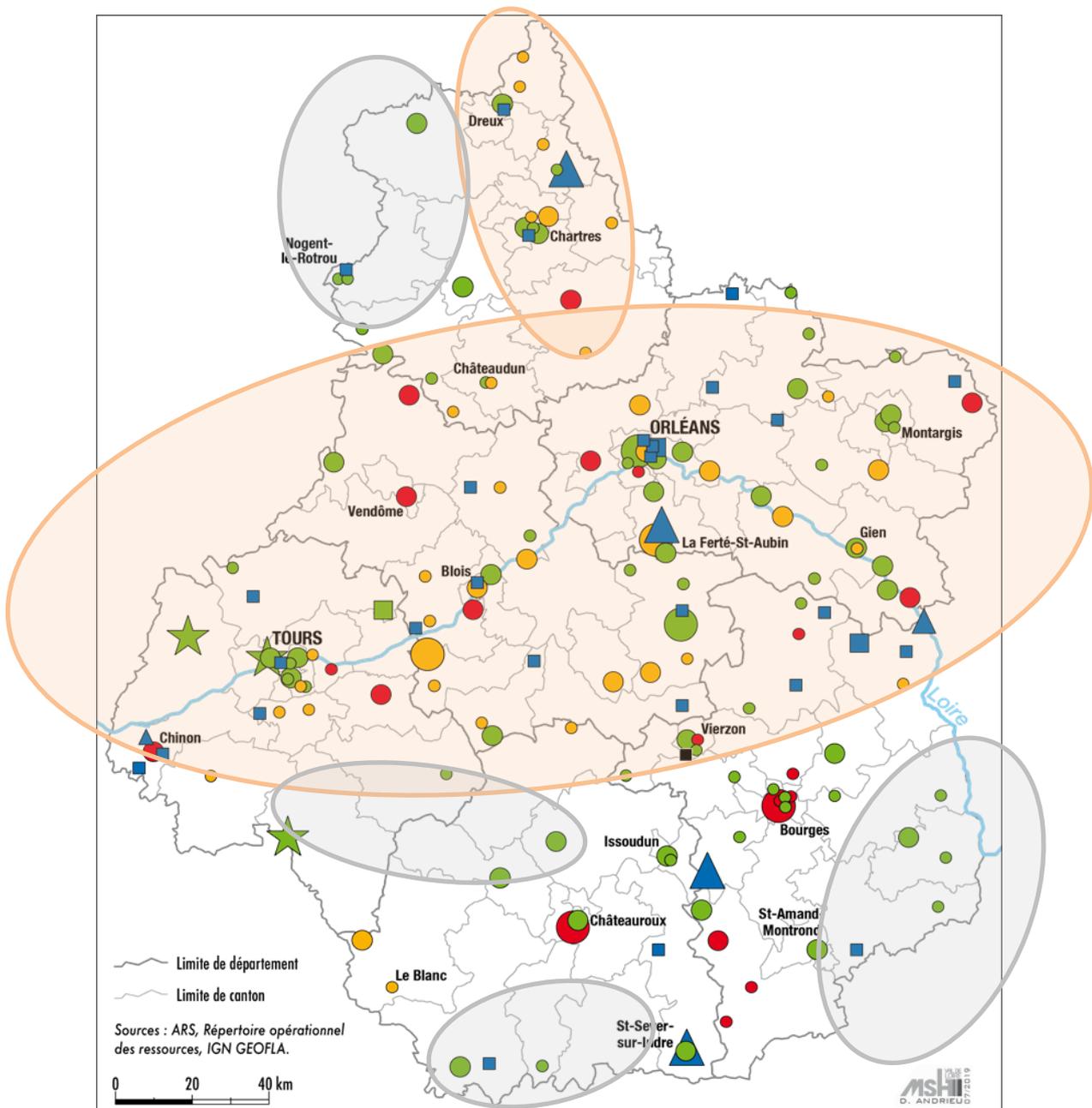


Figure 5 : Visualisation des zones les plus riches et les moins riches en hébergement temporaire pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

Les zones orangées permettent de visualiser les secteurs où le nombre d'établissements proposant de l'hébergement temporaire aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées est le plus important. Les zones grisées font quant à elles apparaître des secteurs où les hébergements temporaires pour ce type de public ne sont pas présents. Il pourrait cependant être intéressant de regarder ces zones à l'aune des caractéristiques de ces territoires et de leur population (densité, prévalence de la maladie d'Alzheimer, etc.). Cet aspect sera abordé dans la partie qualitative du rapport.

Si nous regardons à présent **l'offre d'hébergement temporaire pour les personnes âgées autonomes** (pictogrammes bleus, carrés et triangles), la répartition suit cette tendance :

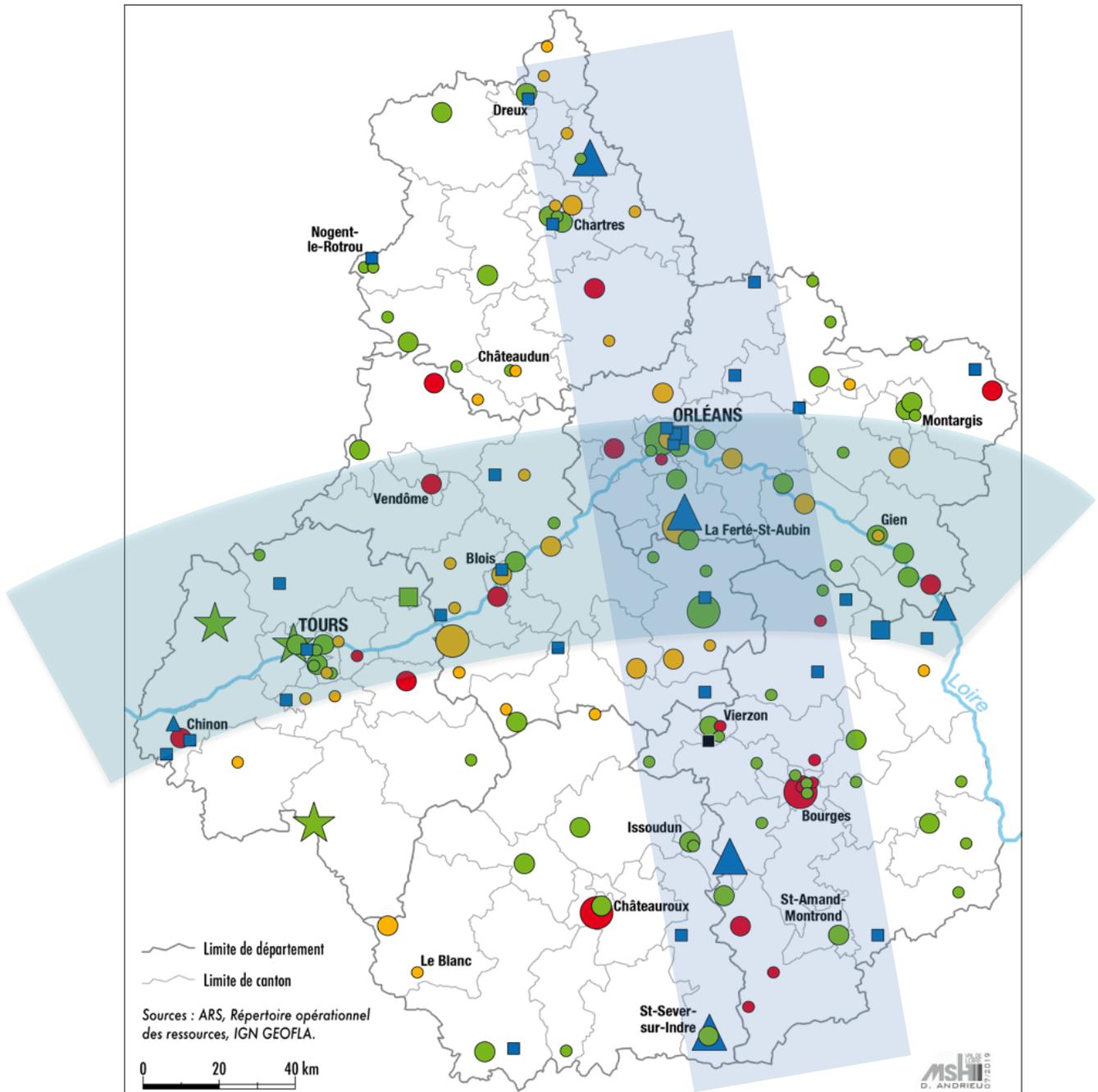


Figure 6 : Visualisation des zones les plus riches en hébergement temporaire pour les personnes âgées autonomes

La répartition de l'offre pour les personnes âgées autonomes prend la forme d'une croix. Elle suit largement l'axe ligérien et traverse d'autre part la région selon un axe globalement nord-sud. Le quart sud-ouest de la région n'offre pas ce type d'accueil, à l'exception d'une résidence autonomie dans le sud de l'Indre (à Roussines). Le quart nord-ouest en est également dépourvu, à part à Nogent-le-Rotrou (28).

Cette approche par zonage ne donne qu'une vision partielle de ce qu'est l'offre d'hébergement temporaire. En effet, il convient désormais de regarder plus précisément ces zones où la densité de l'offre semble plus importante. Le fichier actualisé a permis de connaître l'offre, en termes de places, pour chacun des établissements. Ainsi, il est possible de calculer la somme des places d'hébergement temporaire sur un espace donné.

Nous avons choisi d'opérer des regroupements à l'échelle des cantons, puis, à partir des données de l'INSEE²³, de regarder sur chacun de ces cantons le nombre de places à l'aune du nombre de public potentiel de ces hébergements, à savoir la population de personnes âgées de plus de 75 ans.

Ceci permet de visualiser l'offre réelle actuelle (les hébergements) au regard du besoin (les personnes âgées de 75 ans et plus). Ce rapport évite une cartographie de l'effectif de personnes âgées de plus de 75 ans par canton ou de son pourcentage. En effet la représentation de cette classe d'âge ne donne pas à elle seule une information suffisamment complète, puisque sa géographie est influencée par la forte population des villes.

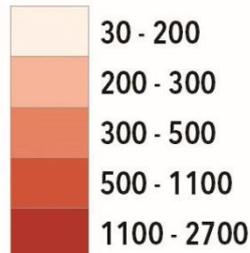
Il faut néanmoins se prémunir d'une interprétation trop restrictive de la présentation cartographique. La rigidité du maillage cartographié est à tempérer par la mobilité potentielle des personnes d'un canton vers un canton voisin (ou d'un EPCI vers un EPCI voisin). Aussi, **les conclusions tirées des cartes seront différentes en fonction de la physionomie du canton. Sur les cantons urbains, de petite taille, l'absence d'un équipement est moins préjudiciable pour la métropole ou l'agglomération où il est situé qu'un canton rural, plus vaste et moins bien équipé en moyens de transport.** Par exemple, l'éloignement des hébergements aux confins de l'Indre, de l'Indre-et-Loire et du Loir-et-Cher est relativement net. Nous pourrions citer d'autres localisations comme le cœur de l'Eure-et-Loir dans le triangle entre Dreux, Chartres et Nogent-le-Rotrou, ou encore l'extrême est du Loiret, ainsi que la Sologne en limite du Cher, Loir-et-Cher et Loiret, etc.

²³ INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Densité des personnes âgées par la capacité d'hébergement

Région Centre-Val de Loire par canton 2019

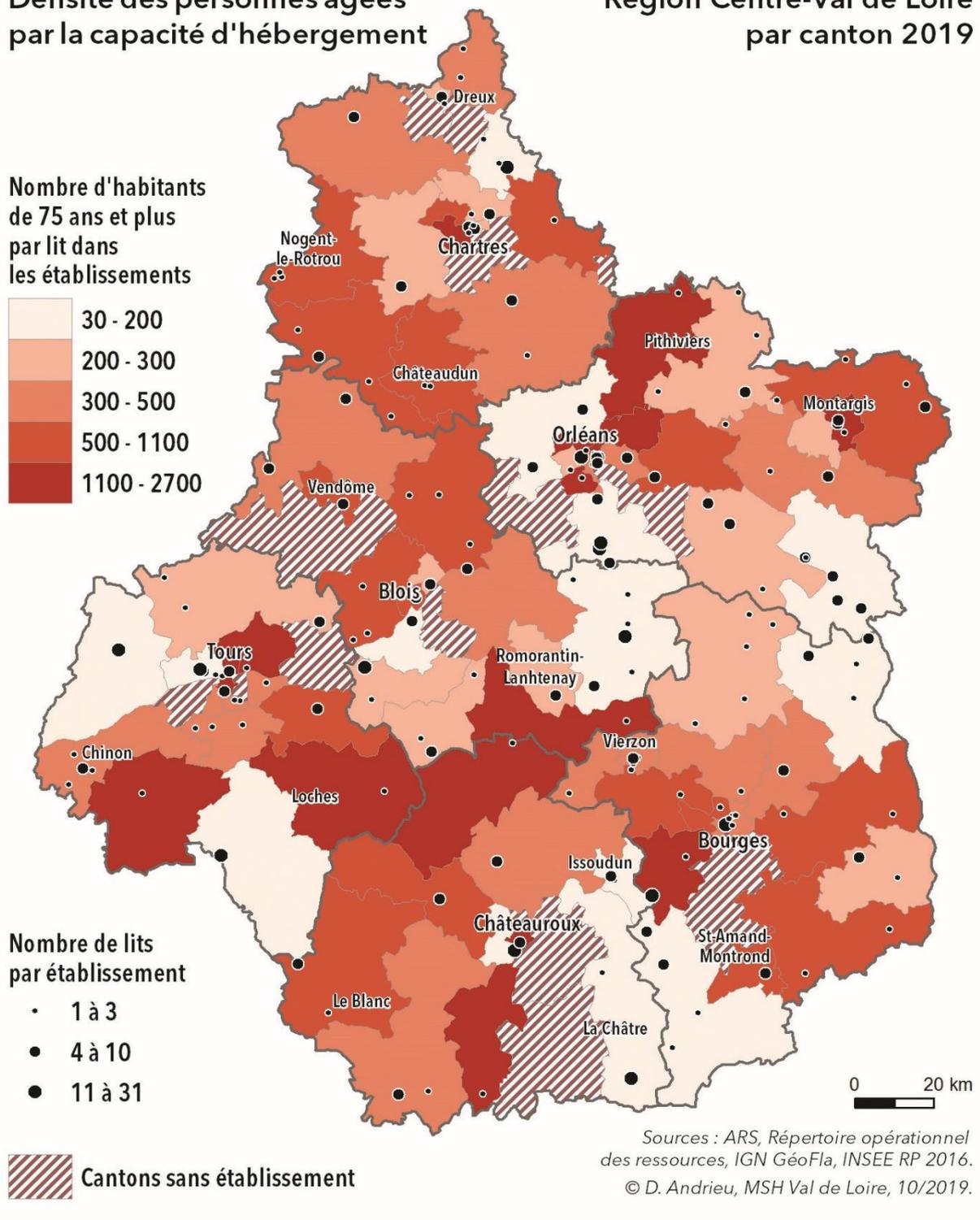
Nombre d'habitants de 75 ans et plus par lit dans les établissements



Nombre de lits par établissement

- 1 à 3
- 4 à 10
- 11 à 31

 Cantons sans établissement

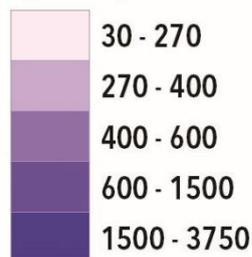


Le ratio décrit plus haut peut s'assimiler à un niveau d'équipement des cantons. Nous pouvons observer sur cette carte que, malgré le nombre d'établissements et de lits dans les cantons urbains d'Orléans et Tours, où la densité urbaine est très forte, le niveau d'équipement est plutôt faible (rouge vif) voire inexistant (hachuré) dans les limites de cantons. **Sur la région, le niveau d'équipement est très contrasté. Les confins des départements 37, 36 et 41 sont faiblement équipés comme quelques autres cantons ruraux. Mais les cantons urbains, ou périurbains montrent également des taux d'équipement très variés.**

Densité des personnes âgées par la capacité d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

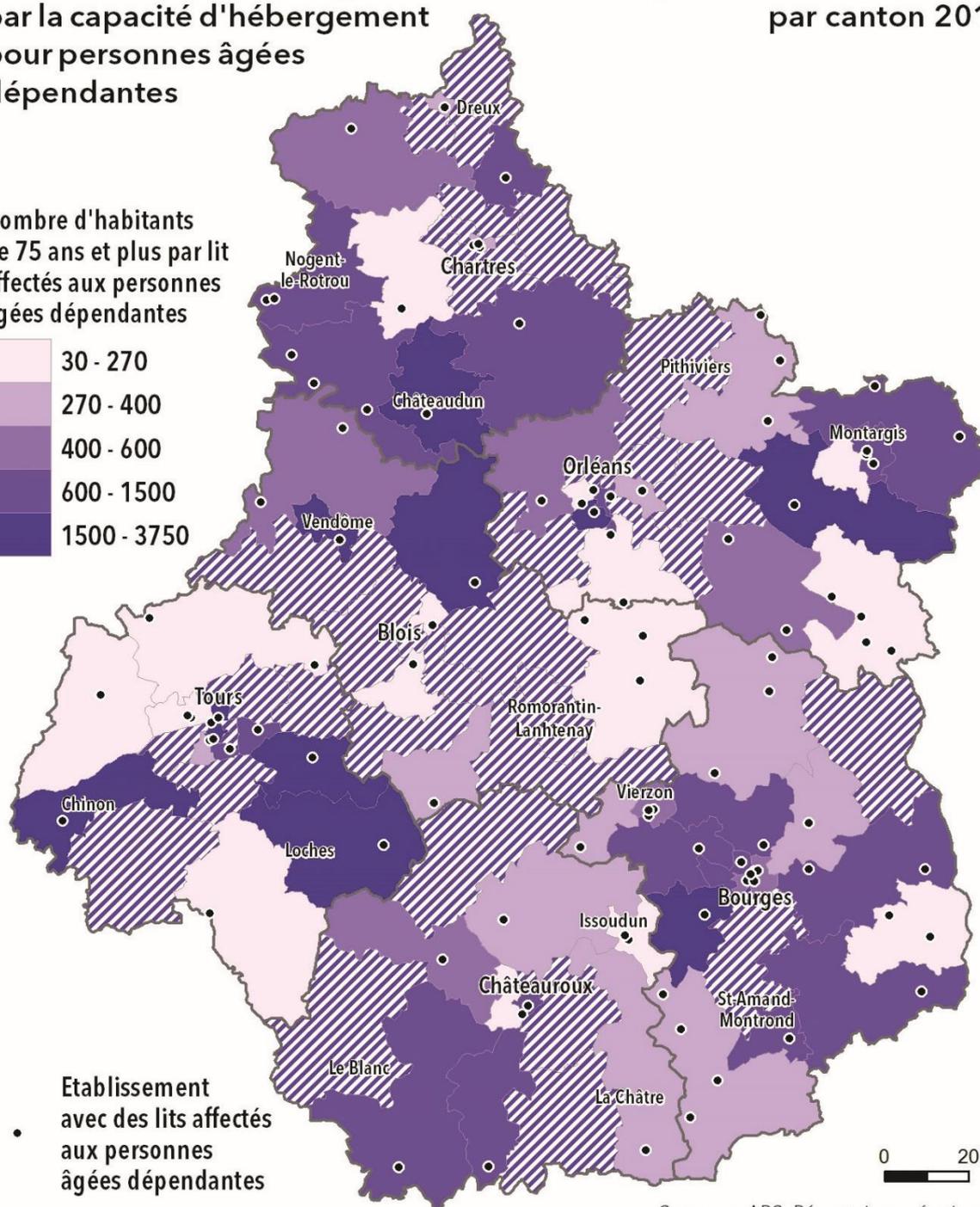
Région Centre-Val de Loire par canton 2019

Nombre d'habitants de 75 ans et plus par lit affectés aux personnes âgées dépendantes



● Etablissement avec des lits affectés aux personnes âgées dépendantes

▨ Canton sans lit affecté



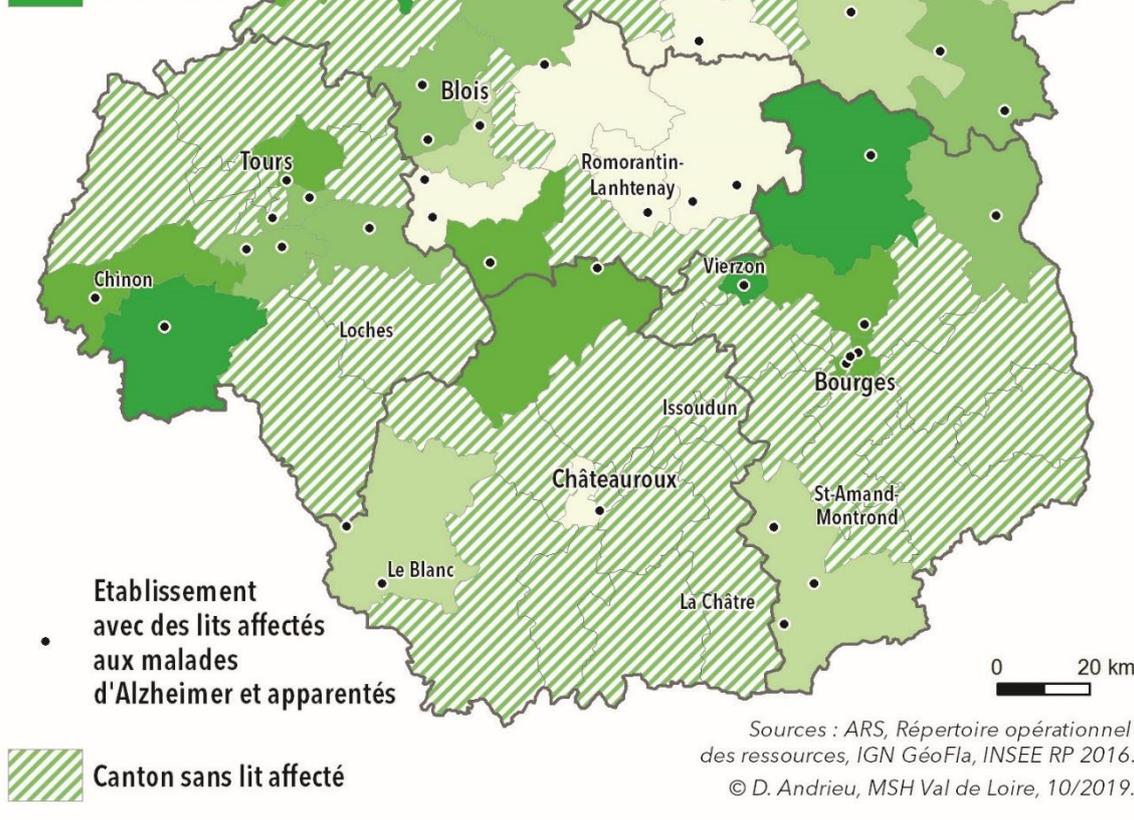
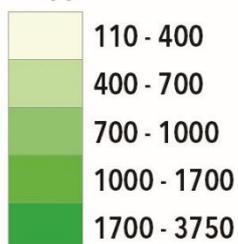
Sources : ARS, Répertoire opérationnel des ressources, IGN GéoFla, INSEE RP 2016.
© D. Andrieu, MSH Val de Loire, 10/2019.

En affinant le type d'offre d'hébergement en fonction du public, nous pouvons observer la couverture de l'offre pour les personnes âgées dépendantes, au regard du nombre d'habitants de plus de 75 ans, toujours selon un découpage cantonal. **Nombreux sont les cantons ne disposant d'aucune offre d'hébergement temporaire (hachurés) ou d'un faible niveau d'équipement pour ce public (couleur foncée).**

Densité des personnes âgées par la capacité d'hébergement pour malades d'Alzheimer et apparentés

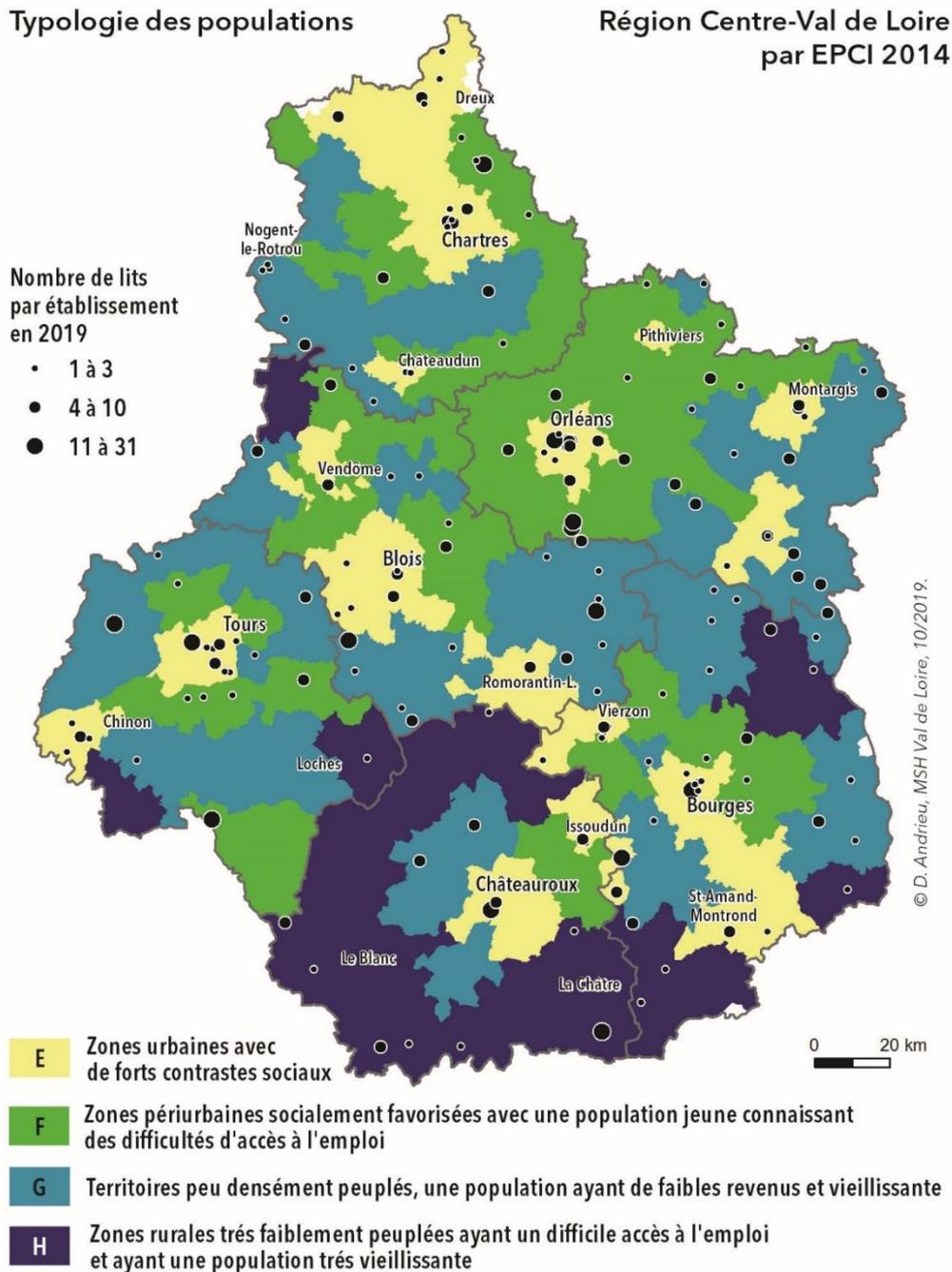
Région Centre-Val de Loire
par canton 2019

Nombre d'habitants de 75 ans et plus par lit affecté aux malades d'Alzheimer et apparentés



Concernant l'offre d'hébergement temporaire pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, les besoins semblent encore plus criants. A nouveau l'axe ligérien montre un taux d'équipement relativement bon. La Sologne apparaît aussi comme un territoire bien doté. Mais cette carte confirme les observations faites précédemment : **le territoire régional est émaillé de très grandes étendues (voir l'Indre et le Cher) sans aucun dispositif d'hébergement temporaire pour les personnes âgées atteintes de ces maladies dégénératives, et a fortiori pour leurs aidants.**

Afin de compléter l'analyse cartographique, il nous a paru intéressant de regarder la répartition de l'offre d'hébergement temporaire, quel que soit le public accueilli, au regard de la typologie des territoires sur laquelle elle est implantée. Les données concernant la typologie des EPCI sont tirées des travaux de l'Observatoire Régional de la Santé, « *Inégalités sociales et territoriales en santé en région Centre-Val de Loire* » (2015)²⁴. Nous pouvons ainsi observer que la majorité des équipements sont implantés dans des territoires urbains, ou périurbains, c'est-à-dire des endroits où les niveaux de vie sont globalement plus élevés, et le taux de personnes âgées proportionnellement à la totalité de la population, plus faible.



Sources : "Les inégalités sociales et territoriales de santé en région Centre-Val de Loire" ARS édition 2015, Répertoire opérationnel des ressources, IGN GéoFla.

²⁴ Les données chiffrées des différentes valeurs permettant de constituer les typologies d'EPCI nous ont été mises à disposition par l'ORS.

2.2. LES ENJEUX DEPARTEMENTAUX DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Nous l'avons vu précédemment, les départements interviennent sur deux niveaux concernant l'hébergement temporaire. D'une part, ils organisent et autorisent, en lien avec l'ARS, l'offre et la répartition, ainsi que la spécificité – par exemple identifiée pour malades d'Alzheimer – des places sur le territoire. D'autre part, ils sont chargés de mettre en place les aides liées à l'APA, ils interviennent donc également sur un volet financier.

La problématique du grand âge et de la très grande dépendance semble être une préoccupation majeure, tant pour les départements que pour les directions d'établissement. La prise en charge de personnes qui entrent aujourd'hui à l'EHPAD à l'âge de 85 ans²⁵ ou 90 ans²⁶ est différente de celle des personnes arrivant à 70 ou 75 ans il y a quelques décennies. Les politiques de maintien à domicile, avec l'apport d'aide humaine et matérielle (aménagement du domicile, aide technique), permettent aux personnes âgées d'y rester dans de meilleures conditions. Les services APA des Conseils Départementaux sont bien identifiés comme des services d'appui au maintien à domicile. Dans les Conseils Départementaux, certains interlocuteurs pensent que dans ce contexte, l'hébergement temporaire est une modalité du soutien à domicile, mais prisée principalement par les aidants. Dans cet esprit, les personnes âgées ne souhaiteraient pas quitter leur domicile, ou auraient peur d'être laissées ensuite en EHPAD. C'est pourquoi les services départementaux préconisent de conduire des évaluations qui prennent bien en compte la volonté du bénéficiaire APA :

« C'est un mode d'hébergement satisfaisant surtout pour les aidants, même si on utilise l'aide au répit avec des heures en plus dans le plan d'aide pour le domicile. Les personnes âgées n'ont pas tellement envie de l'hébergement temporaire parce qu'elles ont peur d'y rester ... Si ça vient d'elles, OK. Mais si ça vient des enfants, des aidants... Les personnes âgées ont peur d'être laissées ensuite en EHPAD, il y a cette crainte. Il faut une réactivité des travailleurs sociaux et des services. Dès qu'on nous en fait la demande. C'est l'évaluateur qui va discuter avec la personne, la volonté du bénéficiaire APA. »

Les études sur la problématique des aidants montrent²⁷, et nous le verrons tout au long du document, que le répit doit parfois être « imposé » par un tiers, lorsque l'aidant est épuisé. Les personnes aidées, au demeurant, n'ont pas toujours conscience de l'état de fatigue de leur aidant et du fardeau que la tâche d'aidant représente. Par ailleurs, d'après les directions d'établissement, la demande de sécurisation de la personne physique de l'aidé est très prégnante dans les motifs d'entrée. La peur de la chute, du comportement à risque, la peur « qu'il arrive quelque chose » poussent souvent les familles à préférer un mode d'hébergement qui ne correspond pas toujours à la demande de la personne âgée souhaitant rester à domicile. Cependant, la personne âgée et sa parole doivent être prises en compte. On assiste à une

²⁵ Age moyen d'entrée en EHPAD, en 2015, selon la DRESS. « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Études et résultats*, p 6 [repéré à :] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

²⁶ Encore selon la Dress, 35% des résidents en institution (tout type confondu) en 2015 a plus de 90 ans. « 728 000 résidents... » Op cit. p 2.

²⁷ CREAL Centre-Val de Loire, 2019, *Quand les aidants ont besoin d'aide, Etude sur les dispositifs d'aide aux aidants en région Centre-Val de Loire*, Orléans, 117p.

tension entre d'un côté la protection, la sécurisation des personnes vulnérables, et de l'autre le respect de leur souhait de vie, le tout devant aussi prendre en compte le besoin de répit des aidants.

« Une dame qui nous a fait vivre l'enfer pendant trois jours, on n'a rien trouvé pour susciter son intérêt. Elle disait "c'est très bien chez vous... mais c'est pas pour moi". C'était son fils qui trouvait qu'elle se mettait en danger, qu'elle passait son temps dans ses vergers. Mais c'était toute sa vie. On est confronté le plus souvent au décalage entre le souhait des enfants de sécuriser leurs parents et ceux-ci qui ne veulent pas de l'hébergement temporaire ou permanent. »

2.2.1. La politique territoriale de l'hébergement temporaire

La réflexion sur le maintien à domicile dépasse la seule question de l'hébergement temporaire. Elle prend en compte plus largement le soutien aux aidants, mais elle amène aussi les services de l'offre médico-sociale et les directions à réfléchir à la faisabilité de l'accueil de nuit (il n'existe officiellement qu'un seul accueil de nuit de 2 places dans le Loiret), de l'EHPAD « hors les murs », voire du relayage à domicile. Les plateformes d'accompagnement et de répit aux aidants font aussi partie du panel de soutien aux proches de personnes âgées dépendantes.

Pour rappel, l'EHPAD hors les murs fonctionne comme une plateforme de ressources pour le domicile, à travers l'externalisation de certaines prestations de l'EHPAD destinées à des personnes âgées dépendantes prises en charge au domicile (coordination des actions, intervention de l'IDE, la nuit, en fin de semaine et les jours fériés, intervention du médecin coordonnateur de l'EHPAD, en lien avec le médecin traitant, etc.). Le relayage à domicile (un même intervenant à domicile plus de 48h consécutives) n'a pas encore de base réglementaire, ou seulement à titre expérimental, mais certaines structures proposent de l'accueil temporaire à domicile (plusieurs heures pendant la journée). Enfin, de façon générale, les plateformes d'accompagnement et de répit apportent de l'information pour aider les proches à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer et de toute autre maladie entraînant une perte d'autonomie, un soutien aux proches aidants qui peut être individuel (soutien psychologique, conseils...), en groupe (pour partager les expériences, se soutenir, rompre l'isolement, pour renforcer des liens entre familles confrontées à la même situation), des solutions de répit (pour donner du temps libre au proche, lui permettant de vaquer à ses occupations, de prendre soin de sa santé et de se reposer)²⁸.

2.2.1.1. Les marges de manœuvre des départements sur les choix en termes de localisation de l'offre

Plusieurs départements, à l'occasion de la révision de leur schéma d'autonomie, se penchent sur la question de la répartition territoriale. Ils sont également conscients que les places autorisées ne sont pas toujours positionnées aux endroits où le besoin est le plus criant. La répartition des places, en fonction des publics accueillis, n'est pas non plus toujours opérante. Il est difficile pour les directions de concevoir l'accueil d'une personne âgée dépendante dans un hébergement temporaire orienté pour accueillir des malades d'Alzheimer, même s'il est à proximité du domicile.

²⁸ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/points-dinformation-de-proximite/les-plateformes-daccompagnement-et-de-repit>

« Après, c'est une logique, aussi, de se dire, on va centraliser vers les villes préfectorales ou sous-préfectorales, de telle manière que quoi qu'il arrive, on ne soit pas si éloignés que ça, on est à l'horizon de 30 km autour, pour pouvoir accéder à l'hébergement temporaire ».

Dans l'Indre-et-Loire, par exemple, un diagnostic préalable au nouveau schéma de l'autonomie 2018-2020 a permis une analyse précise des besoins de la population très âgée, et la répartition de l'offre d'hébergement temporaire, en détaillant des ratios de places par communautés de communes, en fonction de la population des personnes de plus de 75 ans.

Aujourd'hui, légalement, les établissements n'ont plus d'obligation, comme à une certaine période, d'inscrire un pourcentage de leurs places en temporaire. Mais les départements se saisissent des négociations en CPOM, ou des restructurations, pour « inciter » les directions à proposer ce type d'accueil, à la marge, afin de faire davantage correspondre l'offre et le besoin.

Partout, l'hébergement temporaire est pensé comme une offre supplémentaire dans le panel du maintien à domicile (des interventions des services à domicile à l'aménagement de l'environnement) et comme une possibilité d'apporter un soutien aux aidants, dans une approche plus continue que pour l'accueil de jour. Mais la question de la répartition territoriale de l'offre est une préoccupation pour ces deux types d'accueil temporaire.

L'offre d'hébergement temporaire est multiple. En plus des EHPAD et des EHPA, elle se développe dans les résidences autonomie. Lorsque c'est le cas, la personne peut soit transférer ses aides humaines au sein de l'établissement, soit son plan d'aide APA à domicile lui sert à financer une partie des frais d'hébergement temporaire. A certains endroits, comme dans l'Indre par exemple, l'hébergement temporaire peut également être proposé dans le cadre de l'accueil familial. Là encore, l'APA à domicile aide à prendre en charge une partie des frais d'hébergement.

« Et sur l'accueil temporaire, nous avons aussi trois accueillants familiaux (sur un total de 141 places) qui réservent toujours une place pour faire de l'accueil temporaire, ou pour faire des remplacements entre collègues ».

D'autres acteurs commencent à développer une offre en matière d'hébergement temporaire, mais celle-ci échappe au contrôle des autorités, ce sont les résidences services. En effet, certains départements sont préoccupés par un fort développement de leur implantation car elles aussi proposent des séjours d'hébergement temporaire (avec un système de loyer), mais qui ne nécessitent pas l'autorisation ni du département, ni de l'ARS. La difficulté est d'une part l'absence de visibilité de cette offre alternative, mais aussi le manque de transparence sur la coordination avec les professionnels du champ des personnes âgées des territoires. Par exemple, les résidences services externalisent pour pouvoir assurer la prise en charge de la dépendance de leurs résidents, et sont alors très mobilisatrices de plans d'aide APA à domicile, pour l'intervention de SSAD. Ces implantations peuvent donc avoir un impact non négligeable sur les volumes de plans d'aide des départements, mais ces derniers n'ont pas « la main » sur le développement des résidences services.

2.2.1.2. L'utilisation des places

Les difficultés soulevées par les directions des établissements, quant aux contraintes de l'hébergement temporaire, ne sont pas inconnues des services départementaux. Ils savent qu'à certains endroits, les places sont sous-occupées, ou alors que les gestionnaires d'établissement instaurent des conditions restrictives comme des limites minimales de durée d'accueil.

Certains EHPAD accueillent pour quelques jours (minimum 4, équivalent à un grand weekend avec entrée le vendredi et sortie le lundi), de préférence des personnes déjà connues de l'établissement. Beaucoup d'EHPAD imposent une limite inférieure qui peut être d'1 ou 2 semaines, voire un mois pour certains.

« Les accueils temporaires d'un weekend, ou de séjour d'une semaine, il y a des places qui ne sont pas ouvertes parce que c'est trop de logistique pour très peu d'utilisation. Ça peut se défendre, maintenant, c'était pas l'esprit quand on mettait en place des places d'accueil temporaire. Pour l'accueil de répit, c'est pas le jeu de dire, « Ben, c'est pour trois semaines ». C'est rare quand on a besoin de trois semaines d'un coup. Ce qu'on demande aux accueils temporaires, c'est de la réactivité et de pouvoir compenser quand on a un aidant qui fatigue ou une situation un peu critique à domicile »

Certains départements, comme ici en Indre-et-Loire, identifient la difficulté des établissements à « remplir » leur hébergement temporaire, lorsque l'offre n'est pas dissociée de l'hébergement permanent. C'est pourquoi ce département a développé plus fortement qu'ailleurs des résidences d'hébergement temporaire, où il n'y a pas de proposition de permanent. Tous les résidents qui s'y côtoient viennent temporairement.

« Mais l'EHPAD et l'hébergement temporaire, même si c'est pour 15 jours, les gens ont l'impression de rentrer "à l'EHPAD", y mettre déjà un pied, c'est pas anodin. C'est pour ces raisons que les places disséminées fonctionnent moins bien. Et puis ça dépend de l'établissement... quand les chambres ne sont pas identifiées, un Girage qui ne correspond pas à l'EHPAD... l'image atténuée le besoin de répit. Ce n'est pas le cas dans les Sépia. »

Le département de l'Indre-et-Loire défend également l'idée de projet institutionnel autour de l'hébergement temporaire. Et ce projet est corrélé, aux yeux des interlocuteurs, au nombre de places dans le même établissement. Il est effectivement plus difficile d'avoir une attention particulière et personnalisée, une dynamique institutionnelle attentive au projet des résidents temporaires, lorsqu'ils sont noyés dans la masse des résidents permanents. Les accueils de jour, regroupés par un seuil minimum de places, sont pris en exemple.

« L'autre difficulté, c'est que même s'il y a un projet... le réfectoire est collectif, c'est le fonctionnement normal de l'EHPAD. Alors que quand il y a 5 ou 6 places, il y a une volonté particulière vis-à-vis de ces résidents-là. Les structures de l'hébergement temporaire se sont mises en réseau, avec une volonté de progresser, de faire progresser, de changer l'image de l'hébergement temporaire, et permettre, par le réseau, d'envoyer les personnes en fonction des places, la géographie. Les accueils de jour, avec les regroupements de place, ça les a obligés à penser un vrai projet. Il faut changer la vision de l'hébergement temporaire. »

2.2.2. La politique de financement de l'hébergement temporaire

Concernant l'articulation entre les politiques d'APA et l'hébergement temporaire, les modes d'application sont variables d'un département à l'autre. Certains départements ont des applications plus restrictives que ce qu'il est indiqué dans la loi, afin de plafonner l'aide. Il est courant de voir un plafonnement à 30 jours, mais renouvelables, afin d'éviter d'avoir des hébergements temporaires de 90 jours d'emblée, qui peut s'apparenter à du « permanent déguisé ».

Certains départements font le choix de systématiser l'inscription de l'hébergement temporaire sur le rapport d'évaluation APA et sur le plan d'aide, dès lors qu'une APA à domicile est sollicitée, et même si elle ne concerne que des services qui se tiennent réellement à domicile (portage de repas, aide à domicile). Cela permet, en cas de besoin, d'être administrativement plus réactif, en évitant les délais d'instruction pour une nouvelle demande. Les travailleurs sociaux ou évaluateurs APA sont généralement incités par leurs services à présenter le principe de l'hébergement temporaire, lors des évaluations ou rencontres dans le cadre de l'APA. Certains départements demandent à leurs agents d'en parler systématiquement, d'autres s'appuient sur l'expertise de leurs professionnels, pour juger de l'opportunité d'une telle proposition.

Le plan d'aide de l'APA à domicile est établi, avec le montant de l'aide financière correspondante. Lorsque la personne prévoit son séjour à l'hébergement temporaire, l'établissement s'assure de l'inscription de l'hébergement temporaire dans le plan d'aide. Sur le temps du séjour, le reliquat sur le mois des aides financières habituellement dédiées aux services à domicile va être mis au profit de l'hébergement temporaire.

Prenons un cas pratique : si une personne âgée avec un niveau de dépendance évalué GIR 3 (soit une aide maximale de 994 euros par mois), part en hébergement temporaire pour quinze jours, soit la moitié du mois, alors 496 euros pourront être consacrés au financement de son séjour, mais elle devra avancer les frais et sera remboursée sur facture acquittée (à la différence de l'APA établissement).

Dans le cadre du droit au répit de l'aidant, les départements ont mis en place des procédures qui incitent les demandeurs de l'APA à recourir à l'hébergement temporaire au titre du répit de l'aidant (l'aide maximale accordée en fonction du GIR peut être déplafonnée à hauteur d'un peu moins de 500 euros par an). Mais la mise en œuvre de l'enveloppe de 990 euros en cas d'hospitalisation de l'aidant n'est pas une constante.

« Question : Et si l'aidant principal est hospitalisé ?

Réponse : De déplafonner pour financer l'hébergement temporaire de l'usager resté à domicile ? Nous, on a fait le choix dans notre département de ne pas le faire valoir, parce que cette loi a été très peu compensée par l'Etat. Déjà, la hausse des allocations, au niveau des enveloppes, on fait déjà un bond. En plus, le répit de 500 euros et plus, pour nous, budgétairement ça passait pas. D'autant qu'à ce moment-là, il a fallu réviser l'ensemble des plans d'aide. Donc on va se heurter à l'impossibilité d'augmenter les plans de nos 400 bénéficiaires. Jusqu'à preuve du contraire, c'est une disposition de la loi, qu'on ne fait pas valoir. Et c'est une usine à gaz à gérer : ça suppose de tracer les aidants, de définir qui est l'aidant principal, nos logiciels métiers ne nous permettent pas de les tracer encore ».

Seul le département de l'Indre-et-Loire procède autrement pour l'aide au financement de l'hébergement temporaire dans le cadre de l'APA. Ici, le département a choisi de ne pas imposer de tarifs règlementés des hébergements temporaires (bien que très généralement, les prix soient alignés sur l'hébergement permanent dans les établissements habilités à l'aide sociale), mais en revanche, une aide

forfaitaire de 35,30 € par jour pour l'hébergement temporaire est attribuée systématiquement à toutes les personnes qui demandent l'APA (dans une limite de 30 jours renouvelables). Avec certains établissements, cette aide est versée directement aux EHPAD, les résidents n'ont pas à l'avancer.

« Question : et pour vous, c'était un engagement financier important ?

Réponse : Ah, ben oui, quand même. J'ai les factures [de l'hébergement temporaire]. J'avais une participation de l'APA, et une petite participation du CCAS (1 € par jour). Alors, en 2014, forfait hébergement, en GIR 4 : 78 € par jour. C'était 78 €, je crois que maintenant, c'est 82, peut-être 87 €. Ça dépend aussi du GIR.

Question : mais l'aide de l'APA, c'était combien par jour ?

Réponse : C'était 31,45 € par jour. Là par exemple, je suis restée 11 jours : de l'APA, j'avais 346 €. Mais c'est déduit directement de la facture. »

Celle du droit au répit de l'aidant représente, elle, jusqu'à 65 euros par jour. De la même façon, cette aide peut être versée directement à certaines structures, les résidents n'ont pas à avancer les frais. Dans l'absolu, l'aide APA de 35,30 euros et celle du répit de l'aidant doivent pouvoir se cumuler.

« Question : Est-ce qu'il vous restait quelque chose à payer ?

Réponse : Oui, mais ils en payaient une grosse partie. Pour 7 jours, j'ai dû payer 150 € de ma poche. Ça devait être à peu près 80,90 € par jour²⁹. Et eux, ils donnent 50,54 € par jour de tarif journalier net. Donc je suis partie le samedi et je suis rentrée le vendredi. »

2.2.3. La solvabilité des résidents de l'hébergement temporaire

La question des aides financières et de la solvabilité des résidents est très souvent soulignée par les directions d'établissement.

« Sauf erreur de ma part, la retraite moyenne sur le département du Cher est de 800 €. Si on prend un séjour à 1700 € selon les établissements... L'observation que je fais, c'est que c'est fini, les personnes qui passent l'hiver en EHPAD pour sortir au printemps... Les personnes rentrent de plus en plus tard, quand toutes les ressources sont épuisées au domicile, et les entrées sont compliquées, sont subies. L'aidant s'épuise quand la personne est à domicile, mais s'épuise aussi lorsque la personne mobilise des dispositifs d'hébergement temporaire, car il est inquiet financièrement. »

2.2.3.1. Les aidés largement dépassés par les aspects administratifs et financiers

Dans le cadre des entretiens individuels, sur les 7 personnes âgées rencontrées dans ce cadre, toutes avaient plus de 88 ans. Deux personnes aidées rencontrées géraient seules leurs papiers administratifs et leur budget. Une autre personne aidée, âgée de 98 ans, présente lors de l'entretien avec sa conjointe aidante de 85 ans, était aussi au fait des dépenses engendrées par l'hébergement temporaire.

Mais dans la grande majorité, les personnes aidées n'avaient pas de connaissances particulières sur la façon dont était financé leur hébergement.

« Question : Est-ce que c'est vous qui faites les papiers ? L'administration ?

²⁹ Les aidants répondent sans avoir toujours leurs papiers sous les yeux. Certaines données peuvent demeurer approximatives.

Réponse : Ça doit être ma petite-fille.

Question : Est-ce que vous savez combien ça coûte, de venir ici ?

Réponse : Moi, je ne sais pas. Elle s'en occupe. »

Il semble y avoir une forme d'évidence au « lâcher-prise » sur la question de l'administration dans son ensemble, chez la majorité des personnes très âgées rencontrées. D'un point de vue cognitif, toutes étaient en capacité de tenir une conversation, d'apporter des éléments biographiques. Parfois, seulement, les événements plus récents, sur le domaine de leur santé ou de l'organisation des aides à domicile par exemple, étaient plus confus. Mais sur la question des dossiers, des évaluations, des « paperasses », nombres de personnes aidées étaient dépassées.

« Question : Ce que vous percevez pour la retraite, ça suffit pour payer la maison de repos³⁰ ? Est-ce que vous savez si vos enfants contribuent à payer la maison de repos ? Vous en avez parlé avec eux ?

Aidée : Non.

Question : Et ça vous intéresse de savoir ?

Aidée : Je veux bien, oui, savoir combien que ça coûte.

Aidante : Eh bien, non, on ne participe pas. Ça te coûte beaucoup plus cher que ta retraite. De toute façon, ta retraite est toute petite, ensuite il y a de l'argent de placé, donc voilà. »

2.2.3.2. Des aidants préoccupés par les aspects administratifs et financiers

Les aidants, de leur côté, sont très au fait de ces questions. En fonction des revenus des personnes, la perception des dépenses concernant l'hébergement temporaire peut être très différente.

« Question : Et au niveau financier, quelle aide vous aviez ?

Réponse : Pour l'ensemble des frais, j'avais une aide à 10%. Si j'avais pris les repas j'aurais eu 10%. Pour l'hébergement temporaire, c'était ça aussi, 10% des frais. Idem pour les aménagements et aides techniques.

Question : Et ça représentait une somme conséquente pour vous ?

Réponse : Ben, ça allait. C'était plus ou moins la moitié de ce que je paie aujourd'hui³¹. »

La question de l'antériorité de la demande d'APA à domicile a un impact non négligeable sur la perception de la situation et ses conséquences financières. Ici, il n'y avait pas de dossier APA à domicile préexistant pour un monsieur porteur d'une maladie dégénérative. Au moment où l'épuisement de l'aidante a été constaté par son médecin traitant et ses enfants, et donc son répit nécessaire et relativement urgent, le dossier APA n'était pas constitué.

« Mon mari, son dossier APA n'était pas fait, le médecin n'avait jamais le temps, et aussi, comme mon mari faisait lui-même ses actes quotidiens. Il n'y a qu'à l'hôpital que les assistantes sociales ont fait évaluer le GIR, aussi par rapport à l'établissement où il irait. Pour l'APA, je me suis renseignée de tous les côtés. Mais on m'a dit que ça ne marcherait pas pour le temporaire. Et puis l'APA, ça ne va pas chercher loin quand il faut sortir, pour le temporaire, près de 2000 € par mois. L'APA, ça règle pas les problèmes. Nous sommes des retraités moyens, il est bien évident que nous vivions à deux dans une maison... et c'est

³⁰ L'aidante présente lors de l'entretien a demandé à mi-voix que l'on n'évoque pas le terme d'EHPAD. Elle a présenté à sa mère l'hébergement temporaire comme un séjour en maison de repos.

³¹ Depuis, l'aidée est entrée dans un hébergement permanent.

pas parce que j'aurais économisé quelques euros en nourriture que je pouvais économiser sur nos retraites 2000 € pour l'EHPAD. »

D'autres éléments entrent également en compte, comme la composition du ménage de la personne aidée et la situation du conjoint. En effet, lorsqu'un conjoint vit à domicile, il continue de devoir assumer la charge financière du ménage pendant l'hébergement temporaire de son aidé, mais également un certain nombre de charges dues à la dépendance de l'aidé.

« Mais le problème dans cet établissement, c'est qu'il ne le prennent pas moins de 7 jours. Et moi, 7 jours, ça me fait un gros budget. A Noël, avec l'accueil de jour et le reste... pour le mois, ça me fait un budget de 1000 €, et là, c'est pas possible. Le gros problème, c'est ça. D'autant qu'il n'y a pas beaucoup de lits, ce qui permettrait de tourner davantage... 2 ou 3 jours, moi, ça me suffirait pour être relax, quoi. Et là, y'a pas moyen. Et si c'est 7 jours, ce qui fait un coût dans le budget, et je suis obligée de me serrer la ceinture le mois d'après, voire de payer en trois fois. »

Il faut rappeler que dans la majorité des départements, les résidents avancent leurs frais de séjour et sont remboursés ensuite par le Conseil Départemental, sur présentation des factures acquittées.

Globalement, **les dépenses dues à l'hébergement temporaire ne sont pas prévues dans les foyers, ce qui limite très probablement le recours à ce type d'offre.** Une autre difficulté s'y ajoute, c'est que **dans la plupart des départements, le résident de l'hébergement temporaire ne peut pas solliciter l'aide sociale à l'hébergement (ASH), compte tenu soit du règlement d'aide sociale, soit des délais d'instruction des dossiers (de 6 à 9 mois).** Aussi, là où, pour l'hébergement permanent, le département verse directement l'ASH à l'établissement, ainsi que la part APA établissement, le résident de l'hébergement temporaire doit assumer la plus grosse partie des frais d'hébergement et doit avancer la somme de l'APA à domicile, qui lui sera ensuite remboursée sur présentation d'une facture acquittée. Cela rend les possibilités de recours à l'hébergement temporaire très inégales en fonction du niveau de vie des résidents et de leur entourage. **On assiste ainsi à une forme de double peine pour les personnes avec faible niveau de ressources et isolées.**

En synthèse...

La politique d'implantation et de financement de l'hébergement temporaire est liée aux départements. Ils interviennent sur le schéma territorial, sur les autorisations et sur le volet financier, en plus de la réglementation des aides liées à l'APA (en durée et en montant).

Ainsi, dans le cadre de l'APA, les choix des départements ont une incidence réelle sur les marges de manœuvre dans le recours à l'hébergement temporaire. C'est l'APA à domicile qui sert à financer en partie l'hébergement temporaire. Mais dans 5 départements sur 6, ce remboursement intervient sur présentation de la facture acquittée, ce qui implique une avance de frais par le résident. En revanche, en Indre-et-Loire, dans certains cas, un forfait de 35,30 € par jour est versé directement à l'établissement pour l'hébergement temporaire.

La solvabilité et le coût de l'hébergement temporaire sont une préoccupation constante dans le discours des aidants, d'autant que l'ASH ne peut généralement pas être mobilisée sur l'hébergement temporaire. Une difficulté supplémentaire s'ajoute pour les familles lorsque l'hébergement temporaire de proximité impose une limite inférieure à la durée de séjour d'une semaine, deux semaines, voire un mois.

3. L'OCCUPATION DES PLACES DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE EN EHPAD

Une précaution méthodologique doit être indiquée avant de débiter ce chapitre. Nous l'avons dit, 39 questionnaires exploitables ont été retournés par les EHPAD, concernant le volet direction. Pour rappel, ce volet avait pour objectif de recueillir des données concernant l'occupation des places de l'hébergement temporaire sur les trois dernières années. Nous avons souligné en introduction que 21 EHPAD de la base de données ont une autorisation pour accueillir en même temps des « personnes âgées dépendantes » (PAD) et des « personnes Alzheimer ou maladies apparentées » (PAMA). Si les catégories de publics ont été regroupées pour la cartographie des accueils, elles le sont également en partie sur le terrain et certaines directions ne peuvent pas extraire les admissions de leur logiciel de gestion en distinguant ces différents publics. C'est pourquoi 10 questionnaires retournés par ces établissements seront traités à part, en créant une catégorie « personnes âgées dépendantes et personnes Alzheimer ou maladies apparentées », que nous contracterons en « PAD-PAMA ». Cinq autres directions proposant de l'hébergement temporaire pour les « PAD-PAMA » ont pu distinguer les statistiques concernant leurs résidents. Elles seront alors traitées avec les groupes « PAD » d'une part et « PAMA » d'autre part.

Les taux d'occupation, que nous allons regarder plus précisément dans ce chapitre, sont un quotient (le résultat d'une division), que l'on convertit ensuite en pourcentage.

$$\text{Taux d'occupation}^{32} = \frac{\text{nombre total de jours HT facturés sur une année}}{(365 \times \text{nombre de places HT})}$$

3.1. Données générales des EHPAD ayant renvoyé un questionnaire de direction exploitable

Statut	Privé associatif	Privé lucratif	Privé mutualiste	Public autonome	Public hospitalier	Total général
Cher		1		4	5	10
Eure-et-Loir					5	5
Indre	1				2	3
Indre-et-Loire	1	1		2	1	5
Loir-et-Cher	1	1			4	6
Loiret	1	3	1	1	4	10
Total général	4	6	1	7	21	39

Tableau 7 : Répartition des EHPAD répondants par département et par statut juridique

Une majorité d'EHPAD ayant renvoyé le volet « direction » du questionnaire a un statut d'établissement public hospitalier. Les EHPAD répondants ayant ce type de statut sont également

³² Pour certains établissements, le nombre de jours d'ouverture de l'hébergement temporaire défini avec les autorités peut être inférieur à 365 jours.

majoritaires au sein des départements, excepté en Indre-et-Loire.

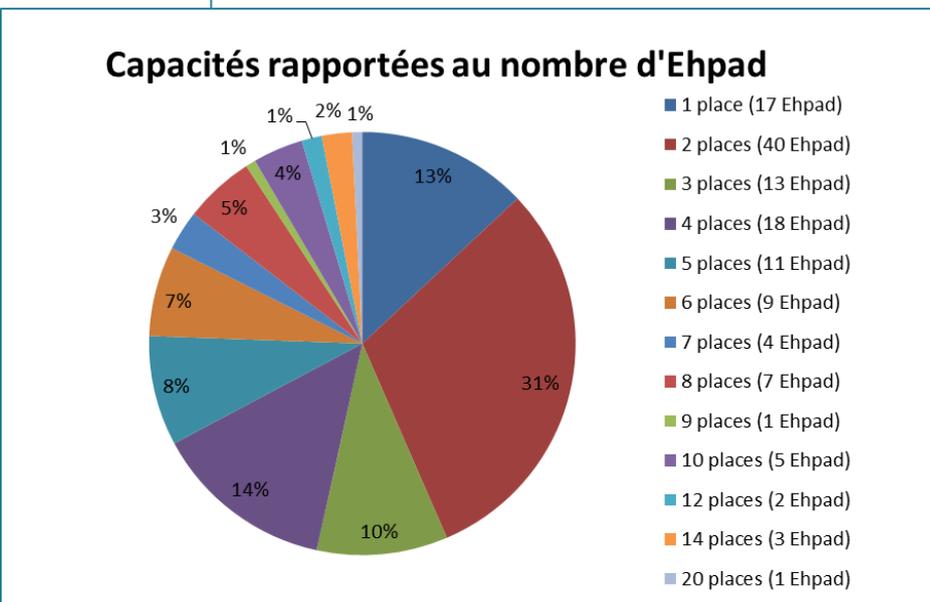
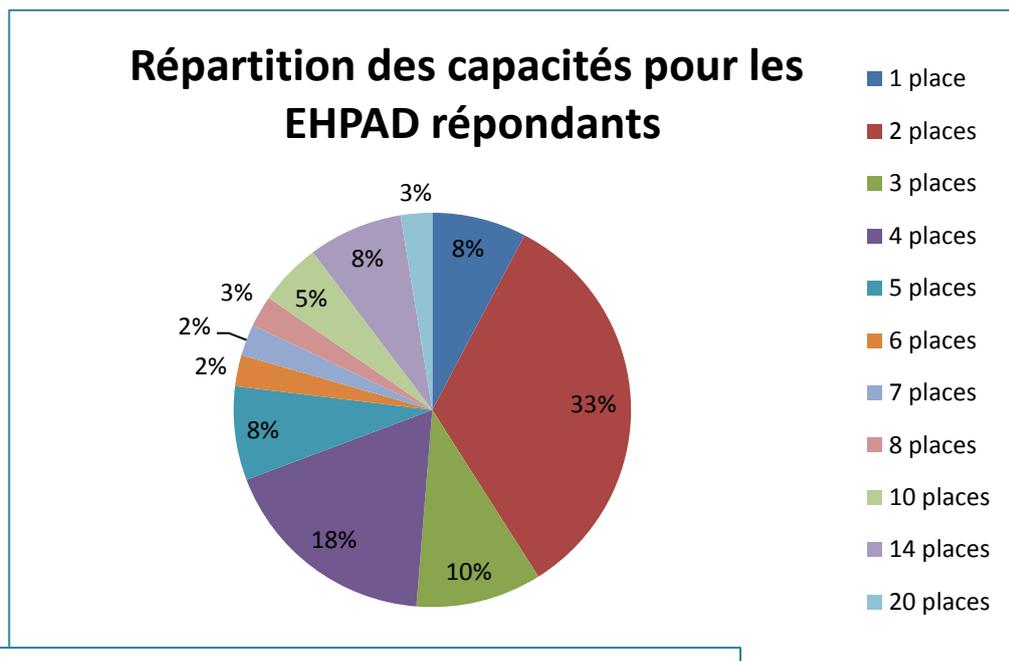


Figure 7 : Comparaison de la répartition des capacités entre les EHPAD répondants et ceux de la base de données

La comparaison entre ces deux graphiques montre que la répartition des capacités pour les EHPAD répondants est très proche de celle de la totalité des EHPAD de la base de données ; un peu plus de la moitié des répondants dispose d'une capacité d'une à trois places, 38% ont une capacité de 4 à 10 places, et 11% une capacité supérieure à 11 places (contre 4% dans la base générale). En moyenne, les EHPAD ayant répondu proposent 4,8 places d'hébergement temporaire par établissement. Dans le fichier global, la moyenne des places d'hébergement temporaire proposées se situe à 4,5 places.

Nous pouvons donc estimer, au regard de ces proportions, que l'échantillon des EHPAD répondants est représentatif de la base générale, du moins pour ce qui concerne le critère de capacité.

3.2. Les places pour les « personnes âgées dépendantes »

Nous travaillons ici sur la base des éléments déclarés dans les retours de questionnaires. Cependant, certaines cases ont été occasionnellement laissées vides par certains répondants. Les éléments ont alors pu être reconstitués sur la base des éléments déclarés. 3 EHPAD n'ont pas renseigné systématiquement le nombre de personnes différentes accueillies, année par année. Dans ce cas, afin de ne pas fausser les résultats en valeur, les cases vides ont été complétées en fonction des moyennes du même groupe.

On dénombre dans l'échantillon 109 places destinées à héberger uniquement des « PAD ». Sur ces 109 places, la moyenne des taux d'occupation déclarés était en 2016 de 55,47 %; elle tombe à 43,61% en 2017, puis à 42,65% en 2018.

Ce moindre recours à l'hébergement temporaire peut être dû à la baisse du nombre de jours lors des séjours, ou à un nombre d'admissions plus faible.

Concernant le nombre d'admissions, les EHPAD de l'échantillon déclarent une totalité de 559 admissions en 2016, de 565 entrées en 2017 et de 547 en 2018. **Nous n'observons donc pas de baisse significative des demandes pour accéder à l'hébergement temporaire, sur les trois dernières années.** Ici, les moyennes ne sont pas significatives compte tenu des écarts de capacités entre les répondants.

En revanche, la durée moyenne des séjours en 2016, pour les « PAD » de l'échantillon était de 40,49 jours, elle était de 33,21 jours en 2017, puis de 29,85 jours en 2018. **En trois ans, la durée des séjours, en moyenne, a baissé de 10,64 jours pour les EHPAD de l'échantillon.**

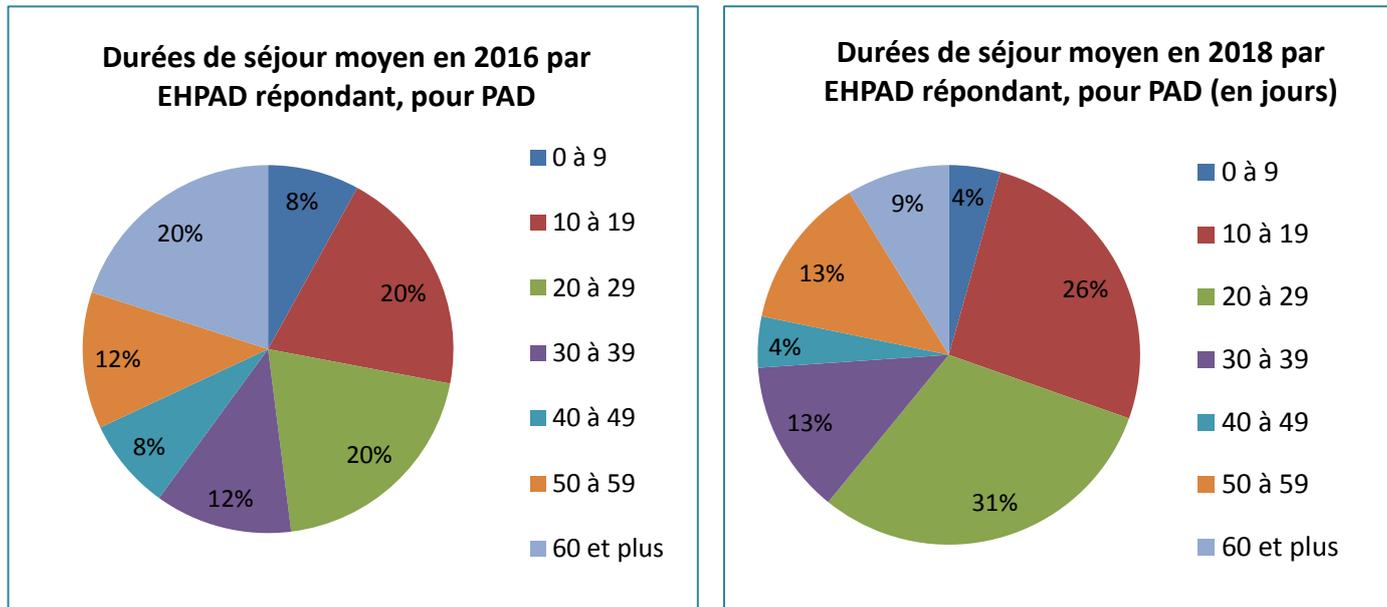


Figure 8 : Comparaison des moyennes de séjours entre EHPAD de l'échantillon, par tranche de 10 jours, entre 2016 et 2018

La proportion des séjours moyens, de 40 jours et plus, a fortement diminué au profit des séjours entre 10 et 29 jours (en moyenne d'établissement). En 2018, les EHPAD qui ont des séjours moyens compris entre 10 et 29 jours représentent 57% de l'échantillon.

La baisse des taux d'occupation sur les trois dernières années s'explique donc par la diminution de près de 10 jours des durées de séjour, en moyenne, tandis que le nombre d'admissions est stable, en légère diminution. **La demande de séjours est en légère diminution et pour des durées moindres.** Nous tâcherons

d'apporter des éléments expliquant cette baisse dans le second volet de l'étude.

Les chiffres liés à l'admission sont à regarder plus précisément. En effet, une même personne peut demander plusieurs séjours dans la même année. Ainsi, les EHPAD de l'échantillon déclarent avoir reçu (après complétion telle qu'indiquée en introduction de ce sous-chapitre), en totalité 420 « PAD » différentes (pour 559 admissions) en 2016, 451 « PAD » différentes en 2017 (pour 565 admissions), et 419 « PAD » différentes (pour 547 admissions) en 2018.

Il a également été demandé aux EHPAD d'indiquer le nombre de personnes différentes ayant eu recours à l'hébergement temporaire dans leur établissement entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2018. Certains EHPAD n'ont pas renseigné cet élément, nous nous concentrerons alors pour cette donnée sur les chiffres des 17 EHPAD ayant indiqué cette donnée pour les PAD.

Ainsi, pour ces 17 établissements, 278 « PAD » différentes ont été reçues à l'hébergement temporaire en 2016, 291 en 2017 et 294 en 2018. Nous observons donc **une légère tendance à la hausse**. Le total des chiffres de ces trois années donne en théorie 863 résidents. Or, d'après l'indication des 17 EHPAD, un total de 811 « PAD » différentes seraient venues en hébergement temporaire entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2018. Cela signifie qu'une cinquantaine de résidents a pu avoir recours à l'hébergement temporaire plusieurs années de suite, mais c'est une petite minorité. **On peut en conclure un turnover important, d'une année sur l'autre, pour les résidents « PAD » de l'hébergement temporaire.**

3.3. Les places pour les « personnes Alzheimer et maladies apparentées »

On dénombre cette fois dans l'échantillon 40 places destinées à héberger uniquement des « PAMA ». Sur ces 40 places, la tendance est identique à celle observée pour les « PAD ». En moyenne les taux d'occupation déclarés étaient de 59,68% en 2016, puis de 41,51% en 2017, enfin de 46,85% en 2018.

En 2016, les EHPAD de l'échantillon « PAMA » déclarent 159 admissions pour 129 personnes différentes. En 2017, ils déclarent 162 admissions pour 115 personnes différentes. Et en 2018, ils déclarent 160 admissions concernant 105 personnes différentes. Nous comprenons ici que **si le nombre d'admissions est très stable pour cet échantillon d'établissements, le nombre de personnes concernées décroît**. Cela signifie en outre que **davantage de personnes effectuent deux séjours ou plus durant la même année**.

Concernant les durées de séjour, les chiffres pour les « PAMA » sont légèrement plus stables. Les séjours duraient en moyenne 41 jours en 2016, 43 jours en 2017 et sont redescendus à 38 jours en 2018.

Sur les trois dernières années cumulées, ces établissements déclarent avoir accueilli à l'hébergement temporaire 342 personnes différentes. Or les totaux additionnés des années 2016 à 2018 (soit 129, 115, et 105 personnes) aboutissent à la somme de 349 personnes. Cela semble signifier que si, au sein de la même année, on peut observer qu'un certain nombre de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées effectuent deux séjours ou plus, **très peu de personnes y recourent plusieurs années durant, probablement du fait d'un recours assez tardif à cette offre de répit, qui peut s'ensuivre d'une orientation vers l'hébergement permanent à moyen terme, ou encore du décès du résident dans les mois suivant l'hébergement temporaire.**

3.4. Les places pour les « personnes âgées dépendantes et personnes Alzheimer et maladies apparentées »

Le dernier échantillon exploitable en termes de taux d'occupation est celui de la catégorie de public « personnes âgées dépendantes et personnes Alzheimer et maladies apparentées » (PAD-PAMA), qui représente 10 établissements.

Ces EHPAD répondants proposent 28 places d'hébergement temporaire, dont 17 pour PAD et 13 pour PAMA.

Les taux d'occupation sont de 72,59% en 2016, 61,92% en 2017 et 49,75% en 2018.

Les durées moyennes de séjour dans ce groupe sont de 32,42 jours en 2016, 30 jours en 2017 et 25,6 jours en 2018, soit là encore des moyennes décroissantes.

Pour cette catégorie de public, le nombre d'admissions décroît fortement entre 2016 et 2018. En effet, ces EHPAD comptaient 216 admissions en 2016, 184 en 2017 et 149 en 2018 (soit une baisse de 31% d'admissions entre 2016 et 2018).

Cette donnée, cumulée à la légère baisse du nombre de jours, explique la forte chute du taux d'occupation.

Ces établissements ont enregistré 549 admissions entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2018, et ils dénombrent 381 résidents différents sur cette période. Cette fois, nous pouvons penser qu'un nombre conséquent de personnes dans cette catégorie de public a eu recours deux fois ou plus à l'hébergement temporaire dans un même établissement au cours des trois dernières années.

3.5. La question des taux d'occupation : l'hébergement temporaire, une variable d'ajustement ?

Pour les services départementaux de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées, il n'y a pas de retour alarmant des taux d'occupation, du moins sur le plan des comptes administratifs. Ils ne sont cependant pas dupes de la réalité du terrain, à savoir **le recours à l'utilisation de l'hébergement temporaire comme sas avant l'hébergement permanent**. Nous verrons plus bas, à l'analyse des questionnaires concernant les situations des personnes accompagnées, qu'environ un tiers des résidents de l'hébergement temporaire s'oriente ensuite vers l'hébergement permanent.

« Après, on sait très bien qu'il y beaucoup de places qui finalement sont des relais vers l'hébergement permanent. »

Les services départementaux connaissent aussi les établissements dans lesquels ils savent que les pratiques de l'hébergement temporaire correspondent à ce qu'ils en attendent. Les taux d'occupation fixés par les départements sont très variables d'un territoire à l'autre. En Eure-et-Loir, le département estime qu'un taux d'occupation de 50% est correct sur le temporaire, cela montre que les lits sont libres, et que l'on pourra solliciter une place en cas de besoin. Dans le Loiret, le taux d'occupation attendu monte à 70% (contre 99% pour le permanent), et pour équilibrer cette « perte », la tarification pour les usagers du temporaire dans les établissements habilités à l'aide sociale est majorée par rapport à l'hébergement permanent.

Le passage en CPOM, avec une dotation globale sur l'hébergement permanent, semble être vu par les départements comme un outil pouvant amener davantage de souplesse sur l'hébergement temporaire, étant entendu que les écarts au taux d'occupation peuvent alors être lissés sur plusieurs années.

Pourtant, **la question du taux d'occupation, pour certains établissements qui peinent à accueillir en hébergement temporaire, est une véritable source d'inquiétude.** Un établissement explique par exemple qu'il a 6 places d'hébergement temporaire (soit 7% de la capacité totale), et que ses taux d'occupation sont très faibles, entre 4 et 10%. La question se pose alors avec les autorités de tutelle de réduire ce nombre de places dans le projet de restructuration. Quelques directions témoignent du fait qu'elles incitent les familles à proposer régulièrement de l'hébergement temporaire à leur proche. Ils emploient, au second degré, les termes « d'abonnement », de « carte fidélité ».

« On a nos habitués, ça nous permet d'avoir un bon taux d'occupation... mais quand ils décèdent, il faut trouver d'autres personnes. Le taux d'occupation, ça ne veut rien dire, parce que c'est limité à 90 jours par an... »

« Dans les 14 lits, mais il y a des problématiques de remplissage. Les 14 lits ne sont pas forcément remplis et ça pose souci financièrement... Des personnes en hébergement permanent occupent les places de l'hébergement temporaire. »

La variabilité des demandes en fonction des périodes dans l'année entraîne également des contraintes importantes pour les directions. Certaines périodes liées au calendrier de départs en vacances sont particulièrement prisées. Cet élément est confirmé par l'analyse quantitative, mais reste relatif. Sur 39 réponses exploitées, quatre EHPAD décrivent un pic d'activité au moment des vacances estivales et en hiver.

« Pendant les vacances de Noël et l'été : 100% de taux d'occupation, le reste de l'année c'est parfois beaucoup moins, parfois il y a eu des années zéro, il a fallu faire du démarchage. »

« Dans mon CPOM, on a fixé 65 % de taux d'occupation comme objectif. En nous imposant un taux d'occupation de l'hébergement temporaire, on impose aux directions de faire du « faux temporaire ». Nous, notre budget est construit sur 90 places et non sur 88 lits pleins et 2 places d'hébergement temporaire. »

A contrario, il peut arriver aux directions de proposer un contrat d'accueil permanent s'il n'y a plus de place en temporaire, en expliquant au résident et à la famille le principe du préavis d'un mois sur ce type d'accueil. Un directeur explique qu'il propose régulièrement du temporaire sur son hébergement

permanent, afin d'éviter à ses résidents les contraintes (notamment financières, dans le cas où la personne n'aurait pas de dossier APA à domicile pré-existant) de l'hébergement temporaire.

« Mais il y a une différence entre temporaire officiel et permanent officieux. C'est vrai qu'il y a la question des tarifs. Quand la personne peut y échapper, on la prend sur le permanent, même si elle ne reste pas. Sur les 5 ans, pour l'hébergement temporaire on a un taux de 20%, mais si on regarde le permanent utilisé comme temporaire, on est autour de 60%. On négocie un CPOM avec l'idée de réaffecter des places, qu'on redescende à 2 places HT pour des taux d'occupation plus satisfaisants pour eux, d'un point de vue administratif. Mais on a des demandes toute l'année en HT. Cela dit, 60 % sur 6 places serait vraiment handicapant. »

Nous le voyons, pour des raisons différentes, **les places d'hébergement temporaire dans les établissements ont tendance à être utilisées comme des variables d'ajustement**. La situation la plus connue des autorités est l'utilisation de l'hébergement temporaire en attendant qu'une place se libère en permanent dans le même établissement ou groupement d'établissement (pour pallier l'urgence, en quelque sorte). Mais il arrive aussi assez régulièrement que les places d'hébergement temporaire soient « fermées » administrativement, le temps de travaux ou de réfections dans des chambres permanentes.

« On a 14 lits, on a réduit à 3 lits (pour cause de travaux de sécurité incendie pendant quelques années). On a une occupation très faible à 35% sur ces trois lits. Au niveau financier, pendant les travaux, c'est les temporaires qui ont été supprimés, parce qu'ils rapportent beaucoup moins que du permanent ».

D'autres situations ont été rapportées, comme le « dépannage » dans les différents hébergements temporaires d'un département, lors d'inondations où un EHPAD avait été contraint de trouver des solutions de remplacement à des résidents du permanent, sur une période de plusieurs semaines.

Un couple de personnes aidées (habitant à présent l'hébergement permanent), explique, lors d'un entretien, que l'hébergement temporaire en chambre de couple a été proposé, le temps que des travaux soient faits pour adapter une grande chambre pour le couple dans la partie permanente de l'EHPAD.

« Question : ça fait combien de temps que vous êtes arrivés ici ?

Madame : 3 ou 4 mois.

Monsieur : D'abord, on attendait qu'il y ait un logement pour deux. On voulait être tous les deux.

Question : Et la première proposition qu'on vous a faite, c'était le court séjour, en attendant qu'une chambre pour deux se libère ?

Monsieur : Mais, il n'y en avait pas ! Elle a été faite... presque... pour nous, ça. Y'en avait pas de chambre comme ça. Ils ont rallongé pour qu'on puisse entrer là. »

Il arrive également que les directions utilisent une place d'hébergement temporaire pour étudier la faisabilité d'accepter un résident permanent dont le profil ne correspond pas aux personnes habituellement accueillies. Cela permet d'évaluer en situation réelle l'adéquation entre les besoins de la personne, ses attentes et l'offre de l'établissement.

« On s'est servi de l'hébergement temporaire pour faire un test pour une personne âgée vieillissante. Aujourd'hui, il n'y a pas de politique de construction d'établissement dédié, mais l'hébergement temporaire permet d'évaluer, de faire un double test ».

Ainsi, la personne accompagnée vérifie de son côté si elle parvient à prendre ses repères dans ce nouvel environnement, et les équipes de leur côté tâchent de s'adapter et de personnaliser leur accompagnement. C'est aussi l'occasion de mesurer si des ressources extérieures peuvent être mobilisées, en cas de besoin, si les compétences internes ne permettent pas de juguler une difficulté.

« J'ai fait aussi ce test deux fois en 2018, on teste les partenariats avec la psychiatrie, on fait aussi le test avec les équipes ».

3.6. Les listes d'attente : une chimère dans l'hébergement temporaire

Une minorité d'établissements indique tenir une liste d'attente pour l'hébergement temporaire. Seuls 9 EHPAD déclarent tenir une liste d'attente. Les directions ne sont majoritairement pas en mesure de donner des informations sur le délai d'attente, ni sur les pics pendant l'année (4 seulement décrivent avoir un pic d'activité l'été et l'hiver, au moment des vacances). Au 31 décembre 2018, 4 EHPAD comptaient entre 0 et 5 personnes sur leur liste d'attente, 3 EHPAD comptaient 7 personnes. Un EHPAD de centre hospitalier d'une ville préfecture a décrit avoir 52 personnes en attente d'hébergement temporaire au 31 décembre 2018. L'un des EHPAD n'a pas renseigné cette demande.

Aux dires des directions rencontrées, la gestion des listes d'attente, très minoritaires, n'est pas un problème, comparé à l'hébergement permanent. Ici, pas de « demande par précaution », tandis que cette pratique tend à s'étendre pour hébergement permanent. Les établissements qui ont le plus de demandes gèrent leur planning d'hébergement temporaire comme « un planning hôtelier ». Un directeur d'un EHPAD de plus de cents lits, proposant quatre places d'hébergement temporaire, indique qu'il ne fait pas de liste d'attente à proprement parler. Quand une demande arrive avec des dates incompatibles avec le planning, il indique alors à la personne les périodes de disponibilité, qu'elle accepte ou pas. Ainsi, cet établissement affiche des taux d'occupation pour l'hébergement temporaire de près de 98%.

Ailleurs, la problématique est davantage de voir utiliser les lits du temporaire.

« On n'a pas de liste d'attente pour l'hébergement temporaire, car taux d'occupation de 12%. Donc on a toujours de la place. Mais pour ça, il faut conserver les lits en hébergement temporaire »

3.7. Le temps de vacance entre deux résidents : une contrainte résiduelle

8 EHPAD renseignent un temps de vacance de 0 à 4 jours, 4 EHPAD indiquent 5 à 10 jours. 5 EHPAD indiquent que ce temps est très variable et lié à la demande (arrivée rapide d'un nouveau résident). 21 établissements n'ont pas renseigné cette demande.

Selon les directions, ce laps de temps entre deux résidents est lié à des causes de nature différente.

Certains évoquent l'entretien (ou le « bionettoyage », la « désinfection », la « réfection » ou encore le « ménage à blanc »), cela correspond aux réponses des EHPAD évoquant une vacance de 1 à 3 jours.

D'autres évoquent le temps de latence entre deux résidents, l'absence de demande, ou encore le temps de la prise de contact avec un nouveau résident, voire la mise à jour du dossier d'admission. Lorsque ces dernières raisons sont évoquées, la fourchette se situe entre 5 et 15 jours, ou alors elle n'est pas renseignée.

Quelle que soit la population accueillie, les taux d'occupation décroissent sur les trois dernières années.

Pour les « personnes âgées dépendantes », les admissions sont en très légère baisse, mais en moyenne, la durée des séjours a diminué de 10 jours entre 2016 et 2018 (passant de 40 jours à 30 jours) pour l'échantillon.

Pour les « personnes Alzheimer et maladies apparentées », la durée de séjour est relativement stable, autour de 40 jours en moyenne sur l'échantillon. On observe que sur l'année 2017 et 2018, une cinquantaine d'admissions concerne des personnes ayant déjà eu recours au moins une fois à l'hébergement temporaire durant l'année.

Cette tendance est également observée sur le groupe « personnes âgées dépendantes et personnes Alzheimer et maladies apparentées », mais ce groupe cumule une importante baisse de demande avec des séjours plus courts.

Lorsque les taux sont calculés (tous publics confondus) par type d'établissement, il apparaît que les taux d'occupation sont bien moindres dans les EHPAD privés lucratifs (34%) que dans les EHPAD publics hospitaliers (47,5%) ou encore les EHPAD publics autonomes (41,20%)

Au plan qualitatif, **la question des taux d'occupation apparaît comme une injonction paradoxale aux établissements : ces derniers doivent en même temps pouvoir proposer du temporaire (y compris du temporaire non programmé), ce qui implique d'avoir des chambres libres, mais d'un autre côté, ils ne peuvent se permettre, pour l'équilibre budgétaire de descendre en-deçà des taux d'occupation prévus.** Ceci les pousse à utiliser les chambres d'hébergement temporaire en permanent « déguisé », afin d'assurer un taux d'occupation convenable. Le principe le plus simple est de proposer d'abord aux résidents un séjour temporaire, avant le séjour permanent (surtout s'il n'y a pas de lits permanents au moment de l'entrée).

Les lits d'hébergement temporaire sont également des variables d'ajustement lorsqu'il y a des travaux de réfection des chambres, ou qu'il est nécessaire de « tester » l'adaptation d'un résident au profil atypique – et l'accompagnement de l'équipe – avant le temporaire.

4. L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE DANS LE PROJET DE L'ETABLISSEMENT

Les données présentées ici mêlent toutes les catégories de publics. Ces données sont donc issues de la totalité de l'échantillon, soit 39 EHPAD répondants. Au regard des différents aspects présentés ci-dessous, nous avons croisé différentes variables. Par exemple, les réponses liées aux projets d'établissement et aux projets individualisés des résidents ne sont pas corrélées aux capacités des établissements. **Ici, c'est généralement à l'aune du statut des EHPAD que nous lirons les résultats.**

4.1. La place de l'hébergement temporaire dans le projet d'établissement et les documents de communication

Il était demandé aux établissements si l'hébergement temporaire figurait dans leur projet d'établissement et si l'hébergement temporaire apparaissait dans leurs documents de communication (flyers, plaquettes). Les réponses indiquant « en cours » ont été considérées comme un « oui ».

	HT non mentionné dans la communication	HT mentionné dans la communication	Absence de réponse	Total général
Hébergement temporaire non mentionné dans le projet d'établissement	4	2	1	7
Hébergement temporaire mentionné dans le projet d'établissement	19	10		29
Absence de réponse	1	1	1	3
Total général	24	13	2	39

Tableau 8 : Mention de l'hébergement temporaire dans les documents internes et externes de l'établissement

(Indice de lecture : case en haut à gauche = parmi les répondants, 4 établissements ne mentionnent pas l'hébergement temporaire, ni dans leur projet, ni dans leur communication. Plus à droite = 2 établissements ne mentionnent pas l'hébergement temporaire dans leur projet d'établissement, mais l'évoquent dans leur communication)

29 EHPAD mentionnent l'offre d'hébergement temporaire dans leur projet d'établissement, 7 disent ne pas le mentionner, 3 EHPAD ne répondent pas à cette question. Au total, les trois quarts des établissements mentionnent l'hébergement temporaire dans leur projet d'établissement.

Parmi les 29 EHPAD qui évoquent l'hébergement temporaire dans leur projet d'établissement, seuls 10 en parlent dans leurs documents de communication, soit un tiers.

Pourquoi ces établissements ne font-ils pas la promotion de leur hébergement temporaire ? Lors des entretiens avec les directions d'établissement, il semble que certaines d'entre elles ne se soient pas particulièrement posé la question de la communication. Pour une part, des établissements voient

l'hébergement temporaire comme une contrainte subie. C'est généralement le cas lorsque de nouveaux cadres intermédiaires ou directions arrivent dans un établissement où l'hébergement temporaire n'est pas réellement investi par les équipes, qu'il est « désincarné », et que les réseaux professionnels autour de l'établissement sont relativement pauvres³³.

A l'inverse, certaines directions ont identifié le besoin d'hébergement temporaire parmi les publics qu'ils côtoient, en interne et en externe de l'établissement, et dans ce cas il y a une dynamique et une forte volonté de développement de leur offre. Dans ces derniers cas, on assiste à une communication active de la part des EHPAD, et en direction de multiples réseaux. Enfin, il est apparu que les difficultés pour accueillir des résidents temporaires, compte-tenu des contraintes budgétaires, peuvent aussi pousser les directions à utiliser, nous l'avons vu, la disponibilité des places du temporaire.

A contrario, un tiers des EHPAD ne mentionnant pas l'hébergement temporaire dans leur projet d'établissement l'évoquent cependant dans leurs documents de communication.

Seuls trois établissements disent avoir rédigé un projet de service spécifique autour de l'hébergement temporaire.

Statut	Pas de mention de l'HT dans le projet d'Etab.	Mention de l'HT dans le projet d'Etab.	Non renseigné	Total général
Privé associatif	1	3		4
Privé lucratif		5	1	6
Privé mutualiste		1		1
Public autonome	1	6		7
Public hospitalier	5	14	2	21
Total général	7	29	3	39

Tableau 9 : Statut juridique des EHPAD mentionnant l'HT dans leur projet de service

Les deux tiers des établissements publics hospitaliers évoquent l'hébergement temporaire dans leur projet de service (pour rappel, ces établissements représentent la moitié de l'échantillon). La grande majorité des établissements publics autonomes et privés lucratifs le mentionnent également.

La majorité des EHPAD qui disposent de plusieurs offres conjointes s'accordent pour dire que la multiplicité des offres est un plus. Ainsi, les EHPAD qui disposent à la fois d'accueil de jour ou de plateforme de répit, mais aussi ceux qui accueillent des cafés des proches destinés aux aidants, arrivent davantage à s'adapter aux besoins des aidants et des aidés et surtout, parviennent à apporter des solutions dans une temporalité qui correspond au cheminement des familles³⁴. Le contact avec les familles à travers ces diverses offres a montré aux directions quel était le besoin de répit, et a permis à celles-ci de se tourner

³³ Le chapitre 6 du présent document est consacré au réseau autour de l'hébergement temporaire.

³⁴ Les travaux sur les dispositifs d'aide aux aidants menés par le CREAL en 2018-2019 ont montré que l'acceptation du besoin d'aide est progressif et que les aidants ne souhaitent pas rompre l'équilibre de la relation tissée avec leur aidé par des ruptures ou des changements trop brutaux dans les habitudes de vie, qui ne correspondent pas forcément aux attentes de l'aidant, ni aux besoins de l'aidé.

vers les autorités pour le faire valoir dans la création ou la transformation de lits. Le fait de recevoir dans leurs locaux un accueil de jour itinérant une ou deux fois par semaine, permet aussi aux établissements de faire connaître aux personnes accompagnées leurs locaux et leur personnel – ce qui est un plus lorsqu'on accueille des personnes âgées un peu désorientées – et aux familles, leur prise en charge. Les directions observent également des « vases communicants » entre dispositifs. En effet, lorsque l'accueil de jour ferme quelques semaines l'été, ou à Noël, les demandes se reportent sur l'hébergement temporaire.

« L'accueil de jour n'empêche pas l'hébergement temporaire ! Il y a une complémentarité et une progression dans les services, accueil de jour/hébergement temporaire en alternance, puis vers l'hébergement permanent, ce serait l'idéal... Mais ce n'est qu'un idéal. Ainsi, chacun pourrait s'habituer petit à petit. »

A d'autres endroits, les offres sont diverses, mais incohérentes en termes de parcours du résident. Ici, on ne peut pas parler de complémentarité, mais davantage d'incomplétude, car le public drainé par une offre – en l'occurrence concernant les personnes âgées atteintes par la maladie d'Alzheimer – ne sera pas accueilli dans de bonnes conditions, puisque les locaux ne coïncident pas avec les besoins.

« On a un PASA, mais pas d'unité fermée... Complexe ! On a un public qui pourrait être accueilli en unité fermée, on met en place des réponses en termes d'accompagnement... Mais ce n'est pas suffisant. Parce que notre unité est ouverte, mais avec la population d'une unité fermée. Il y a des personnes qui déambulent. Ça nous oblige à refuser des gens, pour limiter les problèmes de cohabitation des personnes... Il y a l'effet miroir... Et le mélange de population : quelqu'un qui se couche dans votre lit, ou fouille dans vos affaires, ou la mise en danger des autres résidents. »

Les directions rencontrées se posent également la question de toucher un public plus large que leurs habitués, d'autant plus si elles sont convaincues de l'intérêt de l'hébergement temporaire et du travail accompli auprès de ces familles. Parmi elles, deux directions ont fait le choix d'inscrire leur offre d'hébergement sur la plateforme SARAH³⁵, développée par le GRATH (Groupe de Réflexion et de réseau pour le développement sur l'Accueil Temporaire), qui à l'origine est un outil national développé en direction des publics en situation de handicap et qui étend aujourd'hui son action dans le secteur des personnes âgées.

4.2. Le processus d'admission : peu de différence avec l'hébergement permanent

A l'analyse des entretiens collectifs, il semble que la seule différence entre le temporaire et le permanent soit la sortie dans le premier cas. Mais le souligner n'est pas un euphémisme, car l'étape de la sortie et des coordinations nécessaires sont des tâches spécifiques et assez inhabituelles pour les équipes. Aussi, nous verrons qu'elles nécessitent des compétences particulières. En dehors de cela, l'hébergement temporaire semble se fondre dans la fonction globale de l'EHPAD, en termes d'organisation et en termes de ressources humaines.

³⁵ Pour une présentation de la plateforme SARAH, se reporter à : <https://www.accueil-temporaire.com/sarah-pour-laccueil-temporaire>.

4.2.1. Cadre global

Le séjour d'hébergement temporaire doit impérativement être borné pour l'entrée et la sortie. Certaines familles cochent indistinctement hébergement temporaire ou hébergement permanent, parce qu'elles ont besoin d'une solution immédiate. Mais le retour à domicile n'est pas toujours possible à l'issue de l'hébergement temporaire et les familles anticipent rarement les futures démarches à faire. C'est pourquoi il faut être régulièrement en contact avec elles durant le séjour pour s'assurer du projet de sortie. Certains établissements (souvent rattachés à un hôpital) disposent d'assistants sociaux ou CESF, pour accompagner les familles dans ces démarches. Parfois, il est possible de prolonger quelques jours l'hébergement temporaire si le séjour d'une autre personne n'est pas programmé immédiatement.

« C'est difficile, parce qu'on ne sait pas en combien de temps l'aidant va pouvoir se retaper. En cas de besoin de renouvellement (allongement de la durée de l'accueil), la famille doit renouveler la demande auprès du service admission. Après, c'est toujours en fonction des disponibilités. »

Les différentes voies d'entrée en hébergement temporaire sont :

- le SSR (après un accident, une chute, la personne est hospitalisée, puis va en SSR). La prise en charge en SSR se termine, et les enfants, ou la personne elle-même se rend compte qu'elle ne sera pas tranquille et/ou en sécurité chez elle.
- l'hôpital pour des raisons identiques
- l'absence prévue de l'aidant ou son répit (hospitalisation programmée, vacances, déplacement...)
- le stage, l'essai, avant de prendre une décision en faveur du maintien à domicile avec réaménagement de l'aide, ou de l'hébergement permanent.
- la proposition de temporaire en attente qu'une place se libère en permanent (EHPAD de forte capacité avec un *turnover* important), pour ne pas laisser la personne et sa famille sans solution.

Une directrice observe que lorsque la demande est d'emblée pour un mois, il y a de fortes présomptions pour que le séjour se transforme en définitif.

4.2.2. Processus d'admission

L'admission passe par une commission d'admission, ou pas, selon les EHPAD. Certains ont la même procédure que pour le permanent, d'autre des procédures différenciées. Une visite de pré-admission est quasi systématique, certains établissements envoient leur professionnel procéder à cette visite à domicile ou dans le service hospitalier si la personne ne peut pas se déplacer. Les personnels dédiés à cette tâche (les mêmes que pour l'hébergement permanent), sont le plus souvent des infirmiers coordinateurs, psychologues, cadres de santé, ergothérapeutes.

Le travail généré par l'entrée en hébergement temporaire est le même que pour le permanent, mais correspond à un temps de séjour beaucoup plus court, et à un turnover bien plus important. Le recueil des informations administratives et médicales est un défi, en général, d'après les directions, car en fonction du lieu d'arrivée des personnes, il peut être difficile de collecter les informations nécessaires et obligatoires (personne isolée au domicile, défaillance de l'aidant principal, médecin traitant inaccessible ou inexistant).

Les niveaux d'autonomie décrits ou connus par les familles ne correspondent pas souvent aux capacités réelles des personnes. Il faut donc aussi prévoir une période d'observation et de réajustement.

Les EHPAD répondants ont précisé leur processus d'admission dans le questionnaire. 4 EHPAD n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les EHPAD répondants, chacun peut avoir plusieurs niveaux de réponse aux points suivants.

4 EHPAD indiquent que la procédure est la même que pour l'hébergement permanent, sans autre précision.

12 EHPAD évoquent dans leur procédure une commission d'admission.

18 parlent d'une visite de pré-admission, ou d'un entretien avec l'IDEC ou le médecin coordonnateur (un établissement invite le futur résident à un après-midi d'activité avant l'entrée).

Le niveau de dépendance de la personne s'apprécie par la grille AGGIR, dans tous les établissements. 9 EHPAD précisent qu'ils complètent cette grille (ou vérifient son exactitude) par différents procédés (outils internes, recueil des habitudes de vie, visite de pré-admission, etc.)

4.2.3. Décision d'admission et motif de refus

La décision d'admission revient à des personnes et fonctions différentes suivant les organisations. La question était ici : « Qui décide de l'admission ? » sous forme de question ouverte (pas de choix multiple).

Personne décidant l'admission	Nombre d'EHPAD
Le résident	1
Médecin Coordonnateur	7
Equipe médicale et direction	15
Direction	10
Direction + Commission d'admission	1
Commission d'admission	5
Total général	39

Tableau 10 : Les fonctions des personnes décidant l'admission

Si la première réponse rejoint à demi-mot la problématique du consentement de la personne (soulevée à maintes reprises lors des entretiens collectifs avec les directions), nous nous concentrerons sur les 38 EHPAD suivants.

Dans 7 établissements, le médecin coordonnateur décide seul de l'admission. Dans 15 autres, c'est une décision conjointe. Certains EHPAD précisent que la direction décide sur avis du médecin coordonnateur. Parfois, les IDEC³⁶ sont associés à la décision, notamment lorsqu'ils sont présents dans le processus d'admission, ainsi que certains psychologues.

³⁶ Infirmier-e coordonnateur-ice.

Enfin, 6 EHPAD évoquent la commission d'admission. Lorsqu'elle est détaillée, il s'agit généralement de quelques professionnels de l'équipe médicale et de la direction. Certaines commissions se réunissent une fois par mois, d'autres plus fréquemment.

En l'absence des éléments cités ci-dessous concernant la situation de la personne, les établissements réagissent différemment : soit ils refusent l'admission (ce qui peut avoir pour conséquence l'arrivée de la personne aidée aux urgences de l'hôpital, en même temps que l'aidant), soit ils l'admettent avec prise de risque quant à l'état de santé de la personne, son traitement, sa solvabilité.

« Si les places étaient financées, avec un reste à charge pour les personnes identique au forfait journalier, on serait pleins ».

Les motifs de refus d'admission évoqués dans les questionnaires sont de nature variée. Nous pouvons les classer par type :

- **aspects administratifs** : dossier incomplet, absence de places disponibles, éloignement géographique, insolvabilité du résident, absence de consentement du résident.
- **aspects éthiques** : incompatibilité du projet de vie, séjour ne répondant pas au critère de l'HT (vocation à se muer en hébergement permanent), pas de projet de retour à domicile.
- **aspects médicaux** : inadéquation de l'état de santé avec les moyens de l'établissement, risque de fugue, agressivité ou déambulation, alimentation entérale, troubles psychiatriques non stabilisés, soins infirmiers de nuit, motifs médicaux (sans précision), structure non adaptée (sans précision), soins palliatifs, soins relevant de l'hôpital.

Les motifs médicaux sont largement évoqués par les répondants, quasiment par chaque direction. Il faut comprendre ces réponses dans un contexte tendu pour les EHPAD en termes de ressources humaines. Beaucoup ont des difficultés à recruter du personnel, pour la présence au plus près des patients, mais aussi sur les postes de coordination, voire sur les postes de médecins. Ces aspects seront largement abordés dans la partie qualitative de l'étude.

4.2.4. Le recueil du consentement

La question du recueil de consentement est un problème épineux, lorsqu'il s'agit d'accueillir une personne qui n'est pas en pleine possession de ses moyens cognitifs. Les procédures sur ce type de cas varient d'un établissement à l'autre, et d'un département à l'autre. Ici, c'est le médecin traitant qui atteste que la personne ne peut donner son consentement, là, on fait signer le représentant légal, ou encore la personne de confiance.

« Mais quand on tombe sur des personnes démentes, la recherche de consentement, la désignation d'une personne de confiance, les directives anticipées, toutes ces démarches sont extrêmement lourdes. Et la plupart du temps, on est face à des gens qui sont en incapacité totale de signer et comprendre. S'ils ne peuvent pas... avec la loi de 2002, (on avait seulement pensé que les gens refuseraient, et pas qu'ils seraient en incapacité de signer), donc si la personne refuse de signer le contrat de séjour, on fait un DIPC (Document Individuel de Prise en Charge - seul l'établissement s'engage et

l'autre partie non). Du coup, on a donc élargi le DIPC, à « ne peut pas signer » le contrat de séjour... S'il n'y a pas de tuteur à la personne désignée, on fait un DIPC, mais à nos risques et périls, parce qu'il n'y a que notre engagement à délivrer des prestations ».

« Le plus compliqué, c'est les personnes avec des troubles cognitifs débutants, qui ne se rendent pas compte de leur problématique, c'est là le plus compliqué. Ils sont tout à fait à même de dire qu'ils ne veulent pas, avec un refus catégorique, et l'aidant aura du mal à trouver du relais. Tant que l'aidé ne dit pas oui, l'aidant ne peut être aidé. C'est compliqué de savoir où mettre le curseur, vous ne pouvez aller jusqu'à dire qu'il n'est pas en mesure de donner son consentement, et c'est généralement à ce moment-là que c'est le plus compliqué pour l'aidant (fugues, achats inconsidérés) ».

Cette question du consentement pose un réel problème éthique aux directions et engage d'une certaine façon leur responsabilité. Pour ménager des espaces entre la réglementation et la réalité du terrain, elles tendent alors de « procéduriser » les recueils de signature sur les documents contractuels, en lien avec les médecins traitants, les personnes de confiance, les proches.

« On recueille le consentement en amont, via un agent du service admission, ça peut se faire à domicile, ou au service hospitalier. La personne qui recueille est un psychologue, un agent d'accueil, ou un médecin... C'est pour éviter que les gens viennent contre leur gré. Il est recueilli avant l'entrée la plupart du temps et en fonction des capacités de la personne, etc... par entretien physique. Le médecin traitant peut aussi faire un certificat attestant que la personne n'est pas en capacité de donner son consentement. Le plus souvent, des personnes qui disent "oui" et qui changent d'avis. Le consentement est établi à un moment donné, mais à tout moment, on peut renoncer.

Nous, le recueil de consentement, c'est une formalité, mais s'ils changent d'avis, c'est compliqué, parce qu'on n'a pas d'assistante sociale. Et parfois, c'est pas possible, c'est trop compliqué. Si les enfants sont d'accord avec l'hébergement, ça reste négociable. Si les enfants sont contre, là ça devient très compliqué. Et on n'est pas toujours complètement dans les clous. »

« A chaque entrée, on doit recueillir le consentement, sur le permanent, on le fait. Sur le séjour temporaire, on passe pas deux heures à essayer d'avoir un consentement, sachant qu'elle va rester une semaine ou 15 jours... On le fait vraiment pour le permanent, mais pour le temporaire... Y a plein de choses où on n'est pas dans les clous, mais il faudrait trois jours dans une journée pour qu'on remplisse toutes nos obligations... »

« Mais combien de résidents me disent à l'entrée, quand je leur parle du contrat de séjour : "non, non, vous ferez signer à mes enfants". Alors, moi, je tiens à ce qu'ils soient là, mais je demande au résident de signer.»

4.2.5. L'admission en urgence

Au-delà de l'admission dans les conditions « normales », c'est-à-dire anticipées, les directions se disent particulièrement inquiètes sur les admissions en urgence. **Sont considérées par les acteurs professionnels comme urgentes les situations qui ne peuvent être anticipées ni programmées, et a fortiori qui relèvent de l'urgence médicale (et pas sociale ni de logement – de type incendie, inondation).** Les directions parlent des sorties d'hôpital comme de la « semi-urgence » au sens où elles peuvent, en moins de quelques jours, être anticipées.

« Le manque d'anticipation des hôpitaux vient aussi peut-être du manque de contact avec les familles. C'est au moment de la sortie que les familles se disent tout à coup que le retour à domicile ne va pas être possible, et qu'ils n'ont rien anticipé. »

C'est la défaillance de l'aidant, aussi, qui généralement aboutit à une admission d'urgence. Il faut alors pour collecter les éléments médicaux, administratifs, mais aussi personnels (le trousseau) de la personne, déployer beaucoup d'énergie et procéder au cas par cas.

« A l'hôpital, il s'occupent du transport, trousseau, médicament... Quand c'est défaillance de l'aidant, c'est plusieurs intervenants ; le voisin qui doit faire le trousseau, trouver à contacter le médecin traitant, là c'est beaucoup de boulot. Parfois, même 2 ou 3 jours après l'entrée en chambre relais, on a des informations qu'on n'avait pas initialement. Quand c'est des patients isolés... »

62

Le fait de n'avoir aucun élément sur la solvabilité de la personne pour son séjour en temporaire rend les directions réticentes à l'accueil d'urgence. D'autant que sur le plan administratif, la plupart des départements mettent plusieurs mois à instruire l'aide sociale et les dossiers d'APA à domicile (qui permettent un remboursement partiel des frais d'hébergement temporaire) ne sont pas rétroactifs si les services APA n'avaient pas été sollicités avant l'entrée en hébergement temporaire.

Autre élément bloquant : l'absence de médecin sur place tous les jours, et encore moins le weekend. Compte tenu de la responsabilité engagée, les EHPAD ne procèdent pas à l'accueil avant d'avoir demandé son avis au médecin coordonnateur.

Les admissions en urgence, au mépris des vérifications nécessaires en termes de consentement, de connaissance des informations médicales de la personne et de ses prescriptions récentes, et enfin de sa situation administrative et économique sont, du moins dans les propos, refusées catégoriquement par les directions. Toutes ont une expérience difficile de laquelle témoigner, sur la pression d'un maire, d'un travailleur social, d'un service d'urgence, afin de faire bénéficier quelqu'un de l'hébergement temporaire malgré les réticences de la direction. Les gestionnaires rencontrés, à propos du non-recouvrement des impayés dans ces cas, utilisent le registre sémantique de la fatalité.

« Un monsieur qu'on a accepté... C'était une urgence sociale, son logement était insalubre, infesté de parasites... Et il ne pouvait pas payer... Dans ces cas-là, c'est le matin pour l'après-midi... Ben... Que voulez-vous... Le temps qu'il était là, le temps de trouver une autre solution... C'est des impayés. Ça, oui, l'urgence sociale, ça pénalise l'établissement. »

« On facture tout, le Trésor Public fait des rappels et au final les créances sont irrécouvrables, c'est l'établissement qui « trinque ». Une fois que le Trésorier a fait les lettres de relances qui n'ont rien donné, il considère la créance irrécouvrable. »

Le cas de la défaillance de l'aidant oblige certains professionnels à dépasser leurs prérogatives, activer leur réseau et tenir leur position vis-à-vis des autres partenaires, pour éviter à la personne aidée de se retrouver dans une situation inconfortable.

Question : Donc dans cette situation, il a fallu faire le dossier après-coup ?

Réponse : Très très vite. Dans l'urgence, il fallait vérifier la capacité à payer. Et après, fournir des documents administratifs. Le service à domicile a été au-delà de ses prérogatives, le responsable (qui est un professionnel de santé à la base, avec des valeurs professionnelles), s'est décarcassé pour trouver une

solution, il était dans l'intérêt de l'épouse, elle n'avait rien à faire aux urgences, il a fait ce que peu de professionnels font. Souvent la tendance c'est, tant pis, l'hôpital fera son travail. " Mais c'est pas le rôle de l'hôpital.

Mais ce type d'accueil pose aussi des difficultés aux aidés et de l'inquiétude aux aidants. **Le changement d'environnement sans préparation peut être très perturbateur pour l'aidé et source d'angoisse pour l'aidant.** Un retour au domicile après un passage non préparé par l'hébergement temporaire peut avoir des conséquences sur l'équilibre du couple aidant-aidé.

4.3. ViaTrajectoire et démarches administratives de l'hébergement temporaire

63

5 EHPAD sur les 35 restants ont évoqué « ViaTrajectoire » dans leur processus d'admission (inscription sur « ViaTrajectoire »).

D'après les personnes rencontrées, dans les services des Conseils Départementaux et dans les directions d'EHPAD, l'outil ViaTrajectoire est davantage un outil pour l'hébergement permanent. Même s'il permet a priori de visualiser quelles sont les offres d'hébergement temporaire, ces offres restent très théoriques. En effet, la plupart du temps, l'utilisateur pourra voir le nombre de places autorisées en hébergement temporaire dans un établissement sans avoir connaissance de leur disponibilité. Cela dit, comme il est national, il permet de sortir des limites départementales ou de regarder l'offre à proximité de la résidence d'un proche.

« Dans ViaTrajectoire, l'outil achoppe sur cet aspect. Pour les établissements de santé, il est rempli quotidiennement, c'est une obligation, les places à J+1. Et sur le secteur EHPAD, c'est le plus ancien pour le médico-social, on en est encore très loin, même pour l'hébergement définitif. »

En théorie, les établissements ne devraient plus accepter les dossiers papier, les demandes devraient passer par ViaTrajectoire. Mais le public des EHPAD n'est pas le plus aguerri aux outils numériques et les directions restent pragmatiques. Les enfants des personnes aidées peuvent eux-mêmes avoir plus de 60 ans et n'être pas nécessairement à l'aise devant ces outils. Certains professionnels pensent également que le dossier papier permet, quand la personne a la capacité d'y participer, de ne pas déposséder complètement la personne âgée de la démarche d'inscription vers l'hébergement.

« Le problème de la dématérialisation est important. On a affaire à des personnes de 85, 90 ans, et l'aidant a souvent le même âge. Et les laisser se débrouiller... c'est une vraie barrière. C'est mettre les gens en difficulté, les aidants sont mis en difficulté. On doit les assister ».

« On leur donne des dossiers papier. On leur propose de photocopier s'ils font plusieurs demandes ».

Certaines directions ne sont pas très satisfaites de l'utilisation de cet outil par leurs partenaires, en amont du séjour. Par exemple, la prise en main des dossiers d'orientation par les assistantes sociales hospitalières, « pour libérer des lits », entraîne des entrées en contact peu évidentes avec les aidants.

« Il y a aussi le fait qu'ils inondent plusieurs établissements de demandes, et quand on appelle la famille, ils ne savent pas, "mais vous êtes où ? Vous êtes qui ?" Les familles sont perdues, c'est l'assistante sociale qui a fait ses démarches, et la famille là-dedans ? C'est raide... »

Par ailleurs, d'après les directions, les familles ne sont pas les seules à avoir des réticences devant les outils et dossiers numériques.

« Et les médecins ne veulent pas faire le travail administratif.

Question : il s'agit là plus des médecins hospitaliers ?

Réponse : les médecins traitants aussi. Ils nous appellent en direct, et "je t'envoie tout par fax". »

Concernant les démarches administratives, les sentiments sont différents selon les situations, selon que les aidants se sont sentis accompagnés, qu'ils aient eu le sentiment d'avoir une information claire ou selon qu'ils aient l'impression d'avoir eu à rechercher beaucoup d'informations par eux-mêmes. L'urgence des situations peut décupler le sentiment d'être seul face à ses responsabilités... Et l'attente de réponse peut dans ce cas générer de l'anxiété supplémentaire chez les aidants.

« Aidant : On est dépassé.

Question: Au niveau administratif ?

Aidant : On demande aux élus, et tout... Ils ne sont au courant de rien !

Question : Donc vous avez dû faire des demandes d'aide au département ? Pour un plan d'aide de l'APA ?

Aidant : Oui, l'APA, on ne l'avait jamais demandé. Il aurait peut-être fallu anticiper... »

« Question : Est-ce qu'il a des aides, est-ce qu'il est bénéficiaire par exemple de l'APA?

Réponse : Je ne sais pas, justement l'EHPAD ils m'ont donné des documents à remplir, on a rempli des documents, pour l'APL non ? Ce n'est pas l'APL ?

Question : L'APA plutôt ?

Réponse : Oui, l'APA, mais on n'a pas eu de retours pour l'instant. On a ouvert un dossier en ligne je crois, mais on n'a pas de retours, c'est mon épouse qui l'a ouvert mais ça fait au moins deux mois. »

En fonction aussi, peut-être, de la personnalité des aidants, ou de la relation à leur aidé, les démarches administratives peuvent n'être pas perçues comme des contraintes supplémentaires. Ici, nous voyons un aidant pour lequel les documents autour de la personne de confiance, ou des directives anticipées ont suscité une réflexion qu'il juge nécessaire.

« Question : Vous vous souvenez des documents que vous avez fournis, que vous avez signés à l'entrée ? Toute la partie administrative, comment ça s'est passé ?

Réponse : C'était... Rien ne m'a dérangé, ou mis en difficulté, c'était des choses assez classiques, ça nous a permis de pousser une réflexion en disant : « Est-ce qu'il doit y avoir de l'acharnement ou pas d'acharnement ? », ce genre de réflexion vous voyez. On en était conscients, mais là on était devant un formulaire qu'il fallait signer et remplir et des choses tout à fait matérielles en disant "malheureusement le jour où il partira", quelles sont les instructions, qui fait quoi, des choses comme ça, quoi. C'est vrai que ce sont des sujets qui peuvent être un peu tabous, ou qu'on oublie un peu mais qui en fait sont... On y est confronté un jour ou l'autre. Il arrive quelque chose la nuit, on nous a demandé : est-ce qu'on doit vous avertir ? »

4.4. La coordination médicale et les procédures liées à la médication

Une partie des EHPAD emploie des médecins coordonnateurs qui sont également médecins de ville. Une partie des résidents de l'hébergement temporaire arrive d'ailleurs par ce biais. En principe, le médecin traitant de la personne reste son médecin durant la période de l'hébergement temporaire, mais dans la réalité, les médecins délèguent leur responsabilité au médecin de l'EHPAD.

« Les médecins traitants lâchent leur patient, ils ne suivent pas les patients quand ils sont à 20 km de l'EHPAD. »

« Si c'est quelqu'un qui n'habite pas loin, on croise les doigts pour que le médecin se déplace. Si l'hébergement temporaire est éloigné, on est sûr que le médecin ne se déplacera pas. Ça peut être un motif de refus d'admission... Alors qu'en établissement public, on est censé accueillir tout le monde... »

« Heureusement, les médecins "co" ont le droit de prescription depuis un décret du 28/12/2018. C'est la réalité du terrain. Maintenant, il peut prescrire et il fait le lien avec le médecin traitant. »

A l'admission des personnes, les médecins coordinateurs, parfois secondés des infirmières coordinatrices, entrent autant que possible les données médicales dans le dossier de soins. Lorsqu'il existe un médecin traitant, toutes les précautions sont prises pour que le lien soit établi, dans le cas où il faudrait solliciter son avis (faute de visite) pendant le séjour. Mais les éléments fournis par les médecins libéraux ne sont pas toujours complets.

Sur la question des médicaments, là encore les pratiques diffèrent selon que l'établissement dispose d'une pharmacie interne ou pas, mais également en fonction des choix budgétaires de l'établissement.

« Malgré le forfait global, pour l'hébergement temporaire, la personne apporte ses médicaments ».

Les consignes sont alors en général très précises : des boîtes non entamées, afin d'assurer la traçabilité du médicament.

Pour les EHPAD qui ont accès à une pharmacie en interne, ou à l'extérieur, qui fournira le traitement pendant le séjour, là encore les pratiques diffèrent. Soit la personne vient avec dans son trousseau son traitement médicamenteux pour trois jours, puis la pharmacie prendra le relais. Soit la personne ou son aidant doit faire parvenir à la structure, au moins quatre jours avant l'entrée, la prescription médicale à jour, afin que l'approvisionnement ne pose pas de difficulté les premiers jours.

Sur le circuit du médicament et le mode d'administration, les établissements disent respecter absolument les réglementations de l'EHPAD. La préparation du pilulier est réalisée par l'infirmier, l'administration ou la surveillance d'administration également, les prises sont tracées dans les logiciels de soins.

« Parfois, ils arrivent avec le pilulier préparé, mais ils ne suivent pas trop les ordonnances : "Oui mais moi, j'en prends deux, même si le médecin me dit ça". Mais nous, on leur explique qu'on suit l'ordonnance ».

Pourtant, les directions d'EHPAD ont bien conscience que pour l'hébergement temporaire, il serait préférable de garder les mêmes habitudes qu'à domicile, dans la prévision d'un retour.

« On veut redonner l'autonomie aux personnes mais la réglementation nous en empêche : on nous demande que les infirmières délèguent de moins en moins et doivent vérifier elles-mêmes la prise de médicaments. »

« On n'oblige pas non plus un résident à prendre son médicament, mais avec le logiciel, on doit le noter. On trace le refus. »

Les marges de manœuvre, tout en assurant la sécurité du patient, demeurent plus larges pour les EHPA ou les résidences d'hébergement temporaire, parce que les tâches d'administration ou de préparation des médicaments sont assurées par des infirmiers libéraux ou SSIAD et que l'exigence de traçabilité est différente. La capacité ou non à gérer sa prise de médicaments fait partie de l'évaluation globale de la personne accompagnée, en vue du retour à domicile.

« On n'a pas de personnel médical sur site, on est sur l'idée du "comme à la maison". On fonctionne avec un cabinet d'infirmières, qui assurent le suivi des soins. On peut aussi conventionner avec des infirmières libérales, ne serait-ce que pour assurer la préparation des piluliers. Ce ne sont pas les infirmières qui distribuent les médicaments ; on surveille la prise. C'est aussi parfois l'occasion de se rendre compte que la personne n'est pas du tout autonome dans la gestion de ses médicaments. Nous, on accompagne les personnes lors du retour à domicile. L'intérêt est le maintien de l'autonomie, on accompagne la sortie de l'hôpital en vue du retour à domicile, avec les mêmes ordonnances, les mêmes médicaments. C'est aussi une réappropriation par la personne. »

4.5. L'accompagnement personnalisé des résidents de l'hébergement temporaire : entre recommandations et réalité du terrain

Pour rappel, le projet personnalisé, fait partie des outils obligatoires de la loi 2002-2. L'ANESM, puis la Haute Autorité de Santé éditent des documents-repères³⁷ dans lesquels on trouve cette définition du projet personnalisé.

« Le projet personnalisé vient prioritairement renforcer le droit de participation de la personne accueillie (et/ou de son représentant légal selon les situations) à l'élaboration de son projet d'accompagnement. Le terme de « projet personnalisé » qualifie la démarche de co-construction du projet entre la personne accueillie (et/ou son représentant légal) et les équipes professionnelles.

Le projet personnalisé :

- témoigne explicitement de la prise en compte des attentes et des besoins de la personne (et/ou de son représentant légal) ;*
- induit l'individualisation et la singularité de chaque accompagnement. Il se décline en une programmation de prestations et d'activités individuelles ou collectives en cohérence avec les ressources de l'établissement et les desiderata du résident ;*

³⁷ ANESM, 2018. *Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD)*. 24 p

- permet d'inclure différents volets plus spécifiques articulés entre le volet social et le volet médical ;
- tient compte du parcours de vie, du parcours de soins, du parcours d'accompagnement de la personne :
 - en amont de l'accueil,
 - tout au long de l'accueil,
 - lorsque l'accueil arrive à son terme, quelle qu'en soit la raison ;
- associe, selon les situations et sous réserve de l'accord de la personne accompagnée (et/ou de son représentant légal) et les proches. »

La formalisation d'un projet d'accompagnement individualisé (les termes employés sont très variables d'un établissement à l'autre) se fait dans la moitié des EHPAD.

Statut	Absence d'un projet d'accompagnement personnalisé	Présence d'un projet d'accompagnement personnalisé	Non renseigné	Total général
Privé associatif	1	3		4
Privé lucratif	1	5		6
Privé mutualiste	1			1
Public autonome	2	5		7
public hospitalier	13	7	1	21
Total général	18	20	1	39

Tableau 11 : Formalisation d'un projet d'accompagnement individualisé en fonction du statut de l'EHPAD

Ici, nous voyons que le secteur hospitalier est moins enclin à rédiger ou formaliser un projet d'accompagnement personnalisé pour les résidents de l'hébergement temporaire, tandis que les autres secteurs le font majoritairement.

Ce chiffre peut être illustré par le propos d'une cadre d'EHPAD hospitalier, rencontrée lors des entretiens collectifs des directions, où la question de la place de l'hébergement temporaire était abordée.

« La différence c'est pour les EHPAD rattachés à un centre hospitalier, on est hospitalo-centré. On se plaint à l'inverse d'avoir des gériatres qui, pour certains, peuvent ne pas être dans une prise en charge EHPAD mais plutôt hospitalière, avec des médecins habitués à tourner sur des services de médecins... Ils développent un projet de soin qui prend le pas sur le projet de vie car on est quand même sur du médico-social. Ce qu'abordent nos collègues d'A., c'est la question de la prise en charge médicale, sachant qu'ils sont en manque de temps médical pour avoir un investissement satisfaisant, alors que moi je regrette d'avoir presque trop de médical. »

Ainsi ce témoignage permet de comprendre que, si ce n'est le projet personnalisé lui-même, sa traçabilité n'est pas une priorité dans les EHPAD hospitaliers. Pourtant, ils sont soumis au même titre que les autres établissements aux outils de la loi 2002-2, dont le projet personnalisé d'accompagnement fait partie.

Ces projets peuvent être formalisés sur différents types de support. Les directions ont ainsi indiqué sur quel support était présent le projet d'accompagnement personnalisé. On trouve quasiment autant de types ou de noms de supports que d'EHPAD répondants, il n'y a pas d'harmonisation des termes. Quelques exemples des supports indiqués : « projet de soin individualisé » ; « Projet Personnalisé Individualisé » ; « P.A.P. dans dossier soins informatisé » ; « projet d'accompagnement individualisé qui comporte le projet de vie » ; « Projet de vie individualisé » ; « logiciel soins » ; « Projet individualisé sur le logiciel de soins » ; « Projet de Vie Personnalisé » ; « Projet d'accompagnement personnalisé » ; « dossier résident individualisé, plan de soin » ; « Projet Personnalisé et objectifs de prise en charge » ; « PSP » ; « Contrat de séjour ».

Ces terminologies se ressemblent mais soulèvent des approches différentes. Un projet de soin n'est pas nécessairement identique à un projet d'accompagnement et moins encore à un projet de vie. Les supports logiciels laissent entendre que seules les équipes ont accès au projet personnalisé, mais pas le résident ou sa famille. Enfin, en positionnant le projet d'accompagnement dans le contrat de séjour, une structure lui donne de fait une dimension contractuelle. Tant dans la terminologie que dans les pratiques, il n'y a pas d'harmonisation quant à la formalisation d'un projet d'accompagnement individualisé.

A partir de ces constats, il est intéressant de regarder quels sont les usages concernant la durée du séjour, qui théoriquement doit être définie au moment de l'admission et de la signature du contrat de séjour.

Réponses sur la formalisation de la durée de séjour	Nombre d'EHPAD
Non	2
Oui, sans précision de support	15
Oui, sur le contrat de séjour	6
Pas toujours	1
<i>Non renseigné</i>	15
Total général	39

Tableau 12 : Formalisation de la durée de séjour

21 EHPAD sur 39 affirment formaliser la durée du séjour sur un support, qui peut être le contrat de séjour dans 15 % des cas. 1 EHPAD décrit ne pas la formaliser systématiquement. 2 EHPAD disent ne pas la formaliser, quand 15 EHPAD ne renseignent pas cet item. Pour cette absence de réponse, on peut poser l'hypothèse que la personne répondante n'a pas l'information... Mais on peut aussi supposer que les personnes répondantes connaissent les obligations, sans pouvoir répondre par l'affirmative à cette question.

Concernant la formalisation d'un projet de sortie, les constats sont peu ou prou les mêmes.

Réponses sur la formalisation d'un projet de sortie	Nombre d'EHPAD
Non	9
Oui	12
<i>Non renseigné</i>	18
Total général	39

Tableau 13 : Formalisation d'un projet de sortie

Là encore, une minorité d'EHPAD estiment formaliser un projet de sortie pour les résidents de l'hébergement temporaire, soit 12 EHPAD sur 39. Un quart des EHPAD affirme ne pas rédiger de projet de sortie et la moitié ne répond pas à cette question.

Au cours des entretiens collectifs, la question du temps à consacrer aux résidents de l'hébergement temporaire revient à de très nombreuses reprises. En réalité, ce temps est identique pour les accueils des résidents de l'hébergement permanent et pour les résidents de l'hébergement temporaire. Mais alors qu'en permanent, les personnes restent plusieurs mois, voire plusieurs années, l'opération se renouvelle bien plus rapidement en temporaire.

« Administrativement parlant, un dossier, c'est du temps. Pour chaque dossier. Qu'on accueille pour le permanent ou pour le temporaire. Donc plus les gens changent vite... On a 50 admissions dans l'année pour nos 4 chambres de temporaire, alors qu'on en a 80 pour nos 230 lits d'hébergement permanent. »

Les directions insistent à de nombreuses reprises sur leurs difficultés d'organisation, leurs contraintes budgétaires qui retentissent sur l'organisation, leurs efforts à recruter du personnel. Ces difficultés concernent toute l'organisation des structures et impactent inévitablement le temporaire. Quelle que soit la durée du séjour, pour qu'une personne soit accueillie dans des conditions de sécurité et de bien-être acceptables, les tâches prennent du temps et concernent tous les types de personnels, des directions aux professionnels de l'accompagnement, en passant par les services supports. Les liens préalables avec la personne et sa famille, les contacts administratifs, si besoin, en matière d'APA, la coordination avec les professionnels de secteur, la coordination médicale, le processus d'admission, le planning, la préparation de la chambre puis l'accueil en tant que tel, la visite de l'établissement, la présentation du personnel de proximité et des voisins de chambre, la présentation du déroulement des journées, des horaires, les questions relatives au linge, le planning des toilettes...

« L'accueil d'une personne c'est plusieurs heures, il y a toutes les évaluations et la nutrition, les escarres, les troubles cognitifs, la mobilité. C'est lourd, il faut accompagner la personne, expliquer les changes, le linge... Accueillir la famille... Tout le monde est mobilisé, c'est pas que les aides-soignantes ou les ASH³⁸. »

« Il y a l'accueil, versant convivial : présenter les équipes, les différents lieux de vie de l'établissement, présenter l'équipe de direction. Moi, c'est un de mes grands regrets, je n'ai pas le temps d'aller me présenter aux personnes. Et tout ça participe à l'accueil. Et aussi le temps pour expliquer les limites de la prestation, l'offre de service : soins, animation, etc. On n'a pas d'infirmière 24h/24, on n'a pas les moyens de les doucher tous les jours, etc., etc. Travailler réellement le projet de vie ».

Malgré les contraintes, les directions soulignent la nécessité de maintenir une forme de convivialité. Il semble que les directions se positionnent davantage dans une éthique de l'accueil, dans le « savoir-faire » et le « savoir-être ». En revanche, la question du « faire-savoir », ou autrement dit de la traçabilité de l'accompagnement, quand bien même les recommandations en la matière sont connues, passe au second rang, ou est difficilement envisageable dans un tel contexte.

³⁸ ASH : Agent de Service Hospitalier.

« Tout ça demande du temps, si on n'a pas de financement spécifique pour ces temps d'accueil, on ne peut pas le faire. Si on veut faire tout ce qui est dit dans les recommandations ANESM³⁹ et compagnie, ça nécessite plusieurs jours d'accueil et il faut les financer. Même avec la meilleure volonté du monde, on ne peut pas y arriver. Et puis toutes les contraintes qu'on a... On veut bien remplir les DMP⁴⁰, on est conscients des enjeux. Mais il faut des professionnels pour ça. Si on n'a pas de médecin pour le faire, nous, derrière... Personne n'a anticipé sur le manque de professionnels. Quand plus personne ne veut faire aide-soignante, parce que c'est complètement dévalorisé, là, on est à un point où on fait quoi ? On parle du DMP ! [rires des autres participants] »

Certaines directions pointent que les « documents-outils » d'accompagnement ne sont pas toujours adaptés à la réalité de l'hébergement temporaire. D'autant plus lorsque l'on est dans le cas du répit de l'aidant.

« Il faut faire le projet de vie personnalisé, même en temporaire. Quand c'est court, c'est court pour connaître la personne, quoi. Un projet de vie d'une semaine... C'est juste les objectifs du séjour, en fait. Avoir les mêmes exigences que pour le permanent, c'est un peu irréaliste. »

4.6. Le choix architectural guide le mode de prise en charge

Concernant l'organisation des équipes, **aucun établissement ne témoigne avoir une équipe dédiée au temporaire – mis à part les EHPA qui ne font que du temporaire – dans l'organisation quotidienne et l'accompagnement.**

Lors des entretiens collectifs, les directions décrivent **deux modes d'organisation architecturale différents sur l'hébergement temporaire, qui influencent la nature de l'accompagnement.**

D'une part, les chambres de l'hébergement temporaire sont fixes et identifiées en tant que telles dans la structure (ex. : chambres A73 et A75). Ce choix peut avoir été fait en interne, ou en concertation avec les autorités de tutelle, dans le cadre des conventions pour l'aide sociale où les chambres d'hébergement temporaire sont effectivement déduites. Ce fonctionnement est souvent qualifié de rigide par les directions. Il ne permet pas de répartir la charge de travail en fonction des unités, il ne permet pas de prolonger l'hébergement temporaire, au risque de voir la personne devoir changer de chambre. Les directeurs arguent que l'hébergement temporaire est aussi le moment d'une évaluation et que dans ce contexte, une personne entrée en séjour avec l'idée d'en sortir peut revoir sa position durant son accueil et désirer basculer vers le permanent. En cas de chambre fixe, là encore, cela nécessite un changement de chambre, donc parfois de repères.

³⁹ ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Services sociaux et Médico-sociaux. Rattachée depuis 2018 à la Haute Autorité de Santé (HAS).

⁴⁰ DMP : Dossier Médical Partagé

« On a des lits identifiés, on a un taux d'occupation qui n'est pas bon. Etant donné qu'on a des lits identifiés, si on avait plus de souplesse, ça nous permettrait de l'améliorer. On a un calendrier par chambre. »

Lorsque la chambre est fixe, on s'aperçoit que c'est une approche par pathologie qui est prédominante. Le choix de positionner ou pas la place dans l'unité Alzheimer ou dans un secteur sécurisé, opère une « sélection » sur le type de public bénéficiaire. A contrario, le positionnement de la place dans un secteur ouvert empêche de pouvoir accueillir les publics les plus désorientés.

« Les lits sont identifiés sur un service, nous n'avons pas d'unité fermée. Les 5 lits sont situés sur une unité ouverte à l'étage avec un escalier de chaque côté. Par exemple, pour les personnes déambulantes... On doit s'assurer de pouvoir assurer leur sécurité pour les admettre. »

« Moi, j'ai des lieux de vie un peu dédiés en fonction des pathologies et une unité avec des adaptations très spécifiques, type rails aux plafonds. »

D'autre part, la possibilité d'une chambre « volante », déplacée en fonction des besoins, semble être une approche où une logique de parcours prédomine : la chambre suit une logique de répartition des charges du personnel, la personne peut éventuellement prolonger son séjour, même si une autre personne vient occuper une place temporaire, ou rester dans la même chambre si elle décide de basculer en permanent. De plus, cette logique permet de ne pas sélectionner le public et de s'assurer que le positionnement de la chambre correspondra davantage aux besoins de la personne.

« Les 6 lits d'hébergement temporaire ne sont pas fléchés forcément, ils peuvent évoluer autant que de besoin et selon la demande. Nous les avons parmi les 166 lits d'hébergement permanent et l'unité de 16 lits peut éventuellement monter à 17, pour un hébergement temporaire spécifique Alzheimer. »

Les entretiens avec les aidants n'ont pas permis d'obtenir des avis très précis sur ces différentes organisations. Pour une majorité d'entre eux, leur aidé avait bénéficié d'un hébergement temporaire soit dans une structure dédiée, soit dans un établissement qui réservait un secteur à l'accueil temporaire.

« Question : Lors de cette admission en HT, il avait une chambre pour lui tout seul, il était dans une aile particulière, il y a une aile dédiée à l'HT ?

Réponse : Non, je crois que ce bâtiment est pratiquement en totalité réservé aux soins temporaires, aux séjours temporaires. »

Les aidants et les aidés interrogés semblent davantage axer leurs remarques sur les questions de sociabilité, de voisinage, mais aussi de vie collective. Ici, c'est à nouveau de la mixité des publics dont il est question.

« Question : Quelles étaient vos questions, qu'est-ce qui vous stressait dans ce projet d'hébergement temporaire ?

Réponse : Moi, c'était savoir comment ça se passait au niveau de la vie commune, elle nous a fait visiter la restauration, elle nous a emmenés voir le lieu de repas communs, après des détails sur les horaires, etc. »

« Mais le problème de ma mère, c'est qu'elle ne supporte pas son âge, elle l'a pas dans sa tête, et elle ne supporte pas de voir des personnes handicapées à côté d'elle. »

4.7. Les professionnels associés au projet de sortie : des profils bien définis

13 structures sur 39 disent avoir des professionnels dédiés au projet de sortie du résident. La vocation de l'hébergement temporaire est le retour à domicile. Il existe donc des **enjeux autour de la sortie et du projet qui l'accompagne : réajustement éventuel des aides à domicile, transmission et coordination des éléments médicaux, accompagnement de l'aidant dans le cadre d'un séjour de répit... Malgré cette importance, seulement un tiers des structures ont un personnel dédié à la sortie**. Si tel est le cas, quelle sera la coordination au retour à domicile et comment va être réorganisée l'aide ?

72

Parmi les professionnels décrits, on trouve (une ou plusieurs réponses apportées) :

- des médecins coordonnateurs,
- des cadres de santé,
- des infirmiers diplômés d'Etat coordinateurs (IDEC),
- des psychologues,
- des ergothérapeutes,
- des assistants sociaux,
- des conseillers en économie sociale et familiale (CESF),
- des référents,
- des secrétaires.

Nous trouvons parmi ces professionnels du personnel de soin, mais aussi des travailleurs sociaux et administratifs. Parfois, l'approche est décrite dans une forme pluridisciplinaire, parfois, le professionnel est investi du projet de sortie de façon isolée. Les pratiques dans le cadre des projets de sortie seront plus amplement abordées dans le volet qualitatif du rapport.

En entretien, les questions de sorties, lorsqu'elles sont orientées vers un retour au domicile, sont aussi une véritable préoccupation des établissements. Et contrairement aux entrées, puis aux déroulements des séjours qui peuvent s'assimiler au fonctionnement du permanent, **envisager une sortie est la véritable spécificité de l'hébergement temporaire**. Fortes de ce constat, certaines structures ont institutionnalisé, « protocolisé » la sortie du résident, en mobilisant certains professionnels dans le projet de sortie.

« Concernant la sortie, c'est les équipes qui se sont chargées de la prise en charge qui s'en occupent. Il y a un travail sur l'autonomie, qui devrait être tout le temps, parce que plus ils sont autonomes, moins on a de charge de travail. L'IDE et l'AS qui accompagnent, préparent la sortie avec le résident, surtout un travail mené sur l'autonomie qui facilite le retour à domicile. C'est le médecin traitant, de concert avec le médecin coordonnateur qui organise la sortie, et aussi l'aidant. Le médecin de la structure est aussi important, parce que c'est lui qui coordonne avec le SSIAD. »

En effet, il faut prendre en compte la sortie de la personne et la coordination nécessaire pour qu'elle se passe dans les meilleures conditions. Les directeurs d'EHPAD expliquent qu'ils sont toujours très sollicités par les autres professionnels du réseau quand il s'agit de trouver une place en hébergement temporaire, mais lorsqu'il s'agit de la sortie, il est difficile de mobiliser ces mêmes professionnels en retour.

« On leur fait aussi le compte-rendu du séjour, on s'assure de savoir si les services sont bien prévus, lors du retour de la personne à domicile. C'est arrivé que les services à domicile ne soient pas mis au courant de l'entrée en temporaire. Donc maintenant quand on a une entrée au temporaire, on demande aux proches s'il y a une aide à domicile et s'ils nous autorisent à les contacter. On rencontre l'aidant, 15 jours avant la date de sortie potentielle, pour faire un bilan de santé de la personne, pour préparer la sortie. Le projet personnalisé change, il est construit avec l'aidant et la personne, notamment sur le retour à domicile, avant la fin du séjour : un bilan est fait avec la personne et avec l'aidant, et après retour à domicile : un appel téléphonique pour savoir et suivre le retour. On a beaucoup travaillé avec la MAIA pour la feuille jaune, on a un dossier médical informatisé. » (Loiret)

Ce peut être aussi une expérimentation mise en place, sur appel à projet de l'ARS, pour employer un ergothérapeute et un assistant social à 0,2 ETP chacun, afin de visiter le domicile avant la fin du séjour pour y prévoir les aménagements et les aides techniques, faire le lien avec le SSIAD et le SAAD et prévoir éventuellement après la sortie des temps d'intervention communs pour former les professionnels à la manutention, aux transferts, à l'utilisation des aides techniques.

En synthèse...

Un quart des EHPAD de l'échantillon déclare tenir une liste d'attente comportant moins de 8 personnes. La vacance des places entre deux résidents est très variable entre les établissements, elle est due soit aux procédures de nettoyage, soit à l'absence de nouvelle demande.

32 EHPAD sur 39 mentionnent l'hébergement temporaire soit dans leur projet d'établissement, soit dans leurs documents de communication.

La moitié des EHPAD de l'échantillon affirme rédiger un projet individualisé pour les résidents de l'hébergement temporaire et définir au préalable une durée de séjour.

Le projet de sortie n'est formalisé que dans un tiers des EHPAD de l'échantillon.

Les processus d'admission sont différents d'un établissement à l'autre, mais certains outils sont unanimement utilisés (grille AGGIR). La moitié des établissements s'appuie sur une commission d'admission.

Les motifs de refus d'admission sont variés, mais ce sont les critères médicaux qui sont les plus prégnants dans les réponses apportées, devant les motifs administratifs ou les motifs liés au projet de la personne.

Une majorité d'établissements semble investir la question de l'hébergement temporaire. Pour autant, nous constatons des pratiques et des niveaux de formalisation divers (projets individualisés, projets de sortie, organisation architecturale, etc.) impactant probablement le parcours des résidents.

5. LES RESIDENTS DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Le dépouillement des questionnaires concernant les résidents doit permettre de définir des typologies de situations ou de résidents ayant recours à l'hébergement temporaire. Ces données sont issues des questionnaires destinés aux cadres ou coordinateurs de l'hébergement temporaire. Pour rappel, elles conduisent à l'exploitation de 105 situations synthétiques de résidents décrites par les professionnels, permettant une vision globale des parcours de ces personnes âgées utilisant l'hébergement temporaire. Les analyses des entretiens individuels et collectifs apportent des éclairages supplémentaires sur ces parcours.

Les répondants au questionnaire sont majoritairement des professionnels du soin, plus rarement des personnels de l'administration. Les directions représentent un quart des répondants (alors qu'initialement, le questionnaire était destiné aux cadres/coordonateurs).

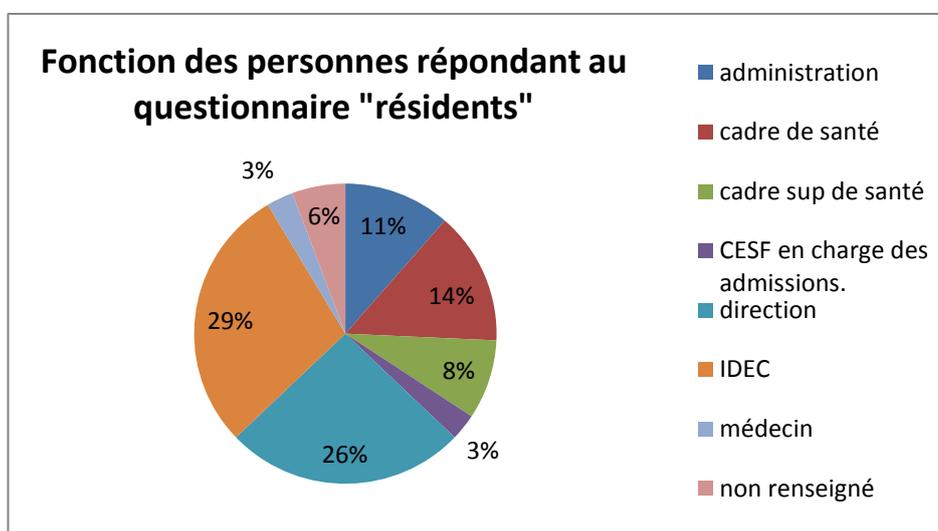


Figure 9 : Fonction des répondants au questionnaire sur les « résidents »

5.1. Le niveau de dépendance des résidents de l'hébergement temporaire

Lors de leur dernier séjour, les niveaux de dépendance des résidents dans les situations décrites sont :

Niveau de dépendance	Nombre de situations	Pourcentage du total
1	8	7,62%
2	29	27,62%
3	18	17,14%
4	30	28,57%
5	9	8,57%
6	5	4,76%
Non renseigné	6	5,71%
Total général	105	100,00%

Tableau 14 : Niveau de dépendance des résidents lors de leur dernier séjour

Les résidents de GIR 3 et 4 cumulés représentent 45% des situations, la plus forte proportion, les résidents de GIR 1 et 2 cumulés représentent 35 % des situations.

Le niveau de dépendance peut évoluer d'un séjour à l'autre, pour des résidents qui ont effectué plusieurs séjours à l'hébergement temporaire.

GIR au dernier séjour							Non 6 rens.	Total général
GIR au 1er séjour	1	2	3	4	5	6		
1								0
2	4							4
3		3						3
4		1	1					2
5			1	1				2
6								0
PHV				1			1	2
Non renseigné								0
Total général	4	4	2	2	0	0	1	13

Tableau 15 : Évolution du niveau de dépendance pour 13 résidents entre le premier et le dernier séjour

Ainsi, sur les 105 situations de résidents différents décrites, le niveau de GIR a évolué pour 13 résidents, depuis leur premier séjour en hébergement temporaire dans le même établissement. Le plus souvent, les résidents sont passés à un GIR du niveau immédiatement inférieur, à part dans deux cas. Un établissement qui dispose d'un service d'hébergement permanent pour personnes handicapées vieillissantes (PHV) a décrit deux situations d'accueil de ces personnes sur leurs places d'hébergement temporaire (l'EHPAD n'étant pas répertorié parmi les accueils en hébergement temporaire pour PHV). Il semble donc exister des solutions d'accueil adaptées en fonction des publics qui fréquentent habituellement cet établissement. Il faut préciser qu'avant 60 ans, les PHV ne sont pas évaluées en niveau de GIR.

Dans les entretiens, les logiques et habitudes d'accueil sont différentes d'un établissement à l'autre. Certains EHPAD qui n'ont pas d'infirmiers de nuit hésitent à accueillir des personnes ayant un GIR inférieur à 3.

Les motifs les plus courants, pour les directions rencontrées, sont le départ en vacances de l'aidant ou son besoin de répit. L'accueil saisonnier (pour des personnes qui chauffent leur maison au bois et ne peuvent plus effectuer les corvées dues au combustible) est également évoqué.

Un établissement spécialisé dans l'accueil temporaire admet qu'il doit jongler avec les admissions sur le niveau de dépendance des personnes admises, afin de ne pas mettre son personnel en difficulté.

« Nous, on a une plus grande majorité de GIR 3-4. Et il faut qu'on trouve un équilibre au sein du groupe. On ne peut pas accueillir 5 ou 6 personnes GIR 1 en même temps, c'est pas possible. Le fait de conventionner avec le SSIAD peut permettre de pallier un peu. Le plus compliqué pour nous est l'été, où

les enfants partent tous en même temps. L'été dernier, je me suis retrouvé avec un GMP⁴¹ à 650, c'est quand même pas habituel. Quand je dis GMP à 650, pour les EHPAD, ils doivent être largement au-dessus, mais nous on est subventionnés pour un GMP à 450, donc il s'agit d'une surcharge énorme. »

Les établissements évoquent avoir quelques résidents habituels, qui reviennent faire des séjours régulièrement. Selon eux, la notification systématique d'hébergement temporaire dans les plans d'aide APA (c'est le cas dans plusieurs départements) a permis à certains aidants de mieux se rendre compte de leur besoin de répit, de se « déculpabiliser ».

« 70 à 75% de nos accueils sont du répit pour les aidants, ils se l'accordent sans culpabilisation ; tout le monde s'y retrouve, car la personne aidante constate aussi que l'aidé a récupéré, qu'il a été stimulé. Et certains reviennent parfois 1 fois par mois. Il y a un rythme à trouver, le côté financier, aussi. »

Les demandes se font principalement en proximité du domicile de la personne aidée ou de celui de son aidant.

Pour des motifs de répit de l'aidant, la personne aidée accueillie est généralement très dépendante, GIR 1 ou 2. Paradoxalement, l'accueil de ce profil de public ne pose pas de difficulté particulière aux établissements (pour peu qu'ils aient le personnel paramédical adéquat la nuit et le weekend). Certains établissements, s'ils ne disposent pas de places en unités sécurisées, préfèrent ne pas accueillir de personnes moins dépendantes (type GIR 3 ou 4) mais « déambulantes ».

« Mais justement, avec des personnes atteintes au niveau cognitif, c'est des personnes qu'on n'arrive pas à mobiliser, ou canaliser, qui n'ont qu'une idée en tête, c'est de rentrer chez elles. »

Au-delà du seul niveau de dépendance des résidents, il faut également regarder le profil pathologique des résidents accueillis dans ces organisations basées sur le collectif. Certains types de publics posent de réelles difficultés d'accompagnement pour les EHPAD, tel les publics avec troubles psychiatriques. Cette question a été abordée longuement par les directions, dans trois départements sur six.

« On n'est pas en capacité d'accueillir et sans relais pour répondre à notre demande si on a une personne en crise psychiatrique. Et on n'est pas en capacité de sécuriser la personne, les équipes et les autres résidents. Quelqu'un avec une crise psy, on n'a pas de relais et personne en face qui répond à nos demandes. On n'a pas de solution, à part la camisole chimique, mais ça, ça ne protège que les autres résidents. Ça entraîne des risques de chute, si la personne reste au lit, il y a d'autres risques... Et c'est maltraitant ».

Se pose notamment la difficulté du basculement à 60 ans, d'un accompagnement et d'un suivi pour une personne présentant un handicap psychique vers une prise en charge de la dépendance du « droit commun », avec les manques et les problèmes de compétences et de relais que ce basculement comporte.

« Question : donc ça peut arriver que des personnes aient eu une "carrière" en psychiatrie durant

⁴¹ GMP : GIR Moyen Pondéré. Sur explication des directions, le GMP équivaut à un cumul des GIR des résidents dans l'établissement à un temps T. Plus les GIR baissent, plus le GMP monte.

leur vie active, et qu'après 60 ans, vous vous trouviez à accueillir ces publics ?

Réponse : Nous, si on en a connaissance grâce au dossier, on refuse, on ne peut pas gérer derrière s'ill y a une crise, les médecins traitants sont aussi démunis sur les traitements psy et toutes les pathologies où il faut donner un traitement adapté. On a eu le cas il y a peu, on a été obligés de faire une hospitalisation d'office, parce qu'il y avait un vrai danger, et pour lui et pour les autres, et résultat, il est revenu en pleine nuit, la directrice d'astreinte s'est prise une avoine du psychiatre du service des urgences. Donc après, on rame avec la famille, avec un médecin sur V. qui nous aide un peu.

Question : Mais comment est-il arrivé à l'hébergement temporaire ?

Réponse : Sur demande de la famille.

Question: Et il n'était pas mentionné une quelconque difficulté ou instabilité ?

Réponse : Non, ou alors on va nous dire "démence" ou "troubles cognitifs". Mais jamais de troubles psychiatriques. Mais si la personne a un suivi, qu'elle est stabilisée et qu'elle a un psychiatre qu'on peut contacter, ce sont des personnes que l'on peut accueillir, ça se passe plutôt bien. Mais quand tout est caché et qu'elles décompensent... »

D'autres directions évoquent l'accueil de personnes handicapées vieillissantes. C'est un public qu'elles ne connaissent pas et ont le sentiment que leurs équipes ne sont pas suffisamment formées à l'accueil de ce public, dont les besoins sont différents de ceux des personnes dont la dépendance est due à l'âge.

« Moi, ce qui me poserait le plus de difficulté, ce serait l'accueil d'une personne jeune, 60 ans, qui bascule dans le système ordinaire, par exemple une personne handicapée en fauteuil et qui pourrait demander un hébergement temporaire. Il y aurait trop de décalage entre les résidents accueillis, la moyenne d'âge est très élevée, il ne s'y retrouverait jamais. J'ai une personne comme ça, pour lui, c'est pas marrant tous les jours. Avoir de petites unités spécifiques, dans ces cas-là, ça peut être pas mal, quand même. »

Ainsi, la cotation AGGIR, et par extension les GMP ne sont peut-être pas les seuls indicateurs à prendre en compte pour déterminer les besoins en moyens et compétences des équipes professionnelles. Le profil des résidents accueillis et leur parcours de soin antérieur peuvent aussi nécessiter une approche plus spécialisée.

5.2. Le motif du dernier séjour des résidents de l'hébergement temporaire

Le graphique ci-après montre que dans les situations décrites, les motifs de l'hébergement temporaire sont pour plus de la moitié directement liés à l'environnement proche de la personne : l'aidant est absent, qu'il soit en vacances ou qu'il ait besoin de répit (un quart du total des situations).

Dans les situations transmises par les professionnels, le motif d'entrée « attente d'une place en hébergement permanent » ne représente que 13 % des demandes.

Le motif de recours à l'hébergement temporaire dépend en partie de la situation initiale. Aussi, il est nécessaire d'intégrer la variable du lieu d'hébergement avant le recours à l'hébergement temporaire dans l'analyse.

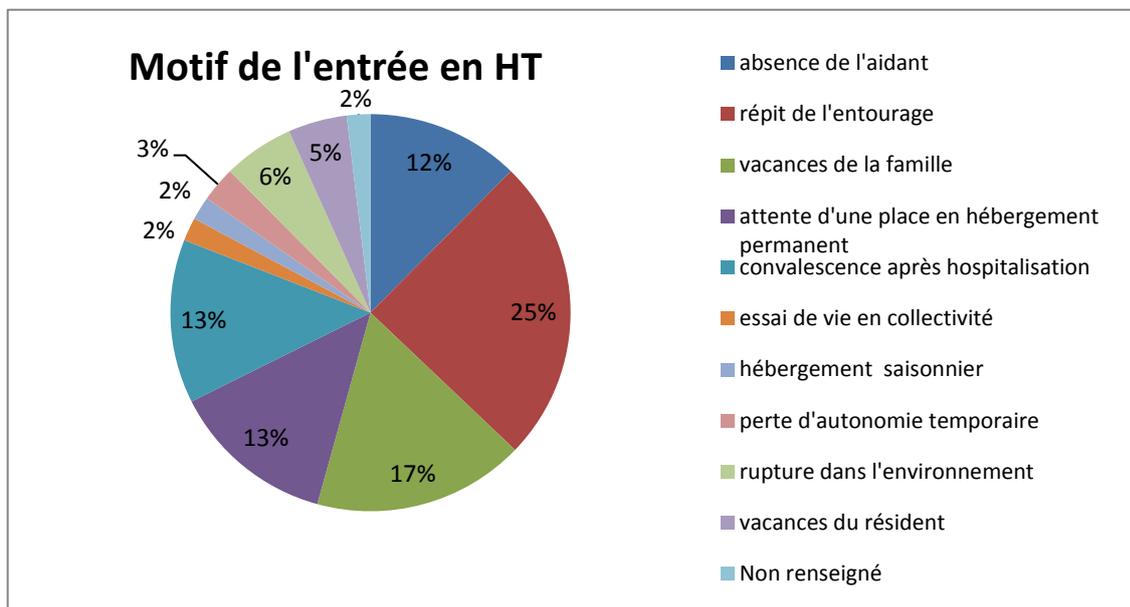


Figure 10 : Motif de l'entrée en hébergement temporaire lors du dernier séjour

5.3. Le lieu d'hébergement avant le recours à l'hébergement temporaire : le domicile et l'hôpital, et de préférence à proximité

Nous cherchons ici à savoir où étaient les personnes juste avant de venir à l'hébergement temporaire. Cela donne une idée de la provenance, mais aussi éventuellement celle de la composition du foyer (si le lieu avant l'hébergement temporaire était le domicile).

Le lieu d'hébergement avant l'HT	Nombre de situations	Pourcentage du total
accueillant familial	2	1,90%
dom famille	13	12,38%
domicile personnel (dp) sans détail	4	3,81%
dp / aidant cohabitant	1	0,95%
dp / pers en couple	36	34,29%
dp / pers seule	24	22,86%
EHPAD	2	1,90%
Hôpital	19	18,10%
résidence sénior	1	0,95%
(vide)	3	2,86%
Total général	105	100,00%

Tableau 16 : Lieu d'hébergement juste avant le séjour en hébergement temporaire

Dans une majorité des situations (62%), les personnes vivent à leur domicile personnel avant d’arriver à l’hébergement temporaire. Parmi elles, une majorité vit en couple avec, on peut le supposer, un-e conjoint-e âgé-e.

Dans un peu moins d’un cinquième des situations décrites, les personnes viennent de l’hôpital, et dans un dixième des situations, du domicile d’un membre de leur famille.

Il est intéressant de regarder quelle est la distance entre le domicile habituel de la personne et l’hébergement temporaire.

Distance entre domicile et Hébergement temporaire	même département	département limitrophe	autre département	Non renseigné	Total général
moins de 15	47	2		3	52
15 à 30	27	5			32
30 à 45	6	1			7
plus de 45	3	5	1	1	10
Non renseigné	1			3	4
Total général	84	13	1	7	105

Tableau 17 : Distance entre domicile et lieu d’hébergement temporaire, au regard du découpage départemental, en kilomètres

Dans la moitié des cas, le domicile des résidents de l’hébergement temporaire est situé à moins de 15 km du lieu de l’hébergement temporaire. Il est situé entre 15 et 30 km dans un petit tiers des cas.

Les orientations sont infra-départementales dans 80% des situations.

Lors des entretiens, les interlocuteurs confirment ces chiffres. Ils sont unanimes pour considérer que **le critère de proximité est l’un des critères les plus importants, dans le choix du lieu de l’hébergement temporaire, avec celui du tarif de l’hébergement**. Tous confirment que les résidents de l’hébergement temporaire préfèrent rester dans leur bassin de vie. Si la personne n’a pas d’autre attache affective (conjoint), les enfants font aussi régulièrement le choix de trouver un accueil temporaire à proximité de chez eux, afin de pouvoir facilement organiser la logistique et les visites.

« Question : quel est le critère préférentiel pour le choix de l’hébergement temporaire ?

Réponse : en général la proximité de leur domicile ou de celui des enfants s’il n’y a plus le conjoint.

Par exemple, la semaine dernière, un fils me disait, "avec ViaTrajectoire, j’ai balayé un peu partout, mais j’ai trouvé de la place très très loin, je ne peux pas envisager ça. »

La question de l’environnement social est donc à prendre en compte. Certaines personnes vont retrouver à l’EHPAD des connaissances, d’anciens voisins. Tous ces éléments facilitent alors le séjour, donnent aux personnes âgées la sensation d’être dans un environnement connu, ce qui peut être rassurant. Ainsi, dans la rupture opérée par le changement de lieu de vie, certains liens peuvent subsister.

« Et puis, parfois, ils ont des connaissances qui entrent au Sepia, alors ils vont les voir. Parce qu’ils bougeaient beaucoup, ils voyaient beaucoup de monde. Alors, ils connaissent pas mal de gens. »

L'accueil de jour itinérant, à qui la résidence d'hébergement temporaire met ses locaux à disposition, est aussi une occasion pour les résidents de rencontrer de nouvelles ou d'anciennes connaissances.

« Le mardi et le jeudi, il y a un transport pour aller chercher les gens qui viennent passer une journée. Là je vois beaucoup de monde. J'en connais pas mal des gens du coin, comme j'étais commerçante. Alors je les revois les mardis et jeudis. »

5.4. Le motif de l'hébergement temporaire pour des personnes vivant à domicile

Lieu de vie avant l'HT	absence de l'aidant	répit de l'entourage	vacances famille	attente héb. perm.	conval. ap. hosp.	essai de vie en collectivité	hébergement saisonnier	perte d'auton. tempo.	rupture envir.	vacances résident	Total général
dom famille		4	7	1					1		13
dp sans détail	1	1	1							1	4
dp / aidant cohabitant			1								1
dp / pers en couple	8	17	3	1	1		1		3	2	36
dp / pers seule	2	4	5	5	3	1	1	1	1	1	24
Total général	11	26	17	7	4	1	2	1	5	4	78

Tableau 18 : Motif de l'hébergement temporaire pour les personnes vivant à domicile

Ce tableau indique que lorsque la personne vit en couple à domicile, les motifs les plus fréquents sont le répit de l'entourage, ainsi que l'absence de l'aidant.

Lorsque la personne âgée vit au domicile d'un proche, la demande d'hébergement temporaire est provoquée le plus souvent par les vacances de la famille, mais aussi le répit dans un quart de ces cas.

En revanche, les motifs sont beaucoup plus variés lorsque la personne vit seule chez elle. Les vacances de la famille, l'absence de l'aidant et le répit de l'entourage cumulés représentent alors presque la moitié des situations. Dans un cinquième des cas, lorsque la personne âgée est seule à domicile, elle entre à l'hébergement temporaire en attendant une place en hébergement permanent.

Compte tenu de l'âge ou du niveau de dépendance des personnes aidées dont les situations ont été décrites, une majorité d'aidants gère les aspects administratifs de la vie de leur aidé, avec des variantes en fonction des situations. Ici, une personne gère encore ses comptes, mais fait livrer ses repas, là, une autre laisse ses enfants s'occuper des papiers depuis plusieurs années... Il faut ajouter que la grande majorité des aidants interrogés étaient à la retraite, qu'ils soient époux ou enfants des personnes aidées.

Généralement, la description des situations permet de comprendre qu'une aide s'est progressivement mise en place autour de la personne aidée, d'abord par la famille à proximité, sur les

questions administratives, puis sur les activités domestiques liées à l'entretien de la maison et les courses, avec parfois une prise de relais par une « aide-ménagère » et enfin une aide plus conséquente sur les actes de la vie quotidienne, avec éventuellement un aménagement du domicile, et soutenue ou pas par l'intervention d'un SSIAD.

« Question : depuis combien de temps vous faites livrer les repas ? »

Réponse de l'aidant : depuis au moins 5 ans. Maman, ça la fatiguait de préparer les repas. Donc, on a décidé de faire livrer les repas. Et après, il y a eu les aides, grâce à l'évaluation de l'APA. »

Dans quelques cas, c'est le départ en vacances de l'aidé qui occasionne la demande d'un séjour à l'hébergement temporaire.

« Comme ils partaient en vacances, on a commencé en janvier, quand ils partaient à la neige. Ma fille m'a dit "Qu'est-ce que tu en penses ?" J'ai dit, oui, après tout, je serai plus tranquille, et vous, vous partirez aussi plus tranquilles. »

Pour une partie des entretiens, c'est un élément déclencheur, un accident, un incident, une hospitalisation, une crise aigüe, qui a entraîné le recours à l'hébergement temporaire.

Les aidants interviewés parlent souvent d'une sortie « brutale » de l'hôpital. Une fois que les services ont terminé les soins et jugé l'état de la personne stable, la décision de sortie se fait très rapidement et repose ensuite sur les épaules des familles, solution ou pas.

« L'hôpital de P. ne le gardait pas, on a eu un coup de fil où je ne l'ai pas bien pris, on me dit, on me fait comprendre que s'il ne sortait pas, je pousse le trait, mais à peine, on le mettait sur le trottoir. Je suis intervenu et ça nous a donné quelques jours pour trouver la solution de l'hébergement temporaire à B. »

Pour d'autres, en revanche, c'est le « fardeau » de l'aide apportée par l'aidant et la fatigue occasionnée qui a poussé les proches à recourir à l'hébergement temporaire pour leur aidé.

« Question : quel évènement vous a décidé à y aller ? »

Réponse : je n'en pouvais plus. La deuxième fois, j'avais un motif, avec le mariage de ma fille. Mais la première fois, c'est parce que j'étais vraiment fatiguée, et j'en avais besoin. »

En dehors de l'aide apportée par un service à domicile ou un service infirmier à domicile, certains proches ont également recours aux aides pensées pour le répit des aidants. Ainsi, certaines personnes ont tout d'abord eu recours à l'accueil de jour, ou à l'intervention d'un professionnel de la plateforme de répit, avant de constituer un dossier pour l'accueil temporaire.

« Il était en accueil deux jours par semaine, et suite à sa dégradation, et aussi l'état où je me trouvais, l'assistante sociale du CD est venue, elle l'a dégradé en GIR 1, et j'ai obtenu une journée d'accueil de jour en plus par semaine. Ce sont de petites journées, comme ce matin, il est parti à 10h15, et le retour est entre 16h et 16h30.

Question: vous avez parlé d'infirmière ?

Réponse : pour le lever, le coucher et le soir en plus la prise de médicaments. Elle prépare aussi le pilulier. Et la douche, je suis incapable de le lever, maintenant. C'est le médecin qui a prescrit ces aides, quand il est sorti de l'hôpital.

Question : depuis quand ?

Réponse : 4 ans. »

Mais malgré le soutien et l'insistance des professionnels intervenants au domicile, la démarche d'acceptation du recours à l'hébergement temporaire peut être longue. Car même quand l'aidant est épuisé par sa tâche, il peut éprouver une réticence à solliciter l'hébergement temporaire pour son aidé, peut avoir le sentiment de l'abandonner, peut avoir peur que son proche ne supporte pas bien d'être séparé de lui, c'est davantage le cas lorsque l'aidant est le conjoint. Il faut aussi avoir pris conscience de son propre état, pour accepter le répit.

« Je l'ai gardée pendant plus de deux ans avec moi, mais j'ai commencé à être très fatigué, alors les enfants m'ont dit, tu la mets à l'hébergement temporaire, tu pourras la voir tout le temps... Donc, c'est ce que j'ai fait [...] Vous savez, quand elle était à la maison, c'était les copains et les copines qui me faisaient mes courses. Et eux, voyaient bien la situation : "mais tu vas y laisser ta peau". »

« Et quel temps s'est passé entre le moment où vous avez entendu parler de l'hébergement temporaire la première fois, et le moment où il y est allé vraiment ?

Réponse : Entre 12 et 18 mois. Parce qu'il a déjà fallu que j'accepte la maladie. Et ensuite, il a fallu que j'accepte de le laisser. J'ai entendu dire que si je voulais rester en forme à la maison, pour pouvoir y garder mon mari, il fallait que je me repose. »

Mais dans d'autres cas, c'est grâce aux démarches pour un plan d'aide APA que l'aidant a découvert la possibilité d'avoir recours à l'hébergement temporaire pour son proche, dans le cadre du répit.

« Question : qui vous en a parlé ?

Réponse : ben, c'était marqué sur la feuille, y'avait marqué "répit proche aidant" sur la feuille APA, avec le nom du référent social, le numéro de téléphone, et j'ai appelé. Voilà. Et cette dame-là m'a dit que je pouvais. Et par Internet, j'ai téléphoné à l'hébergement temporaire, elle m'a envoyé un dossier, je l'ai rempli et renvoyé, et ça s'est fait comme ça.

Question : ça s'est fait vite ?

Réponse : Oui, c'était vers le mois d'avril, parce que je voulais partir avec mes petits-enfants. Et comme à cette époque-là, il y a beaucoup moins de monde qu'en juillet, elle a pu le prendre ».

Cela dit, dans quelques cas, s'agissant de personnes très âgées de plus de 95 ans, le terme « maison de retraite » ou « EHPAD » provoque l'épouvante.

« Question : c'est votre premier séjour ici... Vous avez donc découvert l'univers de la maison de repos⁴². Qu'est-ce que vous avez pensé en arrivant ?

Aidée : que c'était formidable.

Aidante : à l'hôpital, quand l'assistante sociale lui a dit, Madame, il faudrait commencer à penser... [elle ne veut pas prononcer « EHPAD »]

Aidée : cause plus fort, je n'entends pas ce que tu dis !

Aidante : [voix basse] elle a dit tout de suite dit : Ah non ! »

⁴² L'aidante présente lors de l'entretien a demandé à mi-voix que l'on n'évoque pas le terme d'EHPAD. Elle a présenté à sa mère l'hébergement temporaire comme un séjour en maison de repos.

« Question : est-ce que vous vous rappelez la première fois qu'on vous a parlé de l'hébergement temporaire ?

Réponse : ben, c'est que je connaissais un peu ici.

Question: vous connaissiez ?

Réponse : pas beaucoup. Mais malheureusement, j'ai eu une fille qui y est venue. Elle y a été 15 jours, 3 semaines, j'étais venue la voir. Donc c'est mon fils, il m'a dit, ben écoute, on va te mettre là ! Parce que je ne voulais pas aller à l'hôpital, ni rien !

Question: pas à l'EHPAD ?

Réponse : ah, non, pas ça. J'ai dit, vous ferez ce que vous voulez, mais je veux pas aller à l'hôpital !».

5.5. Les orientations suite à l'hébergement temporaire : des résultats variables entre recueil quantitatif et qualitatif

Lieu après HT	décès	EHPAD	hospitalisation	hp phv	résidence autonomie	retour domicile	ULSD	Non renseigné	Total général
Lieu avant HT									
accueillant familial		1				1			2
dom famille		1	2	1		9			13
domicile personnel sans détail		1				3			4
dp / aidant cohabitant						1			1
dp / pers en couple	2	8				26			36
dp / pers seule		9				14	1		24
EHPAD		1				1			2
Hôpital		8	1		1	9			19
résidence sénior		1							1
Non renseigné		1						2	3
Total général	2	31	3	1	1	64	1	2	105

Tableau 19 : Parcours avant et après l'hébergement temporaire

Ce tableau tend à montrer que dans les 105 situations décrites, les personnes retournent majoritairement à domicile après avoir été accueillies à l'hébergement temporaire (60% du total). Mais une part non négligeable de résidents (29% du total) intègre un hébergement permanent à l'issue de leur séjour en hébergement temporaire.

Orientation après HT	décès	EHPAD	hospitalisation	hp - phv	Résid. Auton.	retour domicile	ULSD	Non renseigné	Total général
Motif d'entrée HT									
Absence de l'aidant		4				9			13
Répit entourage	1	5				20			26
Vacances de la famille		1	2			15			18
Attente héberg. Perma.		13				1			14
Conval après hospit.		2	1		1	9	1		14
Essai vie collectivité		2							2
Héberg. saisonnier						2			2
Perte d'autonom. tempo		1				2			3
Rupture dans l'environn.	1	2		1		2			6
Vacances du résident		1				4			5
<i>Non renseigné</i>								2	2
Total général	2	31	3	1	1	64	1	2	105

Tableau 20 : Motif d'entrée à l'hébergement temporaire au regard de l'orientation de sortie

Quand la personne arrive du domicile, qu'elle y habite seule, en couple, ou au domicile d'un membre de sa famille, elle retourne chez elle après l'hébergement temporaire dans la majorité des situations. Les résidents qui arrivent après une hospitalisation sont orientés pour un peu moins de la moitié vers un hébergement permanent en EHPAD après leur séjour d'hébergement temporaire. L'autre moitié des résidents retourne à domicile.

Afin de préciser ces tendances, il convient de les étudier à l'aune des motifs d'entrée en hébergement temporaire.

Nous pouvons voir grâce à ce tableau que, lorsque la demande est le répit de l'entourage, la personne retourne à domicile dans quatre cinquièmes des cas, et est orientée vers un EHPAD dans un cinquième des cas. De même, les raisons d'absence ou de vacances de l'aidant occasionnent dans la majorité des cas un retour à domicile. Nous pouvons à présent croiser le motif d'attente d'un hébergement permanent avec la provenance du résident.

Provenance du résident avant l'hébergement temporaire	Nombre de résidents attendant une place en hébergement permanent
domicile famille	1
dp / pers en couple	1
dp / pers seule	5
EHPAD	1
Hôpital	4
Résidence sénior	1
<i>Non renseigné</i>	1
Total général	14

Tableau 21 : Provenance des résidents pour lesquels le motif d'HT est l'attente d'une place en hébergement permanent

La demande d'une place en hébergement temporaire, dans l'attente d'une place à l'hébergement permanent, survient dans les deux tiers des cas lorsque le résident arrive de son domicile où il vit seul, ou de l'hôpital.

Dans la grande majorité des situations rencontrées dans le cadre des entretiens, les personnes ayant eu recours à l'hébergement temporaire avaient été orientées sur l'hébergement permanent au moment de l'entretien. Dans trois situations, les personnes étaient retournées à domicile avec leur conjointe aidante, et dans deux situations, les personnes ont été rencontrées alors qu'elles avaient fait le choix d'habiter dans un habitat intermédiaire pour personne âgée, après leur(s) séjour(s) à l'hébergement temporaire. Du côté des directions, en revanche, de nombreux témoignages attestent d'expériences d'hébergement temporaire où les résidents sont finalement retournés à domicile.

L'hébergement temporaire étant limité à 90 jours, il arrive qu'un retour à domicile ait précédé le passage en hébergement permanent, dans l'attente d'une place.

Plusieurs témoignages d'aidants convergent, sur la tentative des familles de ménager des marges de liberté, malgré l'orientation de leur proche à l'hébergement permanent. Certaines organisent des repas dominicaux familiaux, d'autres préviennent l'établissement qu'elles vont venir chercher leur proche pour un weekend en famille. Ainsi, ces aidants tentent de rompre la radicalité du passage à l'hébergement permanent, après avoir apporté une aide constante pendant des années.

5.6. Evolution de l'aide à domicile, suite à l'hébergement temporaire : encore du chemin à parcourir

L'hébergement temporaire peut parfois être l'occasion pour les personnes accueillies et leur famille de rencontrer des professionnels de l'accompagnement et du soin, et de faire le point sur les conditions de maintien à domicile.

Type d'aide à domicile	évolution	même aides	Non renseigné	Total général
aidant	3	12	2	17
aide prof		4	2	6
prof + aidant	3	24	1	28
sans aide	2	8	1	11
Non renseigné		1	1	2
Total général	8	49	7	64

Tableau 22 : Évolution de l'aide au domicile, après l'hébergement temporaire

Dans 11% des cas, lorsque le résident retourne à domicile, les personnes répondant au questionnaire ne savent pas si l'aide à domicile va évoluer, alors qu'elles peuvent généralement apporter des éléments sur la nature de l'aide avant le séjour.

Dans 76 % des cas, les répondants indiquent que le niveau de l'aide à la maison n'évolue pas.

Pour les 8 situations décrites où l'aide évolue, l'aide professionnelle est majorée.

Lieux de séjour avant HT Et situation d'aide à domicile	+ d'aide professionnelle / - de proche aidant	+ d'aide professionnelle	Total général
Domicile personnel sans détail		1	1
sans aide		1	1
Dom pers / pers en couple	1	3	4
Proche aidant		1	1
Professionnel + proche aidant	1	2	3
Dom pers / pers seule		1	1
Proche aidant		1	1
Hôpital	1	1	2
Proche aidant	1	1	2
Total général	2	6	8

Tableau 23 : Évolution de l'aide au retour à domicile

Avec toutes les précautions à prendre autour de ce petit nombre de situations, ce tableau tend à montrer que **les conditions du maintien à domicile sont plus particulièrement prises en compte, et notamment l'entourage de la personne. En effet, dans 7 situations sur 8 décrites, le résident dispose d'un proche aidant dans son entourage. L'évolution de l'aide apportée va dans le sens d'une augmentation de l'aide professionnelle, et dans deux cas, elle permet la diminution de l'aide du proche aidant.**

Nous l'avons vu dans le chapitre consacré aux professionnels dédiés à la sortie, tous les EHPAD ne disposent pas forcément de moyens, en temps de travail ou en compétences, pour assurer un suivi de la personne au-delà de la sortie. Ainsi, sans parler d'évaluation proprement dite, les observations et informations recueillies tout au long du séjour du résident temporaire ne sont pas toujours mises à profit ou transmises pour réajuster la situation d'aide.

« Question : est-ce qu'avec l'infirmière, vous avez parlé de votre retour à domicile, de l'organisation de la vie à la maison ?

Réponse : non, nous n'étions là pas que pour les raisons de l'opération. Nous n'avons pas parlé de ça avec elle, et elle ne nous en a pas parlé non plus. »

En revanche, lorsqu'un professionnel bien identifié fait le lien entre l'EHPAD et le domicile, cet investissement semble avoir des effets sur l'évolution de la situation d'aide, qu'elle touche à l'aide humaine, ou qu'elle concerne l'adaptation de l'environnement.

« J'ai 20% ETP, il y a des heures où je peux le solliciter, et l'ergo trace tout ce qu'il fait et fait un compte-rendu de ses actions, en lien avec les services à domicile, donc ses actions et l'aménagement ou les aides techniques.

Question : l'ergo est sollicité sur demande ?

Réponse : non, il est dans l'établissement, donc on le sollicite quand il va y avoir un retour. Donc là, on commence à avoir des liens avec l'ADMR, service à domicile, pour savoir s'il est pertinent de se déplacer et de donner des conseils, des aménagements et aides techniques. »

La plupart des directions semble assez attentive aux conditions de fin de séjour de la personne, et au lien avec l'aidant principal, surtout s'il est cohabitant avec la personne accompagnée. Elles soulignent néanmoins encore le manque de moyens, qui permettrait d'une part un véritable parcours coordonné, et d'autre part, une amélioration des conditions de maintien à domicile.

« Qu'est-ce que ça serait bien d'avoir une assistante sociale dans l'EHPAD ! Surtout pour gérer l'hébergement temporaire mais aussi pour l'hébergement permanent quand ils veulent rentrer chez eux. La sortie, le retour à domicile... Pour gérer les retours, les demandes d'APA, d'aide technique, les aides financières ou autres, quand on a une AS qui fait les demandes, surtout s'il n'y a pas de famille... »

5.7. L'hébergement temporaire s'inscrit dans le processus de déprise

Les personnes aidées ainsi que leurs aidants, rencontrés au cours des entretiens, sont globalement satisfaites des accueils et des services rendus par les établissements qui proposent l'hébergement temporaire. Cependant, nombre d'entre eux évoquent le processus général qui les conduit à avoir recours à l'hébergement temporaire. Ce processus peut être rattaché au concept de déprise, qui consiste pour la personne âgée à devoir négocier certains changements liés à son avancée en âge, tout en essayant de maintenir ses valeurs et son identité.

L'attachement au domicile de toute une vie est forcément très fort. Les habitudes également liées à l'entretien du domicile ou du jardin sont des petits deuils supplémentaires à accepter. Ici, un couple a fait le choix d'un habitat intermédiaire (petit logement autonome à proximité d'une résidence d'hébergement temporaire) suite à son passage en séjour temporaire.

« Aidant : parce qu'ils avaient une maison de 900 m2 avant.

Question : ça fait un sacré changement ! C'était votre maison de toute votre vie ?

Aidé : ça faisait 60 ans qu'on y habitait. C'était assez dur quand même... le jardin, j'y étais tout le temps.

Question : et qu'est-ce que vous avez pensé, lorsque votre fils vous a parlé de ce petit appartement ?

Aidé : ben, oui... faut s'en aller, faut s'en aller. C'était dur, quand même. Quand on est habitué... ça faisait quand même 60 ans qu'on était là-bas... »

Dans l'appartement de ce couple, la petite terrasse extérieure était décorée de jardinières où fleurissaient des géraniums... Et le monsieur attendait avec hâte le projet de jardin partagé de la résidence.

Par ailleurs, habiter seul dans une grande maison isolée peut générer des inquiétudes, chez les personnes âgées comme chez leurs aidants.

« Mes parents vivaient dans une grande ferme, une grande maison, mon père a eu peur petit à petit, il ne dormait plus, il me disait qu'il avait entendu du bruit la nuit. Il avait toujours travaillé dans les

champs, et c'était des hommes qui avaient de la force, et je pense que ça l'inquiétait de savoir qu'il n'avait plus cette force, qu'il n'aurait pas pu se défendre s'il avait été attaqué. »

Les hébergements temporaires sont rarement personnalisés. Les meubles sont ceux de l'établissement. Les proches apportent parfois quelques photos, fleurissent la chambre de plantes et fleurs apportées du jardin personnel du résident. A l'hébergement permanent, les possibilités de meubler un peu la chambre et de la décorer sont plus grandes. Les établissements font aussi, de leur côté, des efforts d'ameublement, même si la fonction médicale de ces meubles ne trompe personne.

Les déménagements successifs, du fait du parcours d'accompagnement, peuvent aussi avoir un effet délétère sur la personne âgée.

« On a découvert la phase que des amis nous ont rapportée, qui ont vécu la même chose, cette demande de vouloir mourir. On nous l'avait dit et effectivement, "j'en ai marre". Quand il était à l'EHPAD, deux fois l'infirmière a demandé l'intervention d'une psychologue, c'est difficile. Ça n'a pas été un déménagement, mais plusieurs déménagements successifs, de chez lui à l'hôpital, de l'hôpital à l'hébergement temporaire, de l'hébergement temporaire au permanent, des allers-retours à O., revenir à l'hébergement temporaire, repartir pour l'opération, revenir à B. et après re-déménager car pour lui, entre l'hébergement temporaire et l'EHPAD, la nuance il n'y en a pas. Ça a été assez difficile même si on lui expliquait bien, maintenant c'est chez toi, on a personnalisé la chambre, on a mis plein de photos des petits-enfants, de nous, des choses auxquelles il est sensible, on a remis des plantes qui étaient chez lui, des objets, une pendule qui date de ses arrière-grands-parents. Il le dit "je sais que vous faites beaucoup pour moi", mais il y a des fois... »

Les aidants sont particulièrement attentifs aux habitudes de vie de leur aidé au moment de l'entrée à l'hébergement et au maintien de ses centres d'intérêt.

« Question : à quoi vous faisiez attention, qu'est-ce qui était important pour vous ?

Réponse : il a toujours travaillé dehors, donc on voulait qu'il ait une chambre où il puisse voir dehors, la campagne, le temps qu'il fait, s'il y avait du vent, s'il pleuvait. Et sa chambre donnait sur un toit, je lui disais "c'est triste", il s'en accommodait. C'était une chambre toute neuve, toute propre. »

« Question : et votre père, il vous a dit comment il avait trouvé l'hébergement temporaire ?

Réponse : il n'aimait pas trop aller aux animations, il y avait des animations proposées, il n'aimait pas trop, il n'y allait pas. Par contre, tout ce qui est musique... Il aime beaucoup l'accordéon, il adorait danser donc tout ça il aime beaucoup. Par contre je sais qu'il était un peu perdu dans les étages.

Question : en termes d'animations, d'activités, vous auriez des suggestions ? Qu'est-ce qui aurait pu lui plaire ?

Réponse : non, je ne sais pas, j'ai pas d'idées. Et mon père est quelqu'un qui a toujours travaillé seul... Je l'ai abonné à son journal, car lire son journal le matin c'est très important pour lui, et ça le maintient... Mais les animations... »

La question de la mobilité, ou plutôt de la limitation de la mobilité, est très importante aux yeux des personnes rencontrées. C'est une partie importante de leur vie sociale ainsi que leur autonomie qui sont remises en question lorsque surviennent des difficultés de mobilité.

Question : quelles sont les activités que vous ne pouvez plus faire ?

Aidé : c'est surtout ne pas se sentir libre. Ne plus pouvoir prendre le vélo, ou la voiture. Ne plus pouvoir monter les escaliers pour aller à la gym.

Question: surtout une problématique de mobilité ?

Aidé : je suis handicapé par cette imbécilité d'arthrose.

Aidante : il ne peut plus aller s'occuper du jardin, même couper les fleurs fanées. Et puis aussi le manque de contact. Ne pas pouvoir aller aux matches. Et encore, jusqu'en novembre il a fait le prof de gym douce à des dames. Et moi, j'étais son assistante. Bon, on a trouvé quelqu'un pour reprendre.

Aidé : sans ce handicap, j'aurais continué. Mais l'escalier à grimper, c'est impossible. »

L'utilisation de la voiture est également un élément problématique. Les enfants ou le médecin sont dans une logique de protection de la personne et des autres usagers de la route... Mais pour les personnes âgées, cela signifie renoncer à leur liberté de mouvement, à faire leurs courses ou leurs emplettes sans être accompagnées, ou surveillées, pouvoir rendre visite sans être dépendant d'un chauffeur occasionnel.

« Aidante : jusqu'à 90 ans, 92, elle conduisait, elle bêchait encore dans son jardin.

Question : vous avez conduit longtemps la voiture ?

Aidée : oh, pas tellement. J'aurais bien voulu conduire encore... Mais on me l'a retirée.

Question : on vous l'a interdit ?

Aidée : oui, malheureusement [sanglots dans la voix]. Ça m'a beaucoup privée. Ah, oui, ça, beaucoup. Ça je peux le dire.

Question : on voulait vous protéger, peut-être ?

Aidée : c'est ma fille.

Question: ça l'inquiétait ?

Aidée : non. Je ne sais pas pourquoi.

Aidante : ah, tu crois ? Quand tu prenais des sens interdits dans le bourg ? Tu trouves que c'était bien ?

Aidée : je ne conduisais pas mal !

Aidante : [...] tu as conduit jusqu'à 93 ans, donc... C'est déjà bien.

Question : donc vous vous êtes un peu sentie limitée, à ce moment-là ?

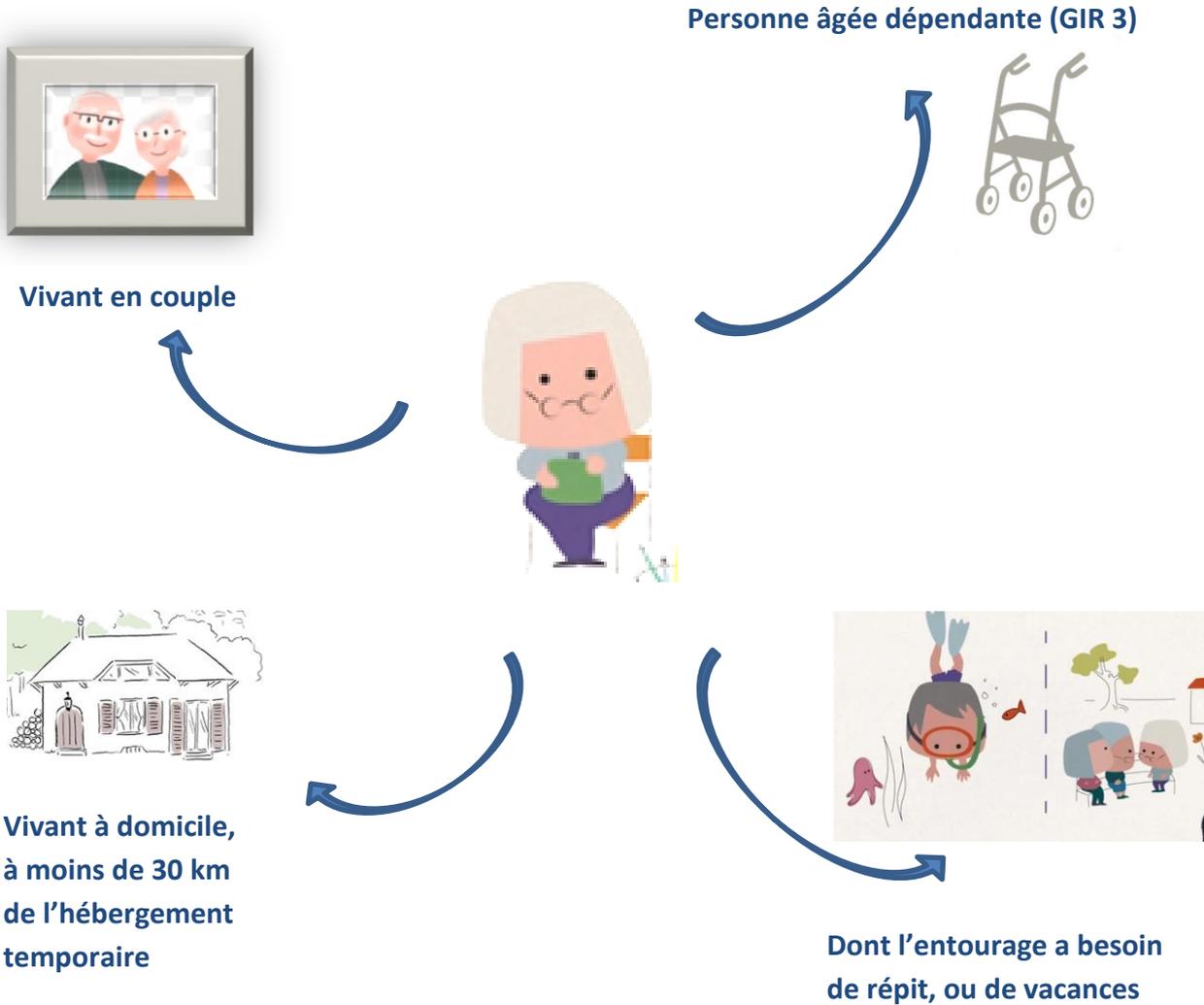
Aidée : pas qu'un peu, oui. Enfin, c'est comme ça. »

Ces renoncements « subis » par les personnes âgées constituent petit à petit le terrain d'un maintien à domicile plus difficilement acceptable pour les personnes âgées.

L'hébergement temporaire vient parfois compléter ce tableau, en ce sens qu'il rend visible pour les personnes aidées que les conditions du maintien à domicile sont de moins en moins tenables.

C'est pourquoi il semble fondamental de penser des projets personnalisés d'accompagnement et de sortie de l'hébergement temporaire, qui prennent en compte toutes les dimensions de la vie des personnes et le processus de déprise, en ménageant les marges entre le besoin de sécurité et le besoin de liberté et d'autonomie des personnes très âgées.

5.8. Le profil type du résident de l'hébergement temporaire⁴³



⁴³ Les dessins sont extraits du site « Pour les personnes âgées » [repéré à] <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

Le niveau de dépendance des résidents de l'hébergement temporaire est compris pour 73% entre les GIR 2 et 4, dans l'échantillon des 105 situations décrites.

Paradoxalement, les résidents dont les niveaux d'autonomie sont côtés GIR1 ou GIR2 sont moins difficiles à prendre en charge que les résidents de GIR 3 ou 4, notamment les personnes dites « déambulantes ». Les personnes ayant un profil atypique (personnes handicapées vieillissantes) sont aussi des publics dont l'accompagnement doit être pensé, et que les directions d'établissement ne sont pas prêtes à accueillir sans relais.

Les motifs du dernier séjour sont très largement liés à l'entourage de la personne : absence de l'aidant, répit (un quart des situations), vacances de la famille. L'attente d'une place d'hébergement permanent ne représente que 13% des motifs d'entrée (personnes venant du domicile où elles habitent seules, ou de l'hôpital), même si à l'issue du séjour, ce sont environ un tiers des résidents qui s'orientent vers l'hébergement permanent. L'orientation vers l'hébergement permanent d'un résident entré pour motif de répit reste occasionnel (5 situations sur 26).

A ce titre, dans plus de 60% des situations décrites, le résident retourne à son domicile initial après son séjour à l'hébergement temporaire. La notification systématique de l'hébergement temporaire sur les plans d'aide APA-domicile permet d'une part de le faire connaître, et d'autre part de « déculpabiliser » les aidants.

Au début de leur séjour, les résidents arrivent de leur domicile personnel dans 62% des cas et de l'hôpital dans 18% des cas. La grande majorité des personnes ont leur domicile à moins de 30 km de l'hébergement temporaire et dans le même département. La proximité est un élément important dans le choix de l'hébergement temporaire. Dans le processus de vieillissement de la personne et d'acceptation de la limitation progressive de ses capacités, l'entourage est attentif à ne pas surajouter une forme de « déracinement » aux deuils successifs engagés.

6. LE RESEAU AUTOUR DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

6.1. Les coordinations territoriales et réseaux partenariaux

D'après les directions, des coordinations territoriales existent, plus ou moins formelles, plus ou moins actives. Ces coordinations n'ont pas de statut juridique, elles ne fonctionnent que sur un système de mise à disposition de moyens. Elles peuvent être sectorisées et animées par des acteurs différents en fonction des territoires (SSIAD, MAIA, Département...). Certaines ont travaillé puis adopté une charte de coordination, relative notamment à l'échange d'informations et à la déontologie. La généralisation des Plateformes Territoriales d'Appui sur tous les départements mettent actuellement les acteurs en situation d'observation. Au moment des entretiens, les départements comme les directions n'avaient pas encore une grande visibilité sur leur mise en place.

Assez globalement, les acteurs rencontrés déplorent le manque de coordination entre le sanitaire et le médico-social.

« Et puis, avec les réseaux de santé (nous on est plus sur le médico-social, accompagnement à domicile), il faut aussi parler le même langage. Nous, on est plutôt sur un montage fonctionnel. Et puis chacun ses compétences, le médico-social et les solidarités, c'est de Conseil Départemental et les MDPH qui le font, pas les réseaux de santé. Et moi, le sanitaire, je ne sais pas le faire. »

Certains directeurs avouent se sentir un peu dépassés par ces coordinations territoriales. Certains d'entre eux ont découvert lors des entretiens collectifs que quelques établissements y étaient invités, d'autres pas, sans réellement comprendre pourquoi.

« Les MAIA, moi j'allais aux tables tactiques, ça concernait les professionnels du domicile. J'arrive pas à identifier comment ça fonctionne. Y'a une chose que j'ai compris, c'est la gestion des situations complexes... Mais il y a un tas de critères pour entrer dans le cadre de la "situation complexe" et il y a une infirmière qui va à domicile. Ça, j'ai compris, mais le reste... J'ai pas compris à quoi sert la MAIA. »

Lorsqu'ils ne participent pas à ces instances, ils ont une vision relativement nébuleuse (et négative) de ces coordinations, ainsi qu'une impression de débauche de moyens pour une efficacité toute relative. Dans ces cas, les coordinations manquent pour eux de retombées concrètes.

« Les familles sont en difficulté, les personnes ne sont pas bien informées... On crée des dispositifs qui se superposent. Sur chaque secteur il faudrait une communication spécifique, locale... Il y a une profusion de dispositifs, un effet millefeuille... »

« On a le sentiment que beaucoup d'argent est consacré à des dispositifs, parfois peu efficaces... il y a trop de dispositifs ! »

En revanche, lorsqu'elles sont investies et bien identifiées, comme en Indre-et-Loire, les directions voient un réel intérêt à participer à ces instances. Elles y trouvent alors des aboutissements concrets, puisque les coordinations ont l'obligation de mener des actions collectives. C'est aussi l'occasion d'être en lien avec les autres acteurs, d'actualiser l'information (connaître les mouvements de professionnels), voire d'échanger autour de certaines situations.

Les établissements mettent également en place des stratégies pour renforcer leur propre réseau, à l'échelle de l'établissement et des acteurs de proximité. Ce type de réseau local s'apparente à un système d'échange de bons procédés.

« Je travaille aussi avec mes autres collègues d'autres établissements, si quelqu'un vient et que je ne peux pas apporter une solution, je fais en sorte que la personne reparte avec une réponse, une solution. Ça peut être avec Domitys, Korian, ou les autres EHPAD du secteur. Je ne peux pas laisser partir la personne en lui disant : j'aurai une place dans 6 mois. Même France Alzheimer, qui a un accueil de jour et la pause Aloïs, à Amboise, et les relais Sepia, on essaie toujours de trouver une solution. »

La médecine de ville est également identifiée comme un levier pour faire connaître l'offre d'hébergement temporaire sur le territoire.

« Il faut qu'on identifie si notre environnement a vraiment changé, en termes d'offre d'hébergement temporaire, si on a trop de lits par rapport aux besoins, ou bien si nous, acteurs internes, on n'a pas été acteurs de la promotion, on se serait reposés sur nos lauriers, on n'a peut-être pas assez communiqué. Je mets la médecine de ville qui est un acteur fondamental, quand on a démarré l'hébergement temporaire, on s'est appuyés sur les acteurs libéraux, en envoyant des flyers, en présentant l'offre, ce sont les premiers acteurs d'identification des problèmes à domicile, parfois même avant intervention à domicile d'un SSIAD ».

Sur un département, un médecin coordonnateur est à l'initiative de la création d'un forum afin que l'interconnaissance entre l'EHPAD, les professionnels de santé libéraux mais aussi les travailleurs sociaux, soit meilleure. Elle s'appuie alors sur les moyens existants et identifiés, comme la conférence des financeurs.

« J'ai mis en place un forum pour créer du lien avec les professionnels sociaux, libéraux, qu'on connaisse les assistantes sociales du territoire. Et aussi avec les services à domicile. S'il y a l'hébergement temporaire dans le plan d'aide, on devrait pouvoir en discuter avec les services à domicile, en toute transparence. Ici, la transparence, j'ai du mal à la voir. Donc, sur la conférence des financeurs, j'ai demandé un financement pour créer ce forum, pour travailler sur la coordination avec le domicile, l'institution. Parce que les coordinations n'existent plus. »

Il existe également des liens partenariaux avec d'autres acteurs du territoire que sont les associations, ainsi que des actions en direction des aidants. Certains s'interrogent également pour se tourner vers les associations d'usagers du système de santé, ou des représentants des familles.

« On prête nos locaux deux après-midis par semaine à France Alzheimer [...]. Le temporaire, c'est long à lancer, au démarrage, il faut rencontrer beaucoup de monde, il faut expliquer, rencontrer les assistants sociaux des hôpitaux... Changer les habitudes, c'est compliqué ».

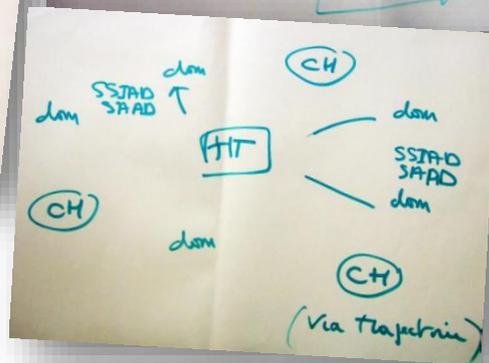
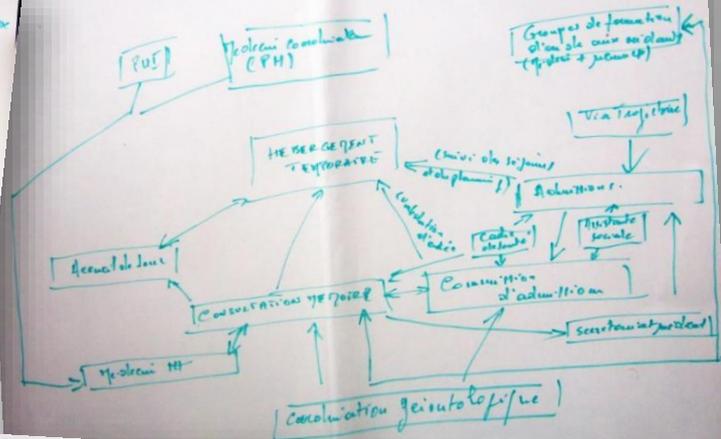
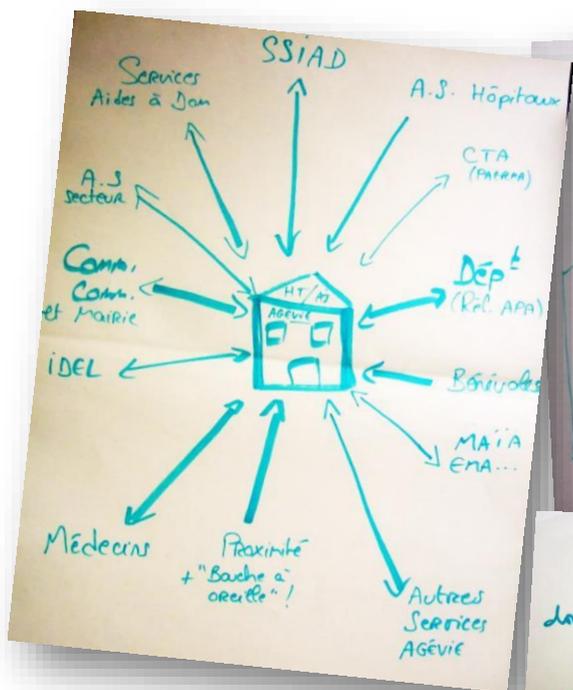
« Le réseau ne fonctionne que si on arrive à s'approprier, ça prend du temps. Le travail en réseau, faut se connaître, ça demande de développer des relations de confiance, de partenariat, ça ne se décrète pas. »

Quelques établissements « frontaliers » s'essaient à lever les barrières départementales, parfois régionales, afin d'établir des partenariats de bassin de vie qui semblent plus cohérents, même s'ils ne suivent pas les schémas de sectorisation habituels.

« Moi, je suis à 5 km du 45, à 15 km d'Orléans mais à 50 de Romo : l'établissement-support sanitaire, c'est obligatoirement le CH de Romo et pas celui d'Orléans. Mais j'ai la chance d'avoir un médecin-co qui se bat avec moi pour faire reconnaître l'existence du 41 auprès du 45. On entretient donc des liens très étroits avec les professionnels du Loiret ; on reçoit 50% d'hébergés du 45 et autant du 41. Et pour le temporaire, c'est la même logique, mais ça a nécessité depuis deux ans qu'on se fasse connaître des assistantes sociales du 45, au moins des villages limitrophes ; elles en ont parlé à leurs pairs, et c'est remonté jusqu'au CHR. Notre médecin-co, il a 74 ans, il va bientôt jeter l'éponge, mais il a un très bon réseau sur lequel il s'appuie ».

Les établissements rencontrés pensent également à travailler leur communication auprès du grand public sur l'hébergement temporaire, c'est-à-dire mettre à jour le site Internet, vérifier que l'offre d'hébergement temporaire est bien visible sur ViaTrajectoire, sur le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), sur les espaces de communication du Département, ou encore sur le site gouvernemental « Pour les personnes âgées ». Ils saisissent aussi, quand ils le peuvent, l'opportunité des inaugurations après travaux ou reconstruction et via la presse locale, pour faire connaître leurs chambres d'hébergement temporaire.

Au cours de cinq entretiens collectifs sur six, il a été proposé aux directions des établissements présents de schématiser le réseau autour de l'hébergement temporaire. Les 41 productions variées recueillies montrent des densités de réseaux bien différentes d'un établissement à l'autre. La densité du réseau n'est pas nécessairement corrélée à la densité urbaine. Il semble qu'il faille davantage chercher un lien dans l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur, la pluralité des offres en son sein, la multiplicité des structures orientant les résidents vers le temporaire, et enfin, l'efficacité de la communication de l'établissement. Nous vous en proposons quelques exemples, du plus fourni au plus simple, en passant par le plus complexe.



Aussi, les partenaires identifiés de chaque participant (sur leur schéma) ont été additionnés pour former un nuage de mots. La taille des mots la plus importante montre l'occurrence la plus forte. « Médecin traitant » représente 35 occurrences sur 41 schémas, puis vient « hôpital » (ou CH, CHU, CHR), avec 32 occurrences. Les travailleurs sociaux sont inscrits 27 fois, puis l'aide à domicile (26), la famille (22). Une vingtaine de termes n'ont été inscrits qu'une ou deux fois, ils ne figurent pas dans le nuage de mots.



Le terme de médecin traitant revient à de très nombreuses reprises dans les schémas des directions. En effet, les médecins traitants peuvent être présents dans le processus d'admission, puisque le volet médical du dossier est rempli par un médecin. Le dossier médical, s'il est incomplet, ou si des doutes subsistent, peut aussi être un support pour une prise de contact, de la part du médecin coordinateur de l'EHPAD en direction du médecin traitant. De plus, dans le cas de l'hébergement temporaire, le médecin traitant est censé rester le médecin référent du résident. Mais on peut aussi interpréter la forte occurrence du terme « médecin traitant » par un besoin des établissements de développer les liens avec la médecine de ville et notamment sur le volet de répit des aidants.

L'hôpital est un terme récurrent dans les schémas. Nous avons vu dans un chapitre précédent qu'un cinquième des personnes venaient de l'hôpital au moment de leur entrée à l'hébergement temporaire, sur notre échantillon de situations. L'hôpital est prégnant dans l'esprit des directions lorsqu'il s'agit des accueils en urgence, mais les services de soins de suite et réadaptation sont aussi fréquemment cités. Enfin, l'hôpital est aussi pensé comme un relais ou une ressource lorsque l'état de santé ou l'état psychique du résident ne lui permettent plus de demeurer à l'EHPAD.

Les travailleurs sociaux reviennent très régulièrement sur les schémas. De la même façon, il s'agit davantage des assistants sociaux hospitaliers que des travailleurs sociaux du secteur.

La place de la « famille », des « aidants » et de « l'aide aux aidants » devrait encore pouvoir être confortée dans le réseau autour de l'hébergement temporaire.

6.2. Un exemple de coordination : les chambres relais du 37

PAERPA signifie « Parcours de santé des personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie ». Il a été mis en place en Indre-et-Loire, tout d'abord dans le secteur de Loches, puis a été étendu à tout le département. Il s'agit d'un dispositif de coordination à destination des professionnels qui accompagnent des personnes de plus de 75 ans. Ses deux principaux objectifs sont le repérage des personnes âgées fragiles de 75 ans et plus d'une part, et l'élaboration des plans personnalisés de santé d'autre part. En lien avec le PAERPA, des « chambres relais » ont été mises en place. A ce jour, le PAERPA a disparu au profit de la PTA, Plateforme Territoriale d'Appui. Par ailleurs, l'ARS a lancé un appel à projet dans l'ensemble des départements, afin d'affecter 32 « chambres relais » réparties sur le territoire régional⁴⁴.

Les critères d'entrée dans le dispositif des chambres relais PAERPA sont très stricts. Il s'agit d'une sortie d'hospitalisation ou d'une défaillance soudaine de l'aidant. Il doit y avoir un retour à domicile prévu pour bénéficier d'une chambre relais durant quinze jours (renouvelable une fois).

Les chambres relais permettent de bénéficier des compétences de coordination de la CTA-PAERPA⁴⁵, afin de trouver des solutions durables le temps de l'hébergement en chambre relais, et permettent au résident de bénéficier d'une prise en charge financière sur la majeure partie des frais d'hébergement et de dépendance. Cette participation dépendant du niveau de GIR de la personne ; le Département prend en charge l'ensemble des frais si la personne est en GIR 1 à 4, puis, pour les GIR 5 et 6, la personne n'aura à régler qu'une somme équivalente au forfait hospitalier, soit 18 € par jour, à moins qu'elle ne soit affiliée à la CARSAT et la MSA qui dans ce cas le prennent en charge. Dès l'entrée dans le dispositif, les coordinatrices font l'évaluation de la personne, en lien avec l'assistant social de l'établissement.

« Soit c'est l'hôpital qui nous appelle, parce que les soins lourds sont terminés, mais la personne ne peut pas retourner immédiatement à domicile (pas de place au SAAD, personne fatiguée...) mais ne relève pas d'un SSR. La deuxième entrée possible est la défaillance soudaine de l'aidant. Le retour à domicile, ce critère n'est pas toujours rempli. Par exemple, la semaine dernière, l'aidant est décédé. La personne ne peut pas rentrer chez elle. Ça permet d'avoir quinze jours pour trouver une solution dans le droit commun, c'est du temps de gagné. Mais si le retour avait été possible, on aurait fait le nécessaire, mais là, l'évaluation a montré que ce n'était pas possible ».

Les 15 jours permettent de prendre le temps d'identifier tous les acteurs, de voir avec chacun d'entre eux comment adapter l'accompagnement aux besoins, comment intervenir autrement, davantage, interroger les possibles. Les coordonnatrices peuvent aussi être amenées à faire des demandes et activer les plans d'aide, de la même façon que les assistants sociaux de secteur. La chambre relais est présentée comme la fin de la filière hospitalière.

« Derrière ce terme, il y a la question de répit, mais on ne restera pas. C'est bien temporaire. Et c'est bien préparé dès le début, il y a très très peu de demandes de renouvellement. Parfois la personne

⁴⁴ L'appel à projet est disponible à l'adresse suivante : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-10/Cahier_des_Charges%20.pdf, consulté le 14 octobre 2019.

⁴⁵ CTA : Coordination Territoriale d'Appui, évoluant dorénavant en PTA (Plateforme Territoriale d'Appui)

peut aussi basculer vers l'hébergement temporaire de droit commun. 15 jours, ça permet de réorganiser, y compris le domicile, des aménagements ».

Une directrice présente lors des entretiens collectifs explique qu'elle a deux chambres relais fléchées pour le PAERPA dans son établissement qui compte 22 chambres en tout. Ces chambres ne sont pas identifiées, cela signifie que toutes les chambres peuvent potentiellement être mises à disposition. Mais elles ne sont pas réservées pour les accueils d'urgence, cela signifie que si des demandes d'hébergement temporaire « de droit commun » arrivent, elles sont prioritaires, afin d'éviter trop de vacance sur ces deux chambres, ce qui rendrait l'équilibre budgétaire compliqué.

« On prévient le PAERPA quand elles sont libres. Mais on est souvent dans des situations d'urgence, même si on a un peu recalé les choses. Accueillir en urgence, c'est maintenant-tout de suite. »

6.3. La place des services à domicile dans le réseau

Les liens avec les services à domicile ont été abordés lors des entretiens collectifs. Là encore, les réponses et témoignages sont fonction du territoire d'implantation et de l'histoire partenariale qui relie les acteurs.

Dans 29 schémas de réseau sur les 40 recueillis, les services à domicile (service d'aide et d'accompagnement à domicile – SAAD – ou service de soins infirmiers à domicile – SSIAD) sont évoqués. Cela montre que ces services sont des partenaires habituels des établissements et qu'il y a une préoccupation de la part des directions concernant les conditions du maintien à domicile du résident en hébergement temporaire.

« Question : sur les aides à domicile, quand les difficultés commencent à s'installer, comment ça se passe ?

Réponse : elles font remonter l'information auprès de la responsable de secteur. Comme nous, l'association propose aussi du service à domicile, ils font remonter facilement. »

« Chez nous les liens avec les services à domicile et la MAIA sont à développer. Dans notre cas, on est une toute petite structure : le tissu local est primordial, pour les échanges, le bouche-à-oreille, le contact, la connaissance... »

« - Nous on n'a jamais eu de soucis avec le SSIAD quand il y avait des séjours temporaires. Par contre il faut s'informer entre nous, se coordonner.

- On travaille en grande proximité avec nos SSIAD (même OG), mais aussi avec les SAAD du territoire, par des conventions, c'est une approche facilitée...

- Question : y a-t-il des coordinations ?

- Oui, il y a un groupe de travail pour favoriser le conventionnement avec les SAAD et SSIAD piloté par le Département. On travaille sur le partage d'outils ».

Tous les services ne sont pas du même avis. Les professionnels de la coordination entre services ont un avis plus nuancé, sur leur territoire, du moins.

« Il y a des enjeux de repérages, de transmission et des limites d'intervention des SAAD, repérer les signes d'épuisement. Ils ont du mal à vous alerter sur l'épuisement de l'aidant, mais généralement, savent bien vous alerter sur leur propre épuisement. Et là, ils font valoir leur droit de retrait, et c'est

l'urgence. On est dans le tout ou rien avec les services d'aide, turnover permanent avec la personne qui a des troubles cognitifs. Il ne faut pas attendre le point de non-retour. »

Une directrice évoque comment elle s'est dotée de compétences internes supplémentaires liées à la sortie des résidents du temporaire (cette expérience a déjà été décrite précédemment au point 4.7), afin de travailler précisément la coordination avec le domicile et les aides qui s'y déploient.

« J'ai fait un appel à projet : pour l'hébergement temporaire, j'ai un ergo qui peut aller faire une visite au domicile et préconiser, avec l'ADMR et le SSIAD, pour proposer des solutions d'aménagement au domicile. Une visite à domicile, une fois, pour préparer la sortie.

Question : mais c'est du temps ergo fléché sur l'hébergement temporaire ?

Réponse : oui, parce que j'ai eu les financements, j'ai le droit d'utiliser l'enveloppe pour l'ergo, pour une AS en cas de besoin [...] Ce que j'essaie d'initier, c'est que l'ADMR et les services à domicile puissent solliciter l'ergo en cas de besoin, même en amont de l'hébergement. S'il y a un besoin identifié dans le plan d'aide, qu'ils puissent s'appuyer sur l'ergo. »

100

Mais du côté des services à domicile, la coordination avec les établissements (hôpital ou EHPAD) n'est pas toujours effective.

« Sur C., dans l'optique d'une création de CPTS, il y a une première réflexion sur le parcours, il y a eu sept situations avec mise en danger du bénéficiaire où on n'a pas été prévenus... Le SSIAD a été prévenu, mais pas nous... J'ai dit que je n'étais pas très contente ».

Les services à domicile, lorsqu'ils parviennent à limiter le *turnover* de leurs salariés, ont une connaissance très fine des situations des personnes : ils interviennent dans leur milieu de vie, ils connaissent les habitudes, ils sont dans l'observation. Ils peuvent ainsi noter les modifications de comportement, d'humeur, d'habitude des personnes âgées et éventuellement de leur aidant.

Les SSIAD observent eux aussi la dégradation de l'état de santé et la dépendance accrue des personnes qu'ils accompagnent. Ils identifient là le problème financier comme une cause du non-recours à l'hébergement (temporaire ou permanent) des personnes âgées. En milieu rural, les femmes d'agriculteurs ont de toutes petites retraites, le corps de ferme est le seul bien qu'elles possèdent, c'est pourquoi elles refusent de s'en défaire pour pouvoir payer l'EHPAD. Sans compter qu'il est aussi souvent le lieu de travail du descendant ayant repris l'exploitation. La question de l'héritage est importante dans ce contexte financier. Quand le conjoint de la personne âgée dépendante est en vie et en meilleure forme, il semble que ce soit davantage une forme de « contrat moral » entre les époux qui fasse obstacle au recours à l'hébergement temporaire, ou une promesse de n'avoir jamais recours au « placement ».

« Les gens le verbalisent, nous le disent, on a beau passer des après-midis à discuter avec eux, ils pleurent, même s'ils savent que c'est pour le bien des deux. »

Parfois, ces services parviennent cependant à infléchir le point de vue du conjoint aidant en s'appuyant sur les enfants du couple.

Les services à domicile ont des difficultés à se faire reconnaître dans le réseau autour de l'hébergement temporaire. Ils ont parfois à gérer des retours d'hospitalisation dans des conditions chaotiques, avec beaucoup de difficultés à faire du lien avec les établissements sanitaires (« *les sorties d'hospitalisation le vendredi soir, c'est terminé !* »). Les liens avec les EHPAD ne sont pas non plus des meilleurs. Les services à domicile peinent à obtenir des transmissions d'informations durant et après le séjour. Ils décrivent aussi la difficulté à trouver des hébergements temporaires dans des situations d'urgence, ce qui conduit souvent l'aidant et l'aidé dans le même temps aux urgences. Dans le cas où les services parviennent à préparer en amont un accompagnement vers l'hébergement temporaire, car ils constatent l'épuisement de l'entourage, ils sont eux aussi parfois freinés par les conditions d'accueil de l'hébergement temporaire.

Une responsable de SSIAD décrit la situation d'une personne avec une maladie de Parkinson, qui voit le service intervenir trois fois par semaine et bénéficie aussi d'aide-ménagère. Son conjoint « gère bien », fait les courses, le ménage. Le couple a plus de 80 ans. Au départ, c'est l'époux qui a fait les demandes d'aide pour le ménage, le dossier APA, les aides ont été croissantes jusqu'à un passage à 7 jours sur 7, matin et soir. Les équipes intervenant à domicile observent que l'humeur du conjoint se dégrade, il pleure souvent, dort très mal, malgré un discours contradictoire.

« Il faisait celui qui était très bien, qui se débrouille de tout. »

Le service l'incite à faire des démarches pour chercher un hébergement temporaire pour son épouse, pour retrouver des forces et se reposer. Les professionnels lui conseillent de chercher un établissement à proximité, de façon à organiser facilement ses visites. La fille du couple s'enquiert alors des offres.

« La fille s'est rendue dans les établissements pour voir, mais il n'était pas possible de prendre moins d'un mois, alors que le SSIAD avait négocié une semaine, quinze jours, avec le monsieur. Je ne pensais pas qu'ils pouvaient imposer un mois. Finalement, la dame y est allée... Le monsieur pleurait tous les jours, parce qu'il ne voulait pas la laisser partir un mois. Donc ça a été un gros travail pour les auxiliaires de vie, les aides-soignantes, elles ont insisté pour qu'il profite de ce temps pour se reposer. Mais il n'y a eu aucun appel de la part de l'EHPAD, en liaison avec le SSIAD ».

Une autre responsable résume assez bien la vision peut-être un peu trop centrée sur le projet de soin et moins sur le projet de vie de certains établissements proposant l'hébergement temporaire :

« En 18 ans de métier, une fois seulement l'EHPAD s'est inquiété du retour à domicile. Nos besoins sont liés au manque de communication. C'est toujours nous qui allons vers eux. Le bilan de séjour, ce n'est que la famille qui peut avoir les éléments. Et nous, nous faisons une réévaluation de la situation au retour de l'EHPAD ou de l'hôpital. »

Du côté des aidants, si les services à domicile apportent un soutien indéniable, l'intervention de ces services entraîne des contraintes supplémentaires pour les aidants. Il n'est pas rare d'entendre les aidants dire qu'ils mettent un point d'honneur à ce que leur domicile soit propre et accueillant pour les professionnels du domicile, à faire en sorte que tout soit prêt au moment de l'intervention, à porter main-forte aux intervenants pour finalement faire les tâches en binôme, y compris celles relative aux transferts ou aux soins de nursing de la personne dépendante. Mais ces contraintes de planning sont fatigantes elles-aussi, à la longue.

« Moi, j'ai demandé qu'on passe en deuxième position pour la toilette. Parce que tous les jours, me lever à 6h15, 6h30, parce que elles arrivent à 7h30, j'en pouvais plus. Moi, j'ai travaillé sur les autoroutes, mes horaires, c'était la nuit, à 3h du matin... J'arrive à la retraite : "c'est pas vrai, ça recommence, je dois me lever de bonne heure". J'étais usée. Parce que moi, je veux prendre ma douche avant qu'elles arrivent. Alors 6h et demie, ras-le-bol. Donc j'ai demandé d'être en deuxième pour avoir le temps de me laver, de m'habiller et de prendre mon petit déjeuner. Que je sois prête quand ils arrivent. Et je me lève quand même à 7h moins le quart. Parce qu'avant qu'elles arrivent, je prépare tout le matériel, bas de contention, bassine pour le shampoing, je prépare tout, les protections... Le SSIAD, ils sont quand même pas loin d'une heure chez nous, le temps de faire tout ça. »

6.4. Les aidants font partie du réseau, leur expertise d'usage n'est pas négligeable dans la coordination

6.4.1. Les relations des proches avec le personnel administratif et d'accompagnement

Une fois fait le choix de recourir à l'hébergement temporaire, une fois les aspects administratifs passés, le séjour arrive et s'il est probablement assez bouleversant pour la personne aidée, il l'est aussi pour son aidant. La connaissance des lieux et du personnel au préalable est alors un élément rassurant.

La première fois, il a été à l'endroit où il y a la plateforme de répit et l'accueil de jour. C'est bien, comme ça il connaît les locaux. Donc il a fait un séjour, moi je ne le voyais pas, parce que j'avais peur qu'il demande à rentrer avec moi, je prenais simplement son linge.

« Question : qu'est-ce qui était important pour vous ?

Réponse : qu'elle soit dans un cadre agréable, avec une belle vue. Là, ça donnait sur le vieux bourg. Et puis, j'étais en confiance avec le personnel, il y a des aides-soignantes qui étaient d'anciennes élèves à moi. Elle était dans un environnement de connaissance. Les conditions idéales. Elle a fait connaissance d'une personne comme elle qui aimait sortir. »

A l'occasion du départ en vacances de l'aidant, il faut aussi prévoir le nécessaire en avance, car le matériel spécifique dont a besoin la personne dépendante ne pourra être apporté durant le séjour. Dans ce cas, les aidants fournissent les aides techniques, les aliments particuliers et passent du temps à transmettre des informations sur les habitudes de vie de leur aidé.

« On a été visiter, il a trouvé ça bien, puis je l'ai emmené à la date prévue, j'avais emmené des choses qu'il pouvait manger, des aliments liquides, des yaourts, parce qu'il fait des fausses routes. J'ai amené les tasses, les choses dont je me sers à la maison, les timbales, les couverts que j'achète sur "tous ergo".

Question : aviez-vous des inquiétudes particulières ?

Réponse : non, j'ai vu qu'il avait du monde pour s'occuper d'eux. Que ça faisait plus vie de famille qu'hôpital. La seule chose, c'est que c'était que des personnes âgées... et lui n'est pas très âgé. »

Lorsque le résident est un « habitué » de l'hébergement temporaire, les équipes connaissent bien l'entourage et essaient de répondre du mieux qu'elles le peuvent aux attentes des proches. Mais dans le

sens inverse, quand il s'agit de séjour régulier, le fait de bien connaître la famille permet à l'établissement de ménager le planning d'occupation en fonction des autres demandes et de modifier à la marge les dates, pour trouver le meilleur des arrangements.

« Question : donc les séjours en temporaire, ça se calait comment ?

Réponse : je voyais avec l'infirmière en chef pour les dates, en fonction aussi des autres priorités du temporaire. Mais elle s'arrangeait le plus possible pour que ce soit toujours pareil. Pendant l'année, il a dû y avoir trois, quatre fois où elle y a été quelques jours avant, ou quelques jours après, mais c'était bien, parce que ça habitait mon épouse ».

La qualité de l'accueil, l'attention et le temps pris avec le résident et sa famille semblent diminuer l'anxiété des proches. Ils voient alors l'établissement comme un endroit rassurant et bienveillant. Les aidants parlent de « qualités humaines » à propos des professionnels qu'ils côtoient à l'arrivée et pendant le séjour. Lorsque les professionnels s'adressent au résident lui-même, lui posent des questions sur sa santé, sur ses habitudes de vie, les proches ont le sentiment que la personne âgée sera respectée dans son identité et ses choix et cela atténue les craintes d'une organisation trop « institutionnalisante » et pas assez centrée sur l'individu.

« Question : vous dites que vous avez été sensible à l'accueil, vous pouvez me dire qui vous avez rencontré ? Ils vous ont fait visiter les locaux ?

Réponse : on a rencontré l'infirmière en chef, on est arrivés, il y avait deux ou trois personnes autour de lui, ils l'appelaient par son nom, on avait le sentiment d'un accueil personnalisé. Ils ont aidé à l'installation, ils ont montré la salle à manger.

Question : qu'est-ce qui était important pour vous ? Vous avez été rassuré dans cet accueil, à quoi vous vouliez faire attention ? Il y a des choses à l'inverse qui vous inquiétaient ?

Réponse : déjà l'environnement. On est tombés dans un établissement qui venait d'être rénové donc la qualité du bâtiment et de son aménagement, et surtout aussi je dirais l'humanisme, les qualités personnelles des personnes qui l'ont rencontré. [...] Et après c'est aussi le contact avec en particulier l'infirmière en chef que j'avais déjà eue au téléphone et qui est d'un professionnalisme exemplaire [...], qui nous a parfaitement rassurés. On a senti chez elle une vraie sensibilisation à ces personnes qui lui sont confiées, que ces personnes vivent le mieux leur séjour, sans stress. Elle nous a expliqué tout ce qu'ils faisaient, la prise en charge sur l'alimentation, sur la toilette, les vêtements, elle était accompagnée. Après on a rencontré aussi, pas des infirmières mais des dames, des aides-soignantes et si vous voulez, on a vraiment eu un accueil avec... On a été très touchés par leur attention et leur comportement très positif. »

Au relais Sépia (résidence d'hébergement temporaire de 22 places), les contraintes institutionnelles sont différentes des gros établissements. Ici, le personnel est polyvalent et les repas peuvent être préparés avec l'aide des résidents. Le tout est de réussir à s'adapter aux potentialités de chacun. Cette approche que les aidants qualifient de « familiale » est vue d'un bon œil par les proches.

« Et c'est vrai que cette grande pièce à vivre... Les personnes, elles épluchent des légumes, et la dame, lui a dit, ben vous, vous allez pouvoir nous aider pour les recettes... Parce qu'il a été cuisinier, il y a longtemps ».

A domicile, les aidants ont l'habitude d'endosser sans rechigner une grosse responsabilité dans les soins, parfois techniques, qu'ils apportent à leur aidé. Aussi, la délégation de cette responsabilité à des équipes professionnelles devrait être rassurante. Pourtant, les aidants sont doués d'une expertise d'usage – ou sont simplement très scrupuleux quant aux consignes données par les professionnels de santé – qui n'est pas toujours entendue ou comprise par les professionnels de l'accompagnement. Et puis, si les personnes ont recours à l'hébergement temporaire en EHPAD, c'est bien parce qu'elles ont besoin d'un accompagnement médicalisé.

« C'est vrai que sur l'entretien de la stomie, il a fallu qu'on soit assez... directives, on leur a bien dit qu'il fallait la changer très régulièrement, parfois ils nous disaient "c'est pas à un jour près", mais on demandait ce qu'on nous avait indiqué, c'est pas nous qui voulions... Mais voilà, ça il fallait être un peu directives, il y avait du laisser-aller, ça se passe mieux à l'hébergement permanent, il y a un suivi, un calendrier avec des croix quand il faut la changer, quand c'est fait... C'est mieux suivi.

Question : pourquoi selon vous ?

Réponse : je ne sais pas. Mais en permanent c'est plus respecté. [...] C'est vrai qu'il y a eu ce problème avec la poche qui a éclaté... Papa les a appelés, mais ils ne sont pas venus tout de suite donc la poche a éclaté. Bah, comme je lui ai dit "ils ont fait comme j'ai déjà fait à la maison, ils ont pris leurs responsabilités". »

Inscrite à l'agenda politique et aux orientations à l'œuvre dans le secteur médico-social⁴⁶, cette question est celle de la reconnaissance de l'expertise d'usage des personnes accompagnées et de leurs aidants. Plus largement, cette problématique renvoie aux enjeux actuels de participation sociale et d'*empowerment* des personnes accompagnées et de leurs aidants. Or, reconnaître et promouvoir cette participation demande de reconnaître et de valoriser l'expertise d'usage acquise et développée par les personnes en situation de vulnérabilité et leurs proches aidants. Cette reconnaissance et cette valorisation, si elles conditionnent l'alliance nécessaire à une démarche d'accompagnement, ne vont pas de soi et sont susceptibles de bousculer les places et rôles de chacun, aidé, aidant, professionnel. En effet, cette reconnaissance questionne l'alliance entre plusieurs acteurs, en faveur des personnes accompagnées, de leurs besoins et de leurs aspirations⁴⁷.

6.4.2. La vie à domicile durant l'absence de l'aidé : réorganiser son temps et gérer affectivement l'absence

Lorsqu'il s'agit d'une absence temporaire de l'aidant, pour raisons de vacances par exemple, la délégation et « le passage de relais » sont plus nets, du fait des circonstances. De plus, lorsque l'hébergement temporaire est demandé pour ces raisons, le contexte de l'aidant est aussi, de son côté, inhabituel. Ainsi témoigne une épouse-aidante, ayant pris quelques jours de vacances avec ses petits-enfants. Afin de garder le contact avec son époux, elle l'a équipé d'un téléphone mobile lui permettant d'appeler en toute indépendance, sans l'intervention du personnel.

⁴⁶ En lien avec cette actualité, le CREAI Centre-Val de Loire a consacré le second numéro de sa revue *Traverses* à la problématique de l'alliance et du partenariat. Pour plus de détails, se reporter à : CREAI Centre-Val de Loire, « Faire alliance ? Partenariats, coopérations, réseaux... », *Traverses*, n°2, décembre 2018.

⁴⁷ Voir au sujet de l'alliance le second numéro de la revue *Traverses* du CREAI Centre-Val de Loire : CREAI Centre-Val de Loire, « Faire alliance ? Partenariats, coopérations, réseaux... », *Traverses*, n°2, 2018.

« Question : et comment avez-vous géré... Vous étiez à distance ?

Réponse : je l'appelais tous les jours. Je lui avais donné un téléphone avec un appel pour les personnes âgées, avec une touche SOS derrière. Et avec cette touche, j'ai enregistré mon numéro, comme ça il tombait sur moi directement. C'est très pratique ces téléphones.

Question : il a appelé beaucoup ?

Réponse : ben, tous les jours à 17 h.

Les choses sont perçues différemment quand l'aidé va en hébergement temporaire parce que l'aidant est épuisé. Ici, le contexte de vie de l'aidant est plus ou moins le même – les interventions des services à domicile en moins – mais alors il faut gérer l'absence, le vide laissé par l'aidé. Aussi, nombre d'aidants reportent leur tâches directes « d'aide à l'aidé » vers des tâches indirectes « pour l'aidé ». S'il ne s'agit plus d'aider son proche à se lever, aller aux toilettes, déjeuner, etc., l'aidant continue d'effectuer des activités en lien avec lui, comme faire des courses pour lui, s'occuper de l'administration, préparer quelque chose pour la prochaine visite, gérer le trousseau et le linge.

Question : comment organisiez-vous votre temps de votre côté ?

Réponse : je lui apportais très régulièrement des bouteilles d'eau, des fruits, des choses qu'il aimait. Je récupérais son linge, je m'occupais de tout et en dehors des visites, je m'occupais encore pour lui.

Il faut aussi apprendre à (re)vivre, sans cette attention constante, permanente en direction de la personne aidée. Ici, un aidant décrit comment, pendant plusieurs mois, son épouse a alterné les séjours temporaires et les temps à la maison. Puis, lorsqu'elle est arrivée « au bout des 90 jours », il s'est résigné à demander pour son épouse une place d'hébergement permanent. Il se rend à son chevet presque tous les après-midis durant quatre heures.

« Question : lors de ce premier séjour, comment l'avez-vous vécu de votre côté, vous avez eu du mal à prendre vos repères ?

Réponse : non, c'était facile, mais ça me gênait qu'elle ne soit pas avec moi. Je la voyais partout. Parfois, j'avais peur encore qu'elle tombe... mais elle n'était pas là. Et puis, vous savez, le matin c'est vite rempli, il y a tout à faire à la maison, je ne peux pas faire des choses à l'extérieur. Sauf maintenant quand mon fils y va une fois par semaine, je peux m'occuper du jardin, me préparer des repas à l'avance...

Question : et lorsque vous lui rendiez visite ?

Réponse : pour elle, à chaque fois, c'était dur de me voir partir. Encore maintenant. Et pour moi aussi ça l'est. Vous savez, moi je vais bien quand elle va bien. »

Les missions de l'hébergement temporaire, rappelées dans une circulaire officielle de 2012⁴⁸, englobent notamment la prise en compte des besoins de l'aidant, puisqu'il s'agit « de donner des conseils ponctuels aux aidants et de les aider dans l'orientation vers les dispositifs de soutien et d'aide existant sur le territoire ». Mais dans les faits, comme pour le reste, les équipes des établissements manquent de temps. Seuls les services à domicile peuvent maintenir quelques heures d'aide-ménagère par semaine (dans le Loiret, par exemple), au domicile de l'aidant en l'absence de l'aidé, ce qui leur permet d'observer de quelle façon l'aidant supporte la séparation et réinvestit son temps libéré.

⁴⁸ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n°2012/1 du 15 février 2012, page 593.

Les coordinations territoriales sont des médias incontournables de l'hébergement temporaire. Beaucoup d'acteurs, que ce soit du côté des établissements, des services à domicile ou des professionnels de la coordination se plaignent d'un manque de connaissance mutuelle et de partenariat. Les établissements font montre de créativité pour formaliser un réseau de proximité.

Les mots clés qui ressortent le plus fréquemment lorsqu'on interroge les directions sur le réseau de l'hébergement temporaire sont : « médecin traitant », « hôpital », « travailleurs sociaux », « aide à domicile » puis « familles ».

Les services à domicile sont une pièce indispensable du maintien à domicile. Pourtant, ils se sentent bien souvent mis à l'écart dans la coordination du parcours d'accompagnement des personnes aidées, qu'ils connaissent pourtant très bien. Ça et là, des liens de partenariat avec les services du Département permettent de fluidifier le partage d'informations autour des plans d'aide, mais concernant les liens en amont et en aval de l'hébergement temporaire avec les EHPAD, beaucoup d'outils restent à construire.

Lorsqu'ils sont présents dans l'entourage, les aidants et leurs besoins semblent considérés par les acteurs, qu'il s'agisse des établissements ou des services à domicile. En dehors des aspects financiers qui demeurent une vraie difficulté, les aidants sont globalement très satisfaits de l'hébergement temporaire et du personnel d'accompagnement. Si l'existence d'un projet personnalisé d'accompagnement formalisé ne fait pas encore majoritairement partie des pratiques, l'attention portée par les professionnels des établissements à l'égard des résidents, de leurs habitudes de vie, de leur identité (même lorsqu'elle n'est pas tracée dans un document-outil), rassure les familles. C'est la relation humaine des professionnels qui revêt à leurs yeux la plus grande importance.

SYNTHESE ET PRECONISATIONS

L'hébergement temporaire fait partie du panel d'offres liées au maintien à domicile. Comme ce dernier, **il est traversé par les questions qui se rapportent à la problématique du vieillissement et du grand âge**. Pour que les personnes âgées et très âgées aient une qualité de vie soutenable, un certain nombre de questions-clés se posent⁴⁹, au-delà de la seule question de l'hébergement temporaire :

- la question de la responsabilité : qui est responsable de l'accompagnement, en réponse aux besoins des personnes âgées ? Les individus ? La famille ? Les collectivités locales ? L'Etat ?
- la question du financement : trois solutions sont possibles... les individus ou leur famille, la solidarité collective, l'assurance privée.
- la question des places en établissements et des « places » à domicile. Y aurait-il des organisations intermédiaires qui intègrent des logiques d'inclusion et de participation des personnes âgées ?
- Enfin, se pose la question de la qualité : qui la détermine ? Qui l'évalue et qui l'améliore (que ce soit en établissement ou à domicile) ?

Nous avons vu tout au long de ce document que ces questions se posent aussi dans le domaine de l'hébergement temporaire, avec plus ou moins d'acuité.

Quels que soient les motifs d'entrée à l'hébergement temporaire, tous les leviers d'accès doivent être repensés, afin de faciliter le recours à cette offre de répit pour certains, de réassurance pour d'autres.

1. Les enjeux territoriaux de l'hébergement temporaire

Nous l'avons vu tout au long de cette étude, sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif, les résidents de l'hébergement temporaire sont des résidents de proximité, des habitants du bassin de vie.

Cette constatation interroge la cartographie de l'offre, car elle est visiblement répartie de façon inéquitable en fonction des cantons, si l'on rapporte le nombre de places disponibles à la population de personnes âgées de plus de 75 ans. En détaillant par type de public (puisque les autorisations définissent des accueils « personnes âgées dépendantes » ou « personnes malades d'Alzheimer ou de maladies apparentées, ou encore « personnes autonomes »), il apparaît une répartition différente d'une offre à l'autre. Pour les personnes âgées dépendantes, l'offre est plus disséminée. On observe un certain nombre de cantons sans offre sur l'ensemble du territoire régional. Pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, les zones blanches (sans offre) sont très localisées et identifiables en certains endroits de la région.

→ Compte tenu du besoin de proximité témoigné par les personnes ayant participé aux entretiens, il s'agit de revoir les opportunités d'implantation de nouvelles offres, dans les territoires pas ou peu couverts, tout en mesurant le nombre de places nécessaires à l'aune du nombre potentiel de

⁴⁹ Questions posées dans le cadre d'une présentation de l'EAN, au congrès « des âges et du vieillissement », tenu à Paris les 23 et 24 septembre 2019. Lire à ce propos les publications du réseau européen sur le vieillissement (European Ageing Network), et notamment [traduction libre] « les soins de longue durée, à l'horizon 2030 » [repéré à] : https://www.ecreas.eu/uimg/ecreasportal/b80760_att-report-ean-ltc-2030-digital.pdf

personnes âgées susceptibles d’y avoir accès (l’indicateur utilisé dans la présente étude est le nombre de personnes de plus de 75 ans, par canton).

La demande d’APA à domicile et les règlements départementaux afférents ont une incidence majeure sur le recours à l’hébergement temporaire. En effet, la solvabilité et le coût de l’hébergement temporaire sont une préoccupation constante dans le discours des aidants. La solidarité ne pouvant s’exercer sur les frais d’hébergement avec l’Allocation Sociale à l’Hébergement (ASH), le système écarte de fait les retraités les plus modestes. De plus, puisque les résidents temporaires sont remboursés à hauteur du montant résiduel de l’APA à domicile, sur facture acquittée, l’avance de trésorerie nécessaire et les tracasseries administratives s’ajoutent alors aux difficultés financières.

Seul le département d’Indre-et-Loire verse directement un forfait de 35,30 € par jour à certains établissements en cas d’hébergement temporaire.

→ Le financement de l’hébergement temporaire doit être repensé, dans le sens d’une majoration des droits et davantage d’équité. Pour les personnes âgées dépendantes, le reste à charge est trop important, compte tenu des coûts de l’hébergement temporaire en EHPAD et en EHPA. Si le principe de la solvabilité est affirmé, il doit être réel, tant sur le volet hébergement que sur le volet dépendance. Il y a sans doute matière à repenser, également, le versement des aides financières, afin qu’elles interviennent entre le Département et l’établissement, sans passer par le résident lui-même.

2. Revaloriser l’activité hébergement temporaire

Les taux d’occupation de l’hébergement temporaire, quels que soient les publics accueillis, décroissent entre 2016 et 2018. Le nombre d’admissions n’est pas en baisse, mais c’est en moyenne la durée des séjours qui a diminué, pour notre échantillon. Lorsque l’hébergement temporaire est demandé dans le cadre du répit de l’aidant, il semble que les formules privilégiées par les familles soient des « séjours plus courts, mais plus souvent ». Il semblerait aussi que les EHPAD publics (autonomes ou hospitaliers) aient des taux d’occupation supérieurs aux EHPAD privés lucratifs.

La question du taux d’occupation est complexe d’un point de vue gestionnaire pour les établissements, et certaines de leurs décisions qui visent à réduire le *turnover* et donc diminuer les charges de travail sur les temps d’accueil et de sortie, ne vont pas dans le sens de la fluidité des parcours. Par exemple, des établissements sont tentés d’établir un seuil, une durée minimale de séjour temporaire (deux semaines, un mois), pour s’assurer a minima des taux d’occupation. Or, ce type de pratique exclut d’emblée les personnes dont les revenus sont faibles, ou qui n’ont besoin que de quelques jours de repos vis-à-vis de leur aidé, ou encore les couples aidants/aidés pour lesquels le processus de séparation nécessite une progressivité.

Au demeurant, pour lisser les coûts et la charge de travail supplémentaire de l’hébergement temporaire, la pratique la plus courante est de faire entrer d’abord en temporaire des personnes en attente d’hébergement permanent dans le même établissement, puis de les faire passer en permanent dès qu’une

place se libère. Cette pratique permet de n'avoir qu'une seule procédure d'accueil à faire et évite les démarches de coordination de la sortie du temporaire.

Il est évident que les tâches, les démarches et l'organisation interne sont impactées par l'arrivée d'un nouveau résident (que ce soit sur le temporaire ou sur le permanent). Il en est de même pour la sortie, où le bilan du séjour, les éventuelles évaluations ou observations doivent être transmis à l'entourage, aux services à domicile, au référent APA du département. Il paraît limpide que l'organisation quotidienne d'un établissement n'engendre pas les mêmes besoins en ressources humaines, en temps de coordination et en compétences internes que lors d'un accueil ou d'une sortie.

→ Pour éviter le mésusage de l'hébergement temporaire, l'activité générée par cette offre doit être revalorisée et attractive pour les établissements. C'est pourquoi il semble qu'un forfait supplémentaire de financement au nombre d'entrées et de sorties nettes encouragerait les établissements à accepter davantage de résidents dans l'année, et pour des durées de séjour qui soient plus adaptées aux souhaits des personnes accompagnées. Ces financements supplémentaires pourraient permettre aux établissements d'embaucher du personnel avec des compétences de coordination ou des savoir-faire techniques qui répondent aux besoins des résidents au moment de l'entrée ou la sortie.

→ Si les établissements maintiennent un seuil minimal de durée de séjour, il peut s'entendre pour le premier séjour du résident dans l'établissement. En revanche, si la personne revient ponctuellement, le seuil minimal ne se justifie plus, à partir du moment où le résident est connu de la structure et des professionnels.

3. Mettre en place des autorisations spécifiques à l'accueil d'urgence

Les situations les plus complexes à gérer, pour les directions d'établissement, sont les accueils d'urgence. Par définition, ces accueils n'ont pas été préparés et génèrent de grosses marges d'incertitudes pour les gestionnaires et le personnel médical. En plus de la difficulté à trouver des référents qui soient au fait de la situation médicale de la personne, en plus du risque que les besoins de la personne accueillie ne correspondent pas aux spécificités ou compétences au sein de leur établissement, en plus du doute sur le consentement, les directions sont amenées à accepter des résidents dont elles ne savent pas s'ils auront les moyens de régler leur facture de séjour à l'hébergement temporaire.

L'exemple des chambres relais PAERPA donne une illustration régionale intéressante et efficiente. Il permet de limiter considérablement le reste à charge du résident et permet aux coordinateurs d'avoir 15 jours pour organiser une solution plus durable, le temps aussi de recueillir toutes les informations nécessaires à la coordination du parcours. Il nécessite donc une organisation spécifique, autour d'une activité de « gestion de cas » ou « référence de parcours ». Ces organisations ont évidemment un coût, mais permettent d'éviter des situations qui elles, génèrent un très gros surcoût (hospitalisation d'un aidé en séjour court à l'hôpital, ou en SSR, durant plusieurs jours, parce que l'aidant est hospitalisé, par exemple). Mais cette organisation ne résout pas le problème de la disponibilité des places dans les établissements. Car qui dit places disponibles dit taux d'occupation en baisse.

L'accueil à l'hébergement temporaire dans des conditions d'urgence doit être largement financé et sur plusieurs niveaux. Au niveau individuel, les coûts doivent être réduits au minimum pour la personne, en cas de défaillance de l'aidant ou de sortie d'une hospitalisation non programmée, sachant que c'est la solidarité collective qui doit assumer le reste des frais, et ce sur une période qui permette de trouver une solution plus durable. Le récent appel à candidature de l'ARS pour le déploiement des chambres relais sur tout le territoire régional (32 places) va dans ce sens⁵⁰. **Au niveau du financement des établissements, les places réservées à l'accueil temporaire d'urgence doivent être sorties des quotas de taux d'occupation⁵¹. Elles pourraient être considérées comme des places en sur-occupation lorsqu'elles sont utilisées.**

Le propos d'un médecin coordinateur ci-dessous vient illustrer cette proposition autour de l'accueil d'urgence :

« Si on récupère des personnes qui arrivent aux urgences, parce qu'il n'y a pas d'autre possibilité, je peux vous dire que là, on peut garder nos 14 places d'hébergement temporaire, elles seraient la plupart du temps remplies. Sauf que financièrement, elles ne seraient jamais rentables. Mais si elles sont financées [...] et là, on sera pleins et ça désengorgera les hôpitaux. Ils sont pleins à cause de gens qui n'ont rien à y faire, mais nous on n'a pas la possibilité de les prendre, soit parce qu'il n'y a pas de place, soit parce qu'on sait qu'on ne sera pas payés. [...] En un mois, on a le temps de se retourner et trouver des solutions. Et après, on peut revenir dans le circuit classique. Soit des aides à domicile sont mises en place, soit ils se débrouillent avec les aides... Mais ça désengorgerait l'hôpital. »

4. Une qualité d'accompagnement plus formalisée

Les retours des résidents de l'hébergement temporaire et de leurs aidants sont très positifs. Les qualités humaines des personnels d'accompagnement ont été soulignées à de nombreuses reprises. Pourtant, les projets personnalisés semblent peu formalisés dans les établissements, les bilans de séjours rarement transmis par écrit aux familles ou aux intervenants du domicile. Ces outils instaurés par la Loi 2002-2 qui concerne le secteur médico-social sont pourtant obligatoires. Ils sont vécus comme des contraintes supplémentaires par les établissements, qui n'en voient pas l'intérêt, surtout en temporaire. *« On va faire un projet pour 15 jours ? »*. Or, le contrat de séjour est un document règlementaire qui prévoit la durée du séjour mais pas son contenu. Cela renvoie à la question de l'accompagnement et de sa qualité. Car ces outils permettent aux professionnels de mieux cerner les attentes des résidents, d'avoir une perception plus détaillée de leur projet de sortie, d'avoir une meilleure connaissance de leur environnement à domicile.

« Si une personne vient chez nous avec l'objectif de pouvoir se lever seule de son lit, on va l'aider à atteindre son objectif ».

Pour cela, les professionnels ont besoin de temps. Les difficultés de recrutement, le manque d'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement conduisent les directions à faire au mieux avec les ressources humaines existantes. Elles priorisent les actes autour des besoins qui leur semblent les plus

⁵⁰ Appel à candidatures relatif au déploiement du dispositif Hébergement temporaire pour personnes âgées en sortie d'hospitalisation ou en cas de défaillance soudaine de l'aidant (chambres relais) [repéré à] https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-10/Cahier_des_Charges%20.pdf

⁵¹ Sur l'exemple des réflexions au Conseil départemental du Loir-et-Cher.

fondamentaux (repas, hygiène, etc.). Mais dans cette logique, les temps institutionnels correspondent rarement aux attentes et aux habitudes de vie des résidents, notamment en temporaire. Le temps du résident devrait pouvoir prévaloir sur le temps institutionnel.

Un véritable projet de l'hébergement temporaire, en déclinaison du projet d'établissement mais spécifique à l'accueil temporaire devrait pouvoir être pensé dans chacune des structures qui disposent d'une autorisation pour cette offre⁵². Pour y parvenir, les tutelles doivent soutenir la mise en place de tels projets, avec des guides opérationnels et des orientations claires.

→ Il faut passer d'une logique de qualité de soin à une logique de qualité de vie. La première ne doit être qu'un support à la deuxième. Cela passe par des réflexions sur la qualité d'accompagnement dans l'établissement, sur l'adaptation au temps du résident, sur la formation des personnels à la relation humaine et à l'écoute, sur les conséquences identitaires et psycho-affectives du grand vieillissement. Ces sujets doivent faire l'objet d'une veille soutenue, au moins autant que pour la qualité des actes de soins. Cela nécessite de prendre le temps de construire avec le résident son projet personnalisé, dans le cadre d'un projet d'hébergement temporaire existant et spécifique.

→ En-dehors des cas où l'hébergement temporaire est un service à part entière ou une résidence dédiée à cette offre, il semble que lorsque l'emplacement des chambres d'hébergement temporaire n'est pas fixé d'un point de vue architectural, alors la logique de parcours prédomine sur la logique de soin.

→ Si la revalorisation des aides personnalisées et de l'activité d'hébergement temporaire dans les établissements est étudiée et devient effective (pour que l'hébergement temporaire ne soit pas une contrainte budgétaire), alors il y a lieu de penser des regroupements minimaux de places d'hébergement temporaire dans un même établissement. Un seuil minimum de trois places peut permettre d'amorcer une réflexion de projet autour de l'hébergement temporaire, et un accompagnement plus personnalisé et plus coordonné pour les résidents.

5. Un réseau plus dense

Les coordinations territoriales sont indispensables pour la fluidité du parcours d'accompagnement des personnes âgées. Le partenariat et le maillage territorial sont demandés par l'ensemble des acteurs. Ils doivent ainsi pouvoir impliquer les secteurs du sanitaire, du médico-social, mais aussi de l'exercice libéral et des services à domicile.

Les aidants présents dans l'entourage sont repérés et considérés par les professionnels. Il est possible d'aller plus loin, en dépassant la seule réponse au besoin de répit, mais en prenant en compte plus largement la modularité des réponses dont ils ont besoin, et en reconnaissant en parallèle leur expertise vis-à-vis de leur aidé.

⁵² CREAL, 2010. « L'accueil temporaire ou comment trouver un socle commun de pratiques d'accueil temporaire, en fonction des contraintes des établissements et services, et à partir d'une approche empirique, contextualisée, et réaliste ».

- **Accompagner les professionnels à soutenir l'expertise d'usage des aidants, mais aussi à porter une attention sur leurs besoins propres (et sur leur équilibre occupationnel).**
- **Passer d'une coordination qui fonctionne par canaux à une coordination qui fonctionne par réseau. Ceci permettrait un repérage en amont des personnes, notamment les personnes isolées, et éviterait les entrées en hébergement temporaire dans des conditions sociales et un état de santé très dégradé.**
- **Augmenter la visibilité des places d'hébergement temporaire en temps réel, en se dotant d'outils numériques actualisés qui permettent aux différents services médico-sociaux et sanitaires un meilleur partage de l'information, en mobilisant ce qui peut déjà exister (ROR ? ViaTrajectoire ? SARAH ?). Penser également à un outil qui puisse être destiné au grand public dans un second temps, tout en réfléchissant à un accompagnement des aidants sur cet accès à l'information, ainsi qu'un soutien pour sa mobilisation.**

7. CONCLUSION

Quelle que soit la population accueillie, les taux d'occupation décroissent sur les trois dernières années. Cette baisse s'explique principalement par la diminution des durées de séjour qui n'est pas compensée par une hausse significative des demandes. Deux hypothèses peuvent être émises concernant la baisse des durées de séjour. La première a trait à la question de la solvabilité, car les retours sur le reste à charge élevé de l'hébergement temporaire sont prégnants. La seconde a trait au parcours d'accompagnement. En effet, les aidants et les aidés commencent à avoir recours à l'hébergement temporaire plus régulièrement et pour moins longtemps. Mathématiquement, un séjour d'un mois dans l'année pour une personne donne une durée de 30 jours, tandis que deux séjours de deux semaines dissociés dans l'année donnent une moyenne de durée de séjour de 15 jours. C'est pourquoi les durées de séjours diminuent.

En parallèle, on observe un nombre d'admissions dans l'année supérieur au nombre de personnes ayant eu recours à l'hébergement temporaire, ce qui signifie qu'une partie des résidents de l'hébergement temporaire revient effectuer un ou plusieurs séjours dans l'année. Au traitement des entretiens, il ne semble pas que les résidents du temporaire montrent une forte itinérance dans leur choix de structure. Au contraire, lorsque les habitudes sont prises à un endroit, les proches attendront l'opportunité d'un séjour dans le même établissement plutôt que de démarcher ailleurs. Nous pouvons peut-être le comprendre sur les aspects administratifs, même si en théorie les dossiers de demande dématérialisés ont pour objectif d'alléger les démarches. Mais sur le plan relationnel, au vu des témoignages sur la relation de confiance construite avec le personnel d'accompagnement, il semble que les aidants favorisent les environnements connus et rassurants pour y voir accueillir leur aidé dans les meilleures conditions. C'est également le cas lors du passage en hébergement permanent. Les questionnaires sur les situations de résidents décrivent 31 passages en permanent (sur les 105 situations). Dans 22 cas, la personne âgée est passée en permanent dans le même établissement, dans 4 cas dans un autre établissement (5 situations ne sont pas détaillées).

Le *turnover* d'une année sur l'autre demeure important et la tenue de listes d'attente pour l'hébergement temporaire reste minoritaire.

La place de l'hébergement temporaire dans l'établissement reste à conforter, en termes de projet d'établissement, mais également en termes d'accompagnement individualisé. Un tiers des établissements déclare avoir du personnel dédié au projet de sortie.

Après le séjour en hébergement temporaire, dans plus de 60% des situations décrites, le résident retourne à son domicile initial et environ un tiers des résidents s'oriente vers l'hébergement permanent, ce qui n'est pas négligeable.

Néanmoins, l'attente d'une place d'hébergement permanent ne représente que 13% des motifs d'entrée. Cela signifie que si l'hébergement permanent n'était pas l'intention de départ, le séjour en

hébergement temporaire est l'occasion de questionner à nouveau les personnes et leur famille sur les conditions du maintien à domicile. Pour le reste, les motifs de séjour sont très largement liés à l'entourage de la personne : absence de l'aidant, répit (un quart des situations), vacances de la famille.

D'après les éléments recueillis dans cette enquête, et pour les situations transmises par les établissements, nous pouvons dire que l'hébergement temporaire remplit globalement sa vocation en région Centre Val-de-Loire.

Les axes de réflexions pour améliorer le recours à l'hébergement temporaire concernent :

- **La couverture et la répartition territoriale de l'offre**, en fonction des publics accueillis et au regard du nombre de personnes très âgées présentes à l'échelle territoriale choisie (les cantons, EPCI ou bassins de vie semblent les échelles les plus pertinentes).
- **Le financement de l'hébergement temporaire à titre individuel** : la solvabilité doit être repensée au-delà de l'APA en intégrant un volet d'aide sociale à l'hébergement.
- **La revalorisation de l'activité d'hébergement temporaire pour les établissements** : cette revalorisation doit permettre à l'établissement d'assurer la coordination en amont et en aval du séjour, dans l'optique d'un parcours d'accompagnement plus fluide.
- **Le seuil de la durée de séjour** : les établissements aux tarifs règlementés ne devraient pas pouvoir imposer aux résidents des durées minimales de séjour au-delà d'une semaine.
- **L'accueil en urgence, et ses conditions de financement** (solvabilité individuelle et tarification de l'établissement)
- **La qualité de l'accompagnement** : à partir du moment où les contraintes budgétaires de l'hébergement temporaire sont diminuées, on peut attendre des projets de meilleure qualité dans des établissements offrant un minimum de places regroupées. La prise en compte des attentes des personnes accompagnées, leur projet de vie, la co-construction de leur projet d'accompagnement incluant les aidants, nécessitent du temps et de la disponibilité des équipes. Cela implique de disposer des ressources correspondantes.
- **La densification du réseau** : l'hébergement temporaire doit trouver sa place dans les coordinations territoriales et s'enrichir d'un outil numérique permettant la visualisation des places en temps réel.

Enfin, même si les conditions d'accueil en séjour non programmé complexifient le travail des équipes, il ne faut pas sous-estimer l'impact positif de l'hébergement temporaire pour ces dernières.

« C'est participer à une autre image de la maison de retraite, on peut venir et repartir à domicile. Pour les personnes et pour les professionnels, savoir que quelqu'un vient et qu'il va repartir à la maison. L'hébergement temporaire est une autre façon de voir le projet de vie, c'est une autre approche. Il y a aussi un travail sur l'autonomie, c'est valorisant pour les équipes. »

« Pour les équipes c'est intéressant, voir progresser la personne pendant le séjour, il y a aussi une bonne relation avec les médecins coordinateurs, qui envoient des bilans à mi-séjour. Parfois les admissions se font de façon rapide, les équipes font en sorte que les admissions se fassent vite, il y a pas de commission d'admission, elles ne connaissent pas la personne avant, c'est un fonctionnement qui bouscule au départ. »

« Certains fonctionnent très bien. Leur habitude était d'accompagner des personnes jusqu'à la mort, c'était le seul motif de sortie, et là, de pouvoir accompagner les personnes vers le retour à domicile, c'était bénéfique... Accompagner vers la sortie, l'extérieur, le projet de vie. »

« Vous savez, on n'a pas tant d'occasions que ça... comparé au permanent... de voir nos résidents partir en nous disant « merci ! »

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles

Argoud Dominique, Guisset Marie-Jo, Villez Alain, 1994. *L'accueil temporaire des personnes âgées*, Paris, Syros. 216 p.

Caradec Vincent, 2012. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris. Armand Colin, 128 p.

CREAI Centre-Val de Loire, « Faire alliance ? Partenariats, coopérations, réseaux... », *Traverses*, n°2, décembre 2018.

CREAI Centre-Val de Loire, 2010. *L'accueil temporaire : ou comment trouver un socle commun de pratiques d'accueil temporaire, en fonction des contraintes des établissements et services, et à partir d'une approche empirique, contextualisée, et réaliste*. Formation action accueil temporaire. Loiret.

Chauvenet Antoinette, Guillemard Anne-Marie, 1987. « Le déclin du social », *Sciences sociales et santé*, [Vol 5, n°2]. Pp. 103-110.

Ennuyer Bernard, 2007. « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile », et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie ». *Gérontologie et société*. [vol. 30 / n° 123], pp 153-167.

Gagnon Éric, 2018. « La déprise comme interrogations : autonomie, identité, humanité ». Caisse nationale d'assurance vieillesse, *Gérontologie et société*. Vol 40 [n°155], pp 33-44.

Hosking Anne-Sophie, 2012. « La coordination des aidants de personnes âgées à domicile dans les orientations législatives ». *Vie sociale*. [n°4 / 2012], pp 31-42.

Meidani Anastasia et Cavalli Stefano, 2018. « Vivre le vieillir : autour du concept de déprise ». Caisse nationale d'assurance vieillesse, *Gérontologie et société*, vol 40 [n°155], pp 9-23.

Nowik Laurent (dir.), Labit Anne, Thalineau Alain, Herpin Laurine & al., 2013. *L'Habitat de demain : Les habitats « intermédiaires » pour personnes âgées*, Volume 2/2, Programme de recherche de la Région Centre, UMR 6173 CITERES, EA 1210 CEDETE, 166 p.

Textes règlementaires

Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, 2012. BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2012/1 du 15 février 2012. Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-444 du 29 novembre 2011, relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire. Pp. 589-594.
[repéré à] : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0119.pdf

Instruction N° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du Titre I

et du Titre II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles » [repéré à] : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42119.pdf

Sitographie

ANESM, 2018. *Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD)*. 24 p. [repéré à] : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_EHPAD.pdf

ARS Centre-Val de Loire, 2019. *Appel à candidatures relatif au déploiement du dispositif Hébergement temporaire pour personnes âgées en sortie d'hospitalisation ou en cas de défaillance soudaine de l'aidant (chambre relais)* : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-10/Cahier_des_Charges%20.pdf

CNSA, 2011. *État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées*, CNSA, Paris. 106 p. [repéré à] : https://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_DosTech_Hebergt_tempo_web.pdf

DRESS, 2015. « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Études et résultats*, [repéré à :] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

Dominique Libault, 2019, « *Rapport Grand âge et autonomie* », [repéré à] https://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

Site d'information du Ministère des Solidarités et de la Santé et de la CNSA [repéré à] <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/points-dinformation-de-proximite/les-plateformes-daccompagnement-et-de-repit>

TERRA NOVA, 2018. « *L'heure du choix : l'entrée des personnes âgées en structure d'accueil* » [repéré à] : http://tnova.fr/system/contents/files/000/001/628/original/Note_Terra-Nova_Cr_doc_AGR2LAMONDIALE_Groupe-CDC_Personnes-ag_es_011018.pdf?1538139472

Colloques et journées d'études

CNSA, « Handicap et perte d'autonomie, de l'expérience à l'expertise : mieux mobiliser les savoirs expérimentiels », 17 et 18 octobre 2018, Paris.

« Congrès des âges et du vieillissement », 23 et 24 septembre 2019, Paris.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau des critères d'inclusion, selon les libellés FINESS	16
Tableau 2 : synthèse de la base des données de l'ARS par type d'établissement et par public, selon les libellés FINESS.....	16
Tableau 3 : répartition des retours de questionnaires suivant les départements.....	21
Tableau 4 : Répartition selon le type d'établissement et le type de public accueilli, sur l'ensemble de la région.....	22
Tableau 5 : nombre d'établissement proposant de l'hébergement temporaire, par type et par département.....	23
Tableau 6 : places d'hébergement temporaire en fonction du type d'établissement, par département	23
Tableau 7 : Répartition des EHPAD répondants par département et par statut juridique	45
Tableau 8 : Mention de l'hébergement temporaire dans les documents internes et externes de l'établissement	55
Tableau 9 : Statut juridique des EHPAD mentionnant l'HT dans leur projet de service	56
Tableau 13 : Les fonctions des personnes décidant l'admission.....	59
Tableau 10 : Formalisation d'un projet d'accompagnement individualisé en fonction du statut de l'EHPAD	67
Tableau 11 : Formalisation de la durée de séjour	68
Tableau 12 : Formalisation d'un projet de sortie	68
Tableau 14 : Niveau de dépendance des résidents lors de leur dernier séjour	75
Tableau 15 : Évolution du niveau de dépendance pour 13 résidents entre le premier et le dernier séjour	76
Tableau 16 : Lieu d'hébergement juste avant le séjour en hébergement temporaire	79
Tableau 17 : Distance entre domicile et lieu d'hébergement temporaire, au regard du découpage départemental, en kilomètres.....	80
Tableau 18 : Motif de l'hébergement temporaire pour les personnes vivant à domicile	81
Tableau 19 : Parcours avant et après l'hébergement temporaire	84
Tableau 20 : Motif d'entrée à l'hébergement temporaire au regard de l'orientation de sortie	85
Tableau 21 : Provenance des résidents pour lesquels le motif d'HT est l'attente d'une place en hébergement permanent	85
Tableau 22 : Évolution de l'aide au domicile, après l'hébergement temporaire	86
Tableau 23 : Évolution de l'aide au retour à domicile.....	87

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des capacités en places par nombre d'EHPAD	24
Figure 2 : Nombre de places par EHPAD rapporté au total des places en région.....	25
Figure 3 : Répartition de l'hébergement temporaire, par type de public, type d'établissement et capacité	27
Figure 4 : Détail de la répartition de l'hébergement temporaire, par type de public, type d'établissement et capacité	28
Figure 5 : Visualisation des zones les plus riches et les moins riches en hébergement temporaire pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées	29
Figure 6 : Visualisation des zones les plus riches en hébergement temporaire pour les personnes âgées autonomes.....	30
Figure 7 : Comparaison de la répartition des capacités entre les EHPAD répondants et ceux de la base de données	46
Figure 8 : Comparaison des moyennes de séjours entre EHPAD de l'échantillon, par tranche de 10 jours, entre 2016 et 2018	47
Figure 9 : Fonction des répondants au questionnaire sur les « résidents ».....	75
Figure 10 : Motif de l'entrée à l'hébergement temporaire lors du dernier séjour	79

ANNEXES

- Questionnaire à l'attention des directions et gestionnaires
- Questionnaire à l'attention des cadres et coordinateurs

Questionnaire à l'attention des directions
Renseignements administratifs concernant votre structure
et ses places d'hébergement temporaire

Précautions de remplissage :

Le type de réponse attendue est indiqué dans la colonne de droite. Vous pouvez supprimer la mention pour indiquer le chiffre ou l'information à cette place.

Si vous n'accueillez qu'un seul type de public (ex : personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées), veuillez ne renseigner que les lignes correspondantes.

Si votre outil de gestion ne vous permet pas de détailler les accueils de personnes âgées dépendantes, de celui des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, veuillez cocher cette case et dans ce cas, renseignez la ligne « PAD »

121

Nom de l'organisme auquel est rattachée votre structure	[lettres]
Nom de votre structure	[lettres]
Coordonnées de votre structure	[lettres]
Nom et coordonnées de la personne répondante	[lettres] [adresse mail] [tél ; chiffres]
Type de structure (EHPAD, EHPA, Marpa, etc)	[lettres]
Structure principale ou secondaire (antenne)	[P ou S]
Statut juridique (privée lucrative, privée associative, privée mutualiste, publique collectivité locale, publique hospitalière)	[lettres]
Places d'hébergement temporaire (HT) <u>autorisées</u> par l'ARS	
pour Personnes âgées dépendantes (PAD)	[chiffres]
pour Personnes Alzheimer, et maladies apparentée (Alz, mal app)	[chiffres]
Places d'hébergement temporaire <u>effectivement proposées</u>	
pour PAD	[chiffres]
pour Alz, mal app	[chiffres]
Pour l'année 2016 :	
Taux d'occupation ⁵³ des places HT, PAD, en %	[chiffres]
Nombre d'admission en HT sur l'année, PAD	[chiffres]
Nombre de personnes différentes (PAD) ayant bénéficié de l'HT en 2016	[chiffres]
Taux d'occupation ¹ des places HT, Alz, mal app, en %	[chiffres]
Nombre d'admission en HT sur l'année, Alz, mal app	[chiffres]
Nombre de personnes différentes (Alz, mal app) ayant bénéficié de l'HT en 2016	[chiffres]
Durée moyenne des séjours ⁵⁴ (en jours) PAD, en jours	[chiffres]
Durée moyenne des séjours ² (en jours) Alz, mal app, en jours	[chiffres]

⁵³ Pour calculer le taux d'occupation = $\frac{\text{nombre total de jours HT facturés sur une année}}{(365 \times \text{nombre de places HT})}$

⁵⁴ Pour calculer la moyenne des durées de séjours = $\frac{\text{nombre total de jours HT facturés sur une année}}{\text{nombre de séjours HT}}$

Pour l'année 2017 :	
Taux d'occupation des places HT, PAD, en %	[chiffres]
Nombre d'admission en HT sur l'année, PAD	[chiffres]
Nombre de personnes différentes (PAD) ayant bénéficié de l'HT en 2017	[chiffres]
Taux d'occupation des places HT, Alz, mal app, en %	[chiffres]
Nombre d'admission en HT sur l'année, Alz, mal app	[chiffres]
Nombre de personnes différentes (Alz, mal app) ayant bénéficié de l'HT en 2017	[chiffres]
Durée moyenne des séjours (en jours) PAD, en jours	[chiffres]
Durée moyenne des séjours (en jours) Alz, mal app, en jours	[chiffres]
Pour l'année 2018	
Taux d'occupation des places HT, PAD, en %	[chiffres]
Nombre d'admission en HT sur l'année, PAD	[chiffres]
Nombre de personnes différentes (PAD) ayant bénéficié de l'HT en 2018	[chiffres]
Taux d'occupation des places HT, Alz, mal app, en %	[chiffres]
Nombre d'admission en HT sur l'année, Alz, mal app	[chiffres]
Nombre de personnes différentes (Alz, mal app) ayant bénéficié de l'HT en 2018	[chiffres]
Durée moyenne des séjours (en jours) PAD, en jours	[chiffres]
Durée moyenne des séjours (en jours) Alz, mal app, en jours	[chiffres]
Nombre de personnes différentes ayant bénéficié d'HT en 2017, PAD	[chiffres]
Nombre de personnes différentes ayant bénéficié d'HT en 2017, Alz, mal app	[chiffres]

Présence d'une liste d'attente pour l'HT ?	[Oui ou Non]
Si oui :	
Effectif sur liste d'attente au 31 décembre 2018	[chiffres]
Au 31 décembre, moyenne du délai pour les personnes <u>en attente d'HT</u> (depuis l'enregistrement de la demande), en jours	[chiffres]
En 2018, moyenne du délai d'attente pour les personnes <u>ayant bénéficié de l'HT</u> , entre la demande, et le début du séjour, en jours	[chiffres]
Quel a été le pic sur la liste d'attente en 2018 ?	[chiffres] (précisez l'effectif)
A quel(s) mois correspond ce pic ?	[lettres]
Temps entre le départ du précédent résident et l'arrivée d'un nouveau résident (en jours)	[chiffres]
A quoi est dédié ce laps de temps ? (décrivez)	- - -

Éléments relatifs au projet d'établissement et à l'Hébergement Temporaire

L'hébergement temporaire est-il mentionné dans le projet d'établissement ?	[Oui ou Non]
L'HT fait-il l'objet d'un projet de service dédié ? Si oui, veuillez l'ajouter en pièce jointe.	[Oui ou Non]
L'HT fait-il l'objet d'un document ou plaquette d'information ? Si oui, veuillez l'ajouter en pièce jointe.	[Oui ou Non]
Veuillez décrire le processus d'admission pour l'HT	- - - -
Quel(s) outils utilisez-vous pour évaluer le niveau d'autonomie ?	[lettres]
Utilisez-vous des outils pour évaluer l'adéquation entre les besoins de la personne et la réponse par l'HT ? le(s)quel(s) ?	[lettres]
Comment s'apprécie l'accord de la personne ?	[lettres]
Y'a-t-il une visite de l'établissement avant le séjour ?	[Oui ou Non]
Qui décide de l'admission ?	[lettres]
Si un refus d'admission est prononcé, quels sont les motifs évoqués ?	- - - -
Le projet individuel d'accompagnement est-il formalisé dans un document ?	[Oui ou Non]
Si oui, lequel ?	[lettres]
La durée prévue du séjour y est-elle inscrite ?	[Oui ou Non]
Le projet de sortie est-il renseigné dans ce document ?	[Oui ou Non]
Dans votre structure, y'a-t-il du personnel dédié au projet de sortie ? lequel ?	[Oui ou Non] - - -
Quelles personnes sont associées à sa mise en œuvre (professionnels, proches, etc.) ?	[lettres]

<p>Remarques / Observations : <i>Vous pouvez indiquer dans ce cadre toutes les remarques que vous jugerez utiles pour comprendre le fonctionnement des places d'hébergement temporaire dans votre établissement, pour expliquer les éventuelles spécificités que le questionnaire n'aurait pas permis de mettre au jour.</i></p>	[lettres]
--	-----------

**Questionnaire à l'attention des cadres et/ou coordinateur·rice·s
sur les trois dernier·e·s résident·e·s de l'hébergement temporaire**

Vous aurez à remplir soit des données chiffrées, soit répondre à des choix multiples.

Rappel du nom de la structure :

Adresse :

Nom et fonction de la personne remplissant le questionnaire :

.....en qualité de

124

Résident 1 (initiales) :

- Date d'enregistrement de la première demande d'accueil : jj/mm/aaaa
- Date d'entrée du premier séjour : jj/mm/aaaa
- Préciser si le résident 1 a bénéficié de l'Hébergement Temporaire dans votre établissement en 2017 ?
Oui Non
 - o Si oui, nombre de séjour :
 - o Durée moyenne des séjours :
- Préciser si le résident 1 a bénéficié de l'Hébergement Temporaire dans votre établissement en 2016 ?
Oui Non
 - o Si oui, nombre de séjour :
 - o Durée moyenne des séjours :
- A-t-il effectué un séjour en 2015 ?
Oui Non
- A-t-il effectué un séjour en 2014 ?
Oui Non
- A-t-il effectué un séjour en 2013 ?
Oui Non

- Combien ce résident a-t-il effectué de séjours en 2018 ?
 - o Préciser le nombre de jours :
 - Séjour 1 :
 - Séjour 2 :
 - Séjour 3 :
 - Séjour 4 :
 - Séjour 5 :
 - Ou la fréquence et le nombre de jours si les séjours sont réguliers :

.....

- Le niveau de dépendance (GIR) de la personne lors de son premier séjour dans l'établissement (préciser l'année) :...../ aaaa
- Le niveau de dépendance (GIR) de la personne lors de son dernier séjour :...../2018
- Veuillez cocher le motif d'accueil de son dernier séjour
 - Vacances famille,
 - Hébergement saisonnier dû aux conditions climatiques (logement inadapté à une vague de froid, période de canicule, etc.).
 - Attente d'une place en établissement
 - Convalescence après hospitalisation ou traitement
 - Vacances de la personne âgée
 - Répit de l'entourage
 - Absence de l'aidant
 - Travaux dans le logement de la PA
 - Perte d'autonomie temporaire,
 - Rupture dans l'environnement (tout type d'évènement qui met à mal l'équilibre du maintien à domicile)
 - Essai de vie en collectivité
- Veuillez cocher le lieu de séjour de la personne juste avant l'arrivée pour ce dernier séjour :
 - Hôpital

- Veuillez indiquer l'orientation à l'issue du séjour :

- Si retour au domicile initial
 - Même situation d'aide
 - Evolution de l'aide :
 - plus d'aide professionnelle
 - moins d'aide professionnelle
 - plus d'aide d'un proche aidant
 - moins d'aide d'un proche aidant

▪ Si orientation vers un hébergement de façon définitive (précisez)

- En EHPA
- Dans une MARPA
- En résidence autonomie:
- En EHPAD

Est-ce vers :

- votre établissement autre établissement

- En accueil familial (agrément CD)
- Hospitalisation
- Installation en cohabitation (membre de la famille, proche, enfant)
- Autre (précisez) :

Résident 2 (initiales) :

- Date d'enregistrement de la première demande d'accueil : jj/mm/aaaa
- Date d'entrée du premier séjour : jj/mm/aaaa
- Préciser si le résident 2 a bénéficié de l'Hébergement Temporaire dans votre établissement en 2017 ?

Oui Non

- Si oui, nombre de séjour :
- Durée moyenne des séjours :

- Préciser si le résident 2 a bénéficié de l'Hébergement Temporaire dans votre établissement en 2016 ?

Oui Non

- o Si oui, nombre de séjour :
- o Durée moyenne des séjours :

- A-t-il effectué un séjour en 2015 ?

Oui Non

- A-t-il effectué un séjour en 2014 ?

Oui Non

- A-t-il effectué un séjour en 2013 ?

Oui Non

- Combien ce résident a-t-il effectué de séjours en 2018 ?

- o Préciser le nombre de jours :
 - Séjour 1 :
 - Séjour 2 :
 - Séjour 3 :
 - Séjour 4 :
 - Séjour 5 :
 - Ou la fréquence et le nombre de jours si les séjours sont réguliers :

.....

- Le niveau de dépendance (GIR) de la personne lors de son premier séjour dans l'établissement (préciser l'année) :...../aaaa

- Le niveau de dépendance (GIR) de la personne lors de son dernier séjour :...../2018

- Veuillez cocher le motif d'accueil de son dernier séjour

- Vacances famille,
- Hébergement saisonnier dû aux conditions climatiques (logement inadapté à une vague de froid, période de canicule, etc.).
- Attente d'une place en établissement

- Convalescence après hospitalisation ou traitement
- Vacances de la personne âgée
- Répit de l'entourage
- Absence de l'aidant
- Travaux dans le logement de la PA
- Perte d'autonomie temporaire,
- Rupture dans l'environnement (tout type d'évènement qui met à mal l'équilibre du maintien à domicile)
- Essai de vie en collectivité

- Veuillez cocher le lieu de séjour de la personne juste avant l'arrivée pour ce dernier séjour :

- Hôpital
- Domicile personnel
 - Personne seule Personne en couple
- Domicile d'un membre de la famille
- Accueillant familial (agrément CD)
- Autre établissement pour personnes âgées (préciser) :.....
.....

- Pouvez-vous estimer la distance entre la résidence principale / habituelle du résident et votre service d'hébergement temporaire :

- moins de 15 km entre 15 et 30 km entre 30 et 45 km plus de 45 km

Sa résidence principale est-elle située dans :

- le même département un département limitrophe un autre département

- Veuillez cocher la situation d'aide de la PA avant le séjour (et avant éventuel séjour hospitalier) :

- Sans aide

- Avec aide professionnelle
- Avec aide proche-aidant
- Avec aide professionnelle + proche aidant

- Veuillez indiquer le montant de la prise en charge par jour de ce résident :

- Prix de l'hébergement journalier :.....€
- Tarif dépendance journalier :.....€
- Tarif soin journalier :.....€
- Reste à charge pour ce résident par jour (une fois déduites les aides APA, ASL, etc.) :
..... €
- Le séjour a-t-il fait l'objet d'un plan de financement avec la PA ou sa famille ?
Oui Non

- Veuillez indiquer l'orientation à l'issue du séjour :

- Si retour au domicile initial
 - Même situation d'aide
 - Evolution de l'aide :
 - plus d'aide professionnelle
 - moins d'aide professionnelle
 - plus d'aide d'un proche aidant
 - moins d'aide d'un proche aidant
 - Si orientation vers un accueil de façon définitive (précisez)
 - En EHPA
 - Dans une MARPA
 - En résidence autonomie:
 - En EHPAD
- Est-ce vers :
- votre établissement autre établissement

- En accueil familial (agrément CD)
- Hospitalisation
- Installation en cohabitation (membre de la famille, proche, enfant)
- Autre (précisez) :

Résident 3 (initiales) :

- Date d'enregistrement de la première demande d'accueil : jj/mm/aaaa
- Date d'entrée du premier séjour : jj/mm/aaaa
- Préciser si le résident 3 a bénéficié de l'Hébergement Temporaire dans votre établissement en 2017 ?
Oui Non
 - Si oui, nombre de séjour :
 - Durée moyenne des séjours :
- Préciser si le résident 3 a bénéficié de l'Hébergement Temporaire dans votre établissement en 2016 ?
Oui Non
 - Si oui, nombre de séjour :
 - Durée moyenne des séjours :
- A-t-il effectué un séjour en 2015 ?
Oui Non
- A-t-il effectué un séjour en 2014 ?
Oui Non
- A-t-il effectué un séjour en 2013 ?
Oui Non
- Combien ce résident a-t-il effectué de séjours en 2018 ?
 - Préciser le nombre de jours :

- Séjour 1 :
- Séjour 2 :
- Séjour 3 :
- Séjour 4 :
- Séjour 5 :
- Ou la fréquence et le nombre de jours si les séjours sont réguliers :

.....

- Le niveau de dépendance (GIR) de la personne lors de son premier séjour dans l'établissement (préciser l'année) :...../ aaaa
- Le niveau de dépendance (GIR) de la personne lors de son dernier séjour :...../2018
- Veuillez cocher le motif d'accueil de son dernier séjour
 - Vacances famille,
 - Hébergement saisonnier dû aux conditions climatiques (logement inadapté à une vague de froid, période de canicule, etc.).
 - Attente d'une place en établissement
 - Convalescence après hospitalisation ou traitement
 - Vacances de la personne âgée
 - Répit de l'entourage
 - Absence de l'aidant
 - Travaux dans le logement de la PA
 - Perte d'autonomie temporaire,
 - Rupture dans l'environnement (tout type d'évènement qui met à mal l'équilibre du maintien à domicile)
 - Essai de vie en collectivité
- Veuillez cocher le lieu de séjour de la personne juste avant l'arrivée pour ce dernier séjour :
 - Hôpital
 - Domicile personnel

Personne seule Personne en couple

- Si retour au domicile initial
 - Même situation d'aide
 - Evolution de l'aide :
 - plus d'aide professionnelle
 - moins d'aide professionnelle
 - plus d'aide d'un proche aidant
 - moins d'aide d'un proche aidant

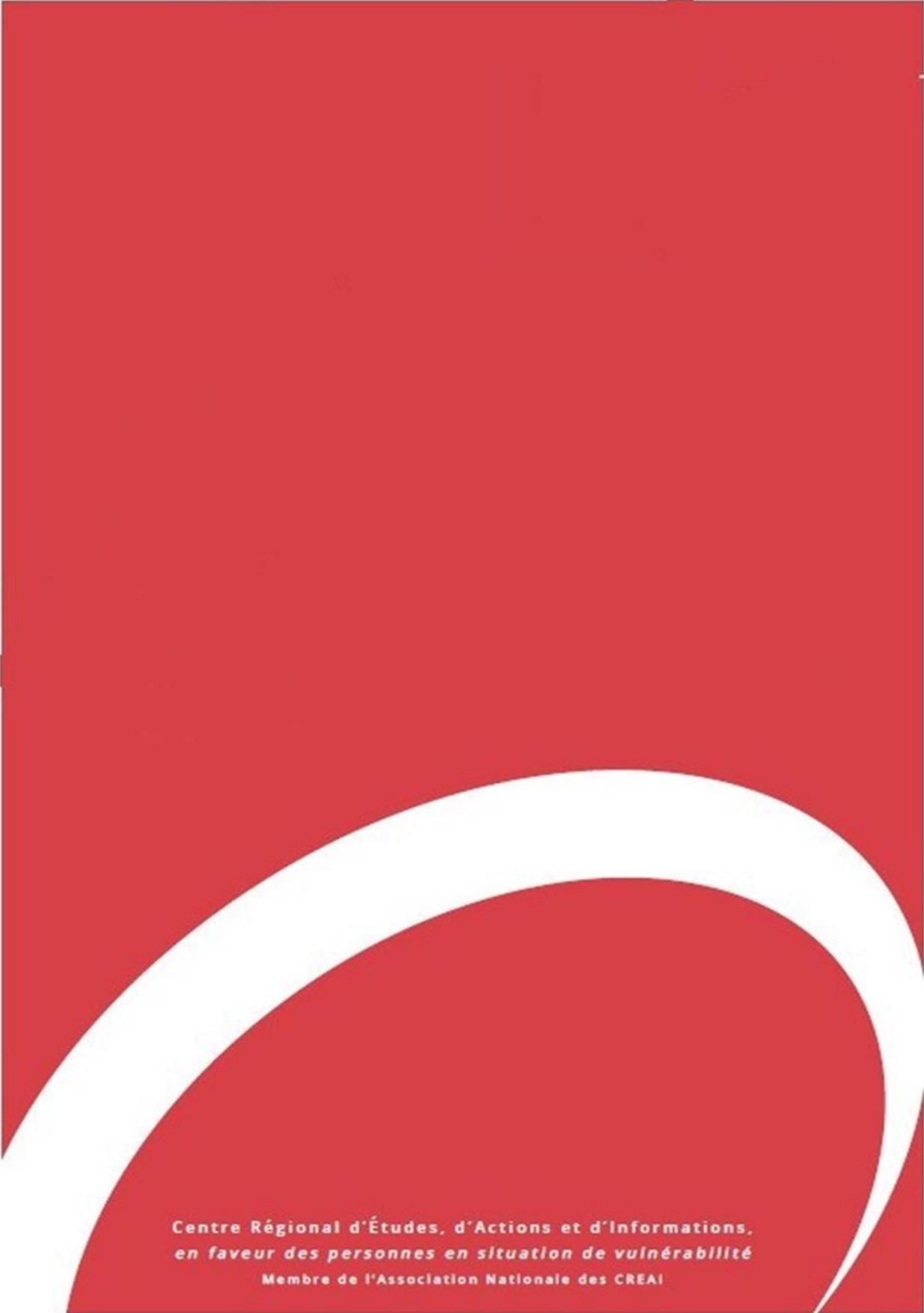
- Si orientation vers un accueil de façon définitive (précisez)
 - En EHPA
 - Dans une MARPA
 - En résidence autonomie:
 - En EHPAD

Est-ce vers :

votre établissement autre établissement

- En accueil familial (agrément CD)
- Hospitalisation
- Installation en cohabitation (membre de la famille, proche, enfant)
- Autre (précisez) :

Le questionnaire est terminé, merci de le retourner, accompagné du questionnaire de la direction, à l'adresse CREAI -centre@CREAI -centre.asso.fr au format Word.



Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations,
en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
Membre de l'Association Nationale des CREA