



**Master 2 « Pilotage des Politiques et Actions
en Santé Publique (PPASP)»**

Promotion : **2009 - 2010**

Date du Jury : **29 Juin 2010**

**L'Aide au Retour à Domicile après
Hospitalisation (ARDH) des personnes âgées
non dépendantes**

**Évaluation du dispositif et mesure de la satisfaction des usagers
en Bretagne**

Akinni Akim SALAOU

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement M. André JACQUES, mon maître de stage, pour sa disponibilité, son soutien, son implication personnelle et pour tout ce que j'ai appris en travaillant à ses côtés.

J'aimerais aussi adresser mes sincères remerciements à M. Gilles KRETZ, Mme Sylvie NEE, Mme Marie-Jeanne ALLAIN, Mme Annie LOISON, Mme Laurence MARTIN, pour leur accueil chaleureux, toute leur disponibilité et leurs aides au tout long de mon stage à la CRAM de Bretagne.

Mes remerciements également à Monsieur Alain JOURDAIN de l'École des Hautes Études en Santé Publique pour son aide méthodologique dans la rédaction de ce mémoire.

Je remercie tous les professionnels et tous les usagers qui m'ont accueilli lors des entretiens pour la disponibilité dont ils ont fait preuve.

Enfin, je remercie infiniment Mme Stéphanie CHANTREL, Mlle Ambre BLOUIN et Mme Sophie LABBE pour leurs apports et contributions dans la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	5
PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX SUR LE VIELLISSEMENT EN BRETAGNE	11
I - Pour une nouvelle éthique du regard sur le vieillissement en France	11
I 1 - Qu'est-ce que « la vieillesse » ? Qu'est-ce que « vieillir » ?.....	11
I.2. « Vieillir » : une chance ou un naufrage ?.....	12
I.3. Les personnes âgées : une hétérogénéité de population	13
II - Analyse démographique de la population des plus de 60 ans en Bretagne	14
II.1. Les personnes âgées en Bretagne aujourd'hui	14
II. 2. Combien seront-elles demain ?	15
III. LES RETRAITES DU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE	16
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU DISPOSITIF ARDH DE LA CNAVTS	19
I - LES ENJEUX DE LA SORTIE D'HOSPITALISATION	20
I.1. Enjeux pour les usagers	20
I.2. Pour la Caisse Régionale d'Assurance Maladie	20
II - LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE ARDH.....	21
II.1. A qui cette aide est-elle destinée ? [8].....	21
II.2. Les règles de compétences [17].....	22
II.3. Nature des ressources à considérer [17, 18].....	23
II.4. Période de référence pour l'appréciation des ressources [17].....	24
III - LA NATURE DE LA PRESTATION ARDH [18].....	24
IV - DUREE DE LA PRISE EN CHARGE ARDH [18]	25
V - LE MONTANT DE LA PRISE EN CHARGE ARDH.....	26
VI - LES MODALITES OPERATOIRES DE L'INSTRUCTION DU DOSSIER ARDH	27
VI.1. Rôle de l'établissement de santé.....	28
VI. 2. Rôle de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie [7, 8]	29

VI.2.1. Au cours de l'hospitalisation	29
VI.2.2. Au domicile	29
VI. 3. Schéma de mise en œuvre de l'ARDH.....	31
VI.4. Bilan 2009 et mise en perspective de l'analyse du processus.....	32
TROISIEME PARTIE : ANALYSE DU PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DE L'ARDH EN BRETAGNE ET MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS	33
I - OBJECTIFS	33
II - METHODOLOGIE	33
II.1. Le choix de la technique de recueil d'information	34
II.1.1. Choix des items des questionnaires	34
II.1.2. L'élaboration du questionnaire et la grille MHAVIE	35
II.2. Choix des établissements inclus dans l'enquête et personnes rencontrées.....	36
II.3. Traitement des données	36
III - DESCRIPTION DU PROCESSUS D'EVALUATION	37
IV - PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE. 37	
IV.1. L'ARDH : un dispositif inégalement connu par les différents acteurs	38
IV.2. Le conventionnement avec les établissements de santé : un intérêt remis en cause.....	40
IV. 3. L'établissement de santé et la préparation de la sortie : une procédure bien appliquée malgré un manque de coordination	41
IV. 4. L'accès à la prestation et sa mise en œuvre	43
IV.4.1. ARDH : un dispositif facile d'accès malgré de nombreuses difficultés	43
IV.4.2. ARDH : nombreux freins sur le processus	44
IV.4.3. ARDH : de nombreux usagers échappent aux signalements hospitaliers	47
IV. 5. Utilité et bénéfices de l'ARDH.....	48
IV.6. Pistes d'amélioration de l'ARDH.....	50
IV.6.1. Points forts de l'ARDH	50
IV.6.2. Points faibles de l'ARDH	51
IV.6.3. Suggestions d'amélioration de l'ARDH	52
V. MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS	58

V.1. Le concept de satisfaction	58
V.2. Le questionnaire de satisfaction : la grille MHAVIE	58
V.2.1. Description de la grille MHAVIE	59
V.2.2. Analyse des résultats de la grille MHAVIE au cours l'enquête	
ARDH : satisfaction des usagers	60
VI. DISCUSSION	61
VII - RECOMMANDATIONS	62
VII.1. Public	63
VII.2. Des règles d'accès valorisant les accords contractuels avec les établissements.....	63
VII.3. Communication	64
VII.4. Un processus de réalisation plus lisible et efficace	64
VII.5. Expérimenter en lien avec la CNAV et demain harmoniser le dispositif national avec la CNAM (et les CPAM) pour les non retraités...	64
VII.6. Un dispositif en lien avec les ARS, les COM des établissements de santé.....	65
VII.7. Mise en place d'un protocole commun à tous les services sanitaires et sociaux au sein des établissements de santé.....	65
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	70
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ACTP	: Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AGGIR	: Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
APA	: Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARDH	: Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation
ARS	: Agence Régionale de Santé
ASPA	: Actions Sociales en faveur des Personnes Agées
CASF	: Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	: Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH	: Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	: Centre Local d'Information et de Coordination
CNAM/ TS	: Caisse Nationale d'Assurance Maladie/ Travailleurs Salariés
CNAV/TS	: Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse/ Travailleurs Salariés
COG	: Contrats d'Objectifs et de Gestion
COM	: Contrats d'Objectifs et de Moyens
CPAM	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	: Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDOC	: Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
DMS	: Durée moyenne de séjour
EHESP	: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	: Etablissements Hébergeant les Personnes Agées Dépendantes
GIR	: Groupe Iso-Ressources
HL	: Hôpital Local
HPST	: Hôpital Patients Santé et Territoires
IEP	: Institut d'Etudes Politiques
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MHAVIE	: Mesure des Habitudes de Vie
MSA	: Mutualité Sociale Agricole
PACS	: Pacte Civil de Solidarité
PAPA	: Plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées
PPH	: Processus de Production du Handicap
PSD	: Prestation Spécifique Dépendance
SSR	: Service Social Régional

INTRODUCTION

La plupart des instruments réglementaires et statistiques français définissent comme personnes "âgées" les personnes de 60 ans et plus. Cet âge ne constitue pourtant pas un seuil pertinent dans le processus de vieillissement, et moins encore pour la dépendance qui ne concerne qu'une faible part des sexagénaires. Les personnes de soixante ans et plus, qui étaient 12,5 millions en 2000 (soit 22 % de la population), seront 17 millions en 2020 (+ 40 % en 20 ans) et près de 21,5 millions en 2040, ce qui représentera près du tiers de la population totale [1].

Le vieillissement de la population française est un phénomène bien connu, mais ses conséquences sont encore largement sous-estimées. L'accroissement des situations de dépendance physique et psychique qui en résulte constitue un phénomène lourd que toutes les projections démographiques confirment. La société française, comme la plupart des sociétés occidentales, va être durablement affectée par cette situation qui, directement ou indirectement, concernera tôt ou tard toutes les familles. Il s'agit d'un défi médical, social et financier encore largement sous-estimé, que seule une politique soigneusement préparée et construite peut aider à relever.

Grâce essentiellement à la montée en puissance du système des retraites, la politique consacrée aux personnes âgées a pu, à partir des années 60, prendre un autre contenu que l'assistance aux plus défavorisés, le placement en hospice et l'attribution de "secours obligatoires". Depuis le rapport de la Commission d'étude des problèmes de la Vieillesse de 1962, dit Rapport Laroque [2], quelques textes et décisions importants sont venus jalonner la mise en place des principaux instruments de cette politique : la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, les lois sur la décentralisation, les lois de 1997 et 2001 créant la PSD¹ et l'APA².

Dans ce même contexte, l'allongement régulier de la durée de vie, la perspective d'une forte augmentation du nombre de retraités dans les années à venir, le partage de compétences avec les Conseils Généraux et la nécessité de la prévention sont des facteurs importants qui ont amené la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse à réfléchir à une réforme de sa politique sociale, afin de :

- Réorienter son action de soutien à domicile sur les personnes âgées faiblement dépendantes (GIR 5 et 6), en cohérence avec les autres régimes et en complémentarité de l'action des Conseils Généraux dans le cadre de l'APA, en privilégiant les plus fragilisés socialement.

¹ PSD : prestation spécifique dépendance

² APA : Allocation personnalisée d'autonomie

- Diversifier ses modes d'intervention, en vue de faciliter le maintien à domicile et de mieux personnaliser l'aide (distinguer la phase d'évaluation des besoins de la mise en place des prestations, traiter l'ensemble de la situation de la personne âgée dans le cadre d'un plan d'actions personnalisé, diversifier les modes de réponse), dans une optique de prévention. Toutes ces pistes vont dans le sens d'une recherche d'amélioration de la qualité du service proposé aux retraités.

Le vieillissement de la population provoque inéluctablement l'augmentation des dépenses de santé. De nombreuses études mettent l'accent sur la nécessité d'anticiper, de coordonner l'approche médico-sociale pour éviter les inadéquations de prise en charge dont les implications tant macro-économiques qu'individuelles sont patentes. Depuis la circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à la création de la tarification à l'activité [3], les établissements de santé sont contraints à réduire la durée moyenne de séjour (DMS) des patients. Une très bonne organisation et préparation de la sortie des personnes âgées dans les établissements de santé permettraient ainsi cette réduction de la DMS.

Plus généralement, la maladie grave, le vieillissement pathologique, les maladies liées à l'âge sont source de déséquilibres qu'il convient d'anticiper, de prévenir et d'accompagner. L'hospitalisation d'une personne âgée, quel que soit le motif, fait partie des situations de rupture qui peuvent être à l'origine d'un basculement dans la dépendance, d'où la nécessaire préparation d'un retour à domicile dans de bonnes conditions y compris pour les hospitalisations en service de court séjour qu'elles soient programmées ou non [4]. La sortie d'hospitalisation est toujours un moment très délicat en termes de préservation de l'autonomie, en raison des efforts d'adaptation et de réorganisation de la vie quotidienne qu'elle nécessite. Mal préparée ou mal accompagnée, elle peut entraîner des ré-hospitalisations évitables. Les difficultés rencontrées lors du retour à domicile peuvent entraîner une aggravation de l'état de santé, une nouvelle hospitalisation ou l'entrée en maison de retraite. Pour ces raisons, l'hospitalisation est parfois prolongée pour des raisons purement sociales et non médicales, malgré les risques qu'elle peut elle-même comporter (perte des repères, retentissement sur l'état psychologique, la nutrition et l'autonomie, maladies nosocomiales...).

Afin de faciliter le retour à domicile pendant une période transitoire, l'Assurance Maladie, certains départements et les mutuelles ont mis en place des dispositifs d'aide, qui pourront être prolongés en fonction des besoins par une prise en charge par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou par les caisses de retraite (CRAM ou autres régimes). Ainsi, dans le cadre du plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées (PAPA), la CNAM et la CNAV par une circulaire commune [5], ont institué un dispositif d'Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH). Ce plan national piloté au niveau régional, est destiné à financer une prestation d'action sociale à l'issu de l'hospitalisation du retraité afin de favoriser, dans les meilleures conditions possibles, son retour à domicile. L'ARDH s'adresse aux personnes âgées pour lesquelles un diagnostic de récupération de l'autonomie a été formulé lors de l'hospitalisation, remplissant certaines conditions et sur des critères de fragilité³ [6]. Celles-ci doivent être âgées de plus de 60 ans (ou 55 ans en cas de pension de réversion) et relevant du régime général de sécurité sociale.

Dans le cadre de mon stage de fin d'études d'une durée de trois mois et demi, j'ai été missionné par la CRAM de Bretagne pour contribuer à l'évaluation du dispositif ARDH dans la région en menant une étude qualitative exploratoire. Cette étude se propose de recueillir en Bretagne, le point de vue des bénéficiaires sur le dispositif et de mesurer leur satisfaction. Les objectifs sont multiples : décrire et analyser l'impact de l'ARDH sur les habitudes de vie des personnes âgées puis analyser l'appréciation et mesurer la satisfaction de l'utilisateur sur cet accompagnement. Ayant suivi une formation en Master 2 "Pilotage des Politiques et actions en Santé Publique », cohabilité par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et l'Institut d'Etudes Politiques (IEP) de Rennes, ce stage m'a permis d'appliquer les connaissances théoriques acquises et de contribuer à l'évaluation du dispositif dans un but d'améliorer la qualité du service. J'ai choisi de diriger mon travail de fin d'études sur ce thème car, non seulement c'est l'occasion de découvrir l'organisation et le mode de fonctionnement de la CRAM mais aussi de pouvoir travailler sur une population de personnes âgées pour qui je porte un grand intérêt personnel et professionnel ; mon projet professionnel étant de pouvoir apporter ma contribution à l'amélioration des politiques de prise en charge des personnes âgées pour un bien-être de santé, social et mental. La rédaction d'un mémoire sur ce thème constitue donc pour

³ critères de fragilité : Source CRAM de Bretagne : personnes âgées isolées géographiquement (cumulé avec un autre critère), personne âgée seule sans soutien familial de proximité, hospitalisation à répétition, personne déjà bénéficiaire d'un plan d'aide préalablement à l'hospitalisation, présence d'un conjoint dépendant, signes d'épuisement de l'aidant principal, changement dans la situation familiale (ex :décès du conjoint), changement récent du comportement de la personne âgée se traduisant par des problèmes d'hygiène de vie, pouvant remettre en cause le maintien à domicile (malnutrition ou dénutrition/laisser aller dans le logement etc.), nouvel arrivant dans la commune, nécessité de médiation familiale, troubles du comportement, situation de danger, difficulté à solvabiliser les besoins, refus de l'aide proposée par l'évaluateur.

moi, un outil de base et une expérience professionnelle intéressante pour mes futures fonctions.

La CRAM de Bretagne procède chaque année à une évaluation interne du dispositif. En effet, lors des différents bilans annuels [6,7,8], de nombreux constats ont été faits sur le dispositif. Ainsi en Bretagne, l'ARDH n'est utilisée que partiellement par les bénéficiaires, le plan d'aide réalisé est inférieur de 17% par rapport au plan d'aide prévu [9]. Les ayant-droits sont peu nombreux à en bénéficier : 2107 en 2009 [8]. Peu d'usagers ont recours aux services sociaux pour solliciter cette aide et de nombreux signalements hors établissements de santé ont été constatés. Ces constats nous amènent à nous poser la question à savoir si **l'ARDH contribue à l'amélioration de la prise en charge médico-sociale en Bretagne, des personnes âgées non dépendantes lors de leur retour à domicile après une hospitalisation ?**

Cette sous-utilisation du système serait-elle liée à une méconnaissance du dispositif de la part des usagers ou à une mauvaise appréciation de l'ARDH par les usagers ? La qualité de l'ARDH serait-elle remise en cause ? De nombreuses hypothèses peuvent être formulées : un montant insuffisant de l'aide, un coût très élevé pour les usagers, une complexité du dispositif et des démarches, un problème de communication et de coordination entre les différents acteurs, les usagers ne relèvent pas en majorité du régime général, une méconnaissance de l'ARDH, une mauvaise appréciation du dispositif ...

Afin d'apporter des éléments de réponse à cette problématique, il s'agit dans un premier temps dit phase exploratoire, d'essayer de comprendre les différents aspects de l'ARDH, la mise en œuvre de la prestation puis de rencontrer et de recueillir les différents points de vue des responsables chargés du pilotage du dispositif au niveau régional et départemental, les assistantes sociales chargées de l'évaluation des besoins des usagers dans le cadre de l'ARDH. En outre, une recherche bibliographique et une analyse des différents documents de la CRAM de Bretagne sur le dispositif (circulaire de mise en œuvre, bilans annuels, suivi...) m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur le dispositif. Enfin, pendant cette phase exploratoire, j'ai assisté à des réunions de bilans ARDH et effectué des visites au domicile des usagers afin de percevoir comment est réalisée l'évaluation des besoins par les assistantes sociales. Il a été procédé également à la rédaction des grilles d'entretien (annexes I, II, III, IV). Le deuxième temps a consisté en une enquête de terrain. A partir de cinq des établissements conventionnés par la CRAM de Bretagne et participant au service de l'aide au retour à domicile après hospitalisation (CHU de Rennes, CHU de Brest, HL d'Antrain et Polyclinique de Pontivy, Soins de Suite et de Réadaptation de Bourg des Comptes), des entretiens semi-directifs auprès du directeur de l'établissement de santé et de l'assistante sociale ou le cadre de santé (annexe I) ont été réalisés, afin de repérer l'ensemble de la séquence de soins, du

point de signalement de l'ARDH au cours de l'hospitalisation jusqu'à la date de l'observation, de recueillir leurs points de vue sur le dispositif. De même, la pratique des entretiens semi-directifs auprès des bénéficiaires de la prestation (annexes II et III), subdivisés en deux groupes ont permis d'observer la situation des personnes âgées à deux moments différents : un premier groupe de huit usagers en fin d'hospitalisation (G1) pour analyser l'intervention de l'hôpital, les incapacités de la personne âgée, le plan d'aide prévu de préparation au retour, la décision et la mise en œuvre au moment du départ de l'hôpital et un deuxième groupe de huit usagers à six mois après la sortie d'hospitalisation (G2) pour étudier le retour à la « normale », la satisfaction et les remarques de l'utilisateur. Enfin, un entretien semi-directif a été effectué avec des prestataires de services dans le cadre de l'ARDH (annexe IV). Sur un total de 28 entretiens prévus, 22 ont pu être réalisés.

Nous avons traité ce mémoire en trois parties distinctes : Ainsi, dans la première partie, un état des lieux sur le vieillissement en Bretagne a été fait. Après une approche éthique du vieillissement de façon générale, une analyse de la population des plus de 60 ans en Bretagne a été faite en se basant sur les données statistiques de la CRAM de Bretagne [10]. Enfin, nous avons terminé cette première partie par une présentation des retraités du Régime général en Bretagne afin de faire ressortir les principales caractéristiques (état de santé, revenus et retraités du régime général) des personnes âgées de plus de 60.

La deuxième partie concerne la présentation du dispositif ARDH tel qu'il est défini dans la circulaire CNAMTS/CNAV de 2003. Nous avons traité les conditions de prise en charge, la durée, la nature et le montant de la prestation ainsi que les rôles des établissements conventionnés et de la CRAM de Bretagne.

Enfin, la troisième partie concerne l'enquête proprement dite qui consiste à analyser le processus de mise en œuvre de l'ARDH en Bretagne et à mesurer la satisfaction des usagers. Ainsi, nous rappelons les objectifs de ce mémoire qui sont de décrire et d'analyser l'impact de l'ARDH sur les habitudes de vie des personnes âgées, puis enfin d'analyser l'appréciation de l'utilisateur sur cet accompagnement. Le recueil des informations s'est effectué à l'aide d'entretiens semi-directifs avec des techniques telles décrites par Kaufmann [11] et A. BLANCHET [12]. L'élaboration des questionnaires s'est faite après une bonne connaissance des différents aspects du dispositif et la mesure de la satisfaction des usagers s'est opérée à l'aide de la grille MHAVIE⁴ (annexe III).

⁴ GRILLE MHAVIE : outil d'analyse des mesures des habitudes de la vie quotidienne avec trois grandes catégories d'items : niveau de réalisation, niveau d'aide et la satisfaction de la personne (cf annexe 5).

Le choix des établissements et des usagers inclus dans cette étude s'est fait de façon consensuelle avec les services ASPA⁵ et SSR⁶ de la CRAM de Bretagne. Une présentation et une analyse des résultats des entretiens ont été ensuite développées. Après avoir défini le concept de la satisfaction, une description et une application de la grille MHAVIE ont été présentées. Enfin les résultats obtenus au cours de l'enquête sont discutés afin d'aboutir sur des recommandations au commanditaire de l'étude.

⁵ ASPA : Action sociale en faveur des personnes âgées et dépendant de la CNAV ;

⁶ SSR : Service social régional (dépendant de la CNAM et de la CNAV)

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX SUR LE VIEILLISSEMENT EN BRETAGNE

Quelle est la situation des personnes âgées de 60 ans et plus en Bretagne aujourd'hui ? Quelle sera-t-elle demain ?

Les travaux existants permettent d'apporter quelques points de repère actuels et prospectifs sur la démographie, les territoires et les trajectoires du vieillissement en Bretagne après un aperçu sur le vieillissement en France de façon générale.

I - Pour une nouvelle éthique du regard sur le vieillissement en France

I 1 - Qu'est-ce que « la vieillesse » ? Qu'est-ce que « vieillir » ?

Toutes les approches du vieillissement amènent des regards différents sur cette question. Les médecins traitent l'usure biologique, les démographes mesurent l'âge chronologique, les sociologues évoquent l'absence de rôle social [13]. La vieillesse n'est donc pas qu'une question d'âge. Selon Pierre Bourdieu [14] « l'âge est une variable socialement manipulable et manipulée ». Le vieillissement pose d'abord la question du rapport de l'individu à la société. Ce découpage par âge masque les disparités profondes que révélerait un découpage par catégorie socioprofessionnelle, par sexe, par lieu d'habitation, ainsi que les effets de génération, de parcours et de situation sociale. En paraphrasant, le titre d'un article de ce dernier qui portait sur la jeunesse, on peut également dire que « la vieillesse n'est qu'un mot » et que les regroupements fondés sur l'âge ne doivent pas masquer les différences et inégalités sociales.

En 1999, Paulette Guinchart-Kunstler, dans son rapport « vieillir en France », contribuait à cette prise de conscience de la relativité de la vieillesse : « *De nos jours, la vieillesse est associée à une période de fragilité physique, psychologique et sociale. On ne peut que déplorer cette évolution (...). Le vieillissement, processus naturel, constitue un élément inhérent à la personne humaine. Il a ceci de particulier qu'il est l'aboutissement de toute une vie, et que de ce fait, il est chargé d'histoire, de l'expérience de ce que chacun a vécu. C'est un temps où chaque homme, chaque femme, en raison du changement de statut social, du changement dans son corps, de l'évolution de ses capacités physiques et intellectuelles, de la diminution de son réseau social, se retrouve confronté à la nécessité de se forger une nouvelle image de soi, exercice parfois difficile dans une société où la vieillesse n'a pas sa place, où le corps jeune, sportif, dynamique est seul valorisé, où c'est surtout le travail qui est source de reconnaissance.*

Tout au long de sa vie, chacun doit apprendre à accepter de vivre des pertes, des séparations, des changements (...) : parce que proche de la mort, ce travail prend une dimension particulière dans cette période de vie ».

Pour apporter des éléments de définitions, le Plan national « Bien vieillir » 2007-2009, prenait principalement pour point d'ancrage le vieillissement vu sous l'angle physiologique : « le vieillissement est l'effet général du temps sur un organisme biologique. Ce processus diminue les réserves fonctionnelles au niveau de la plupart des systèmes physiologiques entraînant ainsi une vulnérabilité à de nombreuses maladies. Les processus de la sénescence sont encore largement mal connus (...)».

« Vieillir » est donc un processus temporel qui doit être abordé de manière systémique, car ses causes et ses effets, sont autant biologiques, psychologiques que sociaux [13].

Au regard de ce qui précède, la définition de la vieillesse est donc un acte éminemment politique au sens où elle a des conséquences importantes sur les représentations et l'organisation du vivre ensemble aux différents âges de la vie.

I.2. « Vieillir » : une chance ou un naufrage ?

La vieillesse renvoie à des réalités objectives telles que les diminutions des capacités ou l'allongement de la durée de vie, la vieillesse en soi ne va pas de soi, ce qui a fait dire à Pierre Bourdieu, que « *l'âge est une variable biologique socialement manipulable et manipulée* ». La vieillesse est une notion relative : il n'y a pas une mais des vieillesse dont le sens évolue selon le temps, les lieux, les sociétés, les personnes et surtout selon le regard porté sur les personnes vieillissantes. La vieillesse est avant tout une représentation sociale variable et subjective [13]. Si la vieillesse est une question de regard, quel est-il ? On observe une forme de regard dual sur les « vieux ». Alors que les jeunes retraités à leur entrée dans le « troisième âge », paraissent socialement valorisés, tel n'est pas le cas du « quatrième âge » souvent perçu comme problématique. Il y aurait donc d'un côté une « vieillesse qui va bien » et de l'autre « une vieillesse qui va mal ».

La qualité de la vie de la personne âgée, est dépendante de la qualité du regard porté sur elle en tant qu'autre semblable, « qui compte pour quelqu'un et qui vaut la peine de vivre ». L'enjeu ainsi mis en lumière est celui d'une approche éthique de la personne vieillissante, c'est-à-dire de sa reconnaissance en tant que personne. Par personne, on entend ici un être unique porteur d'une dignité, se définissant non seulement en soi mais aussi dans sa relation à autrui. Incarné dans un corps et dans une société où elle doit pouvoir trouver sa place, capable d'initiative et d'autonomie malgré ses dépendances, la personne a aussi une vie intérieure. Ce sont tous ces paramètres, tout autant que le confort, l'hygiène, la santé, qui contribuent à sa qualité de vie.

Si le respect de la dignité des personnes vieillissantes est avant tout une éthique du regard, il faut aussi reconnaître que certaines valeurs portées par elles participent à l'équilibre social. En effet, elles incarnent souvent par leur état ou leur mode de vie, des « contre-valeurs » stabilisatrices qui s'opposent aux valeurs dominantes : frugalité contre consumérisme, lenteur contre vitesse, faiblesse contre puissance, disponibilités aux choses et aux êtres contre fuite en avant dans l'agitation quotidienne...

La recherche d'une approche éthique de la vieillesse doit reposer à la fois sur l'estime de soi, la sollicitude pour autrui et la contribution à des institutions justes (Paul Ricoeur).

Dans les sociétés occidentales « individualistes », l'homme se retrouve souvent esseulé, face à lui-même, une sorte « d'être sans appartenance » selon Gilles Lipovetski. Solitude et isolement deviennent alors des sources de souffrance de la personne âgée en manque d'entourage : « ce qui rend la vieillesse plus difficile à vivre aujourd'hui, c'est la conjonction entre l'évolution de nos sociétés individualistes (...) et le nombre de plus en plus importants des personnes âgées à qui on ne reconnaît plus leur place dans ce monde (...). La lutte contre l'esseulement commence là aussi par un changement de regard, témoin de la conviction « que les vieux méritent de vivre, d'être respectés et aimés pour eux-mêmes et qu'ils ont encore quelque chose à nous apprendre de l'humanité. Une hospitalisation qu'elle soit en court ou long séjour, ou bien un passage par le service des urgences, pourrait donc aggraver ce sentiment de solitude et d'isolement et que seul un accompagnement bien adapté et bien conduit après la sortie pourrait prévenir. C'est à cet effet, que l'ARDH trouve toute son importance.

I.3. Les personnes âgées : une hétérogénéité de population

On désigne souvent par « personnes âgées », les personnes de plus de 60 ans. Définir ainsi les personnes âgées, revient donc à les homogénéiser et ne prendre en considération que certains aspects de cette population alors que dans les faits, elle est réellement hétérogène. En effet, le vieillissement est un processus progressif, propre à chaque individu, fonction de son environnement économique, socioculturel, familial, psychologique et de son état de santé.

Afin de mieux appréhender le contexte de notre étude, il convient donc de rappeler la définition de la dépendance, puisque l'ARDH ne concerne que les personnes âgées non dépendantes.

Ainsi, la dépendance se définit comme la nécessité de recourir à une autre personne (professionnelle ou non) pour réaliser les actes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer, etc. Aujourd'hui en France, c'est la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources) qui permet d'évaluer le degré de dépendance des personnes âgées, en déterminant, au travers d'une série de questions, leur appartenance à un des 6 groupes de la nomenclature, de GIR 1 à GIR 6 (Annexe V).

II - Analyse démographique de la population des plus de 60 ans en Bretagne

II.1. Les personnes âgées en Bretagne aujourd'hui

La Bretagne fait partie des régions où l'indice de vieillissement est le plus élevé⁷. Au 1^{er} Janvier 2004, l'indice de vieillissement de la Bretagne était de 75,3 contre 65,3 en France Métropolitaine⁸.

Toutefois, on observe une situation assez contrastée entre les quatre départements bretons. Les Côtes d'Armor se distinguent avec un indice très élevé, 93,4, alors qu'au contraire, l'Ille-et-Vilaine, avec 58,1 connaît un vieillissement relativement moins prononcé. Le Morbihan et le Finistère se situent entre les deux, avec des indices respectifs qui sont assez élevés : 80,4 et 79,4.

En 2010, on note une inversion entre les classes d'âge pour les plus jeunes et les plus âgées : l'effectif des plus de 60 ans devient supérieur à celui des moins de 20 ans. La part des 60 ans et plus représente 22,8% de la population totale française (65.030.704 habitants), dont 25,7% en Bretagne sur une population de 3.219.598 au 1er Janvier 2009⁹. Ces taux évolueront dans les années à venir pour atteindre 26,8% en France et 30,6% en Bretagne (tableau 1).

Comparée à celle de la France métropolitaine, la population bretonne est plus âgée avec une surreprésentation des 60-80 ans (surtout chez les femmes). D'autre part, la Bretagne est une grande bénéficiaire des flux migratoires liés à la retraite, ce qui accroîtra considérablement ces chiffres au fil des années.

Selon les informations issues de la CRAM de Bretagne et publiées dans Ouest France, la CRAM de Bretagne devrait compter 40000 nouveaux retraités par an à

⁷ Pour l'INSEE, l'indice de vieillissement est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Plus l'indice est élevé, plus le déséquilibre entre seniors et juniors est prononcé.

⁸ DRASS, Statiss 2006, « les régions françaises »

⁹ Source : Insee, Recensements de la population 2007- limites territoriales au 1^{er} Janvier 2009.

compter de 2013. En effet, le retour au pays est toujours recherché après une carrière loin de sa terre natale¹⁰

Tableau 1 : part des plus de 60 ans dans la population totale

	2000	2010	2020	Evolution 2000- 2020
France	20,5%	22,8%	26,8%	+ 39,8 %
Bretagne	23,2%	25,7%	30,6%	+ 34,8 %

Source : INSEE

II. 2. Combien seront-elles demain ?

Toutes les prévisions de l'INSEE indiquent clairement que le fait marquant des prochaines décennies sera un vieillissement sans précédent de la population française. Les dernières projections démographiques publiées par l'INSEE en 2007¹¹, prenant pour point de départ les estimations de la population au 1^{er} Janvier 2005, mettent en évidence l'ampleur des bouleversements démographiques attendus d'ici à 2030 et 2050, en particulier celui du vieillissement général de la population.

Plusieurs phénomènes concourent à ce vieillissement :

- L'allongement de la durée de vie.
- Une fécondité basse qui assure difficilement le remplacement des générations.
- L'arrivée à la retraite des populations nées lors du baby-boom ayant suivi la deuxième Guerre Mondiale.
- L'entrée dans le grand âge des populations nées lors du baby-boom ayant suivi la première Guerre Mondiale.

¹⁰ Ouest France du 2 Juin 2010 : la Bretagne attire de plus en plus de retraités.

¹¹ Octant No 108, Mars 2007

Ce vieillissement de la population française conduira sans doute dans les années à venir à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Ainsi, en supposant une stabilité de la durée de vie moyenne en dépendance, 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040 contre 800 000 aujourd'hui [15]. D'une façon générale, la population de la Bretagne va augmenter dans les 20 prochaines années. Ce vieillissement rapide de la population amène à s'interroger sur l'évolution des politiques publiques en direction des personnes âgées : retraites, dépenses de santé, mais aussi prise en charge des personnes dépendantes ou non, dont le nombre augmentera dans les années à venir.

L'enjeu de ces années gagnées est qu'elles le soient sans incapacité, voire même en bonne santé, afin de contribuer à faire reculer l'âge de la dépendance. L'ARDH intervient justement dans cette optique afin de prévenir suite à une hospitalisation les risques de dépendance et les ré-hospitalisations.

III. LES RETRAITES DU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE

Au 31 Décembre 2008, la France métropolitaine comptait 10 883 698 retraités du Régime Général, ce qui représente 17,88% de la population totale. 83,13% des 60 ans et plus en France perçoivent une retraite du Régime Général que ces retraités soient majoritaires CRAM ou non [10].

La région bretonne totalise au 31 Décembre 2009, 584 581 retraités du régime général de la sécurité sociale quelle que soit la caisse débitrice, plus précisément ceux qui ont fait leur carrière majoritairement au Régime Général. Ceci représente 5,24% des retraités du Régime Général résidant en France métropolitaine [10]. Parmi ces retraités, il y a ceux qui dépendent de la CRAM de Bretagne proprement dit (87,90%) et ceux qui dépendent de la CNAV Paris (7,33%) ou des autres CRAM (4,77%).

En 2007, nous avons observé que la part du régime agricole et de certains régimes spéciaux, marins par exemple, était particulièrement élevée en Bretagne et concernait 30% de cette population, soit 215 000 retraités résidant en Bretagne âgée de 60 ans et plus.

En conclusion, l'analyse démographique de la population des plus de 60 ans en Bretagne met clairement en évidence le nombre important de personnes potentiellement concernées par l'ARDH dans les années à venir. Le nécessaire développement de la prévention du vieillissement et de la dépendance, et les nouvelles orientations politiques pour le maintien à domicile des personnes âgées doivent concourir à une meilleure articulation des prises en charge sanitaire et sociale des retraités et à une meilleure convergence de tous les acteurs.

C'est dans une logique de prévention de la perte d'autonomie, que la CNAV a recentré son action sociale sur le « mieux vieillir » des retraités les plus fragiles. La CNAV entend ainsi contribuer, à partir d'un « capital santé » donné, à un « mieux vieillir » par l'amélioration des conditions de ses retraités, en complémentarité et souvent en synergie avec les aides et prestations dont ce public est par ailleurs bénéficiaire dans le cadre de l'assurance maladie et des programmes nationaux de santé publique. L'ARDH devient l'un des axes majeurs de la politique de la CNAVTS en faveur des personnes âgées.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU DISPOSITIF ARDH DE LA CNAVTS

L'expérimentation de l'aide au retour à domicile après hospitalisation s'inscrivait dans les orientations de l'avenant à la COG pour l'action sociale (2003-2004) qui visaient à mettre en place, dans une dynamique de prévention, une aide centrée sur l'évaluation des besoins et sur la coordination entre les établissements de santé et les intervenants à domicile. Les conclusions de cette expérimentation ayant été positives, M. Jean-Pierre Sueur [16] a appelé l'attention de M. Le Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité sur le grand intérêt que présente l'aide au retour à domicile après hospitalisation destinée aux personnes âgées, et lui demande s'il ne lui paraît pas opportun de généraliser ce dispositif. Les objectifs de cette expérimentation soulignent que [16] :

- La priorité donnée à la démarche d'évaluation doit permettre de traiter l'ensemble de la situation de la personne âgée, dans les différentes dimensions de ses besoins et de ses attentes.
- L'accent mis sur la prévention doit permettre de répondre de manière spécifique aux difficultés rencontrées pendant une période d'hospitalisation, souvent cruciale pour l'autonomie et les conditions de vie de la personne âgée.
- La coordination doit permettre d'associer les établissements de santé, les professionnels médico-sociaux et de santé ainsi que le service social des Caisses Régionales, dans le cadre d'une approche globale mobilisant les branches Maladie et Retraite.

L'ARDH est une prestation qui vise à favoriser la réinstallation des personnes âgées à leur domicile avec un maximum de sécurité et de confort au regard des enjeux de la sortie d'hospitalisation.

I - LES ENJEUX DE LA SORTIE D'HOSPITALISATION

L'enjeu est de prévenir et de limiter les situations de crise, les ré-hospitalisations évitables liées à des difficultés sociales ou psychosociales ou des soins non assurés. Concrètement, il s'agit d'articuler les besoins en matière de santé et d'autonomie avec les solutions humaines et matérielles envisageables à la sortie de l'hôpital.

I.1. Enjeux pour les usagers

Dans le cas des hospitalisations, non programmées pour la plupart, la personne âgée et sa famille sont confrontées à de multiples difficultés liées :

- A l'isolement et à la situation de rupture créée par l'hospitalisation
- Aux aspects matériels, sociaux, familiaux et psychologiques relatifs au retour à domicile.
- A la méconnaissance des différents services, des droits, et des prestations auxquelles la personne âgée peut prétendre.
- A la complexité des dispositifs et la multiplicité des organismes compétents.
- A l'isolement et l'épuisement de la famille face à l'investissement physique et psychologique qu'entraîne le maintien du malade à son domicile.
- A la difficulté d'avoir à prendre des décisions, notamment celle de faire appel à des tiers ou d'engager des dépenses importantes.

C'est dans ce contexte d'incertitude face au lendemain que se situent la demande d'aide à la personne et le signalement de l'établissement de santé en direction du service social spécialisé de la CRAM de Bretagne.

I.2. Pour la Caisse Régionale d'Assurance Maladie

L'accroissement de la longévité requiert une politique de prévention et d'accompagnement, plus particulièrement en faveur de certains publics qui ne sont pas en situation de perte d'autonomie mais connaissent des difficultés dans leur vie quotidienne. Le choix a été fait, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2005-2008 signée entre les pouvoirs publics et la CNAVTS, de recentrer les actions en faveur des retraités relevant des GIR 5 et 6, socialement fragilisés.

Cette politique de recentrage s'inscrit en cohérence avec le plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées (PAPA), qui constitue une priorité essentielle des actions conjointes des branches Maladie et Retraite et dont l'objectif est d'assurer l'adaptation des mesures d'accompagnement des retraités, ainsi que la réactivité des organismes face à des situations où une aide apparaît nécessaire.

Cet objectif de meilleure prise en charge des personnes âgées à la sortie d'hospitalisation constitue un champ d'action sanitaire et sociale dont on retrouve la traduction dans les contrats d'objectifs et de moyens signés entre l'Assurance Maladie et les établissements de santé sur le volet sortie d'hospitalisation : amélioration des orientations des patients et abaissement de la durée moyenne de séjour.

Cette politique globale suppose une négociation au niveau local avec les établissements de santé et la CRAM de Bretagne. Au-delà de l'approche globale, sanitaire et sociale de la caisse régionale, l'organisation du plan d'aide constitue l'occasion d'un renforcement de la coordination avec les partenariats institutionnels, les coordinations gérontologiques locales ainsi que les divers intervenants au domicile. Cette démarche sollicite le partenariat entre le secteur hospitalier, le secteur ambulatoire, les CLIC et les services d'aide à domicile existants.

II - LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE ARDH

II.1. A qui cette aide est-elle destinée ? [8]

L'aide au retour à domicile après hospitalisation a pour objectif de répondre aux besoins temporaires et urgents des retraités qui peuvent réintégrer leur domicile mais avec un soutien particulier. Cette aide est destinée à tous les retraités du Régime Général de la sécurité sociale à titre majoritaire, âgés de plus de 60 ans (ou 55 ans en cas de pension de réversion) et hospitalisés, ou admis au service des urgences, qui ont besoin d'un service ou d'une aide temporaire pour rentrer chez eux et se rétablir progressivement.

L'aide au retour à domicile après hospitalisation est réservée aux retraités pour lesquels un diagnostic de récupération de l'autonomie a été formulé au cours de l'hospitalisation. La prestation s'adresse donc aux personnes se situant au moment de l'hospitalisation en GIR 5-6 voire 4 lorsqu'un diagnostic de récupération de l'autonomie vers un GIR 5-6 est établi. Les retraités dépendants (GIR 1-2-3-4 stabilisé) relèvent d'une orientation vers l'APA d'urgence. De plus, il ne faut pas percevoir l'APA ou l'ACTP (allocation compensatrice tierce personne).

Notons que sont exclus du champ d'action de la prestation ARDH :

- Les personnes pour lesquelles le diagnostic de récupération n'a pas été réalisé.
- Les personnes âgées bénéficiant d'une hospitalisation à domicile, de soins palliatifs et les patients relevant de la psychiatrie.
- Les personnes âgées qui bénéficiaient avant leur hospitalisation de la prestation spécifique dépendance, l'allocation personnalisée d'autonomie, l'allocation compensatrice pour tierce personne, la prestation de compensation du handicap, la majoration tierce personne. Sont également exclues, les personnes éligibles à ces prestations mais qui refuseraient d'en faire la demande ou d'en accepter le bénéfice.
- Les personnes âgées hébergées à titre onéreux par des particuliers au titre de la loi n°89-475 du 10 juillet 1989.
- Les personnes âgées dont l'intervention est assurée moyennant rémunération par des enfants qui les hébergent, sauf si l'indisponibilité momentanée des enfants nécessite elle-même le recours à un intervenant extérieur rémunéré.
- Les personnes âgées hébergées en établissements fonctionnant avec un prix de journée comprenant tous les services, sauf en cas d'intervention d'une personne extérieure à l'établissement.
- Les personnes âgées bénéficiaires d'une prestation équivalente servie par un autre système de prise en charge mis en oeuvre par les pouvoirs publics ou des organismes de sécurité sociale ou de protection sociale autre que ceux situés dans le champ de l'Assurance Retraite.

II.2. Les règles de compétences [17]

Lorsque les retraités sont titulaires de plusieurs pensions servies par des Régimes d'Assurance Vieillesse différents, il convient d'appliquer les règles suivantes :

- Pour les bénéficiaires de plusieurs avantages personnels : la Caisse n'est compétente que lorsque le plus grand nombre de trimestres d'assurance a été validé au Régime Général. En aucun cas le Régime servant l'avantage le plus élevé ne pourra être considéré comme compétent dès lors que la condition précédente n'est pas remplie.

- Pour les bénéficiaires de plusieurs avantages de réversion : Il convient d'appliquer la règle évoquée ci-dessus.
- Pour les bénéficiaires d'un avantage personnel et d'un avantage de réversion : la caisse est compétente lorsque l'avantage personnel est servi par le Régime Général, quel que soit le montant de celui-ci.
- Pour les couples de retraités affiliés tous deux au Régime Général : si l'état de santé des deux époux nécessite l'intervention dans le cadre de la prestation d'aide au retour à domicile après hospitalisation, il est délivré une prise en charge individuelle.
- Cependant, peut être considérée comme relevant à titre principal du Régime Général :
 - Toute personne étant ou ayant été prise en charge par la Caisse au titre de l'Aide Ménagère à Domicile.
 - Toute personne, non connue des fichiers d'Aide Ménagère, indiquant un nombre de trimestres validés par le Régime Général égal ou supérieur à 75.

II.3. Nature des ressources à considérer [17, 18]

Pour déterminer la participation à la charge du retraité, il convient de considérer l'ensemble des ressources (imposables ou non imposables) du demandeur et de son conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS lorsqu'il s'agit d'un couple, excepté pour :

- Le revenu minimum d'insertion.
- Le revenu de solidarité active.
- L'allocation compensatrice ou la majoration tierce personne du conjoint.
- L'allocation personnalisée d'autonomie du conjoint.
- La prestation spécifique dépendance du conjoint.
- L'allocation spéciale ou de solidarité pour personnes âgées (ASPA) du conjoint.
- L'aide sociale légale du conjoint.
- L'allocation compensatrice ou la prestation de compensation du conjoint versée par la CDAPH¹².
- Les aides au logement (aide personnalisée au logement ou allocation logement).
- Les pensions ou gratifications attachées aux distinctions honorifiques.
- La retraite du combattant (hors retraite mutualiste).
- Les intérêts des livrets A et d'épargne populaire ou livrets similaires.
- Le revenu supplémentaire temporaire d'activité.

¹² CDAPH : **Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées** (CDAPH) créées par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées".

Par contre, le loyer, les annuités de remboursement des prêts d'accession à la propriété et les frais de chauffage ne peuvent être déduits. Quant aux revenus à caractère annuel (bénéfices industriels et commerciaux, fermages, revenus mobiliers, etc.), ils doivent être réintroduits dans la période de référence pour le quart de la valeur figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non imposition en possession du demandeur lors de la prise en charge.

Pour le demandeur dont la situation s'est modifiée au cours de la période de référence (cessation d'activité, vente d'immeuble ou de propriété, etc.), il doit être tenu compte des ressources réelles dont dispose le demandeur au moment de la prise en charge.

En cas de cohabitation avec les descendants, il doit être tenu compte des seules ressources du demandeur et de son conjoint s'il s'agit d'un couple.

II.4. Période de référence pour l'appréciation des ressources [17]

Les ressources prises en compte pour l'examen de la demande sont celles du trimestre précédent, à l'exception des ressources des personnes prises en charge en Aide Ménagère qui pourront être reprises dans le dernier dossier fourni, sous réserve qu'il ne date pas de plus d'un an au moment de la demande de prestation d'aide au retour à domicile après hospitalisation.

III - LA NATURE DE LA PRESTATION ARDH [18]

L'aide au retour à domicile est destinée à couvrir une partie des frais engagés dans les domaines suivants :

- Présence auprès du malade :
 - Garde de nuit, de jour.
 - Les passages itinérants de nuit.
- Logement et cadre de vie :
 - Ergothérapeute.
 - Gros travaux de nettoyage.
- Aides techniques : Installation et/ou achat de petits matériels (barres d'appui, rehausseur WC, barre d'appui, siège salle de bains et tabouret de douche, rampe ...), petits travaux de dépannage ayant un caractère d'urgence (changement de lampe, vitres...), travaux nécessaires pour remettre en état un logement qui ne répond plus aux règles élémentaires d'hygiène (lessivage des murs de cuisine, salle de bain, sols...).

- Services de la vie quotidienne :
 - aide ménagère (prestataire, mandataire, gré à gré).
 - aide aux courses, entretien du linge, préparation des repas.
 - Portage de repas.
 - repas pris en structure (foyer restaurant, foyer logement).
 - Livraison de médicaments ou de courses.
 - Téléalarme.
 - Les frais de transport par un service spécialisé, hors taxi et transport sanitaire.
- Hygiène et mieux être : dépenses de protection, pédicurie.

Le plan d'actions personnalisé pourra être adapté en fonction des décisions de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CRAM de Bretagne ou de la mise en oeuvre de nouvelles modalités définies par la CNAVTS.

IV - DUREE DE LA PRISE EN CHARGE ARDH [18]

Dans le cas où l'aide est attribuée directement après la sortie d'hospitalisation, celle-ci est égale à une durée de trois mois maximale dans l'année civile à compter du premier jour du mois au cours duquel a eu lieu la sortie d'hospitalisation. Pour les personnes sortant le 31 du mois la prise en charge se fera au 1er jour du mois suivant pour trois mois. Dans tous les autres cas, la durée est comptée à partir du premier jour d'intervention de l'ARDH pendant trois mois également.

A l'occasion d'une visite à domicile qui est effectuée systématiquement par l'assistant(e) social(e) de la CRAM de Bretagne qui suit le retour, un point sur la situation est réalisé et une adaptation du plan d'actions personnalisé est proposée.

En cas de nouvelle hospitalisation au cours d'un exercice budgétaire, il est possible d'attribuer à nouveau une aide en faisant appel aux mêmes critères, s'agissant de la situation médico-sociale et des conditions de prise en charge.

Cependant si une nouvelle hospitalisation intervient au cours d'une prise en charge ARDH déjà délivrée, aucune prolongation ne peut être attribuée, le terme de l'accord restant celui fixé initialement.

V - LE MONTANT DE LA PRISE EN CHARGE ARDH

La participation de la Caisse ainsi que celle du retraité varient en fonction du barème de ressources fixé par la CNAVTS annuellement. Les bénéficiaires de l'aide sociale légale, mise en œuvre par les Conseils Généraux sont exclus du bénéfice de l'aide ménagère délivrée par la Caisse mais peuvent en revanche bénéficier des autres prestations relevant de l'aide au retour à domicile après hospitalisation [17].

Le montant de l'aide est plafonné à trois mois pour un montant fixé par la CNAVTS annuellement. La participation financière de la CNAVTS lors de cette prise en charge ARDH est un pourcentage déterminé en fonction des ressources fixé annuellement, le barème PAP depuis Avril 2009 (Tableau 2). En 2010, ce plafond maximal de la participation de la CNAVTS est fixé à 1800 Euros pour une ARDH classique. Lorsque cette dernière est suivie d'une prestation pérenne, l'ensemble est limitée à 3000 Euros sur une année hormis dans les cas suivants où un nouveau plan d'actions personnalisé est ouvert (veuvage, hospitalisation du conjoint ou entrée du conjoint dans un établissement d'accueil) [20].

Le total des prestations, toutes participations financières confondues (participation de la Caisse, du retraité et le cas échéant, des autres financeurs), notifiées dans le cadre d'un plan d'actions personnalisé, ne doit pas dépasser ce plafond, fixé annuellement, par bénéficiaire.

La part revenant au retraité est calculée en fonction de ces ressources imposables et non imposables. Contrairement aux années précédentes depuis la phase d'expérimentation, selon la circulaire CNAV n°2010- 03 du 11 Janvier 2010, les ressources nécessaires au bénéfice du dispositif ne sont plus plafonnées [20].

Tableau 2 : barème de participation 2010 [20]

Ressources mensuelles		
Personne seule	Ménage	Participation du retraité
Jusqu'à 833 €	Jusqu'à 1 449 €	10 %
834 à 893 €	1 450 à 1 547 €	14 %
894 à 1 008 €	1 548 à 1 694 €	21 %
1 009 à 1 183 €	1 695 à 1 902 €	27 %
1 184 à 1 237 €	1 903 à 1 973 €	36 %
1 238 à 1 380 €	1 974 à 2 108 €	51 %
1 381 à 1 579 €	2 109 à 2 368 €	65 %
au-delà de 1 579 €	au-delà de 2 368 €	73%

VI - LES MODALITES OPERATOIRES DE L'INSTRUCTION DU DOSSIER ARDH

Afin de faire bénéficier de l'ARDH les usagers, plusieurs acteurs interviennent dans l'instruction du dossier. Les établissements de santé jouent un rôle prépondérant en signalant les patients sortants aux services sociaux de la CRAM. Même si le nombre de signalements ARDH provenant des établissements de santé a baissé au fil des années, 63% en 2009 [8], contre 70% en 2008 [7] et 72% en 2007 [6], les établissements de santé gardent toutefois une place importante au sein du dispositif. Quels rôles jouent-ils alors ?

VI.1. Rôle de l'établissement de santé

Depuis la phase d'expérimentation de l'ARDH en 2003, le nombre d'établissements de santé ayant signé une convention avec la CRAM de Bretagne a augmenté considérablement pour atteindre 76 en 2010 [8]. Avec cette convention, la CRAM de Bretagne a donc formalisé une procédure d'intervention avec définition précise des attentes vis-à-vis des établissements de santé.

Au cours de l'hospitalisation, le service social (ou référent désigné) de l'établissement de santé se charge de :

- Repérer les besoins des personnes âgées hospitalisées dont le diagnostic de récupération a été réalisé.
- Evaluer à l'aide de la grille AGGIR le patient, pour voir s'il relève d'un GIR 5 ou 6 ou très exceptionnellement d'un GIR inférieur avec un pronostic de récupération.
- Informer la personne âgée hospitalisée sur les conditions de prise en charge de la prestation " aide au retour à domicile après hospitalisation " à l'appui de la plaquette de communication mise à sa disposition par la CRAM de Bretagne.
- Vérifier si la personne est bien retraitée à titre majoritaire du Régime Général en le demandant à la CRAM de Bretagne selon une procédure définie.
- Formaliser la demande de prestation et le plan d'actions personnalisé par la fiche de liaison signée par le retraité.
- Amorcer le plan d'aide et contacter des intervenants à domicile et/ou le service ou professionnel selon les circuits et les partenaires habituels de l'établissement, en concertation avec la personne âgée, ou à défaut de donner au retraité, en l'absence de plan d'aide à la sortie, la plaquette d'information fournie par la CRAM.
- Faire le signalement au service social départemental de la CRAM de Bretagne en transmettant par fax la fiche de liaison en indiquant la date de sortie et suffisamment en amont pour permettre une prise en charge par le service social le cas échéant.
- Réceptionner la copie du plan d'action établie par le département Action Sociale de la CRAM.
- Informer la personne âgée ainsi que le service pressenti pour intervenir à domicile de la décision d'accord ou de rejet.

VI. 2. Rôle de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie [7, 8]

VI.2.1. Au cours de l'hospitalisation

Le service social de la CRAM se charge de :

- Enregistrer le signalement fait par l'établissement de santé.
- Adresser par retour à l'établissement, l'information relative au caractère majoritaire du retraité concerné.
- Relayer l'information donnée aux patients.
- Transmettre par fax la fiche de liaison au département Action Sociale de la CRAM.

Le Département Action Sociale de la CRAM se charge de :

- Traiter la demande de prestation.
- Vérifier les droits du retraité au Régime Général.
- Notifier la décision administrative (accord ou rejet) au bénéficiaire et envoyer une copie au service social ou référent désigné de l'établissement de santé par « une fiche de liaison retour » afin de l'informer de la suite donnée au signalement.

VI.2.2. Au domicile

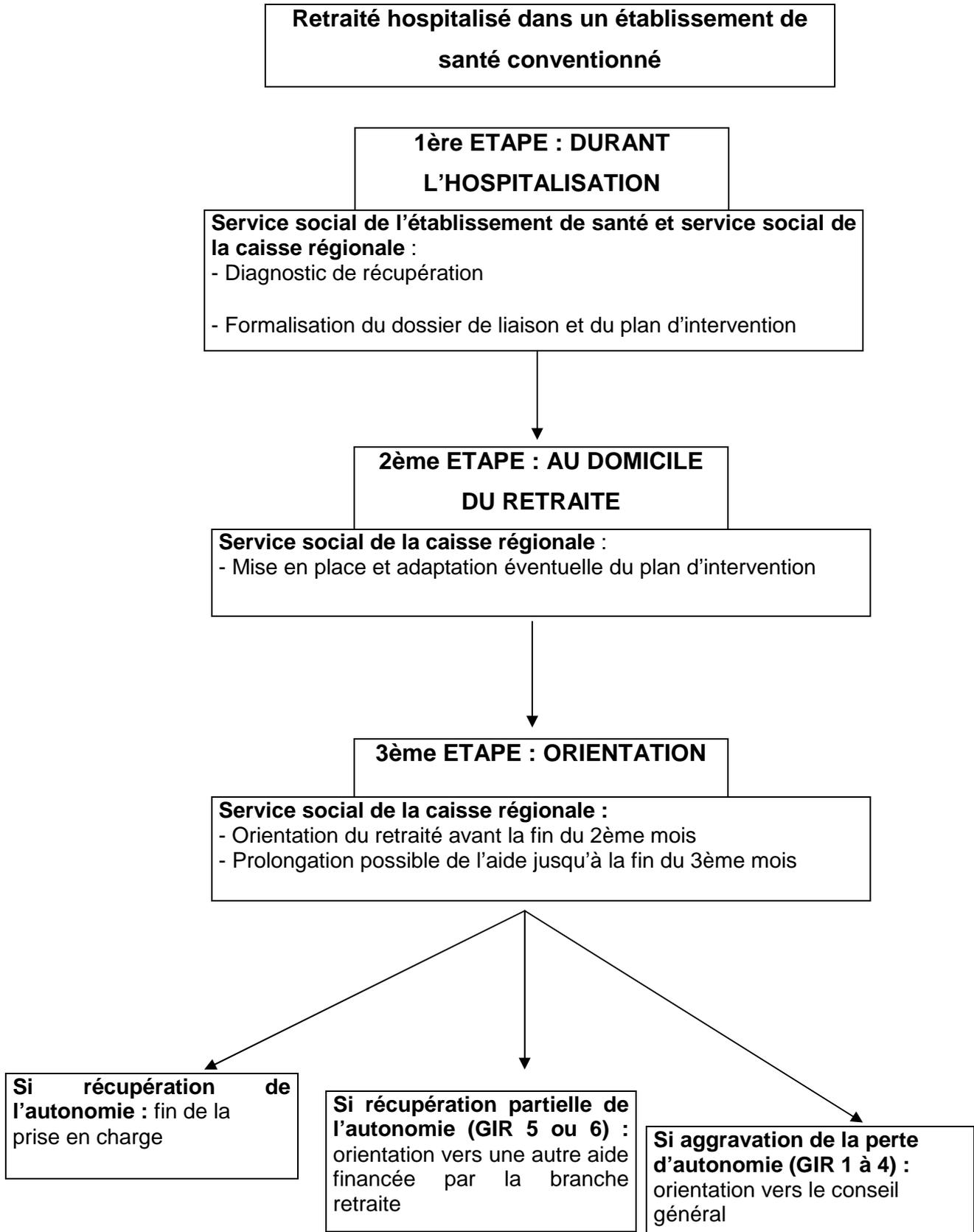
Le service social doit prendre contact avec le retraité dans les trois jours suivant sa sortie lorsqu'une fiche de liaison a été envoyée au service social de la CRAM de Bretagne par le centre hospitalier. Il doit également réaliser une visite à domicile dans les quinze jours suivant la sortie pour évaluer afin de procéder à :

- L'étude des ressources.
- L'étude du régime de compétence avec réorientation si appartenance à un autre régime que le Régime Général.
- L'évaluation des besoins de la personne âgée et réajustement dans les cas échéant.
- L'adaptation du plan d'actions personnalisé en coordination avec les intervenants à domicile.
- L'orientation vers le Conseil Général compétent en cas d'aggravation de la perte d'autonomie pour mettre en oeuvre la procédure d'urgence APA.
- La transmission au département Action Sociale de la fiche d'alerte pour signaler tout changement de situation et systématiquement à l'issue de la prestation.
- La transmission au département Action Sociale du dossier de demande d'aide à domicile et de l'évaluation globale des besoins en cas de mise en place d'un PAP définitif en fin de prise en charge ARDH.

Le département Action Sociale effectue suite à la réception de la fiche d'alerte la mise à jour du dossier administratif ou du plan d'actions personnalisé et la notification de la décision au retraité. Suite à la réception du dossier de demande d'aide à domicile, le service social évalue des besoins.

VI. 3. Schéma de mise en œuvre de l'ARDH

Le logigramme décrit la mise en œuvre de la prestation près de l'utilisateur. Cette mise en œuvre réfère au logigramme du processus ARDH situé en annexe (ANNEXE VI).



VI.4. Bilan 2009 et mise en perspective de l'analyse du processus

En 2009, 2628 signalements ont été faits soit directement par les services hospitaliers auprès de la CRAM de Bretagne soit par les services de maintien au domicile, les CLIC ou les familles. La CRAM de Bretagne a accordée 2107 prestations ARDH [8].

Une étude qualitative a été menée par le service social de la CRAM de Bretagne, celle-ci montre que près de 243 personnes âgées ont bénéficié d'une intervention ARDH payé en 2009 (Annexe VII). Cette enquête révèle que le profil type du répondant est une femme de 80-89 ans, vivant seule. Pour 72% des retraités, l'ARDH est l'occasion d'un premier contact avec l'assistante sociale de la CRAM suite à une hospitalisation en urgence (72%). Pour 87% des bénéficiaires, l'ARDH a permis la récupération physique partielle ou totale [9].

L'évaluation de la réalisation effective des plans d'aide démontre qu'un taux de réalisation de 83% entre le plan d'aide prévu et le plan d'aide réalisé, le plan d'aide réalisé (hors participation de la CRAM de Bretagne) s'élevant à 604 Euros [9] sur les 3 mois. L'évaluation économique de l'ARDH montre un avantage considérable au profit de ce dispositif quand on sait qu'une journée d'hospitalisation moyenne coûte 1200 Euros, le plafond ARDH se situant à 1800 Euros pour 3 mois.

Afin d'aller plus loin dans l'évaluation qualitative de cette prestation, la CRAM de Bretagne a voulu observer le processus de mise en œuvre auprès des établissements de santé et en apprécier les effets auprès des usagers.

TROISIEME PARTIE : ANALYSE DU PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DE L'ARDH EN BRETAGNE ET MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS

I - OBJECTIFS

Cette étude a pour finalité de contribuer à l'évaluation du dispositif ARDH dans la prise en charge des personnes âgées non dépendantes en Bretagne avec trois objectifs :

- Analyser le service rendu aux et par les établissements du point de vue de la fluidité du parcours du patient et par les services à domicile.
- Analyser le service rendu aux retraités du point de vue de l'aide (effets directs et indirects de la prestation) en décrivant et en analysant l'impact de l'ARDH sur les habitudes de vie des personnes âgées.
- Aller au-delà de l'étude qualitative réalisée sur 2007, 2008 et 2009 (ou sur la durée de la COG CNAV) avec quelques situations à observer pour favoriser cette analyse et échanger avec les établissements (notamment sur le processus) et recueillir le point de vue des prestataires en services d'aide à domicile.

II - METHODOLOGIE

Eu égard aux objectifs de cette enquête, la méthodologie employée doit répondre à la fois à la commande de la CRAM de Bretagne et aux contraintes d'un mémoire. Deux thèmes sont abordés dans ce chapitre : le choix de la technique de recueil d'information (A) et le choix des établissements de santé inclus dans cette enquête et les personnes rencontrées (B).

II.1. Le choix de la technique de recueil d'information

Compte tenu des enquêtes qualitatives avec des questions fermées réalisées chaque année au niveau de la CRAM de Bretagne et du thème abordé, il était souhaité de rencontrer en face à face les acteurs concernés par ce dispositif. La technique d'entretiens semi-directifs a été retenue. Le questionnaire a été construit de manière à pouvoir croiser les différents regards et points de vue des établissements de santé, des prestataires de services et des usagers bénéficiaires de l'ARDH.

II.1.1. Choix des items des questionnaires

Pour définir les items des questionnaires, nous avons mené une étude exploratoire pendant trois semaines au cours de laquelle nous avons procédé à une analyse des différents documents relatifs aux bilans annuels ARDH. Nous avons également fait une enquête exploratoire consistant en des réunions de rencontres avec les établissements de santé conventionnés par la CRAM de Bretagne mais qui ont un taux faible de signalements ARDH, des entretiens avec les responsables des différents services intervenant dans la gestion de ce dispositif au niveau de la CRAM de Bretagne. Enfin, pour mieux évaluer le processus et appréhender les différents aspects de ce dispositif, nous avons accompagné les assistantes sociales au domicile des usagers afin d'observer concrètement comment se déroule l'évaluation des besoins.

Ces différents rencontres et entretiens nous ont permis de dégager un point de vue sur l'ARDH : le dispositif est bien connu des établissements de santé mais moins des usagers et de leur famille ; l'ARDH paraît utile tant pour les établissements de santé que pour les usagers ; les établissements de santé ne disposant pas de service social et les hôpitaux locaux ont du mal à faire fonctionner ce dispositif ; la prestation a un coût élevé ; il y a un problème de coordination et de communication au sein des établissements de santé ; la procédure est complexe.

Ces divers points relevés au cours cette phase exploratoire ont permis d'élaborer les questionnaires de nos grilles d'entretien en collaboration avec le commanditaire de l'enquête, les différents chefs de services intervenant sur le dispositif ARDH.

II.1.2. L'élaboration du questionnaire et la grille MHAVIE

Eu égard aux différentes observations sus-citées, les questionnaires ont été élaborés en fonction de chacun des acteurs concernés par cette enquête. Ainsi, nous avons conçu quatre grilles d'entretien :

Une grille d'entretien commune pour tous les établissements de santé conventionnés aussi bien pour le directeur de l'établissement que pour l'assistante sociale ou le cadre de Santé (Annexe I).

Une grille d'entretien pour les usagers en sortie d'hospitalisation (Groupe G1) (Annexe II).

Une grille d'entretien pour les usagers six (6) mois après la sortie d'hospitalisation (Groupe G2) (annexe III).

Une grille d'entretien pour les prestataires de services à domicile (Annexe IV).

Chaque grille d'entretien comprend quatre ou cinq thèmes. Ainsi, la grille d'entretien pour les établissements de santé (Directeur et assistante sociale ou cadre de santé) comprend cinq thèmes : après un recueil des données géographiques de l'établissement, le premier thème aborde la connaissance du dispositif, la préparation de la sortie au sein de l'établissement, le déroulement du processus d'accès à la prestation, l'avis sur le dispositif et enfin les remarques et suggestions. La grille d'entretien des prestataires de services comprend quant à elle quatre thèmes : la connaissance du dispositif, la mise en œuvre de la prestation ARDH, l'avis sur le dispositif et enfin les remarques et suggestions. Les grilles d'entretien des usagers en sortie d'hospitalisation et des usagers 6 mois après la sortie d'hospitalisation comprennent chacune cinq thèmes : la connaissance du dispositif, la préparation de la sortie au sein de l'établissement de santé, le déroulement du processus d'accès à la prestation, la satisfaction de l'utilisateur et enfin les remarques et suggestions sur le dispositif. Notons que pour la mesure de la satisfaction des usagers 6 mois après la sortie d'hospitalisation, la grille MHAVIE à laquelle nous avons consacré un chapitre, a été utilisée.

Une fois les grilles d'entretien élaborées, testées et finalisées, il convient donc avant l'enquête proprement dite, de choisir les populations cibles : établissements de santé, prestataires de services et usagers.

II.2. Choix des établissements inclus dans l'enquête et personnes rencontrées

Le choix des établissements de santé, des prestataires de services et des usagers à rencontrer a été fait en commun accord avec le SSR¹³ et le service ASPA¹⁴ et en basant sur les différents bilans annuels de l'ARDH.

Conformément à notre projet de stage, nous avons inclus cinq établissements de santé dont deux urbains (CHU de Rennes et CHU de Brest)¹⁵, deux ruraux (HL Antrain et Polyclinique de Pontivy) et un service de soins de suite et de réadaptation (Bourg Des Comptes). Nous avons choisi ces établissements en fonction de leur taux de signalement et de leur situation géographique. Dans chacun de ces cinq établissements de santé conventionnés, nous avons rencontré le Directeur et l'assistante sociale sauf à Bourg des Comptes. Nous avons rencontré un seul service prestataire sur les deux choisis sur la base de leur implication personnelle dans le dispositif. Les usagers en sortie d'hospitalisation ont été choisis en fonction des signalements que recevaient les services sociaux de la CRAM de Bretagne, les usagers à 6 mois après la sortie d'hospitalisation ont été choisis au hasard.

II.3. Traitement des données

Le traitement des données est une phase à la fois extrêmement longue et extrêmement vaste. Nous ne pouvons dans le cadre d'un mémoire, présenter une analyse exhaustive de toutes les données du fait de la contrainte de temps.

Tous les entretiens ont été retranscrits mot à mot. Afin de répondre à la commande de notre projet de stage et de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de départ, nous avons réalisé une analyse thématique et en faisant un tri croisé des données des entretiens. Il s'agit d'une enquête qualitative exploratoire, et seules les données importantes issues des différents entretiens ont été mises en relief.

¹³ SSR : service social régional : reçoit et traite les demandes d'ARDH, accompagne les retraités bénéficiaires de son intervention sociale.

¹⁴ ASPA : Actions sociales en faveur des Personnes Agées : service responsable du paiement des prestations ARDH.

¹⁵ Ces 2 établissements faisaient partie de l'expérimentation ARDH depuis 2003-2004, cf [21]

III - DESCRIPTION DU PROCESSUS D'EVALUATION

Afin de recueillir les données de notre enquête, nous avons programmé des rencontres d'entretien avec toutes les personnes concernées. Après le choix de notre population d'étude, une lettre de notification de l'enquête a été adressée dans tous les établissements sélectionnés, aux prestataires de services et aux usagers. Nous avons ensuite pris contact par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous. Malgré de multiples relances, nous n'avons pas pu obtenir de rendez-vous avec certains directeurs d'établissements de santé. De plus, seuls quatre sur huit usagers en sortie d'hospitalisation ont pu être rencontrés. Ceci est peut-être dû à un faible taux de signalements pendant la période de l'enquête, ces usagers devant être rencontrés en fonction des signalements reçus au service social. Enfin, un prestataire de services n'a pas donné suite à notre demande de rencontre.

Une fois les rendez-vous pris, tous les entretiens ont été enregistrés et accompagnés de prises de notes. La durée moyenne des entretiens est d'environ 45 minutes. Au total, nous avons réalisé 22 entretiens (4 Directeurs d'hôpital, 5 assistantes sociales, 8 usagers à 6 mois après la sortie d'hospitalisation et 4 usagers en fin d'hospitalisation, et 1 prestataire de services) sur les 28 entretiens qui étaient planifiés dans le protocole d'étude.

IV - PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE

Rappelons tout d'abord avant toute analyse, notre questionnement de départ. La question est de savoir si l'ARDH contribue à l'amélioration de la prise en charge médico-sociale en Bretagne, des personnes âgées non dépendantes lors de leur retour à domicile après une hospitalisation.

Les hypothèses formulées au départ étaient nombreuses :

- un montant insuffisant de l'aide, un coût très élevé de la prestation pour les usagers, une complexité du dispositif et des démarches, un problème de communication et de coordination entre les différents acteurs, des usagers qui ne relèvent pas majoritairement du Régime Général, une méconnaissance de l'ARDH, une mauvaise appréciation du dispositif.

Les objectifs de cette étude sont :

- d'analyser le service rendu aux retraités du point de vue de l'aide (effets directs et indirects de la prestation) en décrivant et en analysant l'impact de l'ARDH sur les habitudes de vie des personnes âgées. Analyser le service rendu aux et par les établissements du point de vue de la fluidité du parcours du patient et par les services à domicile. Aller au-delà de l'étude qualitative réalisée sur 2007, 2008 et 2009 (ou sur la durée de la COG CNAV) avec quelques situations à observer pour favoriser cette analyse et échanger avec les établissements (notamment sur le processus) et recueillir le point de vue des prestataires en services d'aide à domicile.

Rappelons qu'il s'agit bien d'une enquête qualitative exploratoire et nos analyses consistent à extraire les points importants des différents entretiens.

IV.1. L'ARDH : un dispositif inégalement connu par les différents acteurs

Les assistantes sociales des établissements de santé semblent avoir une meilleure et parfaite connaissance de ce dispositif. Deux des établissements rencontrés, du fait qu'ils ont été expérimentateurs de l'ARDH, ont assis une bonne pratique du dispositif et ils en sont aujourd'hui les relais : « *Le CHU de Brest a été expérimentateur de la procédure en 2003, on avait travaillé de manière très rapprochée avec le service social de la CRAM. Ça a permis aux assistantes sociales de bien connaître le dispositif, de l'approprier et de s'impliquer dans la procédure* ». « *En tant qu'expérimentateur du dispositif, nous en sommes aujourd'hui les relais* ». Cela confirme le rôle important joué par les assistantes sociales. Elles constituent donc la pierre angulaire de l'ARDH.

Elles soulignent toutefois, que le dispositif n'est pas connu par le personnel soignant : « *C'est connu que par les assistantes sociales* » ; « *Non, pas du tout connu du personnel soignant, le coté social, c'est le rôle de l'assistante sociale* ». Ceci représente un frein dans la mise en œuvre de ce dispositif. Du fait de cette méconnaissance de ce dispositif par le personnel soignant, certains usagers potentiels échappent aux signalements car les assistantes sociales ne peuvent pas voir tous les patients des services avant leur sortie alors qu'ils auraient éventuellement besoin d'aide : « *Encore, il y a plein de patients que je n'arrive pas à voir car je ne suis pas informée de leur sortie* ». Cette approche confirme donc notre hypothèse de départ selon laquelle il y aurait un problème de coordination entre les différents acteurs au sein même des établissements de santé. Certaines assistantes sociales étant à mi-temps, les absences parfois non remplacées de ces dernières et cette méconnaissance du dispositif par les médecins et surtout par les cadres de santé concourent à une diminution de l'efficacité de ce dispositif.

Nombreux sont des usagers qui auraient pu bénéficier de l'ARDH s'il y avait une bonne coordination entre les services sanitaires et sociaux au sein des établissements de santé.

Quant aux directeurs des établissements, ils ne semblent pas connaître le dispositif qui relève plus selon eux du domaine technique (assistantes sociales) : « *j'ai pris connaissance de ce dossier grâce à votre courrier d'enquête* ». Seul le CHU de Brest, du fait qu'il a été expérimentateur de ce dispositif se rappelle encore de l'existence : « *on a connu ce dispositif dans le cadre de l'expérimentation ARDH en 2003* ». Compte tenu des informations qu'ils détiennent, certains directeurs soutiennent que les démarches administratives sont trop lourdes à faire et que de ce fait, ils évitent de faire des signalements « *on n'en sait pas grand-chose. On sait qu'il y a beaucoup de démarches à faire, de papiers à remplir* ». Ceci confirme l'une de nos hypothèses de départ selon laquelle il existerait un problème de communication entre les acteurs.

Pour les usagers et leur famille, l'ARDH n'est pas connue avant l'hospitalisation : « *L'aide de la CRAM, non je ne connaissais pas avant mon hospitalisation, le problème c'est qu'on n'a pas beaucoup de renseignements* », « *avant mon hospitalisation, je ne savais même pas que cela existait* ». Cette rencontre avec les usagers en sortie d'hospitalisation et les usagers à 6 mois après leur sortie d'hospitalisation et ayant bénéficié de l'ARDH, nous révèle qu'il y a un manque d'information envers les cibles potentiels du dispositif. Ceci confirme l'hypothèse de la méconnaissance du dispositif par les usagers eux-mêmes et leur famille.

Enfin, les prestataires de services à domicile connaissent bien ce dispositif, ce qui est de bon augure dans la continuité de la prise en charge de l'utilisateur après sa sortie d'hospitalisation « *L'ARDH concerne les personnes qui sont hospitalisées, une aide temporaire de 3 mois, prise en charge de la CRAM pour des personnes hospitalisées* ». « *A notre niveau, oui c'est bien connu. Au niveau établissement de santé, je pense aussi* ».

IV.2. Le conventionnement avec les établissements de santé : un intérêt remis en cause

Pour les assistantes sociales, le conventionnement de leur établissement avec la CRAM de Bretagne sur ce dispositif n'a aucune valeur, ce n'est autre chose qu'une simple formalité : *« je pense que le conventionnement est plus une formalité qu'autre chose ; pour l'hôpital lui-même et les directeurs, je pense que c'est une formalité et qu'ils nous laissent gérer et mettre en œuvre derrière mais sans peut-être trop se préoccuper des moyens »*. Même s'il paraît intéressant de formaliser toutes relations de partenariat par une convention afin de définir les rôles et obligations de chaque acteur, il faut néanmoins disposer des moyens de pouvoir vérifier si elle est appliquée telle qu'elle est stipulée. Dans le cas de l'ARDH, la convention signée entre la CRAM de Bretagne et les établissements de santé est protocolaire, sans aucune suite, sans aucun moyen de sanctions derrière même si elle n'est pas respectée. L'exclusion d'un usager hospitalisé d'un établissement de santé non conventionné par la CRAM de Bretagne du bénéfice de l'ARDH, va à l'encontre d'un des objectifs de la circulaire de la CNAV [4] qui est de faciliter le retour au domicile des personnes âgées (ne relevant pas de l'APA¹⁶) après hospitalisation, afin de favoriser la préservation de leur autonomie et de prévenir la ré-hospitalisation, l'aggravation de leur état de santé voire le syndrome de glissement¹⁷. Les usagers hospitalisés dans les établissements de santé non conventionnés sont donc pénalisés. Même si le bilan ARDH 2009 montre que 76 établissements de santé ont signé une convention avec la CRAM de Bretagne sur ce dispositif [8], certains directeurs rencontrés lors de notre étude ne s'en souviennent plus même s'ils sont signataires. Ceci nous permet de mener la réflexion selon laquelle une ARDH de qualité et efficace pourrait asseoir un protocole bien formalisé afin de dégager de bonnes pratiques.

Tout ceci nous amène à s'interroger sur le rôle joué concrètement par les directeurs des établissements de santé sur ce dispositif. Ne faut-il donc pas faire une information et une communication ciblée vers le personnel soignant en particulier les cadres de santé ? Les directeurs rencontrés mentionnent aussi que les questions des sorties d'hospitalisation sont incluses dans leurs Contrats d'objectifs et de moyens¹⁸ : *« Je sais très bien que c'est bien intégré dans nos contrats d'objectifs et de moyens »*, ce qui signifie qu'ils sont bien dans l'obligation d'organiser les sorties.

¹⁶ APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie, donnée par le Conseil général aux PA GIR 1 à 4

¹⁷ Syndrome de glissement : cause fréquente d'hospitalisation de la personne âgée, il est défini comme étant un renoncement à la vie se traduisant par une détérioration globale des fonctions intellectuelles, un désintérêt pour toutes choses, un refus de se mouvoir et de s'alimenter. Souvent consécutive à une maladie ou un accident, il est de pronostic très péjoratif. (www.médecine.tv)

¹⁸ COM : Contrats d'Objectifs et de Moyens : signé entre les ARS et les établissements de santé

Ne faut-il donc pas mettre en place, en accord avec ces directeurs d'établissements de santé, un protocole désignant dans chaque établissement de santé et dans chaque service un référent de sortie ? Ceci permettrait sans doute de mieux gérer les sorties des patients et de permettre à l'ARDH d'être plus efficace par une évaluation continue.

IV. 3. L'établissement de santé et la préparation de la sortie : une procédure bien appliquée malgré un manque de coordination

Le point de départ du déclenchement de l'ARDH est l'établissement de santé conventionné. Un des objectifs de notre enquête est d'analyser le service rendu aux et par les établissements du point de vue de la fluidité du parcours du patient. Pour ce faire, nous avons d'abord cherché à appréhender comment l'établissement de santé s'organise et prépare les sorties pour les patients pouvant relever de l'ARDH. Ainsi, les cadres de santé ou parfois les médecins orientent les patients pouvant bénéficier du dispositif vers le service social hospitalier : « *Les cadres de santé orientent les personnes qui ont besoin d'ARDH* » ; « *Oui, les médecins m'envoient une prescription d'aides ménagères à domicile et du coup ça me permet de cibler les patients à voir, s'il n'y avait pas les médecins, je ne pourrai pas voir tous les patients* ». Ce qui signifie outre le rôle important joué par les assistantes sociales dans ce dispositif, le personnel soignant (médecins et cadres de santé) a aussi une place prépondérante. Pour une meilleure prise en charge de la sortie des patients et pour leur faire bénéficier de ce dispositif, il faut réaffirmer le rôle du personnel soignant au sein de ce dispositif. Une ARDH de qualité et efficace suppose de réintégrer le personnel soignant au sein du dispositif pour informer les assistantes sociales des bénéficiaires potentiels du dispositif : « *les rouages se font bien mais il faudrait que les cadres de santé aient le réflexe d'orienter vers l'assistante sociale* ». Or, si le personnel soignant ne connaît pas l'ARDH, il existe une rupture de la séquence de la prise en charge de la personne âgée par manque d'information. Pour pallier à ce manque d'information, certaines assistantes sociales ont mis des affiches ARDH au sein de leur établissement de santé : « *nous avons mis des affiches dans tous les sites du CHU* » ; « *Il y a des plaquettes d'information partout* », ce qui témoigne de l'intérêt que suscite ce dispositif. La procédure pour faire bénéficier de l'ARDH aux patients est bien appliquée par les assistantes sociales et elles entretiennent aussi de très bonnes relations avec le service social de la CRAM de Bretagne : « *En général, c'est un très bon fonctionnement de la procédure actuelle, une bonne collaboration avec la CRAM de Bretagne, tant au niveau de l'accueil téléphonique que du secrétariat* ». Les assistantes sociales sont donc au centre du dispositif et le relais de la CRAM de Bretagne au sein des établissements de santé.

Après avoir vérifié si l'usager remplit les conditions administratives (Régime Général majoritaire), les assistantes sociales procèdent à l'évaluation des besoins et de la dépendance grâce à la grille AGGIR : « *L'évaluation des besoins se fait par l'entretien classique entre l'assistante sociale et le patient (GIR et besoins)* ». Dans certains établissements, cette évaluation de la dépendance et des besoins se fait par une équipe multidisciplinaire associant médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales : « *Pour la dépendance, on utilise la grille AGGIR et on fait le girage avec un logiciel par une équipe multidisciplinaire (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales, médecins)* ». Le fait que l'évaluation du GIR soit multidisciplinaire, il la rend plus fiable et plus réelle même si l'évaluation de la dépendance et des besoins d'un patient faite dans l'établissement de santé peut varier de celle réalisée à son domicile. De plus, notons qu'au CHU de Brest, les assistantes sociales utilisent parfois en plus de la grille AGGIR, la grille d'autonomie, ce qui souligne l'importance de l'évaluation faite au sein de l'établissement de santé : « *On utilise la grille AGGIR, en plus il y a aussi au niveau du dossier patient la grille d'autonomie qui peut donner une idée sur le niveau de vie et l'autonomie du patient* ».

Quant aux Directeurs des établissements, ils ne connaissent ni l'organisation de leur établissement afin de pouvoir faire bénéficier de l'ARDH aux patients, ni les acteurs impliqués. Ils savent juste que c'est le rôle du service social : « *je ne sais pas du tout comment ça se passe. L'origine de ça, c'est le service social* ». Toutefois, ils réaffirment la place et le rôle important des cadres de santé dans la mise en œuvre de ce dispositif : « *c'est la cadre de santé qui oriente la personne âgée vers l'assistante sociale référente, et c'est elle qui fait le lien avec l'assistante sociale de la CRAM* ». Même si aucun protocole n'a été mis en place au sein de des établissements, ils jugent nécessaire et intéressant de formaliser et d'inclure un protocole ARDH dans le projet social de leur établissement : « *la question du protocole va être évoquée dans le projet social et ce dispositif fait partie certainement des outils qu'il faudra protocoliser dans la prise en charge de la personne âgée* » ; « *Il faudrait un protocole mais pour l'instant ça n'existe pas* ». Ils réaffirment donc de ce fait tout l'intérêt qu'ils portent au sujet. Ce protocole pourrait remplacer la convention avec au centre les assistantes sociales et les cadres de santé. Seul le CHU de Brest a mis en place au sein de son établissement une procédure de gestion anticipée de la sortie où le rôle de chaque acteur est bien défini d'où la nécessité de formaliser un protocole ARDH : « *Au delà de la convention, il y a une procédure « gestion anticipée de la sortie » qui décrit les tâches du niveau médical, des soignants, des assistantes sociales et du secrétariat* ».

En ce qui concerne les usagers, l'organisation de l'établissement de santé où ils étaient hospitalisés, leur a permis de bénéficier de l'ARDH. Neuf usagers (75%) ont été informés au sein de l'établissement de santé de la possibilité de cette aide et ont été aidés dans les démarches avec la CRAM de Bretagne. Ce qui confirme que les rouages se font très bien. Par contre, trois (25%) usagers n'ont pas été aidés par l'établissement d'hospitalisation dans leurs démarches avec la CRAM. Ces derniers ont été informés et aidés dans leurs démarches avec la CRAM de Bretagne par d'autres canaux tels que les CLIC et les CCAS. Il leur a été juste demandé de contacter la CRAM de Bretagne pour pouvoir bénéficier de l'ARDH : « *non, pas spécialement, rien de spécial, ils m'ont juste donné des documents et point final* » ; « *ils m'ont donné le numéro de téléphone et on a contacté la mutuelle de Bretagne* » ; « *non, on nous a juste dit de contacter la CRAM* ». Ceci pourrait être dû au fait que les assistantes sociales ne rencontrent pas tous les patients avant leur sortie.

IV. 4. L'accès à la prestation et sa mise en œuvre

IV.4.1. ARDH : un dispositif facile d'accès malgré de nombreuses difficultés

Notre enquête révèle que les processus d'accès à la prestation se fait conformément à la convention qui a été signée, les signalements aux services sociaux de la CRAM se faisant par fax et téléphone : « *Par fax, ou par téléphone dans des situations un peu complexe* ». On note également qu'il existe un bon degré d'implication des établissements de santé par l'intermédiaire des assistantes sociales. Les expérimentations ont permis d'asseoir la pratique depuis 6 ans : « *Il y a une bonne implication, un bon degré, mais c'est par l'assistante sociale* ». Par contre, les prestataires de services à domicile soulignent le manque d'implication des établissements de santé dans la mise en œuvre de ce dispositif : « *Au niveau des établissements de santé, c'est plus difficile. Il y a plus de difficultés. On a l'impression que leurs patients sortent vite de l'hôpital et leur but est de libérer des lits, la relation est un peu plus dure* ». En matière d'implication, les Directeurs des établissements assurent aussi le relais et la diffusion d'information aux nouveaux professionnels engagés et aux usagers : « *La direction est garante du dispositif auprès des nouveaux professionnels engagés (assistantes sociales, cadre de santé) et de l'information aux usagers* ». De ce fait, un protocole ARDH bien établi permettrait la continuité et la diffusion de l'information à tout le personnel médical et paramédical.

Le déclenchement de la procédure ARDH au sein des établissements est avant tout médical comme le soulignent les résultats de notre enquête : *« C'est la réunion de staff pluridisciplinaire qui est à l'origine du signalement de la situation au service social en vue d'une évaluation pour bénéficier de la prestation en aval de la proposition de sortie qui est le déclencheur de la procédure »*, *« S'il y a une prescription du médecin pour que l'assistante sociale intervienne dans les sorties et les aides à domicile, je fais un entretien avec le patient et la famille et je déclenche le signalement »*. Même si la place et le rôle des assistantes sociales sont importants, ce résultat confirme le rôle primordial que doit jouer le personnel soignant au sein du dispositif. Comme nous l'avons déjà souligné ci-dessus, les médecins et les cadres de santé sont des acteurs clés de l'ARDH car ils sont les tous premiers déclencheurs de celle-ci.

Quant aux usagers, l'accès à cette prestation est facile et les démarches sont simples : *« je trouvais que c'était même d'une très grande simplicité, je n'avais pas grande chose à faire »*, *« bien sur que les démarches étaient simples puisque je n'avais rien à faire moi même ; c'est l'assistante sociale de l'hôpital qui avait tout fait »*. Puisque c'est l'établissement de santé qui rend ces démarches simples aux bénéficiaires, il convient alors d'aller plus loin en simplifiant la procédure pour ces établissements afin d'encourager les assistantes sociales à pouvoir faire bénéficier de ce dispositif aux usagers. En cas de communication directe avec la CRAM de Bretagne, celle-ci a été facile : *« la communication avec la CRAM a été tout à fait facile, tout à fait charmant »*.

IV.4.2. ARDH : nombreux freins sur le processus

Les assistantes sociales et les cadres de santé rencontrés au cours de la phase exploratoire et pendant l'enquête notent un bon fonctionnement de la procédure d'accès à la prestation, mais détiennent tous une information erronée selon laquelle la CRAM de Bretagne leur exige d'obtenir l'avis d'imposition des patients hospitalisés avant le déclenchement : *« Il est difficile d'avoir les revenus (ressources) des personnes âgées à l'hôpital, et du coup je ne peux pas faire de signalements »*. *« Ce n'est pas toujours possible d'avoir les derniers avis d'imposition. Les patients qui viennent ici ne viennent pas avec leurs papiers »*. *« Dans la procédure, il faut parfois noter que l'évaluation était approximative en ce qui concerne les ressources car les gens ne viennent pas à l'hôpital avec leurs ressources, surtout pour les personnes isolées et qui n'ont personne à côté »*. Ainsi, ces témoignages montrent clairement que les assistantes sociales, qui devraient être garantes de la réussite du dispositif médico-social, sont mal ou sous informées. Cette information tronquée a donc sans doute pénalisé certains usagers pouvant bénéficier de l'ARDH et a rendu encore le dispositif plus complexe aux assistantes sociales.

Si parmi les nombreuses difficultés énumérées, l'on retrouve cette difficulté majeure d'évaluation des ressources des usagers pendant l'hospitalisation, d'autres difficultés ont été rencontrées comme l'impact de l'ARDH les autres aides de la CRAM de Bretagne: « *l'ARDH impacte sur les autres aides de l'année, c'est bien j'ai pu récupérer très vite et j'ai diminué la prestation* ». La non prise en compte de la psychiatrie dans l'ARDH pose également problème même si ce choix est peut-être dicté par des contraintes budgétaires. Rappelons toutefois que de nombreuses pathologies psychiatriques ont un pronostic de récupération. De plus, si les médecins psychiatres autorisent la sortie d'un patient hospitalisé, c'est qu'ils jugent nécessaire que ce patient possède toutes les capacités et facultés lui permettant de se maintenir au domicile. Par conséquent, un bon accompagnement par l'ARDH à la sortie d'hospitalisation pourrait renforcer le maintien au domicile et éviter une ré-hospitalisation puisqu'un accompagnement psychologique du patient et psychiatrique fait partie des thérapies comportementales proposées dans le traitement de certaines pathologies psychiatriques.

Certaines assistantes sociales soulignent aussi la difficulté d'expliquer le dispositif aux usagers vu sa complexité, ce qui amène parfois les usagers à confondre l'ARDH avec les autres prestations comme l'APA. Rappelons que l'ARDH est une prestation d'action sociale extra-légale et facultative contrairement à l'APA qui est un droit. Ceci a été confirmé par les usagers rencontrés puisque nombre d'entre eux ne connaissent pas en quoi consiste exactement cette prestation, ni leur participation, ni les critères à remplir : « *il y a certainement un manque de lisibilité, le problème c'est qu'on n'a pas beaucoup de renseignements* » ; « *je n'en sais pas grand-chose. On m'a dit qu'à l'hôpital que j'aurai une aide de la CRAM à la sortie, c'est tout* » ; « *je ne sais pas trop, on m'a dit que j'aurai une aide de la CRAM pour les ménages et je ne sais pas comment cela va se passer ni combien je vais payer* ».

Une autre préoccupation soulignée par les assistantes sociales, est la difficulté pour elles de connaître la Caisse de Retraite d'affiliation et de savoir si l'utilisateur relève majoritairement du Régime Général. Cette procédure complexifie davantage le dispositif.

Les assistantes sociales relèvent aussi la difficulté d'évaluer le GIR : « *Nous avons des difficultés pour évaluer le GIR* » et surtout le pronostic de récupération pour le GIR 4 : « *Pour les GIR 4, la difficulté c'est de pouvoir évaluer le pronostic de récupération* ». Il faut rappeler que le girage est avant tout un acte médical réalisé par les médecins. Si certains établissements rencontrés font le girage dans une instance multidisciplinaire : « *l'évaluation des besoins et de la dépendance se fait en staff pluridisciplinaire tous les mardis avec les médecins* », ce girage relève en réalité des assistantes sociales de l'hôpital.

Enfin, les assistantes sociales ont noté une difficulté du fait de ne pas savoir si elles auront une réponse positive suite à leur signalement : « *Ne pas savoir derrière si on aura une réponse positive est gênant psychologiquement et ça nous freine dans notre travail quotidien* ». Il s'agit là d'un travail en aveugle pour le service social hospitalier. Nous pensons également qu'il s'agit d'une difficulté psychologique énorme car cela décourage à faire des signalements. Ce travail en aveugle est corroboré par les services prestataires qui refusent d'intervenir sans l'accord de notification écrit de la CRAM de Bretagne : « *les services d'aides à domicile refusent de mettre en place les aides sans qu'ils n'aient l'accord de la CRAM* ». Tout ceci rend encore le dispositif plus complexe et difficile d'accès.

Même si le processus d'accès et les démarches sont appréciés par les usagers : « *oui j'ai trouvé très bien le service de gériatrie de l'hôpital. Ils ont envoyé l'assistante sociale qui a fait des démarches pour moi* », ils ont toutefois noté certaines difficultés : le délai d'attente trop long pour accéder à la prestation : « *Les huit premiers jours, les plus mauvais, je n'avais personne* », « *moi, j'ai attendu 15 jours à peu près* », le délai d'attente trop long pour une réponse d'accord PAP suite à une ARDH, délai de remboursement trop long en cas d'avance des frais de la prestation : « *ils sont un peu longs à rembourser* ». Effectivement, pour qu'une aide soit efficace et utile aux bénéficiaires, il faut qu'elle soit mise en place automatiquement à la sortie d'hospitalisation. Cela ne peut être possible qu'avec une simplification des démarches en amont. Les démarches et la procédure jugées simples par les usagers infirment notre hypothèse de départ selon laquelle la sous-utilisation du dispositif serait due à une complexité des démarches et du dispositif.

Quant aux prestataires de services à domicile, l'ARDH est mise en place telle que prévue par l'évaluation de l'assistante sociale des établissements de santé

- même s'ils sont parfois obligé de reprendre l'évaluation des besoins au domicile de l'utilisateur : « *Parfois, on refait une autre évaluation des besoins à notre niveau dès lors que la sortie s'est faite rapidement. Dès la sortie et en fonction des personnes, on se rend au domicile pour voir ce qu'il faut mettre en place. C'est très compliqué de mettre en place une aide à domicile si on ne connaît pas toute la problématique autour de la personne* ».
- Comme difficultés notées à leur niveau, celles de gérer les sorties tardives, surtout les vendredis et les sorties non signalées : « *les difficultés qu'on rencontre, mais ça arrive rarement au niveau de l'ARDH, c'est qu'une personne arrive au domicile avant qu'on ne soit au courant. Les sorties tardives aussi surtout les vendredis* »

- Le problème de la continuité de l'ARDH après les trois mois : « *La difficulté, c'est après les 3 mois, les personnes se demandent qu'est-ce qu'on va devenir ? Et la CRAM met quand même du temps à réagir après au niveau des prises en charge réelles, du coup ça crée un décalage et les personnes perdent confiance* ».
- Tout ceci rend encore le dispositif plus complexe et moins efficace. Après les trois mois d'intervention de l'ARDH, la non continuité de l'aide si besoin pourrait favoriser une rechute au niveau de la personne âgée et de ce fait entraîner une nouvelle hospitalisation. Or le but de l'ARDH est de pouvoir limiter voire éviter ces ré-hospitalisations. Il faudrait donc une bonne réactivité de la CRAM de Bretagne sur ce regard et peut-être donner de nouvelles orientations à ses politiques d'actions sociales.

IV.4.3. ARDH : de nombreux usagers échappent aux signalements hospitaliers

Le nombre important de signalements hors établissements de santé s'explique par plusieurs raisons. Notre enquête montre que les Assistantes sociales considérées comme principaux acteurs de ce dispositif n'arrivent pas à rencontrer tous les usagers pouvant relever de ce dispositif avant leur sortie d'hospitalisation : « *Les assistantes sociales de l'hôpital ne peuvent pas voir tout le monde car une assistante sociale intervient sur 4 ou 5 Unités de soins. La durée moyenne de séjour (DMS) fait que tous les patients ne peuvent pas voir une Assistante sociale avant leur sortie* », « *Les patients que je n'ai pas pu voir avant leur sortie se renseignent à l'extérieur* ».

De plus, comme nous a déjà révélé cette enquête, la méconnaissance de ce dispositif par le personnel soignant (médecins et cadres de santé) favorise également l'augmentation du nombre de signalements hors établissements, les assistantes sociales n'étant pas souvent contactées : « *Parce que le dispositif est insuffisamment connu par le personnel soignant* », « *Les services actifs de court séjour (chirurgie) ne font pas appel aux services sociaux pour les sorties* », « *les cadres de santé n'ont pas le réflexe d'orienter forcément vers l'assistante sociale pour des raisons diverses et variées* ». Ces raisons évoquées confirment une fois encore l'importance d'impliquer davantage le personnel soignant et d'affirmer leur place au sein de ce dispositif.

Le manque de service social dans certains établissements de santé favorise aussi ce canal : « *Parce qu'il n'y pas de service social ici et par manque d'informations. A la sortie, je fais une ordonnance, un certificat de besoin d'aide à domicile et je demande aux patients de prendre contact avec le CCAS* ».

Certains usagers ou leur famille s'engagent à contacter eux-mêmes la CRAM après la sortie d'hospitalisation en cas de besoin : « *Certaines familles s'engagent à contacter la CRAM après leur sortie* », « *L'évolution des patients n'est pas prévisible, ils refusent au début cette aide et après une fois au domicile, ils sentent le besoin et font la demande. C'est le même cas pour les patients qui ont une mutuelle* », « *Il y a des gens qui pensent qu'ils n'ont pas besoin d'aide après leur sortie, et une fois au domicile se trouvent confrontés à la réalité et sont obligés de contacter la CRAM ou les CLIC pour demander des aides* ».

Pour ces raisons et afin de permettre à tous les usagers de bénéficier de cette aide, nous pensons qu'il convient quand même de les maintenir dans le dispositif. Afin de pouvoir permettre à tous les usagers, vus ou non par les assistantes sociales des établissements avant leur sortie d'hospitalisation, les usagers hospitalisés dans les établissements de santé ne disposant pas de service social, de bénéficier de l'ARDH.

IV. 5. Utilité et bénéfices de l'ARDH

Malgré toutes les difficultés rencontrées par les assistantes sociales et la complexité de ce dispositif, l'ARDH paraît très utile et très bénéfique au regard de toutes les personnes rencontrées. En effet, les directeurs des établissements de santé rencontrés, bien qu'ils ne connaissent pas assez le dispositif, lui trouvent un intérêt particulier. Ainsi l'ARDH est un garant fort de maintien de l'autonomie de la personne âgée et améliore la prise en charge sociale à l'hôpital : « *Les bénéfices sont considérables et cette prestation est un garant fort de l'autonomie de la personne âgée* » ; « *Je crois que pour nous, ça améliore la prise en charge sociale de la personne âgée à l'hôpital* ». L'ARDH permet aussi aux établissements de santé de mieux gérer les sorties et de diminuer leur durée moyenne de séjour (DMS) : « *ce genre de prise en charge est un petit plus, ça facilite le retour à domicile.* » ; « *C'est une aide à la baisse de la DMS, comme vous le savez on a besoin de faire tourner nos lits* ». Indirectement cet accompagnement après la sortie d'hospitalisation leur permet d'éviter les ré hospitalisations qui sont parfois très coûteuses, et ce à condition que la prestation soit de qualité : « *L'ARDH évite les ré-hospitalisations quand elle est bien mise en place* ». L'ARDH permet aussi au personnel soignant de faire sortir les patients dans de bonnes conditions sans se faire de soucis, et sécurise les familles : « *Sortir dans de bonnes conditions, tranquillité d'esprit et sécurité pour les familles* ».

Tous ces bénéfices et intérêts de l'ARDH ont été confirmés par les assistantes sociales rencontrées : « *Ça prévient les ré-hospitalisations évitables, ça écourté le séjour, prévient la dépendance du patient* », « *ça permet la sécurisation de la sortie dans la continuité* ».

L'ARDH joue un rôle préventif en permettant le maintien des personnes âgées au domicile : *« Ça permet de pouvoir faire sortir les patients chez eux dans de bonnes conditions car ils sont contents de rentrer chez eux plutôt qu'en établissement (EHPAD) »*. Elles ajoutent aussi que l'ARDH a permis de créer une bonne coordination au sein des établissements en liant le volet sanitaire et social : *« L'ARDH a amené à enrichir les démarches institutionnelles par rapport aux personnes âgées. Ça a permis de relier les dimensions sanitaires et sociales »* ; *« Qualité de prise en charge des personnes âgées et coordination locale à différents niveaux »*. A l'extérieur de l'établissement, l'ARDH leur a permis de nouer des relations de partenariat et de travail avec les acteurs extérieurs : *« Outil intéressant pour la prise en charge des personnes âgées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement avec qui on a de bonnes relations »*.

Quant aux usagers, ils plébiscitent l'ARDH. Ils trouvent aussi qu'il s'agit d'un outil salvateur : *« c'est vraiment bien. Quand on sort de l'hôpital et qu'on est seul à la maison, ce n'est pas facile à gérer. J'ai des problèmes de vision, et heureusement qu'il y avait cette aide »* ; *« c'est très bénéfique. Je n'ai personne autour de moi et cette aide a été d'un grand apport pour moi. Je suis contente car ça me fait de la compagnie »*. L'ARDH permet d'accélérer la récupération de leur dépendance et sécurise toute la famille : *« ça permet de bien récupérer. Si je n'avais personne, je n'aurais pas pu faire mon ménage. Je suis heureuse d'avoir eu cette aide. Pour ma famille, ça les aide car ils savent que je suis aidé. Ils ne se font aucun souci »*, *« je trouve que c'est bien. J'ai pu récupérer très vite et j'ai diminué la prestation »*. Les usagers auraient souhaité bénéficier aussi d'une aide pour l'équipement et l'adaptation du logement : *« je ne sais pas tout ce que comporte cette aide. Je voudrais mettre la douche au rez-de-chaussée car la salle de bain est à l'étage »* ; *« Mon logement était inadapté car je suis au troisième étage sans ascenseur »* ; un accompagnement pour les sorties *« Mais les sorties me manquent beaucoup pour se déstresser un peu, on se trouve isolé du fait d'abord que nos enfants ne sont pas là, et de plus du handicap »* ; *« je voudrais aller marcher un peu, mais j'ai des troubles de l'équilibre et comme je n'ai personne pour m'accompagner, du coup je suis toujours bloquée à la maison »*. Une bonne évaluation devrait permettre d'apprécier les besoins autre que le ménage.

Enfin, les prestataires de services à domicile trouvent aussi que l'ARDH est un dispositif indispensable qu'il va falloir développer, généraliser et pérenniser afin de permettre à tous les usagers d'en bénéficier : *« Vraiment, je pense que c'est indispensable, la CRAM le fait, mais il y a beaucoup de caisses qui devraient le faire ; je pense que c'est indispensable cette aide de sortie d'hospitalisation et qu'il faut vraiment pérenniser »*.

Ils soulignent également qu'il s'agit d'une aide très utile pour les établissements de santé en ce sens qu'elle leur permet de diminuer la Durée Moyenne de Séjour : « *Pour les établissements de santé, ça leur permet de pouvoir libérer les lits rapidement et s'ils savent que derrière il y a une organisation qui est mis en place autour de la personne, je pense que c'est plus rassurant pour eux de rallier le dispositif* ». L'ARDH a permis aussi de faire connaître ces services prestataires au sein de leur localité : « *Très utile par rapport aux ressortissants CRAM, cette prise en charge fait connaître aussi nos services, les dispositifs qui sont autour des personnes* ». Enfin, l'ARDH permet aux personnes âgées réticentes aux aides sociales, de pouvoir accepter de se faire aider sur du long du terme : « *Je pense que certaines personnes n'osent pas faire le pas pour avoir quelqu'un qui intervient à domicile, et du fait de cette prise en charge, ça peut les amener déjà à avoir une démarche différente* ».

Il ressort clairement de ces différents points de vue, que l'ARDH est une aide très bénéfique, utile, indispensable tant pour les usagers, les établissements de santé que les prestataires de services à domicile. Ceci répond à un des objectifs de l'enquête.

IV.6. Pistes d'amélioration de l'ARDH

Avant d'aborder les suggestions pour une ARDH de qualité, faisons un bilan des points forts et faiblesses de ce dispositif. (Tableau 3)

IV.6.1. Points forts de l'ARDH

Nombreux points forts de l'ARDH ont été soulignés : la rapidité de la mise en œuvre : « *comme point fort, c'est la rapidité de mise en place* », la réactivité et son efficacité : « *c'est son efficacité et sa réactivité au sens où tout se met en place très rapidement* », la prévention des ré-hospitalisations, la solvabilisation des prestations, l'acceptation des aides sociales sur le long terme : « *Ça permet de tester l'acceptation d'une aide dans la durée* », la prise en charge des personnes âgées de moins de 60 ans : « *la prise en compte des moins de 60 ans dans l'ARDH est très positif car il n'y a pas beaucoup d'aide pour ces personnes* ».

IV.6.2. Points faibles de l'ARDH

Toutefois, de nombreuses faiblesses améliorables ont été notées : la réserve exclusive aux retraités du Régime Général et aux personnes âgées plus ou moins autonomes : « *c'est exclusivement réservé aux patients du Régime Général, mais on est plus du régime MSA* », « *Limites : c'est la population servie (GIR et Régime Général)* ». Cette faiblesse exclut en effet les retraités qui appartiennent à d'autres régimes. Aussi, la durée de l'aide est-elle jugée insuffisante : « *Points faibles : c'est la durée qui est un peu insuffisante* ». L'ARDH est un système instable, ce qui rend encore le dispositif plus complexe : « *L'ARDH fonctionne bien et le problème c'est le changement des règles de droit d'accès à la prestation, ce qui amène à des notes d'information collective* ». De plus, ce dispositif nécessite un temps de travail énorme au regard des assistantes sociales qui gèrent tous les signalements : « *l'ARDH est consommateur de temps, il faut au minimum de 2 heures par signalement* ». On note également un manque de collaboration entre les différents intervenants : « *Manque de confiance des services d'aide à domicile envers les assistantes sociales des établissements, ceci en raison des refus d'accord ARDH de la CRAM* » ; les critères sociaux de la fiche de liaison n'ont aucun intérêt au regard des assistantes sociales : « *les éléments de situation sociale ne sont pas pertinents* » ; « *le refus d'accord de l'ARDH par la CRAM en cas de PAP* » ; la notification d'accord d'ARDH est incompréhensible tant par les assistantes sociales que par les usagers eux-mêmes : « *en tant qu'assistante sociale, on ne comprend même pas la notification de l'accord* » ; « *il y a certainement un manque de lisibilité. L'assistante sociale m'avait indiqué 3H/semaine à raison de 9,28 Euros soit 361, 92 Euros pour les trois mois. Mais la lettre de notification d'accord de l'aide me fait mention d'une aide ménagère de 1800 Euros pour les trois mois* » ; le problème de qualification du personnel des prestataires de services : « *Ce n'est pas normal qu'on envoie chez une malade quelqu'un qui ne sait pas faire le ménage. Finalement c'est moi-même qui forment les femmes de ménages* ».

Quant aux usagers, ils relèvent comme limites : le coût très élevé de la prestation : « *Forcément, c'est très dur, c'est cher, les charges sont très importantes* », ce constat a été confirmé par les prestataires de services à domicile : « *Oui, sur des services tarifaires de 20-21 Euros, je pense que toutes les personnes ne peuvent pas prendre une intervention d'aide à domicile à ce tarif là. Le fait d'avoir une prise en charge de la CRAM, c'est important pour elle* » ; le manque d'information et de lisibilité de ce dispositif : « *On m'a annoncé une participation de 9,28 Euros l'heure mais je ne sais pas combien je paye exactement puisque j'avais accepté le paiement automatique. C'est ça le problème* », « *Je suis aidé pour 3 mois, c'est parfait, mais si je peux avoir davantage pour longtemps, c'est encore mieux. Mais compte tenu de mes ressources, je ne pourrai pas prendre davantage* ».

car je ne pourrai pas payer » ; la durée de la prise en charge limitée à trois mois est jugée aussi faible : « le temps de prise en charge de 3 mois très faible » ; la suite de l'ARDH après les trois mois est aussi problématique : « Le vrai point faible, c'est le relais après les 3 mois ».

IV.6.3. Suggestions d'amélioration de l'ARDH

Compte tenu de ses limites et faiblesses, les personnes rencontrées au cours de notre enquête ont émis quelques suggestions afin d'améliorer le dispositif. Ainsi, l'entretien avec les directeurs révèle que l'information et la communication sont toujours à recommencer auprès des Etablissements de santé. Pour ce faire, ils suggèrent une information et une sensibilisation des médecins et des cadres de santé sur l'ARDH via l'Internet et l'intranet des établissements de santé : *« il y a une sensibilisation des professionnels à faire dans des réunions de présentation du dispositif, une information au personnel soignant via le site Internet du CHU »*, une communication directe et une information via l'Internet et les affiches, sont aussi à faire avec les usagers et leur famille afin qu'ils soient au courant de ce dispositif : *« informer peut-être par le site Internet, par les affiches directement les usagers, informer directement l'utilisateur dans les salles d'attente des consultations préopératoires par exemple. Je pense que l'idée que l'utilisateur soit informé et puisse faire la demande et être accompagné, c'est quelque chose de positif »*. Ils proposent également d'inclure l'ARDH dans l'évaluation interne des établissements : *« Placer l'ARDH dans l'évaluation interne de l'établissement de santé »*, ce qui suggère qu'il faut réaffirmer le rôle de l'Assurance Maladie dans ce dispositif afin de rendre le dispositif obligatoire à tous les établissements de santé.

Quant aux assistantes sociales, elles partagent aussi les suggestions émises par les directeurs. En effet, l'information doit être améliorée aussi bien envers les usagers : *« Développer l'information auprès des patients avec des petites plaquettes »*, *« mettre des plaquettes d'information dans les salles d'attente surtout pour les consultations préopératoires »* que le personnel soignant : *« Informer les cadres de santé »*. De plus, elles proposent d'élargir le champ d'action de l'ARDH en incluant d'autres services comme la psychiatrie et l'hébergement temporaire : *« ARDH moins restrictif, ouvrir à l'hébergement temporaire, ouvrir l'accès à la psychiatrie »*, de simplifier le processus d'accès afin de pouvoir même annoncer à l'utilisateur sa participation durant son hospitalisation : *« Simplifier les processus même pour les usagers qui n'en comprennent rien, et pouvoir annoncer le coût à l'utilisateur dès l'hôpital »*, une meilleure collaboration de tous les acteurs : *« Nous faire confiance et dès qu'il y a une prescription médicale, que les services d'aides à domicile ne refusent pas d'intervenir sous prétexte d'attendre l'accord de la CRAM »*, *« Ne pas remettre en cause l'évaluation de l'hôpital, en tant que professionnel on n'a plus envie*

de proposer cette aide à cause des refus importants pour des motifs non convaincants », un allongement de la durée de la prestation : « Prolonger au-delà de 3 mois », une formalisation de la procédure concernant l'ARDH des moins de 60 ans : « Que l'ARDH des moins de 60 ans soit un peu plus claire car rien n'est formalisé », une meilleure coordination au sein de l'établissement de santé afin de pouvoir anticiper les sorties : « La question à laquelle on se heurte, c'est la question d'anticipation pour les sorties, qu'on appelle le service social au bon moment, d'éviter d'appeler le matin pour une sortie à midi », de limiter l'impact de l'ARDH sur les autres aides de la CRAM : « Limiter l'impact du financier de l'ARDH au regard des aides possibles sur l'année » et enfin de pérenniser et de développer ce dispositif vu ses nombreux avantages : « C'est un super dispositif qu'il n'y a pas chez MSA et moi je suis très satisfaite. Heureusement que cela existe car pour les patients non CRAM, on rame. C'est très compliqué ».

Les usagers quant à eux espèrent être mieux informés sur ce dispositif par le biais des associations : *« Informer les usagers par le biais des associations », que les prestataires de services à domicile emploient du personnel qualifié : « envoyer des gens qui connaissent bien le métier »* et prolonger cette aide sur de longs termes avec un coût accessible : *« Je trouve aussi que je paye beaucoup, que je paie cher, et ce n'est pas possible de payer toute seule 18 Euros l'heure pour les ménages »,* avoir un interlocuteur au niveau de la CRAM : *« On se demande comment faire pour avoir des renseignements ARDH, en téléphonant peut-être à l'accueil de la CRAM, il nous faut avoir quelqu'un à qui s'adresser en cas de besoin »* et raccourcir les délais de réponse de la CRAM de Bretagne pour les demandes de PAP en fin d'ARDH : *« En cas de prolongement, le délai d'attente est trop long. Ils nous ont dit d'attendre 5 à 6 mois. On aurait aimé un prolongement sans délai d'attente ».*

Enfin, les prestataires de services à domicile suggèrent un relais immédiat de l'ARDH après les trois mois : *« mettre un relais après les 3 mois car il y a certaines personnes qui sont prises en charge et qui ont un réel besoin »,* une anticipation des sorties afin de pouvoir disposer d'un délai d'intervention de 4 à 5 jours : *« Pour nous, afin d'avoir une ARDH de qualité et un service irréprochable qu'on doit mettre en place au plus dans les 48H suivant la sortie, il nous faut un délai de 4 à 5 jours pour tout organiser et pour trouver le meilleur profil à la personne »,* et une tarification à leur propre coût horaire : *« revoir le coût horaire car il y a un décalage par rapport à notre coût dans la structure, Il faut bien sur que ça soit à notre coût horaire et non celui de la CRAM, certaines structures tarifient à leur propre coût ».*

Tableau 3 : Tableau récapitulatif (AS = assistante sociale, ETS = établissements de santé, DMS = durée moyenne de séjour)

	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	SUGGESTIONS D'AMELIORATION	DECIDEURS
1. Politiques et objectifs Convention	Accord qui engage la direction de l'hôpital sur un processus de travail.	Formalité (pour les Assistantes sociales) Sans sanctions si non réalisation	Protocole piloté par un chef de file dans l'hôpital avec des relais dans chaque service.	CRAM ETS
Règles de gestion	Démarches transparentes pour l'usager	Exclusion de la psychiatrie. Exclusion des établissements de santé non conventionnés. Droits d'accès au système et instabilité des règles d'accès. Manque de lisibilité	Inclusion de la psychiatrie Règles stables pour que l'ensemble des acteurs puisse s'y référer.	CRAM CNAV
2. Information et connaissance du dispositif	Les Assistantes sociales connaissent bien de même que les prestataires de services.	-Le personnel soignant ne connaît pas bien le dispositif. -Les directeurs ne connaissent que les grands principes. -les usagers ne connaissent pas le dispositif.	-Développer la communication interne dans les établissements de santé (Intranet) -Développer la communication entre la CRAM et les établissements de santé (Internet) -Développer l'information aux usagers et leur famille (Internet)	CRAM ETS

	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	SUGGESTIONS D'AMELIORATION	DECIDEURS
3. Mise en œuvre				
Evaluation	Rapidité de mise en œuvre. Réactivité et efficacité.	-Signalement hors établissements (28% cf étude 2009). -Difficulté d'évaluer les ressources à l'hôpital. -Difficulté d'évaluer le GIR -Difficulté d'évaluer tous les sortants potentiels. -Rejets des demandes par la CRAM -Délai d'attente de la réponse de la CRAM. -Notification d'accord peu compréhensive	-Réserver l'ARDH aux flux hospitaliers. -Aspect pluridisciplinaire de l'évaluation. -Formation des AS à la grille AGGIR -Permettre aux AS de savoir si le retraité est majoritairement CRAM (carte régime général). -libérer les AS hospitaliers de l'évaluation des ressources pour qu'elles se consacrent sur l'évaluation médico-sociale.	CRAM CNAV
Tarif		-Coût élevé pour les usagers et non connu au départ de la prestation. -Impact de l'ARDH sur les autres aides de l'année. -Délai de remboursement trop long	-Coût accessible et acceptable aux usagers et aux prestataires.	CNAV
Prestation à domicile	Délai de mise en œuvre est rapide.	Emploi du personnel non qualifié.	-Personnel qualifié. -Conventionnement avec tous les prestataires.	CRAM
4. Suivi	Bilans annuels		Faire des évaluations avec les ETS qui les intègrent dans leur évaluation interne.	CRAM ETS

	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	SUGGESTIONS D'AMELIORATION	DECIDEURS
5. Bénéfices				
Usagers	<ul style="list-style-type: none"> -Maintien de l'autonomie des personnes âgées. -Prévention des ré hospitalisations. -Solvabilisation des prestations. -Acceptation des aides au long terme. 	Réservé aux retraités majoritaires du Régime général.		
ETS	Baisse de la DMS	Risque de sorties trop rapides.	Evaluer la baisse de la DMS du fait de l'ARDH.	CNAV CNAM ETS
Prestataires	L'ARDH fait connaître les services prestataires (28% avaient des aides avant l'hospitalisation).			

V. MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS

Un des objectifs de cette étude est de recueillir les différents points de vue et de mesurer la satisfaction des bénéficiaires de l'ARDH. Avant d'aborder cette question de la satisfaction, il convient de rappeler ce qu'est le concept de satisfaction.

V.1. Le concept de satisfaction

La satisfaction est un terme largement utilisé mais rarement défini avec clarté. PASCOE [22] avance une définition souvent reprise : « la satisfaction du patient serait définie comme étant sa réaction à son expérience personnelle dans les services ». Chaque élément de l'expérience de service contribue de façon linéaire à la satisfaction globale, et si la perception est supérieure aux attentes, le niveau de satisfaction augmente et inversement : c'est le pragmatisme de dis confirmation. Dans cette formulation de PASCOE, la satisfaction consiste en une évaluation cognitive (notion de connaissances) et une réaction émotionnelle (domaine affectif) aux structures, procédures et résultats des services ». L'évaluation cognitive est un processus de perception et de catégorisation des stimuli provenant de l'environnement. Les connaissances acquises s'accumulent. L'évaluation affective est une réponse émotionnelle à ces stimuli (j'aime/je n'aime pas). Par conséquent, le jugement ne peut être porté que par des personnes ayant vécu l'expérience de consommation, contrairement à la qualité perçue : on peut dire d'un hôtel cinq étoiles qu'il est de qualité, mais on peut en être satisfait que si l'on y a séjourné [23].

La particularité essentielle de la satisfaction est donc qu'elle contient des éléments subjectifs et variables, appartenant au domaine du « comportement » [24]. La satisfaction n'est donc que relative, influencée par les expériences passées, le style de vie et les valeurs concernant les individus et la société. Demander à un usager s'il est satisfait sous-entend aussi qu'il possède tous les éléments de comparaison, tous les choix possibles, ainsi que leurs standards. « Pour caricaturer on pourrait dire qu'évaluer la satisfaction, c'est mesurer un objet dont les dimensions varient de façon aléatoire avec un instrument non étalonné » [24].

C'est pour pallier à cette subjectivité de la notion de satisfaction et pour mesurer de façon plus ou moins objective la satisfaction des usagers ayant bénéficié de l'ARDH que nous avons choisi d'utiliser la grille MHAVIE¹⁹.

V.2. Le questionnaire de satisfaction : la grille MHAVIE

L'ARDH intervient pour fournir aux retraités un accompagnement en sortie d'hospitalisation pour la réalisation de différents travaux et habitudes de vie. Une habitude

¹⁹ MHAVIE : Mesure des Habitudes de vie

de vie est définie comme une « activité courante ou un rôle social valorisé par la personne elle-même ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.)» (Fougeyrollas et al., 1998b). Les habitudes de vie sont les activités quotidiennes et les rôles sociaux qui assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence.

V.2.1. Description de la grille MHAVIE

La MHAVIE est composée d'éléments de chaque catégorie et sous-catégorie des habitudes de vie de la nomenclature du processus de production du handicap (PPH) (exemple : nutrition incluant le régime alimentaire, la préparation des repas et la prise des repas, etc.). Le PPH est un modèle qui permet d'identifier et d'expliquer les causes et conséquences des maladies, des traumatismes et atteintes au développement d'une personne. Le PPH a montré que la réalisation de nos habitudes de vie est le résultat de notre identité, de nos choix, de déficiences de nos organes, de nos capacités et incapacités mais également des caractéristiques de notre milieu de vie (environnement). Ainsi, cette réalisation peut être influencée par le renforcement de nos aptitudes et la compensation de nos incapacités par la réadaptation, mais également par la réduction des obstacles dus aux préjugés, au manque d'aide ou de ressources, à l'absence d'accessibilité du domicile. Ainsi, mesurer la réalisation des habitudes de vie, c'est identifier le résultat de la rencontre entre la personne et son environnement [25].

L'outil d'analyse MHAVIE, réalisé sur la base des concepts du PPH, a pour objet d'apprécier la qualité de la vie réalisation des habitudes de vie et de repérer les obstacles susceptibles de les limiter. La MHAVIE prend également en compte la part de satisfaction de la personne. Ainsi, la mesure des impacts effectifs et ressentis relatifs à un accompagnement est cotée. À la suite de la version 1.0 de l'instrument (Fougeyrollas et al., 1993), divers processus de validation ont mené à des versions successives (v. 2.0 et v. 3.0) de la MHAVIE (Fougeyrollas et al., 1995, 1998a). L'instrument général MHAVIE repose sur la prise en compte de ces éléments en posant à chaque item la question de son niveau de réalisation (1A) et celle du type d'aide (1B) requis pour y parvenir. Une troisième question s'intéresse au niveau de satisfaction de la personne (2). Une version abrégée de l'outil a été élaborée en utilisant des items plus globaux qui exprimaient adéquatement un aspect plus large de l'habitude de vie.

Chaque réponse est choisie dans une grille préalablement établie (Annexe III).

Ainsi,

- A la question 1A « de quelle façon la personne le réalise habituellement ? », il est possible de répondre : « sans difficulté », « avec difficulté », « réalisée par substitution », « non réalisé », « ne s'applique pas ».
- A la question 1B « quel type d'aide est requis ? », il est possible de répondre : « sans aide », « avec aide technique », « avec aménagement », ou « avec aide humaine ».
- A la question 2 « indiquer le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée ? », il est possible de répondre : « très insatisfait », « insatisfait », « plus ou moins satisfait », « satisfait » ou « très satisfait ».

L'outil a été expérimenté. Il est fiable et il comporte une version courte qui comprend 16 items, le rendant compatible avec une utilisation dans une étude quantitative [25].

V.2.2. Analyse des résultats de la grille MHAVIE au cours l'enquête ARDH : satisfaction des usagers

L'utilisation de la grille MHAVIE au cours de notre enquête a été un peu difficile. En effet, nous étions dans l'obligation de l'adapter au contexte local et à la situation de dépendance de l'utilisateur au moment de la sortie d'hospitalisation afin de pouvoir rendre compte de l'impact et de l'apport de l'ARDH (type d'aide reçu). La grille MHAVIE a été utilisée chez huit (8) usagers à 6 mois après la sortie d'hospitalisation.

Ainsi, la grille MHAVIE a montré que les évaluations des assistantes sociales de la CRAM de Bretagne pour l'octroi de l'ARDH auraient pu prendre en compte toutes les habitudes de vie de l'utilisateur et les obstacles qui pouvaient éventuellement limiter leur réalisation. Même si les huit usagers rencontrés sont très satisfaits de la prestation ARDH reçue par rapport à leur situation de dépendance après leur sortie d'hospitalisation, l'emploi de la grille MHAVIE nous a révélé certains obstacles limitant la qualité de vie des usagers. En effet trois usagers avaient des difficultés à préparer et prendre leurs repas, à assurer leurs soins personnels, et n'avaient reçu aucune aide, par conséquent ils étaient insatisfaits. L'ARDH n'avait alors pris en compte que les aides ménagères. De plus, cette grille MHAVIE nous a montré qu'un usager a réalisé avec difficultés ses responsabilités financières et civiles. Il est insatisfait et aurait souhaité bénéficier d'une aide humaine.

L'utilisation de la grille MHAVIE au cours de notre enquête a fait ressortir clairement que l'évaluation des besoins pour l'accord de l'ARDH ne prend pas en compte toutes les habitudes de vie de l'utilisateur et les obstacles qui pourraient limiter leur réalisation. Il convient donc que les assistantes sociales de la CRAM de Bretagne procèdent à une évaluation plus approfondie des besoins de l'utilisateur afin de pouvoir proposer des aides adéquates.

Huit usagers (66,67%) sont satisfaits de la durée et de la rapidité de l'aide même si les informations qu'ils ont reçues concernant ces paramètres sont relatives : « *cette durée me convient bien, j'en suis très satisfaite* ». Toutefois, quatre usagers (33,33%) trouvent que l'ARDH doit être prolongée sur du long terme : « *Non je ne suis pas satisfaite, car j'aurais voulu que ça soit sur du long terme* », « *sur la durée, je ne suis pas très satisfait car on a pris ce qu'on nous a donné, on aurait aimé avoir plus* ».

Cette expérimentation de la grille MHAVIE sur un petit effectif montre des résultats intéressants même s'il doit être pris avec précaution. Ils indiquent toutefois que la grille MHAVIE peut avoir un intérêt dans l'évaluation des besoins et des effets de l'ARDH.

VI. DISCUSSION

L'hospitalisation fait partie des situations génératrices de déstabilisation voire de crises pour les personnes âgées et leur entourage. Pour cette raison, l'hospitalisation est le moment crucial exigeant une attitude préventive de l'ensemble des professionnels. Dans ce contexte une coordination des approches sanitaires et sociales est très importante dans le souci de pouvoir répondre au mieux aux besoins des personnes âgées. C'est dans ce sens que la circulaire du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, prévoit que le retour à domicile préconisé et souhaité de la personne âgée doit être favorisé en utilisant l'ensemble du dispositif de soins et d'aide à domicile. L'ARDH s'intègre parfaitement dans ce registre. Les résultats de nombreuses études réalisées sur l'ARDH depuis l'expérimentation du dispositif ont été positifs. En effet, comme l'avait déjà souligné M. SUEUR [16], l'ARDH présente un grand intérêt pour le maintien des personnes âgées au domicile. Mais malheureusement, peu d'utilisateurs ont recours à cette prestation pour des raisons diverses et variées. Compte tenu de l'évolution attendue de la proportion des personnes âgées en France et particulièrement en Bretagne (40 000 nouveaux retraités par an à partir de 2013), il convient par conséquent de généraliser le dispositif et d'asseoir de nouvelles orientations politiques.

Malgré la mise en place des ARS suite à la loi HPST²⁰, le rôle de ce dispositif dans la filière de la prise en charge des personnes âgées doit être affirmé au regard des nombreux bénéficiaires tant pour les établissements de santé que pour les usagers. Les enquêtes de satisfaction du CREDOC 2008 et 2009, réalisées auprès de 4500 retraités dont 29% de bénéficiaires de l'ARDH ont fait apparaître des éléments généraux suivants au niveau national : le nombre de bénéficiaires de l'ARDH interrogés a doublé entre 2007 et 2008, notamment du fait de l'augmentation du poids des bénéficiaires d'une évaluation, ce qui conforte les chiffres sur ces bénéficiaires ; dans 84% des cas, l'aide au retour après hospitalisation s'est focalisée exclusivement sur de l'aide ménagère ; 96% des bénéficiaires se déclarent satisfaits du type d'aide reçue (en particulier, 91% se déclarent satisfaits de la rapidité de mise en place) ; 86% estiment que les démarches ne sont pas compliquées [27, 28]. Les résultats de notre enquête, ceux de l'enquête qualitative CRAM de Bretagne 2007, 2008, 2009 [6, 7,8], et ceux de l'enquête de la CRAM Aquitaine réalisée en décembre 2007 auprès de 400 retraités ayant bénéficié du dispositif d'Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH), et de 42 établissements de santé conventionnés [29] vont dans le même sillage, légitimant ainsi, la raison d'être de ce dispositif.

Selon l'article L 113-1 du CASF « Toute personne âgée de 60 ans ou plus peut, lorsque ses ressources sont insuffisantes, bénéficier d'une aide pour le maintien à domicile ou l'hébergement dans un établissement ou chez un particulier » [30]. Ainsi, l'ARDH excluant les personnes âgées de plus de 60 ans pouvant relever de l'ARDH hospitalisées dans les établissements non conventionnés, et celles appartenant à d'autres régimes (MSA) ne répond pas à cet article. Afin de généraliser ce dispositif et de pouvoir permettre à tous les usagers d'en bénéficier, il conviendrait d'inclure toutes les personnes âgées sortant d'hospitalisation des établissements conventionnés ou non et collaborer avec les autres régimes de retraites.

VII - RECOMMANDATIONS

Afin de rendre la prestation plus accessible et plus visible pour le public des retraités potentiellement concernés par l'ARDH, un toilettage s'impose afin d'optimiser son efficacité à un moment de fragilité de la vie des retraités. Il en découle une révision des règles d'accès, la lisibilité du processus de prise en charge pour toutes les parties prenantes et une clarification des rôles des acteurs.

La mise en œuvre de ces préconisations pourrait s'opérer dans le cadre d'une expérimentation sous l'égide de la CNAV qui conduit actuellement une adaptation de cette prestation nationale.

²⁰ HPST : loi Hôpital Patients Santé et Territoire

VII.1. Public

Le parti pris consiste à positionner le dispositif au regard des retraités « affiliés », sujets de droits sociaux²¹ dans un moment de fragilité comme la sortie d'hospitalisation.

Dans cet esprit, la création d'une carte d'affiliation ou une notification d'appartenance au Régime Général à titre majoritaire donnerait un droit d'accès automatique à un forfait d'heures variable (de 10 h à 20 h par exemple) financé par l'ARDH après évaluation du service social ou du cadre de santé hospitalier sur critères de besoins et non de ressources.

Il est suggéré d'intégrer les patients relevant de la psychiatrie dans le dispositif ARDH sur critères à définir (cf supra).

VII.2. Des règles d'accès valorisant les accords contractuels avec les établissements

Dans ce schéma, l'hôpital deviendrait l'unique porte d'entrée à un « bouquet » d'aides mobilisables immédiatement sous forme de forfait (ARDH automatique et gratuite ou avec faible participation non dépendante des ressources pour une durée d'environ trois semaines). Dans tous les autres cas (demande d'aide par l'utilisateur ou sa famille après la sortie), celle-ci entrerait dans le cadre d'un Plan d'Action Personnalisé (PAP) après évaluation des évaluateurs PAP. Ce schéma valorise le rôle du service social hospitalier et du service social de la CRAM dans l'accès à l'ARDH.

L'ARDH serait automatiquement attribuée sur notification directe de l'Hôpital aux services prestataires sur critères à définir par la CRAM de Bretagne. En conséquence, l'ARDH serait déconnectée du PAP sur le plan financier.

Le service social de la CRAM de Bretagne procéderait à une évaluation au domicile de l'utilisateur dans les 15 jours pour une aide jusqu'à trois mois après la sortie d'hospitalisation sur les bases du financement des PAP.

Les évaluateurs PAP seraient positionnés comme « filet de secours » pour les demandes hors signalements hospitaliers qui seraient traitées sous forme de PAP d'une durée de 3 mois.

²¹ retraités majoritaires dont la retraite principale est versée par la CRAM

VII.3. Communication

Compte tenu des besoins exprimés lors de l'enquête et sachant que toute action de communication doit être entretenue, des propositions simples peuvent être avancées :

- Création d'une page web ARDH sur le site de la CRAM de Bretagne accessible à tous (Professionnels de santé, personnes âgées et familles).
- Information des personnels soignants via l'intranet des établissements de santé.
- Information des usagers et leur famille par des dépliants et des affiches ARDH via les associations d'usagers et via le service INFO SANTE de la CRAM de Bretagne.

VII.4. Un processus de réalisation plus lisible et efficace

Les enseignements de l'étude nous conduisent à penser que le processus de réalisation peut être amélioré :

- Sur l'information et la communication continue aux usagers, au personnel soignant et aux assistantes sociales des établissements de santé.
- Sur la responsabilité de l'hôpital dans le déclenchement en appui sur des référents dans l'hôpital (un référent général et un référent dans chaque service sanitaire) et à la CRAM.
- Sur le signalement au service social régional de la CRAM et l'évaluation in situ de la personne âgée à son domicile.
- Sur la mise en œuvre des aides : simplification administrative (mise en place d'une nouvelle fiche de liaison simplifiée), le PAP éventuel serait suspendu pendant la réalisation de l'ARDH.
- Sur l'évaluation continue du dispositif (cf supra).

VII.5. Expérimenter en lien avec la CNAV et demain harmoniser le dispositif national avec la CNAM (et les CPAM) pour les non retraités

Certes les publics sont différents, mais la problématique après la sortie d'hospitalisation reste toujours comparable. Il y a donc lieu d'envisager un processus de travail convergent entre l'ARDH pour les retraités et l'ARDH pour les non retraités qui passent par l'hôpital.

VII.6. Un dispositif en lien avec les ARS, les COM des établissements de santé

Les conventions ARDH entre la CRAM de Bretagne et les établissements de santé font référence aux contrats d'objectifs et de moyens signés entre ces établissements de santé et les ARS.

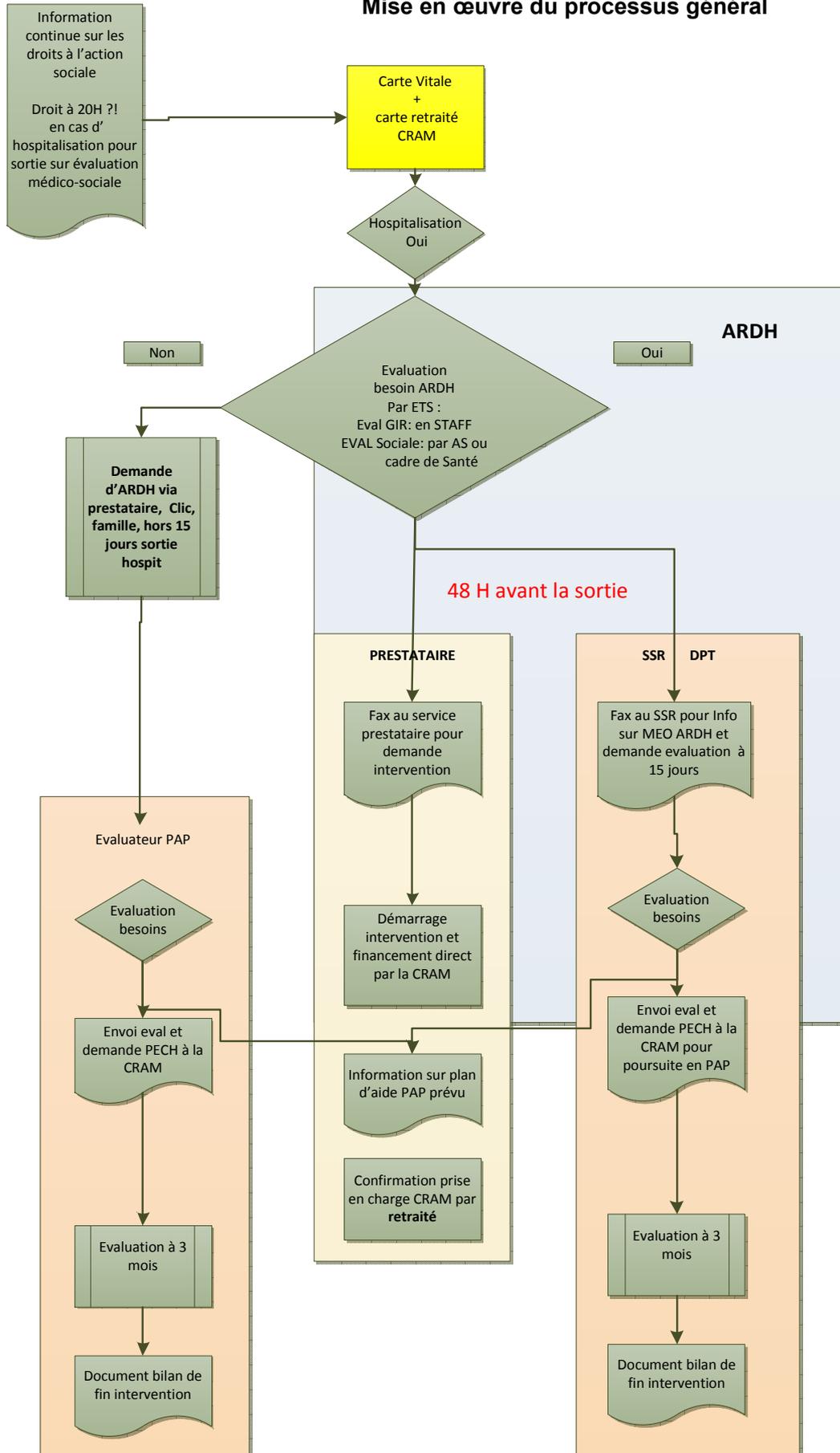
Afin de solidifier les engagements, n'y a-t-il pas lieu d'envisager des financements croisés engageant l'Assurance Maladie dans le processus de financement de l'ARDH. Ce qui se traduit aujourd'hui par une dépense pour la CNAV et un gain pour la CNAM, ne peut-il pas se traduire demain par une dépense et un gain pour les deux Caisses d'autant que l'ARDH CNAV est affectée sur les dépenses sociales non obligatoires.

Cette co-responsabilité permettrait aux deux caisses de s'engager sur l'évaluation des effets produits : extension du dispositif sur la région, journées d'hospitalisation gagnées, et bénéfiques pour les usagers.

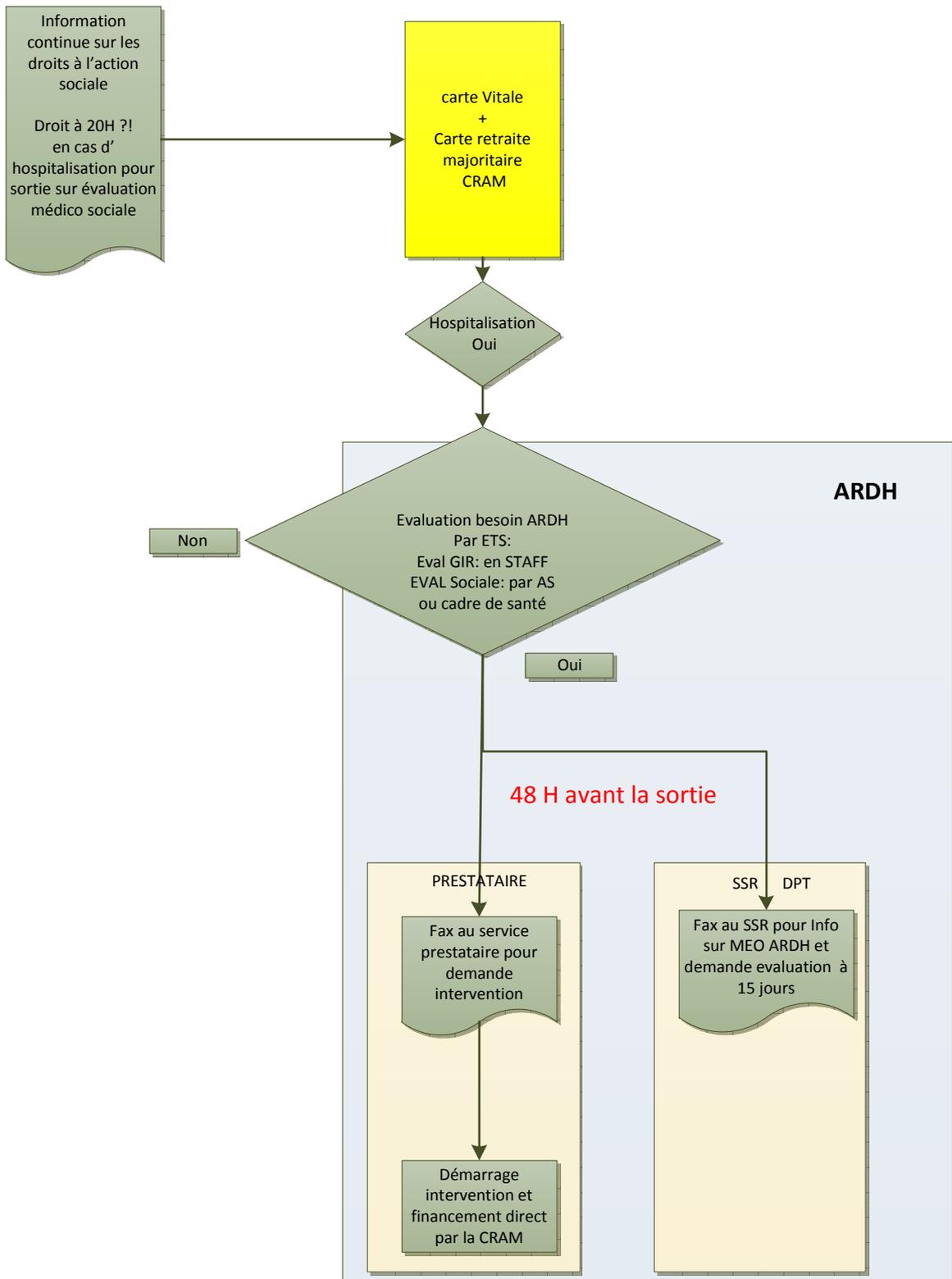
VII.7. Mise en place d'un protocole commun à tous les services sanitaires et sociaux au sein des établissements de santé.

Au-delà des conventions avec les établissements de santé ou à la place de celle-ci, l'enquête a montré que la mise en oeuvre d'un protocole de travail s'avère nécessaire. Celui-ci pourrait comporter les points suivants : le public éligible, les règles d'accès, les éléments d'information et de communication, le processus de réalisation ; l'ensemble du dispositif reposant sur un référent interne dans chaque établissement de santé et à la CRAM de Bretagne.

Protocole ARDH Mise en œuvre du processus général



Protocole ARDH Mise en œuvre du processus dans l'établissement de santé



CONCLUSION

« Un vrai voyage de découverte n'est pas de chercher de nouvelles terres, mais d'avoir un œil nouveau » Marcel PROUST.

C'est ce regard nouveau que la CRAM de Bretagne a recherché en me confiant cette étude afin de comprendre et de mieux cerner toute la problématique autour de l'ARDH en vue d'une amélioration de la qualité. Eu égard aux nombreux constats de la CRAM de Bretagne lors des différents bilans annuels ARDH, nous nous sommes alors interrogés sur le fait de savoir si l'ARDH contribue à l'amélioration de la prise en charge médico-sociale en Bretagne, des personnes âgées non dépendantes lors de leur retour à domicile après une hospitalisation ?

Les hypothèses formulées au départ ont été affirmées par notre enquête : un montant insuffisant de l'aide, un coût très élevé, une complexité du dispositif et des démarches, un problème de communication et de coordination entre les différents acteurs, une méconnaissance de l'ARDH par les usagers. Néanmoins, notre étude a permis d'infirmer les hypothèses selon lesquelles il existerait une mauvaise appréciation du dispositif par les usagers et que ces derniers ne relèvent pas majoritairement du Régime Général.

Au terme de cette étude, il est permis de conclure à un bilan positif de l'ARDH qui apporte des éléments de réponses aux inquiétudes des personnes âgées après une sortie d'hospitalisation. Cette étude a mis en évidence la nécessité de renforcer l'articulation entre les domaines sanitaires et sociaux et y compris au sein des établissements de santé.

Inscrite dans la dimension institutionnelle de la CRAM de Bretagne, l'ARDH est utile, indispensable et bénéfique tant pour les usagers que pour les établissements de santé. Des actions devraient néanmoins se poursuivre afin d'améliorer l'accompagnement et le maintien au domicile des personnes âgées sortant d'hospitalisation, d'autant que les orientations politiques actuelles y incitent.

Compte tenu des réformes actuellement mises en place avec la loi HPST et pour une meilleure gestion de l'ARDH, cette étude invite à de nouvelles orientations du dispositif en lien avec les ARS et les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé afin de solidifier les engagements et les financements. En tant que Chargé d'étude par la CRAM, j'ai eu accès à des informations utiles et nécessaires pour suggérer la réforme d'un dispositif national piloté au niveau régional. Mes propositions visent une simplification des procédures pour une plus grande efficacité.

Bibliographie

- 1- **INSEE**, 2009 : Recensements de population, estimations de population, résultats provisoires arrêtés fin 2009, <http://www.insee.fr>.
- 2- **Rapport Laroque**, 1962.
- 3- **Circulaire n° 101/DHOS/O/2004** du 5 mars 2004 relative à la création de la tarification à l'activité
- 4- **JACQUES André**, 2009 « L'ARDH pour les personnes âgées : un pont entre le domaine sanitaire et social ». La revue française de service social (n°233/2009-2)
- 5- **Circulaire CNAV n° 2003-41, CNAMTS n°135/2003**, août 2003 relatif à l'expérimentation de l'ARDH
- 6- **Caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne**, 2008 « Rapport CRASPA du 21 février 2008 ».
- 7- **Caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne**, 2009 « Rapport CRASPA 16 février 2009 ».
- 8- **Caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne**, 2010 « Rapport CRASPA 15 février 2010 ».
- 9- **Caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne**, 2010 « Grille d'évaluation qualitative 2009 dans le cadre de l'ARDH, Synthèse ».
- 10- **Caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne**, 2009 « La retraite du régime général en Bretagne », abrégé statistique.
- 11- **KAUFMANN JC**, 1996, L'entretien compréhensif, Paris : Nathan.
- 12- **BLANCHET A., GOTMAN A.**, 1992, L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Paris : Nathan Université (collection 128), 128p.
- 13- **FRANCOIS Nicole et Bernard PIVETTE Bernard**, Octobre 2007, « Bien vieillir en Bretagne : changer de regard et agir pour mieux vivre ensemble le vieillissement à domicile », Copyright Région Bretagne-Conseil Economique et Social de Bretagne, p.4
- 14- **BOURDIEU Pierre**, 1984, « La jeunesse n'est qu'un mot », questions de sociologie, Les Edition de Minuit, Paris, p140.
- 15- **DUEE Michel, REBILLARD Cyril**, 2006, « la dépendance des personnes âgées : une projection sur 2040, in Données sociales-La société Française, P.613

- 16- **SUEUR Jean Pierre**, 2004, « Question écrite n° 11298 de M. Jean-Pierre Sueur (Loiret - SOC) », publiée dans le JO Sénat du 11/03/2004, p.566.
- 17- **CRAM SUD-EST**, annexe de la convention : procédure d'instruction de la prestation ARDH
- 18- **Caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne**, 2009 « ARDH, exercice 2009 ».
- 19- **Caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne**, Février 2010, « Service ASPA : action sociale personnes âgées ».
- 20- **Circulaire CNAV n°2010-03** du 11 Janvier 2010, relative à la fixation du barème des ressources et de participation dans le plan d'actions personnalisé.
- 21- **JACQUES André**, 1996, « Urgence gérontologique, hôpital et réseaux de coopération », Mémoire DESS, Sciences Eco Grenoble, ENSP Rennes.
- 22- **PASCOE G-C**, 1983, Patient satisfaction in primary health care : literature review and analysis, Eval Progr Plan, 6, pp. 185-210
- 23- **LLOSA S**, 13^{ème} congrès international de l'Association Française de Marketing, 1995, Toulouse, IAE Université Lyon 3.
- 24- **ANAES**, Septembre 1996, la satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé, Revue de la littérature médicale.
- 25- **FOUGEYROLLAS Patrick, NOREAU luc, WEBER Philippe**, 2004, « l'évaluation de la participation sociale et de la situation du handicap en travail social », Handicap, revue des sciences humaines et sociales, n°103-2004, p17.
- 26- **FOUGEYROLLAS Patrick, CLOUTIER Raymond, BERGERON Hélène, COTE Jacques, SAINT-MICHEL Ginette**, 1996, « révision de la proposition québécoise de la classification : processus de production du handicap ». Lac saint-Charles : réseau international sur le processus de production du handicap.
- 27- **LOONES Anne, JAUNEAU Pauline, ANGOTTI Matthieu**, Juillet 2008, *Enquête satisfaction auprès des bénéficiaires de l'action sociale, Rapport sur la satisfaction des bénéficiaires, CREDOC / CNAV.*
- 28- **LOONES Anne, JAUNEAU Pauline, ANGOTTI Matthieu** 2009, *Enquête satisfaction auprès des bénéficiaires de l'action sociale, Rapport sur la satisfaction des bénéficiaires, CREDOC / CNAV.*
- 29- **Caisse Régionale d'Assurance Maladie Aquitaine**, 2007, Enquête sur l'Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH), résultats.
- 30- **Art L 113-1 du CASF**

Liste des annexes

Annexe I

GRILLE D'ENTRETIEN **(Etablissement : directeur et AS ou cadre de santé)**

L'Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) est un dispositif mis en place dans le plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées (PAPA) et géré par les services sociaux des Caisses Régionales d'Assurance Maladie. Elle est destinée à offrir aux personnes âgées non dépendantes un accompagnement à leur sortie d'hospitalisation. Dans le souci d'améliorer les qualités du service et de mieux répondre aux besoins des usagers, la CRAM de Bretagne a mis en route une évaluation de l'ARDH dans la région.

Je suis Etudiant en Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes et je suis chargé de conduire cette évaluation. Pour cela, je dois passer des entretiens qui comportent cinq thèmes portant sur la connaissance du dispositif, l'organisation de l'établissement avant la sortie, le déroulement du processus d'accès à la prestation, l'avis et enfin les remarques et suggestions de l'établissement sur le dispositif.

Date et lieu de l'entretien :

Le questionnaire est rempli sous forme : d'entretien

Etablissement :

Situation géographique : urbain rural

Type : publique privé

Existence d'un service social : oui non

THEME 1 : Connaissance du dispositif et conventionnement

Q1 : Comment avez-vous eu connaissance de l'ARDH ?

Q2 : Pourriez-vous me dire ce que vous savez de l'ARDH ?

Q3 : Pensez-vous que l'ARDH est-elle bien connue par le personnel soignant ?

Q4 : Que pensez-vous du conventionnement de votre établissement avec la CRAM ? Cette thématique et ce conventionnement sont-ils pris en compte dans vos contrats d'objectifs et de moyens ?

THEME 2 : Votre établissement et la préparation de la sortie

Q1 : Comment votre établissement s'est-il organisé afin de faire bénéficier le dispositif aux patients ?

Q2 : Quelles sont vos relations avec le service social de la CRAM de Bretagne dans la mise en œuvre du dispositif ? (Objet, fréquence)

Q3 : Votre organisation interne entre les services sanitaires et sociaux facilite-t-elle la mise en œuvre du dispositif ?

Q4 : Comment sont coordonnés les services sanitaires et sociaux au sein de votre établissement ?

Q5 : Comment sont coordonnés les services sociaux de votre établissement et ceux de la CRAM ?

Q6 : Avez-vous mis en place ou pensé à mettre en place des protocoles administratifs afin de faciliter la mise en œuvre du dispositif ?

Q7 : Comment se fait l'évaluation des besoins et l'évaluation de la dépendance (AGGIR) pour vos patients pouvant relever du dispositif ?

THEME 3 : Déroulement du processus d'accès à la prestation

Q1 : Comment se fait le signalement aux services sociaux de la CRAM de Bretagne ?

Q2 : Quel est le degré d'implication de votre établissement dans le processus d'accès à la prestation ?

Q3 : Pouvez-vous me parler du déclenchement de la procédure afin de pouvoir faire bénéficier de l'ARDH aux patients ? (comment, quand et qui contactez-vous)

Q4 : Quelles sont les difficultés rencontrées lors du déclenchement ? et à quel niveau ?

Q5 : Racontez-moi les solutions que vous avez trouvées pour résoudre ces difficultés ?

Q6 : Que pensez-vous du délai d'attente entre le déclenchement et la mise en œuvre du dispositif par les services sociaux ?

Q7 : Quels rôles jouez-vous dans la mise en œuvre de la prestation ?

Q8 : Selon vous, pourquoi note-t-on un nombre important de signalements hors établissement ?

THEME 4 : Avis de l'établissement sur le dispositif

Q1 : Quels sont selon vous, les bénéfices d'un tel service pour vos patients ?

Q2 : Quels sont les biens et services rendus à votre établissement par ce dispositif (directement et indirectement)?

Q3 : Quels sont les enjeux d'une telle prestation pour votre établissement ?

Q4 : Quels sont, selon vous, les points forts et faiblesses du dispositif?

Q5 : Quels intérêts un tel dispositif présente-t-il pour votre établissement ?

Q6: Quelles sont, selon vous, l'utilité et la pertinence d'un tel dispositif ?

THEME 5 : Remarques et suggestions sur le dispositif

Q1 : Quelles sont vos remarques sur le dispositif : processus d'accès à la prestation et procédures?

Q2 : Quelles sont vos suggestions sur le dispositif : processus d'accès à la prestation et procédures?

Q3 : Quelles sont les pistes d'amélioration pour une ARDH de qualité ?

Q4 : Quels messages auriez-vous pour la CRAM de Bretagne?

ANNEXE II

GRILLE D'ENTRETIEN **(Usager en sortie d'hospitalisation)**

L'Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) est un dispositif mis en place dans le Plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes âgées (PAPA) et gérée par les services sociaux des caisses régionales d'assurance maladie. Elle est destinée à offrir aux personnes âgées non dépendantes un accompagnement à leur sortie d'hospitalisation. Dans le souci d'améliorer les qualités du service et de mieux répondre aux besoins des usagers, la CRAM de Bretagne a mis en route une évaluation de l'ARDH dans la région.

Je suis Etudiant en Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes et je suis chargé de conduire cette évaluation. Pour cela, je dois passer des entretiens qui comportent cinq thèmes portant sur la connaissance du dispositif de la part des usagers, l'organisation de l'établissement de santé avant la sortie, le déroulement du processus d'accès à la prestation et la satisfaction des usagers.

Date et lieu de l'entretien :

Le questionnaire est rempli sous forme : d'entretien

Situation personnelle de la personne bénéficiaire

Nom et prénom :

Sexe : Féminin masculin

Age : 60 à 69 70 à 79 80 à 89 plus de 90 ans

Situation familiale : célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé(e)

Mode de vie : seul(e) en couple avec entourage

Lieu de vie : secteur rural secteur urbain appartement

 maison individuelle : isolée oui non

motif d'hospitalisation :

Situation de dépendance avant hospitalisation

Intervention aide à domicile : oui non

A quel titre : prestataire mandataire gré à gré solidarité familiale

Pourriez-vous me décrire en quoi consistait cette aide ?

THEME 1 : Connaissance du dispositif

Q1 : Comment avez-vous eu connaissance de l'existence du dispositif ?

Par l'établissement de santé ?

Par d'autres services ? précisez.

Q2 : Pourriez-vous me dire ce que vous savez de l'ARDH ?

Q3 : Pensez-vous que l'ARDH est bien connue des personnes âgées et de leur famille ?

THEME 2 : L'établissement de santé et la préparation de la sortie

Q1 : Afin de vous faire bénéficier de l'ARDH, l'établissement vous a-t-il aidé dans la préparation de la sortie?

Si oui, comment ?

Si non, qui vous a informé de la possibilité de cette aide et comment ça s'est passé ?

Q2 : L'établissement vous a-t-il aidé dans vos démarches avec les services de la CRAM?

Sinon, pourquoi ?

Si oui, comment ?

THEME 3 : Déroulement du processus d'accès à la prestation

Q1 : Pouvez-vous me parler des démarches entreprises (par vous ou votre famille) afin de pouvoir bénéficier de l'ARDH ?

Q2 : Que pensez-vous de ces démarches, simples ou compliquées ? Expliquez.

Q3 : Avez-vous rencontré des difficultés lors du déclenchement ?

Oui si oui, à quel niveau ?

Non

Q4 : Racontez-moi les solutions proposées ou que vous avez trouvées pour résoudre ces difficultés ?

Q5 : Pensez-vous que la communication entre vous et la CRAM a été facile?

Q6 : Que pensez-vous de l'utilité d'un tel dispositif avant une sortie d'hospitalisation?

Q7 : Que pensez-vous du plan d'aide qui vous a été accordé?

THEME 4 : Satisfaction de l'utilisateur

Q1 : Quel est votre degré de satisfaction sur le type d'aide qui vous a été proposé ?

très satisfait satisfait

moyennement satisfait insatisfait

Q2 : Quel autre type d'aide auriez-vous souhaité bénéficier ?

Q3 : Quels sont les bénéfices attendus d'un tel service d'abord pour vous et pour votre famille ?

Q4 : Etes-vous satisfait sur la durée de l'aide proposée et pourquoi ?

THEME 5 : Remarques et suggestions sur le dispositif

Q1 : Quelles sont vos remarques sur le dispositif : démarches, coût évalué du plan d'aide, durée de la prestation proposée?

Q2 : Quelles sont vos suggestions sur le dispositif : démarches, coût évalué, durée?

Q3 : Quels messages auriez-vous pour la CRAM sur le dispositif ?

Situation de dépendance avant hospitalisation

Intervention aide à domicile : oui non

A quel titre : prestataire mandataire gré à gré solidarité familiale

Pourriez-vous me décrire en quoi consistait cette aide ?

THEME 1 : Connaissance du dispositif

Q1 : Comment avez-vous eu connaissance de l'existence du dispositif ?

Par l'établissement de santé ?

Par d'autres services ? précisez.

Q2 : Pourriez-vous me dire ce que vous savez de l'ARDH avant votre hospitalisation et ce que vous en savez aujourd'hui?

Q3 : Pensez-vous que l'ARDH est bien connue des personnes âgées et de leur famille ?

Oui

Non sinon pourquoi et que suggérez-vous ?

THEME 2 : L'établissement de santé et la préparation de la sortie

Q1 : Afin de vous faire bénéficier de l'ARDH, l'établissement vous-a-t-il aidé dans la préparation de la sortie?

Si oui, comment ?

Si non, qui vous a informé de la possibilité de cette aide et comment ça s'est passé ?

Q2 : L'établissement vous a-t-il aidé dans vos démarches avec les services de la CRAM ?

Sinon, pourquoi ?

Si oui, comment ?

THEME 3 : Déroulement du processus d'accès à la prestation

Q1 : Pouvez-vous me parler des démarches entreprises (par vous ou votre famille) afin de pouvoir bénéficier de l'ARDH ?

Q2 : Que pensez-vous de ces démarches, simples ou compliquées ? expliquez.

Q3 : Avez-vous rencontré des difficultés lors du déclenchement ?

Oui si oui, à quel niveau ?

Non

Q4 : Racontez-moi les solutions proposées ou que vous avez trouvées pour résoudre ces difficultés ?

Q5 : Quel était le délai d'attente entre le déclenchement et la mise en œuvre du plan d'aide par les services sociaux ?

Dès la sortie d'hospitalisation

à 7 jours après la sortie d'hospitalisation

à 15 jours après la sortie d'hospitalisation

Plus de 15 jours après la sortie d'hospitalisation

Q6 : Pensez-vous que la communication entre vous et la CRAM a été facile?

Q7 : Que pensez-vous de l'utilité d'un tel dispositif avant une sortie d'hospitalisation?

Q8 : Que pensez-vous de la prestation qui vous a été accordée ?

Q9 : Y-a-t-il une différence entre le plan d'aide prévu et le plan d'aide réalisé ?

oui si oui, comment l'expliquez-vous ?

non

THEME 4 : Satisfaction de l'utilisateur (Grille MHAVIE)

Q1 : Degré de satisfaction sur le type d'aide reçu.

Questions	1A				1B				2					
	1. sans difficulté	avec difficulté	réalisée par substitution	non réalisée	ne s'applique pas	sans aide	avec aide technique	avec aménagement	avec aide humaine	très insatisfait	insatisfait	plus ou moins satisfait	satisfait	très satisfait
Capacités et satisfaction														
Préparer et prendre vos repas														
Maintenir une bonne condition physique et mentale														
Assurer vos soins personnels (Hygiène, apparence, soins de santé)														
Vous habiller et vous déshabiller (vêtements, accessoires, incluant le choix des vêtements)														
Echanger de l'information sous différentes formes (orale, écrite, corporelle, électronique)														
Réaliser des activités liées à votre résidence (aménagement, entretien, utilisation des équipements)														
Vous déplacer sur de courtes distances (dans votre résidence ou votre environnement restreint)														
Vous déplacer à l'aide de moyens de transport (comme conducteur ou passager)														
Assurer vos responsabilités financières, civiles, familiales														
Avoir des relations sociales, affectives ou intimes avec les autres														
Participer aux activités et organisations de votre milieu (clubs sociaux, pratique religieuse ou spirituelle)														
Faire vos achats et utiliser les services de votre milieu														
Réaliser des activités liées à votre formation (scolaire, professionnelle...)														
Réaliser des activités liées à un emploi (recherche, exécution de tâches...) Note : si vous ne travaillez pas actuellement et que vous désirez travailler, cocher « non réalisée »														
Réaliser des activités liées à une occupation non rémunérée (bénévolat)														
Réaliser des activités de loisirs (art, sports, passe-temps, sorties...)														

Q2 : Quel autre type d'aide auriez-vous souhaité bénéficier ?

Q3 : Quels sont les bénéfices d'un tel service, pour vous et votre famille ?

Q4 : Les prestations de services dont vous avez bénéficiées sont-elles suffisantes?

oui non

Expliquez pourquoi.

Q5 : Etes-vous satisfait sur la rapidité de mise en place de l'aide et pourquoi ?

Q6 : Etes-vous satisfait sur la durée de l'aide et pourquoi ?

THEME 5 : Remarques et suggestions sur le dispositif

Q1 : Quelles sont vos remarques sur le dispositif : démarches, coût prévu, coût réel , mise en œuvre, qualité et durée de la prestation ?

Q2 : Quelles sont vos suggestions sur le dispositif : démarches, coût , mise en œuvre, qualité et durée de la prestation ?

Q3 : Qu'auriez-vous souhaité recevoir comme services en plus de ceux dont vous avez bénéficiés ?

Q4 : Quels messages auriez-vous pour la CRAM sur le dispositif ?

ANNEXE IV

GRILLE D'ENTRETIEN **(Prestataires de services)**

L'Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) est un dispositif mis en place dans le Plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes âgées (PAPA) et gérée par les services sociaux des caisses régionales d'assurance maladie. Elle est destinée à offrir aux personnes âgées non dépendantes un accompagnement à leur sortie d'hospitalisation. Dans le souci d'améliorer les qualités du service et de mieux répondre aux besoins des usagers, la CRAM de Bretagne a mis en route une évaluation de l'ARDH dans la région.

Je suis Etudiant en Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes et je suis chargé de conduire cette évaluation. Pour cela, je dois passer des entretiens qui comportent quatre thèmes portant sur la connaissance du dispositif, la mise en œuvre de la prestation, l'avis et les remarques et suggestions des prestataires sur le dispositif.

Date et lieu de l'entretien :

Le questionnaire est rempli sous forme : d'entretien

THEME 1 : Connaissance du dispositif

Q1 : Pour vous, qu'est-ce que l'ARDH et quels sont ses objectifs?

Q2 : Pensez-vous que l'ARDH est bien connue par les établissements de santé et les acteurs de maintien à domicile?

Q3 : Connaissez-vous le circuit de signalement de l'ARDH aux services sociaux de la CRAM?

Q4 : Selon vous, pourquoi note-t-on un nombre important de signalements hors établissement ?

THEME 2 : Mise en œuvre de la prestation ARDH

Q1 : Quels rôles jouez-vous dans la mise en œuvre de la prestation ?

Q2 : Quelles sont les difficultés rencontrées? et à quel niveau ?

Q3 : Développez-moi les solutions que vous avez trouvées pour résoudre ces difficultés ?

Q4 : Pouvez-vous me parler du déroulement de la prestation ?

Q5 : Avez-vous mis en place d'autres prestations à la fin de l'ARDH ?

Q6 : Quel est selon vous, le degré d'implication des acteurs (établissements de santé et services sociaux de la CRAM) ?

Q7 : Les moyens (budget, temps, compétences) ont-ils été mis en œuvre tels que prévus par le plan d'aide?

THEME 3 : Avis sur le dispositif

Q1 : Quels sont selon vous, les bénéfices d'une telle prestation pour les usagers et leur famille ?

Q2 : Selon vous, quels intérêts un tel dispositif présentent pour les établissements ?

Q3 : Pensez-vous que le coût intervient dans la réalisation du plan d'aide?

Q4 : Quelle est selon vous, l'utilité d'un tel dispositif ?

Q5 : Quels sont selon vous, les points forts et faiblesses du dispositif?

THEME 4 : Remarques et suggestions sur le dispositif

Q1 : Quelles sont vos remarques sur le dispositif : processus, coût , mise en œuvre, qualité de la prestation ?

Q2 : Quelles sont vos suggestions sur le dispositif : processus, coût , mise en œuvre, qualité de la prestation ?

Q3 : Quels messages auriez-vous pour la CRAM sur le dispositif?

ANNEXE V :

Qu'est-ce que la grille AGGIR ?

La grille AGGIR a été élaborée par des médecins de la sécurité sociale, de la Société Française de Gérontologie et par des informaticiens afin d'évaluer l'autonomie. Cette grille s'est imposée comme l'outil de référence pour évaluer la perte d'autonomie. Il s'agit donc d'un instrument d'évaluation du degré d'autonomie de la personne âgée à partir de l'observation des activités effectuées seules, qui vise à déterminer les ressources nécessaires à sa prise en charge. L'évaluation se fait sur la base de dix critères relatifs à la perte d'autonomie physique et psychique. Seules ces dix variables, dites discriminantes, sont utilisées pour le calcul du GIR.

Les six niveaux de dépendance de la grille AGGIR

Les dix variables « discriminantes » servent à définir les groupes iso ressources (GIR) (tableau 1) :

Variables discriminantes

Cohérence : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée.

Orientation: se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux **Toilette** : hygiène corporelle.

Habillage : s'habiller, se déshabiller, choisir ses vêtements.

Alimentation: se servir et manger les aliments préparés.

Élimination: assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.

Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir.

Déplacement à l'intérieur : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant.

Déplacement à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée, à pied ou en fauteuil roulant.

Communication à distance : utiliser les moyens de communication (téléphone, sonnette, alarme).

Chaque variable est cotée en trois degrés :

A : la personne fait l'activité seule, sans aide ni stimulation, totalement.

B : la réalisation est partielle.

C : la personne ne fait pas.

Un logiciel calcule le GIR de 1 (le plus dépendant) à 6 (le moins dépendant) :

- **GIR 1 :**

Correspond aux personnes confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie.

- **GIR 2 :**

Regroupe deux catégories de personnes :

- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées mais qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.
- celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

- **GIR 3 :**

Personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leurs soins corporels.

- **GIR 4 :**

Comprend deux catégories de personnes :

- Celles n'assumant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. En revanche, elles s'alimentent seules pour la plupart.
- Celles n'ayant pas de problèmes moteurs, mais devant être aidées pour les soins corporels et pour les repas.

- **GIR 5 :**

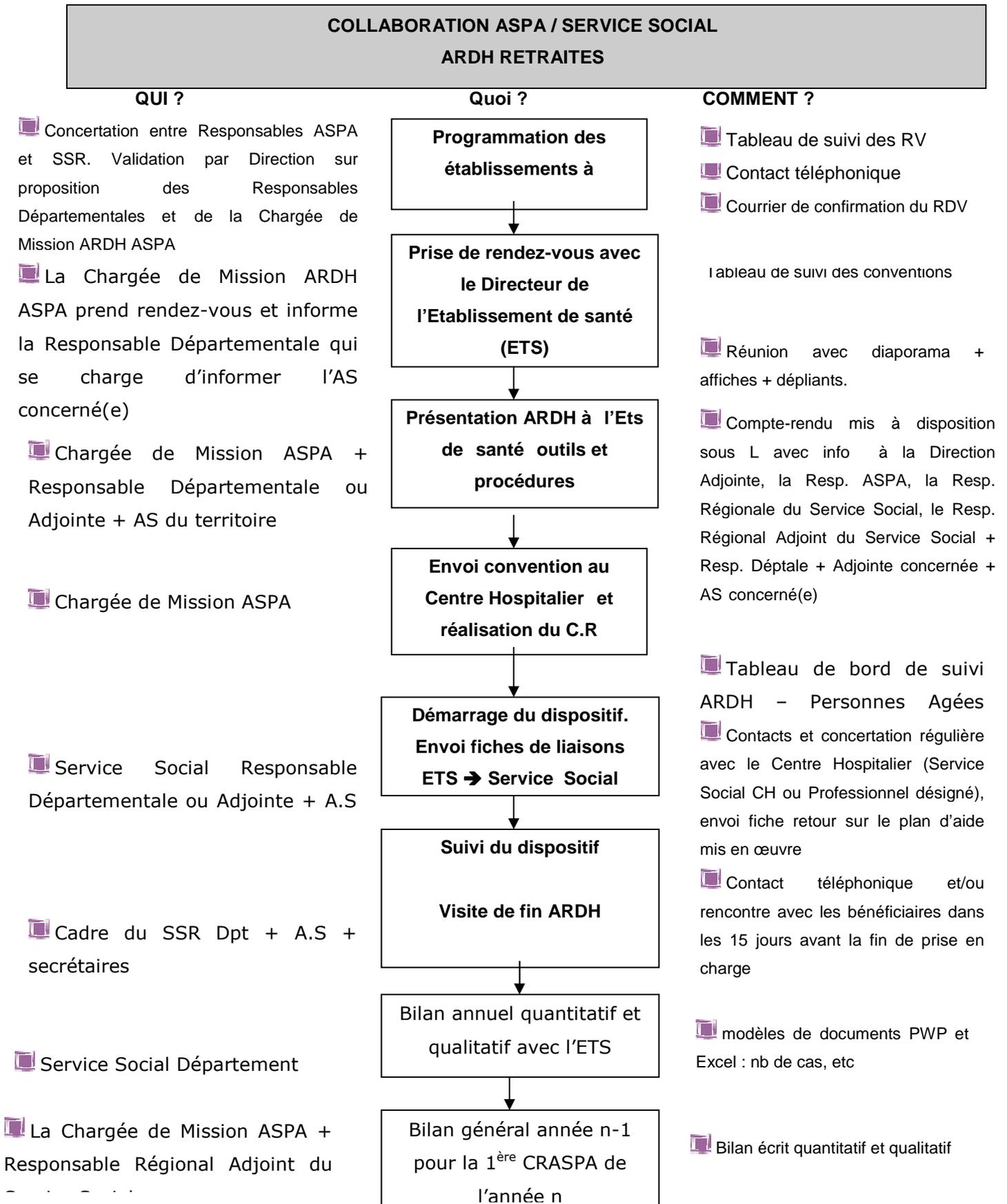
Personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur du logement, s'alimentant et s'habillant seules, mais ayant besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

- **GIR 6 :**

Personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

ANNEXE VI

LOGIGRAMME DU PROCESSUS ARDH V2



ANNEXE VII

Enquête qualitative ARDH 2009 : synthèse

243 grilles d'évaluation ont été complétées en fin d'année 2009 et début 2010 par les assistants sociaux au regard des bénéficiaires de l'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) payée en 2009 par le service ASPA.

1- Situation personnelle du bénéficiaire

Le profil type du répondant est une femme (85%) âgée de 80 à 89 ans (45%), veuve (57%), vivant seule (74%), en secteur urbain (59%), en maison individuelle (70%) non isolée (80%).

2- Mode de contact

Dans 72% des cas le service social est contacté par l'un des 74 établissements médicaux conventionnés ou le service d'aide à domicile (12%).

3- Situation de dépendance

☞ Avant l'hospitalisation

Dans seulement 28% des cas, il y avait déjà une intervention de l'aide à domicile avant l'hospitalisation, principalement au titre du Prestataire (74%), du gré à gré (11%), du Mandataire (9%) ou de la solidarité familiale (6%).

Les motifs d'hospitalisation sont la maladie (35%), l'accident ou la chute (33%), l'affection de longue durée (25%). Les hospitalisations se font généralement en urgence (72%) ou programmées (28%).

☞ Après l'hospitalisation

Les répondants ont un GIR 5 (54%) ou 6 (40%).

Dans 99% des cas, un plan d'aide a été mis en place. Il comprend principalement de l'AMD prestataire (87%).

L'ARDH a facilité la récupération physique de la personne partiellement (65%) ou totalement (22%).

La situation a été revue au bout des 3 mois dans 51% des cas, avant les 3 mois dans 38% et n'a pas été revue pour 11% des bénéficiaires. Même si dans 96% des cas, la situation du retraité a fait l'objet d'un signalement pertinent au regard de la mission du service social, elle ne justifie un accompagnement du service social que dans 19 % des cas.

4- Evaluation de la réalisation effective du plan d'aide

L'évaluation de la réalisation effective du plan d'aide fait apparaître que plus de 10 200 heures ont été prévues et que 8.400 ont été réalisées (soit un taux de réalisation de 83%). Pour les portages des repas, sur 636 prévus, 433 ont été réalisés. Globalement, pour un coût global prévisionnel des plans d'aide de près de 177 000 €, on observe un taux de réalisation 83% soit 147 000 €

Les raisons de ces différences sont en lien avec les personnes elles-mêmes (46%), les aides (21%), les aspects financiers (18%) ou les capacités des services intervenants (15%). Concernant les personnes, les motifs sont le retour à une meilleure santé (46%) ou une ré-hospitalisation (35%).

Concernant les aides, les motifs sont la modification du plan à la demande du retraité (60%) ou l'intervention de son entourage (40%).

Concernant les aspects financiers, les motifs sont le coût trop élevé (38%), les délais de décision ou de facturation (32%) ou suite à de nouveaux droits (24%). Concernant les services aux intervenants, les motifs sont l'indisponibilité du service (73%) ou le nombre de jours fériés (18%).

Conclusion : cette troisième vague d'enquête qualitative confirme l'intérêt du dispositif pour les retraités. Elle sera complétée prochainement par l'étude d'un étudiant de l'EHESP qui va mener des entretiens avec des usagers, des établissements de santé et des services prestataires.