



PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES

« Equipe prête à partir » : un dispositif innovant d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation et au retour à domicile

NOM DU PORTEUR :

UNA (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles)



Union Nationale de l'Aide, des Soins
et des Services aux Domiciles.

PERSONNE CONTACT :

Pierre DEMORTIERE, Directeur Projets cofinancés & Partenariats, p.demortiere@una.fr

Faiza MOHREZ, Cheffe de projets cofinancés, F.MOHREZ@una.fr

Résumé du projet

A sa sortie d'hospitalisation et à son retour au domicile, une personne peut avoir perdu sa capacité – de manière temporaire ou durable - à réaliser seule des actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, manger) ; elle peut se retrouver dans un environnement devenu inadapté à ses pertes de capacités ou encore être fragilisée psychologiquement à la suite de la dégradation de son état de santé ou de son hospitalisation.

Les structures gestionnaires de SAAD, SPASAD, SSIAD, services de HAD, membres du réseau UNA, mais aussi leurs partenaires - notamment les établissements de santé - font le constat d'une réponse insuffisante et inadaptée aux besoins de soutien des personnes rencontrant une perte d'autonomie passagère ou durable à leur sortie d'hospitalisation et au retour à leur domicile.

C'est pourquoi UNA a souhaité porter le présent projet d'expérimentation d'un dispositif innovant d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation et au retour à domicile dénommée « Equipe prête à partir ».

Le dispositif « Equipe prête à partir » interviendrait au domicile des personnes sortant d'hospitalisation et dont l'état de santé, le niveau d'autonomie et les conditions de vie rendent nécessaires un accompagnement en aide et en soins à son domicile et ce dès les premières heures de leur retour au domicile. Le dispositif pourrait ainsi accompagner des personnes en sortie d'hôpital sous 6 heures ouvrées après la sollicitation de l'établissement de santé.

Ce dispositif propose une palette élargie de prestations visant à la sécurisation de la sortie d'hospitalisation (accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, soins de nursing et soins infirmiers, accès aux droits et soutien administratif, soins de maintien et de développement des capacités fonctionnelles, accès aux aides techniques et à l'aménagement du domicile etc.). A cette fin, le dispositif s'appuie sur une équipe pluriprofessionnelle : infirmier coordinateur, accompagnant éducatif et social, aide-soignant, infirmier, ergothérapeute, travailleur social, psychologue intervenant 7 jours sur 7 et de 7h à 21h.

Les « équipes prêtes à partir » interviennent jusqu'à 30 jours maximum à la suite de la sortie d'hospitalisation. Une de leurs missions est d'organiser, en lien avec les dispositifs de coordination du territoire, la mise en place de solutions pérennes pour les personnes ayant besoin d'un accompagnement à long terme.

Les « équipes prêtes à partir » constituent une innovation organisationnelle et financière en ce qu'elles consistent à créer et expérimenter un financement sous la forme d'un forfait « assurance maladie » d'une équipe pluriprofessionnelle, englobant l'ensemble des missions nécessaires à la sortie d'hospitalisation des personnes rencontrant une perte d'autonomie passagère ou durable et pouvant répondre de façon très réactive, dès l'annonce de la sortie de l'établissement, de santé au besoin en accompagnement.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	
National	X

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Organisation innovante	X
<i>Financement innovant</i>	X
Pertinence des produits de santé	

Renseigner le tableau en annexe 2

DATE DES VERSIONS :

V1 : Décembre 2018

V2 : Novembre 2020

V3 : Janvier 2021

V4 : Novembre 2022 (présente version)

....

La première version dite lettre d'intention doit inclure les chapitres I à V. Les informations demandées en grisé peuvent être remplies progressivement à l'aide de l'accompagnement proposé par l'ARS ou par l'équipe nationale d'appui article 51 pour finaliser votre projet, dans une démarche de co-construction.

Description du porteur

Fondée en 1970 et reconnue d'utilité publique, l'UNA (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles) représente un ensemble de services indépendants appartenant à l'économie sociale et solidaire : associations, services publics territoriaux, organismes mutualistes et fondations.

Un réseau de taille

UNA fédère près de 700 structures (2 000 implantations ou établissements) employant plus de 80 000 professionnels de l'aide et des soins à domicile et intervenant auprès de plus de 550 000 personnes fragiles. Ces structures gèrent principalement des SAAD, SPASAD, SSIAD mais aussi des centres de santé infirmiers ou polyvalents, des services d'HAD, des accueils de jour etc.

Une force politique et d'innovation

Dans le cadre des stratégies nationales mises en œuvre par le gouvernement, UNA réaffirme le rôle clé des acteurs du domicile dans la transformation de notre système de santé, le virage ambulatoire, et l'essor de la prévention.

Depuis plus de 10 ans, UNA accompagne son réseau dans le cadre d'un programme de modernisation soutenu par la CNSA afin de moderniser, d'outiller et de développer l'offre de service d'aide et d'accompagnement à domicile (le dernier programme de modernisation était centré sur l'aide et le soin, le handicap, les ressources humaines, la gestion, les systèmes d'information et les mutualisations).

Forts de leurs capacités d'expérimentation et d'innovation, UNA et ses adhérents proposent de nouvelles solutions à même de relever les défis d'inclusion et de transformation de l'offre.

Notre réseau compte ainsi près de 130 SPASAD sur les 338 SPASAD intégrés du territoire français. De nombreux projets innovants sont portés sur les territoires : des Transi-SSIAD et SSIAD d'urgence, des habitats inclusifs, des Equipe Mobiles d'Accompagnement et de Soutien aux Aidants à Domicile ou encore des Dispositifs Innovants de Vie à Domicile.

Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Les « Equipes Prêtes à Partir » seront mises en œuvre par des **gestionnaires de services** adhérents à l'UNA avec l'appui de l'équipe de l'UNA nationale :

- Anjou Accompagnement (Angers)
- Eliad (Besançon)
- Fedosad (Dijon)
- Mutualité Bourguignonne SSAM (Dijon)

Ces structures gèrent une **grande diversité de services et d'établissements médico-sociaux ou sanitaires** parmi lesquels notamment des :

- Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) et des Équipes spécialisées Maladies Neuro Évolutives (MNE)
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)
- Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)
- Services d'hospitalisation à domicile (HAD)
- Centres de soins infirmiers (CSI), centres de santé
- Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)
- Dispositifs innovants de soutien à la vie à domicile
- Accueils de jour
- EHPAD

Ces services gestionnaires, de par la diversité de leur palette de prestations visant à soutenir et à accompagner la vie à domicile et de par l'étendue de leur zone d'intervention, constituent des acteurs dans leur territoire des acteurs médico-sociaux pivots.

Le projet associe de manière étroite les **établissements situés dans les zones d'intervention géographique** (centres hospitaliers et/ou des cliniques) de ces structures d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile qui ont marqué leur engagement et leur participation active dans le projet à savoir :

- CH d'Angers – partenariat avec Anjou Accompagnement
- Hôpital de Besançon – partenariat avec Eliad
- La clinique Bénigne JOLY - établissement de la MFBSSAM
- GHT de Dijon – partenariat avec la FEDOSAD et la Mutualité Bourguignonne SSAM

Le partenariat à développer avec ces établissements vise à organiser la réponse d'aval à l'hospitalisation par l'identification et l'orientation de patients vers le dispositif « Equipe prête à partir » pour permettre le retour au domicile des usagers dès que leur situation de santé ne nécessite plus leur hospitalisation complète.

L'expérimentation du dispositif sera aussi menée en lien et avec le soutien des autorités de tutelles et financeurs de ces structures (Conseil Départemental et ARS).

D'autres partenariats pourront également être noués pour favoriser l'organisation du relai auprès des services et équipes de droit commun comme avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination, SAAD et SSIAD du territoire ou encore les professionnels de santé libéraux.

Les coordonnées du porteur et des partenaires sont renseignées en Annexe 1 et les lettres d'engagement des porteurs en Annexe 7.

Sommaire

I.	Contexte et Constats	7
1.	Eléments de contexte et de constats	7
	Les ré-hospitalisations évitables : prévalence et rôle majeur du niveau d'autonomie et des facteurs socio-économiques	7
	L'allongement des durées de séjours faute de solution mobilisable en aval de la sortie d'hôpital	9
	La dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.....	9
	L'épuisement des aidants.....	10
	Repenser l'articulation entre l'hôpital et les services d'aide et de soin à domicile : un impératif pour une gestion efficiente des crises sanitaires	10
2.	Une réponse insuffisante et non adaptée au besoin en soutien à l'autonomie en sortie d'hospitalisation	10
	Des réponses insuffisantes aux besoins d'accompagnement à l'autonomie des personnes en sortie d'hospitalisation.....	10
	Les SAAD, SPASAD, SSIAD, acteurs essentiels du soutien à l'autonomie aux moyens limités pour offrir un accompagnement global et en urgence à la sortie d'hospitalisation	11
II.	Objet de l'expérimentation (Résumé).....	13
III.	Objectifs	13
1.	Objectifs stratégiques.....	13
2.	Objectifs opérationnels	14
IV.	Description du projet	14
1.	Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils).....	14
	Prestations proposées, phases et modalités d'intervention.....	14
	Organisation	22
	Durée de la prise en charge.....	22
	Partenaires	24
2.	Population Cible	25
3.	Effectifs concernés par l'expérimentation	28
4.	Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation.....	30
5.	Terrain d'expérimentation	31
6.	Durée et séquençage de l'expérimentation.....	45
7.	Gouvernance et suivi de la mise en œuvre	46
V.	Financement de l'expérimentation	46
1.	Modèle de financement.....	46
2.	Modalité de financement de la prise en charge proposée	46

3.	Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles.....	50
4.	Besoin de financement.....	51
VI.	Déroghations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation	54
VII.	Impacts attendus.....	56
VIII.	Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées	57
IX.	Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation.....	59
X.	Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel	59
XI.	Liens d'intérêts	60
XII.	Éléments bibliographiques / expériences étrangères.....	60
	Annexe 1. Coordonnées du porteur et des partenaires.....	
	Annexe 2. Illustration du parcours d'un patient en sortie d'hospitalisation (patient anonymisé).....	
	Annexe 3. État des possibilités de prise en charge financière et délais d'obtention pour mettre en œuvre le service	
	Annexe 4. Exemples de projets au sein du réseau UNA.....	
	Annexe 5. Vignettes cliniques	
	Annexe 6. Catégories d'expérimentations	
	Annexe 7. Lettre d'engagement des Conseils Départementaux et établissement de santé partenaires	
	Annexe 8. Liste des indicateurs à analyser dans la phase d'expérimentation.....	

I Contexte et Constats

1. Eléments de contexte et de constats

Les aléas de la vie, indépendamment de leur âge, de leur handicap ou de leur situation familiale, peuvent conduire les personnes à être hospitalisées. Si le développement de la médecine ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile (HAD) conduit à réduire les durées d'hospitalisation et à permettre des traitements en ville, gérés antérieurement au sein de structures sanitaires, la sortie d'hospitalisation d'une personne fragilisée demeure un moment charnière.

Dans le parcours de santé de ces patients fragilisés par l'âge, la maladie ou le handicap, cet « interstice » représente une période à risque où se jouent des difficultés à la fois matérielles et psychologiques. A sa sortie d'hospitalisation et à son retour au domicile, une personne subissant une diminution de son autonomie passagère ou durable peut avoir perdu sa capacité à réaliser seule des actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, manger), se retrouver dans un environnement et un logement inadapté à ses pertes de capacités ou encore être fragilisée psychologiquement par la dégradation de son état de santé et par son hospitalisation.

Les acteurs du domicile que sont les SAAD, SSIAD et SPASAD sont les réguliers témoins des effets négatifs induits par la mauvaise gestion de ces épisodes. Les enjeux sont majeurs en termes socio-économiques du fait des problématiques de **ré-hospitalisation, d'allongement des durées de séjour, de risques de dépendance iatrogène, d'épuisement des aidants.**

Les ré-hospitalisations évitables : prévalence et rôle majeur du niveau d'autonomie et des facteurs socio-économiques

Si les réhospitalisations les plus proches de l'hospitalisation initiale semblent être liées à la qualité des soins au cours du séjour, les réadmissions plus éloignées seraient liées à la prise en charge par le premier recours et à la coordination entre acteurs de ville et l'hôpital au niveau d'un territoire. Ainsi, des indicateurs de réhospitalisation à 30 jours permettraient d'apprécier la capacité des acteurs de santé d'un territoire à prendre en charge un patient en sortie d'hospitalisation. Ils attestent donc davantage de la performance du système de santé que de celle des établissements de santé. En 2015, près de 8 millions de personnes ont été hospitalisés et **12% ont connu un épisode de ré hospitalisation à 30 jours**. Le taux de **réhospitalisation augmente avec l'âge**, il atteint 16,3% pour les patients âgés de 65 ans et plus et 18,4% pour les patients âgés de 75 ans et plus¹.

De même les hospitalisations évitables concernent principalement les populations fragiles âgées. En effet, concernant les hospitalisations potentiellement évitables, le taux national moyen en 2015 est de :

- 6,1 ‰, pour les + de 18 ans,
- 21,6 ‰ pour les + de 65 ans,
- 33,1‰ pour les + de 75 ans².

¹ DGOS/ ATIH, Les ré-hospitalisations à 30 jours : guide méthodologique de calcul de l'indicateur et présentation des principaux résultats, mars 2018

https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf - rh30 - 2018_03_20.pdf

² DGOS/ATIH, Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) : guide méthodologique de calcul de l'indicateur et présentation des principaux résultats, mars 2018

Des travaux de recherche soulignent **l'impact du niveau d'autonomie et du statut fonctionnel des patients ainsi que des facteurs socio-économiques** sur le nombre de ré-hospitalisations.

Une revue de littérature réalisée par la DGOS et l'ATIH³ met ainsi en avant que :

- Si les **déterminants socio-économiques** ont un impact reconnu sur la santé des individus, des publications récentes ont aussi montré leur lien avec les réadmissions. La précarité de la population, parce qu'elle est associée à une moindre adhésion aux traitements et aux recommandations de sortie d'hospitalisation, ainsi qu'à des ressources limitées pour accéder à l'offre de soins, est mise en évidence comme facteur explicatif des réhospitalisations.
- Les **troubles fonctionnels des personnes sont liés à un risque accru de réadmission à 30 jours**, toutes causes, chez les patients âgés de plus de 65 ans dans une étude américaine récente. Une autre étude suggérait de prendre en compte le statut fonctionnel du patient pour évaluer son risque de réhospitalisation. Ces travaux soulignent l'importance de prendre en compte l'autonomie des patients pour agir sur les réhospitalisations à 30 jours.

En ce sens, la HAS dans le cadre de ses travaux portant sur la réduction du risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées⁴ préconise que l'évaluation du risque de ré-hospitalisation soit fondée sur **l'évaluation globale de la situation du patient et non seulement sur son âge ou sa pathologie**. Elle précise que s'il n'existe pas de modèle unique de prédiction suffisamment fiable, il est nécessaire de se baser sur la présence des critères suivants, qui sont associés à un risque élevé de réhospitalisation précoce :

- Certaines pathologies : une hospitalisation en rapport avec une insuffisance cardiaque, une pneumonie ou une exacerbation de BPCO, un syndrome coronaire aigu ;
- **Un « syndrome gériatrique » selon la présence d'un de ces facteurs : dénutrition, dépression, chute, confusion mentale, escarre ;**
- **L'existence d'une dépendance préexistante à l'hospitalisation selon l'anomalie d'au moins une activité de la vie quotidienne (AVQ)**, en particulier d'une incapacité à se nourrir soi-même de survenue récente ;
- **Une situation sociale (précarité, isolement) défavorable.**
- Un antécédent d'hospitalisation non programmée depuis 6 mois ;

Or ces ré-hospitalisations ont un impact social et financier considérable. A ce titre, une contribution du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) au débat sur la dépendance des personnes âgées⁵ faisait état que « des expérimentations régionales (de type « transi-SSIAD ») pourraient reposer sur un mécanisme de fongibilité permettant de financer ces prises en charge temporaires à partir de la base des économies réalisées sur des journées en MCO ou en SSR ».

<https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf - guide hpe 2018 03 20.pdf>

³ DGOS/ATIH, Les réhospitalisations à 30 jours (RH30) : guide méthodologique de calcul de l'indicateur et présentation des principaux résultats, mars 2018

<https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf - rh30 - 2018 03 20.pdf>

⁴ HAS, Points-clés : Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ?, juin 2013

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf

⁵ HCAAM, Assurance maladie et perte d'autonomie : Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, 2011

L'allongement des durées de séjours faute de solution mobilisable en aval de la sortie d'hôpital

Le sujet de l'allongement des durées de séjour faute de solution rapidement mobilisable et adapté pour la sortie d'hospitalisation est un enjeu crucial pour les établissements de santé. Ce sujet est ainsi ressorti lors de la concertation « Grand Age et autonomie ». Comme le soulève le rapport de l'atelier dédié à la concertation « Hôpital et personne âgée ⁶ » : « la transition hôpital-domicile est un moment délicat dès lors que la personne âgée présente un état de santé stabilisé mais nécessite la mise en place d'une aide à domicile ou un aménagement du logement qui ne peut se mettre en place rapidement. La personne âgée demeure alors hospitalisée dans des conditions non satisfaisantes. »

Des études montrent que la planification personnalisée de la sortie des personnes âgées pendant leur hospitalisation pour raison médicale permet de réduire de 9% leur durée de séjour (et de 18% le risque de réhospitalisation) ⁷.

La dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation

L'hospitalisation constitue pour les personnes âgées une étape critique qui les expose à un risque de perte d'autonomie. Ce sujet a été documenté par la HAS dans des travaux sur « Limiter la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées »⁸ qui souligne notamment l'importance de la prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées.

Lors d'une hospitalisation, une personne âgée peut perdre ses capacités à réaliser seule certaines activités de base de la vie quotidienne comme se lever, marcher, s'habiller, manger... Cette perte d'autonomie qui survient durant l'hospitalisation peut être due à plusieurs facteurs intriqués : certains sont liés au patient lui-même (sa pathologie et son état de santé avant l'hospitalisation), d'autres sont dus aux modalités de soins et à l'environnement hospitaliers. A propos de ces derniers, on parle de **dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation**, un phénomène en grande partie évitable qui concerne près de 10 % des personnes hospitalisées. Le travail de la HAS⁹ préconise la mise en place d'actions d'amélioration dans les services hospitaliers recevant des personnes âgées pour prévenir, suivre et traiter les 6 causes principales de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation : **le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire de novo et les effets indésirables des médicaments**. Des actions simples et de bon sens sont recommandées, telles que favoriser la mobilité du patient, éviter les périodes de jeûne injustifiées, réévaluer l'utilité des différents traitements médicamenteux...

⁶ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf

⁷ HAS, Note méthodologique : Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? 2013 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe_methodo_rehospitalisations_evitables_vf.pdf

⁸ HAS, Limiter la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées, 2017 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801383/fr/limiter-la-perde-d-autonomie-des-personnes-agees-hospitalisees

⁹ HAS, Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation, 2017 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_l_hospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf

Il est essentiel que ce travail soit poursuivi à la sortie d'hôpital et en relai pour poursuivre la démarche de réduction des risques de dépendance. A ce titre, au regard des facteurs principaux de dépendance iatrogène, on ne peut que souligner le rôle essentiel des services d'aide et des soins à domicile qui interviennent pour soutenir la mobilisation des personnes, accompagner la prise de repas....

L'épuisement des aidants

Les proches aidants peuvent intervenir tant dans l'organisation du parcours de la personne (recherche de solution), dans la réalisation des démarches que dans l'aide au quotidien (courses, surveillance...). Le risque d'épuisement des aidants est particulièrement marqué pour les personnes fragiles vivant dans un domicile individuel et d'autant plus dans les situations de « crise » comme une hospitalisation qui viennent de manière temporaire ou permanente impacter le niveau d'autonomie de ces personnes.

Le projet, de manière indirecte, permettra de prévenir l'épuisement des aidants, en d'une part, proposant une réponse à la sortie d'hospitalisation de leur proche, leur évitant de fait de devoir assumer ce rôle et d'autre part, de manière directe, en identifiant les risques d'épuisement des aidants et assurant si nécessaire leur orientation.

Repenser l'articulation entre l'hôpital et les services d'aide et de soin à domicile : un impératif pour une gestion efficace des crises sanitaires

La crise sanitaire du COVID-19 est venue renforcer la nécessité d'assurer une plus grande fluidité des sorties d'hospitalisation pour soulager le système de santé. Pendant cette crise sans précédent, les services à domicile se sont organisés et ont été présents pour prendre en charge des patients atteints du Covid-19 ou non en sortie d'hospitalisation afin de libérer des lits d'hôpitaux.

Cette épidémie a cependant mis en exergue toutes les difficultés engendrées par le cloisonnement du sanitaire et du médico-social pour une gestion optimale de la crise sanitaire et plus largement pour une prise en soin fluide et coordonnée des patients (en période de crise ou non).

A ce titre, l'articulation et la coordination avec les professionnels de santé de ville et les acteurs médico-sociaux sont essentiels. Notre projet vise ainsi à renforcer cette articulation entre établissement de santé et services d'aide et de soin à domicile dans la gestion des sorties d'hôpital en urgence.

2. Une réponse insuffisante et non adaptée au besoin en soutien à l'autonomie en sortie d'hospitalisation

Les éléments précédents montrent le rôle essentiel joué par le niveau d'autonomie, l'environnement et la situation sociale de la personne lors de son retour à domicile. On note cependant une incapacité du système de santé, tant sur le plan financier qu'opérationnel, à formuler une réponse efficace à ces besoins et à sécuriser le retour des personnes notamment, dès les premières heures.

Des réponses insuffisantes aux besoins d'accompagnement à l'autonomie des personnes en sortie d'hospitalisation

Les réponses aux sorties d'hospitalisation¹⁰ qui existent aujourd'hui montrent leurs limites à proposer des solutions adaptées, en particulier pour les personnes en situation complexes : isolées, présentant des troubles du comportement, une dépendance iatrogène, dans un logement inadapté... Ces situations appellent bien souvent l'intervention de plusieurs professionnels du soin mais aussi de l'aide, devant intervenir dans des délais très courts après le retour à domicile.

Si de nombreux dispositifs ont été créés pour faciliter le retour à domicile des personnes âgées, ceux-ci restent centrés sur le suivi médical de ces sorties. Par exemple, le dispositif Prado développé par l'Assurance Maladie pour les personnes âgées comprend la proposition de mise en relation avec le service social de l'Assurance Maladie qui peut être complétée par la mise en place, si nécessaire, d'une aide à la vie (aide-ménagère et/ou portage de repas).

D'autres dispositifs ont pour objectif la **coordination des acteurs participant à ces sorties d'hospitalisation**. Les dispositifs de coordination déployés depuis quelques années comme les PAERPA, les MAIA ou plus récemment les plateformes d'appui (PTA) concourent ainsi à renforcer l'efficacité des professionnels de santé et mieux appréhender la gestion de cas complexes. Pour autant, ils n'apportent pas **de réponse pratique, ponctuelle voire urgente pour garantir la réactivité indispensable à la mise en œuvre de solutions aux domiciles des personnes tant dans les aides quotidiennes aux actes essentiels, qu'aux activités domestiques et aux soins à la sortie de l'hôpital**.

Un des objectifs du dispositif PAERPA « parcours de santé des aînés » était ainsi de sécuriser la sortie d'hôpital. Dans un rapport au Parlement sur l'expérimentation PAERPA piloté par Dominique Libault, il est souligné l'importance de **consolider les réponses de sortie d'hospitalisation classique tels que les SAAD, SSIAD, SPASAD, et les dispositifs innovants de sortie d'hospitalisation comme les dispositifs transitoires ou interstitiels** et particulièrement les réponses en urgence des personnels d'aide à domicile des SSIAD et SPASAD. Il est intéressant de noter que, s'agissant du bilan réalisé au sujet des équipes mobiles gériatriques (EMG), le rapport indique que l'ANAP et les ARS ont identifié « des difficultés relatives au suivi des orientations formulées : **l'offre d'aval ne permet pas toujours de respecter les préconisations de l'EMG et d'autre part, les EMG manquent de visibilité sur le suivi effectif de leurs préconisations.** ».

Différentes études et rapports révèlent d'ailleurs la persistance de l'absence d'articulation des professionnels et des établissements sanitaires et médico-sociaux lors de la sortie de l'hôpital, source majeure du manque de qualité et d'efficacité du système. Il est indéniable que les fonctionnements et financements actuels cloisonnés entre HAD, SSIAD, SAAD, professionnels de santé libéraux et centres de santé (rémunérés à l'acte) ne favorisent pas l'organisation d'un accompagnement sécurisé, souple, global et réactif en sortie d'hospitalisation.

Les SAAD, SPASAD, SSIAD, acteurs essentiels du soutien à l'autonomie aux moyens limités pour offrir un accompagnement global et en urgence à la sortie d'hospitalisation

Les deux principales problématiques auxquelles sont confrontés les acteurs de l'intervention à domicile pour offrir un véritable accompagnement de la sortie d'hospitalisation sont :

- pour l'aide à domicile : l'insuffisance du financement et le manque de disponibilité du personnel

¹⁰ En annexe 4 : Exemples de services au sein du réseau UNA

- pour le soin à domicile : le nombre insuffisant de places, le manque de personnel diplômé et, dans une moindre mesure, l'ajustement du financement.

La plupart des gestionnaires des structures d'aide à domicile sont, en conséquence, dans **l'incapacité de mettre en œuvre des interventions adaptées dans les premières heures de la sortie**. Faute de pouvoir affecter un personnel dédié à cette tâche, certaines structures agglomèrent des dispositifs en fonction de leur palette de services et des salariés disponibles, notamment en période de tension (le vendredi soir par exemple ou pendant le week-end), d'autres coopèrent avec des structures voisines et de droit commun, certaines refusent même d'intervenir devant la difficulté des prises en charge (niveau de dépendance, manque de matériel médicalisé, prise en charge financière non assurée pour les SAAD par exemple...).

En SSIAD, les places habituelles pour les soins d'hygiène sont limitées en nombre et les demandes traditionnelles sont nombreuses, ce qui laisse peu d'opportunités pour répondre aux demandes d'intervention d'urgence, dont l'impact financier n'est pas neutre : même si la disponibilité en places permet la prise en charge, le financement traditionnel des actes infirmiers s'avère également insuffisant, en particulier pour les sorties des patients aux pathologies importantes.

En SAAD, le manque de visibilité sur les prises en charge financières pour la réalisation des actes de la vie quotidienne est un véritable frein ; il ne permet pas d'organiser des équipes « prêtes à partir » spécifiquement dédiées à la sortie d'hospitalisation par exemple. En effet, les délais d'obtention des prises en charge financières sont variables en fonction des territoires et des politiques des départements (les mesures légales d'urgence pour l'APA¹¹ ou la PCH ne sont pas toujours respectées). L'autre obstacle pour les SAAD est le niveau de financement de ces prestations, qu'il s'agisse de celui des départements (montant d'APA et de PCH), des régimes de retraites ou des mutuelles pour la déclinaison de certains de leurs dispositifs.

Curieusement, les dispositifs de droit commun en matière d'action sociale¹² ne résolvent pas, de façon efficiente, les problèmes rencontrés dans ces moments si particuliers de la sortie de l'établissement de santé. À partir de ces constats et de cette réalité, les réponses par les services prestataires sont organisées au cas par cas, en fonction des moyens financiers alloués, de la réactivité pour leur attribution (carence), des autres délais administratifs pour obtenir la connaissance des droits de chaque personne, des disponibilités de salariés formés.

Voir annexe 2 : illustration du parcours d'un patient en sortie d'hospitalisation, annexe 3 : état des possibilités de prises en charge en sortie d'hospitalisation, annexe 4 : exemple de dispositifs innovants pour la sortie d'hospitalisation au sein du réseau UNA.

Face aux constats partagés entre les services aux domiciles et les établissements de santé, des enjeux posés par les sorties d'hospitalisation et de l'insuffisante réponse de notre système de santé, UNA et ses adhérents porteurs du projet dans les territoires proposent une réponse innovante à l'accompagnement des sorties d'hospitalisation de personnes rencontrant une perte d'autonomie passagère ou durable.

¹¹ APA : allocation personnalisée d'autonomie

¹² En annexe 3, sont repris les délais moyens des prises en charges possibles en fonction des publics

II. **Objet de l'expérimentation (Résumé)**

Le dispositif « équipe prête à partir » intervient au domicile des personnes sortant d'hospitalisation et dont l'état de santé, le niveau d'autonomie et les conditions de vie rendent nécessaires un accompagnement en aide et en soins à son domicile et ce dès les premières heures afin de sécuriser la sortie d'hospitalisation.

Une réponse réactive

Ce dispositif peut accompagner des personnes en sortie d'hôpital sous 6 heures ouvrées après la sollicitation de l'établissement de santé.

L'innovation de ce dispositif consiste ainsi en la capacité de ses équipes à répondre de façon très réactive dès l'annonce de la sortie du service de soin et à être présentes dans les domiciles des personnes dès les premières heures de leur retour au domicile.

Une réponse globale aux besoins de soutien à l'autonomie en sortie d'hôpital

Le dispositif propose une palette élargie de prestations visant à la sécurisation de la sortie d'hospitalisation que sont : un accompagnement et une aide dans les actes de la vie quotidienne, des soins de nursing et soins infirmiers, un accès aux droits et un soutien administratif, des soins de maintien et de développement des capacités fonctionnelles, la prévention des risques liées à la perte d'autonomie, un soutien à l'accès aux aides techniques et à l'aménagement du domicile et enfin le soutien aux aidants.

A cette fin, le dispositif s'appuie sur une équipe pluri-professionnelle (infirmier coordinateur, accompagnant éducatif et social, aide-soignant, infirmier, ergothérapeute, travailleur social, psychologue) intervenant 7 jours sur 7 et de 7h à 21h.

Une réponse interstitielle et organisant la transition avec les dispositifs au long cours de soutien à l'autonomie

Ce dispositif est par essence un maillon interstitiel entre le séjour hospitalier, au sens large, et le domicile. Les « équipes prêtes à partir » interviennent jusqu'à 30 jours maximum à la suite de la sortie d'hospitalisation. Elles visent à couvrir toute la période suffisante à la stabilisation de la situation jusqu'à la mise en place éventuelle des relais.

Une de leurs missions est d'organiser, en lien avec les dispositifs de coordination du territoire, la mise en place de solutions pérennes pour les personnes ayant besoin d'un accompagnement sur le long terme. Aussi, les équipes prêtes à partir viennent en complémentarité avec les dispositifs existants.

III. **Objectifs**

1. Objectifs stratégiques

L'enjeu du projet est d'améliorer la **qualité et la pertinence de la réponse du système de santé** en matière de sortie d'hospitalisation et de transition hôpital/ domicile.

Les **objectifs stratégiques** sont de trois ordres :

- En termes d'expérience usagers et de qualité de l'accompagnement :
Améliorer l'expérience de la personne et de ses proches au moment clé du retour à domicile après hospitalisation
- En termes d'organisation du système de santé :
Garantir la continuité du parcours de santé et assurer l'articulation et la coordination entre les acteurs de ville et de l'hôpital
- En termes d'efficience et de durabilité du système de santé :
Optimiser l'offre de soins (limiter le nombre de réhospitalisations évitables et l'allongement des durées du séjour)

2. Objectifs opérationnels

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels
Améliorer l'expérience de la personne et de ses proches au moment clé du retour à domicile après hospitalisation et éviter les ruptures de parcours	<ul style="list-style-type: none"> • Sécuriser le retour aux domiciles des personnes hospitalisées en proposant une intervention sans délai et dès le retour au domicile de la personne • Apporter une réponse globale et coordonnée aux besoins des personnes en sortie d'hospitalisation • Soutenir les aidants et l'entourage, prévenir leur isolement et leur épuisement
Garantir la continuité du parcours de santé et assurer l'articulation et la coordination entre les acteurs de ville et de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer aux services hospitaliers une solution pour sécuriser les sorties d'hospitalisation et désengorger les services hospitaliers, y compris en se chargeant des sorties du service des urgences ou des sorties d'hospitalisations plus sociales que sanitaires, • Donner aux services d'aide et de soins à domicile la capacité de répondre sans délai aux demandes de sorties d'hospitalisation urgentes • Contribuer à l'articulation entre les services hospitaliers et les services d'aide et de soins à domicile en structurant la sortie d'hospitalisation des personnes fragilisées
Optimiser l'offre de soins (limiter le nombre de réhospitalisations évitables et lutter contre l'allongement des durées du séjour)	<ul style="list-style-type: none"> • Construire une réponse à la sortie d'hospitalisation moins dispendieuse et plus efficiente • Agir sur les facteurs ayant un impact sur les réhospitalisations évitables (RHE) • Apporter une réponse d'accompagnement à domicile en sortie d'hospitalisation afin de réduire l'allongement des durées de séjour pour raisons non médicales

IV. Description du projet

1. Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils)

Prestations proposées, phases et modalités d'intervention

Descriptifs des prestations proposées

Le dispositif mettra en œuvre auprès des usagers **les prestations suivantes en sortie d'hospitalisation** :

1. Accompagnement et aide dans les actes de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> • Aide au lever et aide au coucher • Aide à la toilette, à l'habillage et au déshabillage • Préparation du logement en vue de la sortie d'hôpital • Préparation des repas et aide à la prise de repas • Entretien du logement et du linge • Courses/ récupération des médicaments à la pharmacie • Aide à la mobilité • Aide à la prise de médicaments • Mobilisation des capacités physiques et cognitives des personnes accompagnées dans les activités de la vie quotidienne
2. Soins de nursing et soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> • Soins liés à la toilette, l'hygiène et aux fonctions d'élimination • Soins techniques infirmiers • Administrations de médicaments • Surveillance de l'état de santé, des signes de douleurs et de détresse • Mobilisation des capacités physiques et cognitives
3. Accès aux droits et soutien administratif	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation des besoins de la personne et identification des solutions adaptées • Aide à l'ouverture des droits le cas échéant
4. Bilan et soins de maintien et de développement des capacités fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Séances d'ergothérapeute visant à la rééducation et à la réadaptation • Séances avec un psychologue de soutien et d'accompagnement
5. Prévention des risques liés à la perte d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance et prévention des risques liés à la perte d'autonomie et notamment : déshydratation et dénutrition, risques d'escarre, risques de chutes, syndrome de glissement • Orientation au besoin
6. Accès aux aides techniques et à l'aménagement du domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement à l'acquisition, l'appropriation et l'utilisation des aides techniques • Repérage des besoins d'aménagement du domicile et mobilisation des dispositifs d'aide à l'adaptation du logement au besoin
7. Soutien aux aidants	<ul style="list-style-type: none"> • Repérage des aidants en difficultés • Ecoute et orientation au besoin

Afin d'organiser la réponse aux besoins des personnes mais aussi d'organiser la sortie du dispositif, ce dernier mettra en œuvre les prestations suivantes :

8. Organisation de la réponse en urgence à la sortie d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Proposition d'une réponse à la sortie d'hospitalisation dans les 6 heures suivant la demande de l'hôpital • Intervention auprès du patient dès sa sortie d'hospitalisation • Organisation du relai en amont avec l'équipe hospitalière en vue d'assurer la fluidité et la continuité de l'accompagnement
---	--

9. Evaluation des besoins et élaboration d'un plan d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation des besoins et des attentes de la personne accompagnée, des risques de perte d'autonomie, réhospitalisation • Elaboration d'un plan individualisé d'aide et de soin • Suivi et adaptation du plan d'intervention en continu
10. Coordination du parcours	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination avec les autres acteurs impliqués dans le retour à domicile en complémentarité du dispositif : <ul style="list-style-type: none"> o Acteurs de santé : médecin traitant, centres de soins, podologue etc. o Prestataires de service : prestataire de livraison de repas à domicile, fournisseur de système de télésurveillance et fournisseurs de matériel médicalisé • Organisation et suivi des rendez-vous médicaux et paramédicaux au besoin • Organisation du relai en aval de l'intervention de l'équipe prête à partir avec les différents professionnels de santé et acteurs de l'accompagnement à domicile (SAAD, SSIAD, IDEL...) de « droit commun »

Descriptif du parcours type

Etape 1 : Repérage et entrée dans le dispositif

1.1 Identification d'un patient éligible au dispositif

Le dispositif est sollicité par **le service social de l'établissement de santé, son équipe mobile de gériatrie ou directement par un service médical** qui identifie une personne dont les incapacités (temporaires ou permanentes) ne lui permettent pas un retour à domicile sans une intervention et un accompagnement spécifique.

Le dispositif est sollicité de préférence avant la sortie d'hospitalisation souhaitée par l'établissement de santé afin de préparer au mieux la sortie. Le service social de l'établissement de santé en fonction de l'urgence de la situation sollicite le service par téléphone ou par mail. L'« équipe prête à partir » sera **joignable au moins 5 jours sur 7 aux heures ouvrables** et devra proposer une réponse d'accompagnement (sous conditions d'éligibilité des personnes au dispositif) **sous 6 heures ouvrées**.

Le **premier contact** entre l'établissement de santé (service social ou équipe de soins) et l'Equipe Prête à Partir visera à **l'évaluation de l'éligibilité de la personne pour entrer dans le dispositif (cf. critères de résidence, de disponibilité de ressources et de besoin d'accompagnement précisés en 2/ population cible)**.

Il est important de souligner que les critères considérés sont souvent interdépendants et doivent s'apprécier ensemble (exemple : la capacité/ l'incapacité à prendre les repas s'apprécie au regard de la présence d'un aidant au domicile, la capacité/ incapacité à réaliser sa toilette s'apprécie en fonction de l'adaptation du logement etc.).

Afin de mieux connaître la situation du bénéficiaire et d'évaluer son éligibilité, le service de l'hôpital et/ou l'équipe prête à partir prendront contact avec les services ou professionnels prenant éventuellement en charge l'usager en amont de son entrée à l'hôpital.

L'établissement de santé présente au patient le dispositif et les modalités d'intervention à partir d'un **document type transmis par l'Equipe prête à partir** et recueille son consentement à la prise en charge par le dispositif.

A noter : L'entrée dans le dispositif pourra aussi se faire via un partenaire externe à l'hôpital comme les Dispositifs d'Appui à la coordination (DAC), les MAIA, les autres SAAD du territoire notamment le SAAD prenant en charge habituellement la personne mais dans l'incapacité d'assurer son retour au domicile L'« équipe prête à partir » prendra alors contact avec l'établissement de santé pour décider collégalement de l'entrée dans le dispositif.

1.2 Evaluation préalable des besoins et organisation de la sortie d'hôpital

En même temps que l'analyse de l'éligibilité du patient, **une évaluation préalable des besoins et des risques liés à la perte d'autonomie est réalisée** grâce à un questionnaire, renseigné conjointement par l'équipe prête à partir et l'hôpital lors de ce premier contact téléphonique.

Objectifs de l'évaluation

Cette évaluation servira à la bonne transmission des informations entre l'établissement de santé et l'« équipe prête à partir » afin d'assurer la qualité et la continuité de la prise en charge à domicile. Cette évaluation permettra de déterminer si des actions sont à mettre en œuvre dans l'immédiat afin d'assurer le retour au domicile.

Contenu de l'évaluation

Cette évaluation consistera en une analyse des besoins d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des besoins en soins et des risques liés à la perte d'autonomie.

A la suite, plusieurs actions seront mises en œuvre :

- L'établissement de santé produira **une prescription médicale**,
- L'équipe prête à partir organisera le **retour de la personne à partir des éléments recueillis**

Etape 2 : Accompagnement sécurisé à la sortie d'hôpital

Les membres de l'équipe du dispositif interviendront en fonction des besoins **7 jours sur 7 de 7h à 21h**.

2.1 Sécurisation des premières heures du retour au domicile

Un **membre de l'équipe** est présent au domicile du patient à son arrivée. Le personnel mobilisé est choisi en fonction des éléments recueillis lors de l'évaluation préliminaire (aide à domicile, aide-soignant, infirmière coordinatrice).

Au moment de la sortie, le dispositif est en mesure, si besoin, d'accompagner la personne dans les démarches administratives relatives au transport entre l'établissement de santé et son domicile. L'intervenant reste avec la personne aussi longtemps que nécessaire le jour du retour. Cette première intervention visera notamment à la sécurisation de la première nuit au besoin (planification d'une présence au coucher et au lever, mobilisation d'un service de garde itinérante...).

En cas de nécessité et pour s'assurer de la faisabilité du retour à domicile dans de bonnes conditions, **des interventions peuvent être réalisées en amont** telles que la récupération des médicaments à la pharmacie, ou encore la réalisation d'une visite à domicile en présence des proches pour vérifier la présence des aides techniques nécessaires, la propreté et l'approvisionnement du logement.

2.2 Une évaluation multidimensionnelle, la proposition d'un plan d'accompagnement et d'un plan de sortie

A l'occasion de la première intervention ou des suivantes, un membre de l'équipe complète **l'évaluation des besoins** permettant de :

- finaliser l'évaluation des risques de perte de l'autonomie et de ré-hospitalisation
- définir le plan individualisé d'accompagnement, la durée prévisionnelle de la prise en charge, les intervenants interne et externe qu'il faudra mobiliser
- d'anticiper la sortie du dispositif.

Le **plan individualisé d'intervention est réalisé** avec la personne concernée et avec ses proches si elle le souhaite. Le cas échéant, l'équipe prendra contact avec les structures et professionnels accompagnant à domicile la personne concernée avant son hospitalisation afin, selon les situations, de réaliser les transmissions d'information nécessaires, coordonner les interventions et préparer la sortie du dispositif. La prise de contact avec le médecin traitant sera systématique afin d'évaluer la situation des personnes et notamment le risque de dépendance iatrogénique et d'organiser la visite du médecin au retour du domicile de la personne.

En fonction des besoins identifiés, trois forfaits sont mobilisables pour accompagner le retour à domicile après hospitalisation (cf. partie « durée de prise en charge ») :

- **Forfait sécurisation de la sortie – 5 jours**
- **Forfait transition – 15 jours (+ 10 jours)**
- **Forfait accompagnement renforcé - 30 jours (+ 15 jours)**

Modalités de passage d'un forfait à l'autre

En première intention, c'est un forfait de 5 jours ou 15 jours qui est prescrit conjointement par l'hôpital et « l'Equipe prête à partir ». Un bilan est réalisé à J+3 ou +4 jours par l'équipe prête à partir pour décider de l'opportunité de poursuivre avec un forfait transition de 15 jours.

En amont de la fin du forfait 15 jours, un bilan est réalisé afin d'évaluer s'il est nécessaire de continuer la prise en charge du fait de la complexité de la situation ou de l'absence de solution dans le droit commun, et donc de passer à un forfait 30 jours.

Le plan individualisé d'accompagnement vise aussi à anticiper **la sortie du dispositif avec :**

- L'identification et la proposition des solutions de sortie de dispositif à la personne concernée,
- Un accompagnement dans les démarches nécessaires : demande de mise en place d'un dispositif de téléalarme, ouverture de droits (APA, PCH), demande d'entrée en EHPAD, etc.

L'infirmière coordinatrice prend aussi contact avec le **médecin traitant du patient et les autres acteurs impliqués dans le retour à domicile du patient (acteurs de santé, prestataires de service) afin de s'assurer de la bonne coordination des interventions.**

La sortie du dispositif

La sortie du dispositif et la recherche de solutions d'aval fait l'objet d'un travail particulier de l'équipe prête à partir dès l'entrée dans le dispositif. A cette fin, pour les situations complexes, l'appui des DAC pourra être recherché.

De nombreux partenaires peuvent être mobilisés pour le relai en fonction des besoins et de la situation de la personne : SAAD, SPASAD / SSIAD, accueil de jour, relai vers des IDEL, ergothérapeute, kinésithérapeute, entrée en établissement (ex : EHPAD) ...

Il est à noter que pour certaines personnes – notamment celles avec une perte d'autonomie passagère – il ne sera pas forcément nécessaire de mettre en place un accompagnement à l'issue de la prise en charge par l'équipe prête à partir.

Vision schématique du parcours type

Etape 1 : Entrée dans le dispositif

-Service social,
EMG, service
médical de
l'établissement de
santé
-DAC, MAIA, PTA
etc

Sollicitation de l'équipe prête à partir

Analyse conjointe entre l'équipe prête à partir et l'établissement de santé de l'éligibilité de la personne à entrer dans le dispositif

► **Si la personne est bien éligible :**

Evaluation V1 conjointe des besoins réalisés par l'équipe et l'établissement

Rédaction par l'établissement de santé d'une prescription médicale

Remise au patient d'un livret d'information et recueil du consentement

Préparation de la sortie d'hôpital par l'équipe prête à partir (programmation d'un intervenant, achat de médicaments à la pharmacie...)

Sortie d'hôpital

La sortie d'hôpital peut être accompagnée par le dispositif dans les 6 heures suivant la première prise de contact entre l'établissement et le dispositif.

Etape 2 : Accompagnement sécurisé à la sortie d'hôpital

Présence d'un membre de l'équipe au moment du retour au domicile du patient hospitalisé

Finalisation de l'évaluation des besoins et des attentes

Evaluation multi-dimensionnelle portant sur les facteurs de risque de la perte d'autonomie et de réhospitalisation

Elaboration du plan individualisé d'intervention dont le plan de sortie

Forfait sécurisation du patient – 5 jours

Bilan

Accompagnement et aide dans les actes de la vie quotidienne
Soins de nursing et soins infirmiers légers
Prévention des risques liés à la perte d'autonomie
Soutien aux aidants
Soins de maintien et de développement des capacités fonctionnelles
Aménagement du domicile
Accès aux droits et soutien administratif

Réunions internes de coordination des interventions

Forfait transition 15 jours

Bilan

Coordination avec les autres acteurs impliqués dans le retour à domicile en complémentarité du dispositif :

Acteurs de santé : médecin traitant, centres de soins, podologue etc
Prestataires de service : prestataire de livraison de repas à domicile, fournisseur de système de télésurveillance et fournisseur de matériel médicalisé

Temps de coordination avec le médecin traitant, l'IDEL, le SAAD etc

Forfait accompagnement renforcé – 30 jours

Organisation du relai à la sortie du dispositif

Sortie du dispositif avec relai au besoin (organisé au préalable)

Organisation

L'innovation de ce dispositif consiste en la capacité de ses équipes à répondre de façon très réactive dès l'annonce de la sortie du service de soin et à être présentes dans les domiciles des personnes vulnérables pour les accompagner autant en soins que dans les activités de la vie quotidienne, tout en organisant la mise en place de solutions pérennes, le cas échéant dans le cadre du « droit commun ». Ceci suppose de disposer d'un service composé de professionnels d'encadrement médico-sociaux (infirmière coordinatrice) et d'une équipe pluri professionnelle (Aide-soignant/ Accompagnant éducatif et social/ infirmier/Psychologue/ Ergothérapeute/Assistant Social). Une particulière vigilance est accordée aux compétences diversifiées des intervenants et à leur capacité d'autonomie et d'initiative. Il sera organisé des temps de coordination hebdomadaire entre les membres de l'équipe.

Enfin, le dispositif « Equipes prêtes à partir » nécessite aussi la réalisation de prestations indirectes nécessaires à la réalisation des prestations directes et ce en répondant à des exigences de qualité et de sécurité des prestations.

Il s'agit des prestations suivantes :

- Gestion des ressources humaines dont qualité de vie au travail (dont recrutement et formation des équipes)
- Gestion de la qualité (dont gestion des risques et des évènements indésirables, mise en œuvre de l'évaluation du projet)
- Gestion administrative, budgétaire, comptable et financière
- Système d'information
- Pilotage de la démarche (dont relations avec les partenaires, management de l'équipe)

Durée de la prise en charge

- **Les trois forfaits**

D'expérience, les premières 72 heures, essentielles à un retour efficace et sûr, sont trop souvent investies dans la hâte ou de manière minimaliste pour répondre tant bien que mal au besoin. Pourtant, c'est dans cet espace-temps court que se joue (souvent) l'évitement d'un retour à l'hôpital. Dans le mois qui suit l'hospitalisation, les tensions décroissent et le relai se construit. Il peut s'établir plus vite si la famille était auparavant aidée et si les services ont pu conserver leur disponibilité pour reprendre sans délai la situation en charge.

En tout état de cause, ce mois est crucial pour rééquilibrer la situation. Or, aujourd'hui, les complexités et/ou les rigidités administratives, organisationnelles, financières ne permettent pas d'organiser efficacement la prise en charge nécessaire et suffisante, conduisant trop souvent à une ré-hospitalisation, par défaut.

C'est pourquoi il est proposé trois forfaits :

- **Forfait sécurisation de la sortie – 5 jours**

Profil type : Personnes nécessitant une **sécurisation temporaire** (exemple : besoin de réassurance ponctuelle au retour à domicile de personnes ne bénéficiant pas d'accompagnement préalable à l'hospitalisation ou personnes ayant un accompagnement préexistant qui ne peut prendre le relai immédiatement à la sortie mais dans le délai de 5 jours)

- **Forfait transition – 15 jours (+ 10 jours)**

Profil type :

Personnes dont l'évolution de l'état de santé / niveau d'autonomie nécessite un accompagnement pour les actes de la vie quotidienne et/ou des soins sans accompagnement préalable à l'hospitalisation ou une **adaptation significative des accompagnements préexistants.**

- **Forfait accompagnement renforcé - 30 jours (+ 15 jours)**

Profil type : Personnes dont l'évolution de l'état de santé / niveau d'autonomie rend nécessaire **l'ouverture de droits pour un accompagnement par un SAAD ou un SSIAD dans le cadre du « droit commun » avec ouverture de droits APA/PCH.**

La durée maximale de cet accompagnement (30 jours) est ainsi similaire à celui d'autres dispositifs existants visant à la sécurisation de la sortie d'hôpital comme le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) qui consiste à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie sortant des urgences ou d'hospitalisation, **un hébergement temporaire en EHPAD d'une durée maximale de 30 jours dont le projet est le retour à domicile.**

- **Modalités de passage d'un forfait à l'autre**

En première intention, c'est un forfait de 5 jours ou 15 jours qui est prescrit conjointement par l'hôpital et « l'Equipe prête à partir ». Un bilan est réalisé à J+3 ou +4 jours par l'équipe prête à partir pour décider de l'opportunité de poursuivre avec un forfait transition de 15 jours.

En amont de la fin du forfait 15 jours, un bilan est réalisé afin d'évaluer s'il est nécessaire de continuer la prise en charge du fait de la complexité de la situation ou de l'absence de solution dans le droit commun, et donc de passer à un forfait 30 jours.

La durée de l'accompagnement sera dépendante de la bonne atteinte des objectifs de l'accompagnement à savoir:

- La restauration ou préservation de l'autonomie de la personne accompagnée
- La sécurisation de l'environnement de la personne accompagnée
- L'organisation du relai d'accompagnement notamment en aide et/ou en soin à domicile

Modalités de sortie du dispositif

Un des objectifs du projet est de préparer l'organisation du relai d'accompagnement en aide et/ou en soin à domicile et sécurisation de l'environnement.

Ce relai doit se prévoir en amont de la sortie d'hôpital et ce notamment en lien avec le service social et doit être un objectif travaillé en continue lors de la prise en charge.

Les modalités de sorties du dispositif qui doivent être travaillées en amont et au cours de la prise en charge par les équipes prêtes à partir et le service social de l'hôpital sont les suivantes :

- Accompagnement en aide humaine par un SAAD prestataire avec heures solvabilisées par la CARSAT ou l'APA
- Prise en charge par un SSIAD
- Prise en charge par un infirmier libéral ou un centre de santé infirmier
- Heures d'aide à la vie quotidienne financées par les mutuelles (relai temporaire)

- Accueil de jours

- **Vignettes clinique**

En annexe du cahier des charges se trouvent des vignettes cliniques présentant des modalités types d'accompagnement et de sortie du dispositif selon les différents forfaits.

Partenaires

Des partenariats sont **construits ou sont en cours de construction avec les établissements de santé des territoires concernés par le projet d'expérimentation**. Ces acteurs joueront un rôle central puisque ce sont eux les principaux acteurs de l'orientation des personnes vers le dispositif. A ce titre, il est notamment prévu des temps de rencontres afin d'établir les modalités de travail entre les équipes prêtes à partir et les établissements et la création d'outil en support de cette collaboration.

Il convient de noter que le dispositif « Equipe prête à partir » viendra **en complémentarité des dispositifs existants sur** le territoire et ainsi élargir l'éventail de réponses à la sortie d'hospitalisation. A ce titre, le dispositif constituera une **prestation nouvelle** au service de la personne accompagnée et des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui sont parfois en grande difficulté pour trouver la réponse adéquate aux demandes d'accompagnement de sortie d'hospitalisation.

L'ensemble **des partenariats existants avec les acteurs du territoire (établissements et services de santé et médico-sociaux et dispositifs de coordination) sont présentés territoire par territoire dans la partie « 5. Terrain d'expérimentation ».**

Les spécificités du dispositif « Equipes prêtes à partir » et son articulation avec les autres dispositifs existants sont détaillées ci-dessous :

- **Articulation avec les équipes mobiles de gériatrie (EMG)**

Le rôle d'une EMG est de faciliter l'entrée directe du patient dans le court séjour gériatrique et, le cas échéant, vers les soins de suite et de réadaptation, d'organiser des retours à domicile ou en structure. En ce sens, **les EMG pourront mobiliser les Equipes prêtes à partir afin d'organiser les sorties d'hôpital**. Les équipes mobiles gériatriques pourront également constituer une ressource mobilisable pour la bonne prise en charge des personnes.

- **Articulation avec les DAC ou les PTA, MAIA et CLIC (pour les territoires au sein desquels les DAC ne sont pas encore opérationnels)**

Il s'agit de dispositifs d'appui à la coordination à destination des professionnels de santé et des ESMS. Ils visent notamment à l'information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires pour leur permettre de répondre aux besoins de leurs patients. Un de leur objectif prioritaire est l'appui à l'organisation des parcours complexes dont ceux des personnes âgées.

Les équipes prêtes à partir pourraient potentiellement aussi être mobilisées par ces partenaires qui feraient face à des **demandes d'accompagnement en sortie d'hospitalisation** et pour lesquels ils ne trouveraient pas de ressources disponibles ou adaptées pour la prise en charge des personnes.

L'ensemble des porteurs de projets sont conventionnés avec les DAC et/ou membres de leur COPIL

(voir la partie « 5. Terrain d'expérimentation »).

- **Articulation avec l'hospitalisation à domicile (HAD)**

L'HAD est une forme d'hospitalisation qui permet, au domicile, d'assurer certains soins techniques, intensifs ou complexes que le secteur libéral, même coordonné, n'est pas en mesure de prendre en charge.

Les deux dispositifs concernent des publics différents :

- Les publics accompagnés par les équipes prêtes à partir se caractérisent par des besoins importants en soutien dans les actes de la vie quotidienne du fait d'une perte d'autonomie et des besoins en soins de nursing et infirmiers.
- Les publics accompagnés en HAD se caractérisent par des besoins en soins techniques, intensifs ou complexes.

- **Articulation avec les SAAD, SSIAD, SPASAD**

Les SAAD, SSIAD, SPASAD ont à assurer des prises en charges au long cours mais ont rarement la possibilité de débiter des accompagnements ou de reprendre les accompagnements dans les délais et avec les moyens nécessaires aux exigences d'une sortie d'hospitalisation dans des délais contraints. Ils constitueront ainsi des acteurs essentiels en vue de **la mobilisation de ressources d'aval** à la sortie du dispositif.

- **Articulation avec les dispositifs d'hébergement temporaire**

Le recours à l'hébergement temporaire a souvent vocation à constituer une transition vers d'autres institutions (Foyers spécialisés, Ehpad...). En tout état de cause, ils sont différents de la proposition faite ici parce qu'ils n'organisent pas un retour à domicile en milieu ordinaire. Le dispositif proposé vient ainsi en complémentarité de celui-ci afin de répondre à la diversité des besoins et des attentes des personnes.

2. Population Cible

Le dispositif cible les personnes dont **les incapacités (temporaires ou permanentes) ne permettent pas un retour à domicile sans une intervention et un accompagnement spécifique**. La **population concernée par le dispositif est définie par ses besoins d'accompagnement, sa situation sociale et ses conditions de vie** plutôt que par des critères d'âge, de GIR ou de handicap.

a. Critères d'inclusion

Les critères sont ainsi les suivants :

- **Disponibilité de ressources**

Trois situations d'identifiées :

- Le patient était déjà accompagné par un service identifié et disponible : **patient non éligible au dispositif**.
- Le patient était déjà accompagné par un service mais il n'est pas disponible (y compris du fait d'une aggravation de sa situation et d'un besoin en aide et/ou en soin plus important qu'avant l'hospitalisation) : **patient éligible au dispositif**.

- Le patient n'a pas de service pour le prendre en charge : **patient éligible au dispositif.**

- **Besoin d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et conditions de vie :**
Ces deux critères sont interdépendants et doivent s'apprécier ensemble (exemple : la capacité/ l'incapacité à prendre les repas s'apprécie au regard de la présence d'un aidant au domicile, la capacité/ incapacité à réaliser sa toilette s'apprécie en fonction de l'adaptation du logement etc.).
 - L'incapacité à réaliser une activité de la vie quotidienne ;
 - La présence d'un des facteurs de risque de la perte d'autonomie : dénutrition, dépression, chute, confusion mentale, escarre ;
 - Un entourage non mobilisable ou absent ;
 - Une grande précarité ou une fragilité psycho-sociale ;
 - Un logement non adapté.

Ndlr : Cette liste se base sur les travaux de la HAS portant sur la réduction du risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées¹³ et plus précisément sur les préconisations en termes de méthodologie d'évaluation du risque de ré-hospitalisation.

b. Critères d'exclusion

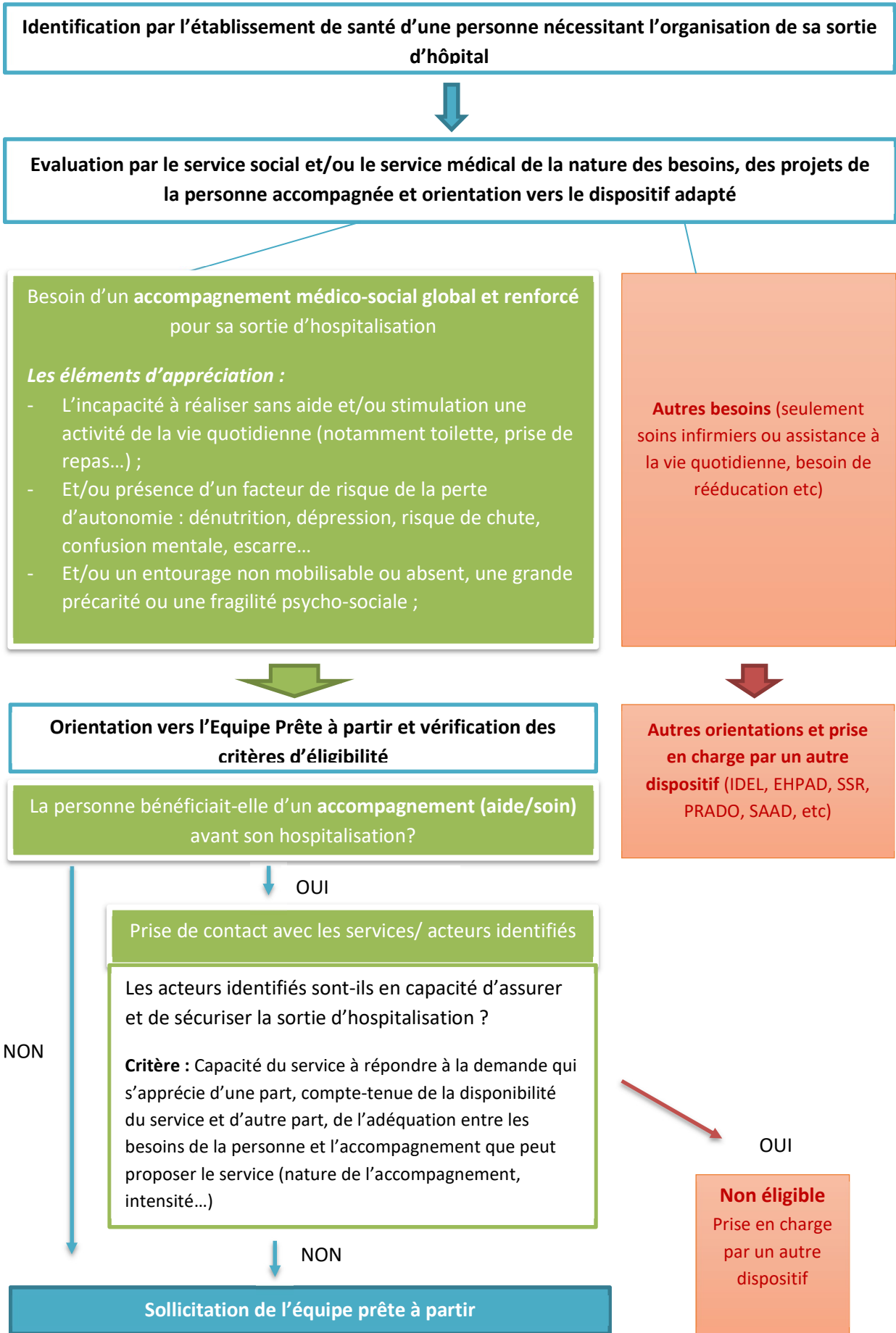
Les critères d'exclusions sont les suivants :

- **Conditions de vie et situation sociale inadaptées au retour à domicile même avec un accompagnement spécifique**
- **L'existence d'une aide préalable, toujours adaptée et disponible**
Il s'agira essentiellement des personnes déjà accompagnées par un service identifié et disponible

c. Arbre décisionnel

L'arbre de décision suivant servira de référence pour l'orientation vers le dispositif par le service social des établissements de santé :

¹³ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf



3. Effectifs concernés par l'expérimentation

L'expérimentation couvrirait **4 territoires d'expérimentation** :

- Deux territoires qui partiraient en N1 dans le cadre de l'étape de prototypage: Angers et Besançon
- Deux territoires qui partiraient en N2 dans le cadre de l'étape de déploiement: Dijon Ouest et Dijon Est.

La **capacité moyenne du dispositif en nombre de personnes accompagnées par an est estimée à 211 personnes par Equipe prête à partir.**

Cette file active a été calculée à partir des variables suivantes : une durée moyenne d'accompagnement quotidien de 2 heures et une répartition cible des accompagnements dans le dispositif. Au regard des besoins observés, il est attendu dans le cadre d'un fonctionnement *en routine* une répartition des prises en charge selon les types de forfaits comme suit:

- Forfait 1 - 5 jours : 40% des accompagnements réalisés
- Forfait 2 - 15 jours : 30% des accompagnements réalisés
- Forfait 3 - 30 jours : 30% des accompagnements réalisés

Considérant une montée en charge progressive du projet, la file active cible pour les trois premières années a été modulée.

La répartition des forfaits a aussi été modulée pour prendre en compte la nécessité de renforcer les partenariats lors des premières années du projet permettant d'assurer la fin de l'accompagnement et la sortie du dispositif des personnes (il a donc été projeté une plus forte proportion de patients en forfait 3 lors des premières années du projet).

Tableau 1. Estimation de la file active d'une équipe prête à partir partant en vague 1

Variables de calcul de la file active		Projection de la file active				Projection du taux d'occupation
Clé de répartition des forfaits	Cible file active	Répartition par forfait			Total	
		Forfait 1	Forfait 2	Forfait 3		
N1 Forfait 1: 20% Forfait 2: 30% Forfait 3: 50%	50%	21	32	53	105	66%
N2 Forfait 1: 30% Forfait 2: 25% Forfait 3: 45%	70%	44	37	66	148	84%
N3 Forfait 1: 40% Forfait 2: 30% Forfait 3: 30%	100%	84	63	63	211	100%

Pour les structures partant en vague 2 (déploiement du projet sur un an et demi), il est projeté pour ces derniers :

- Sur les 6 premiers mois : projection de la file active N1 de la vague 1 (rapporté à 6 mois)
- Sur les 12 mois suivants : projection de la file active N2 de la vague 1

Sur le total de l'expérimentation, la file active projetée est la suivante :

Tableau 2. Estimation de la file active de l'expérimentation pour les 4 équipes prêtes à partir

Type d'accompagnement	N1	N2	N3	Total
Vague 1				
Forfait 1	42	89	169	300
Forfait 2	63	74	127	264
Forfait 3	105	133	127	365
Total 1	210	296	423	929
Vague 2				
Forfait 1	0	21	89	110
Forfait 2	0	32	74	106
Forfait 3	0	53	133	186
Total 2	0	106	296	402
Total 1+2	210	402	719	1331

Sur les 3 années du projet, le dispositif devrait donc accompagner jusqu'à 1331 personnes dont 929 en vague 1.

Il est utile de mettre en lien ces objectifs cibles avec les données relatives aux ré-hospitalisations à 30 jours spécifiées dans l'outil « Scan Santé »¹⁴. UNA choisit cet indicateur pour évaluer le **volume de personnes potentiellement concernées par le dispositif « Sortie d'hospitalisation »** car la diminution des ré-hospitalisations à 30 jours en est un objectif prioritaire.

Lieu de résidence des patients	Nombre de patients réhospitalisés dans un délai de 1 à 30 jours après hospitalisation
Côte d'Or	7 870
Doubs	7 396
Maine-et-Loire	10 677

Certaines structures engagées sont positionnées dans des territoires où les taux d'HPE sont supérieurs aux moyennes nationales. La présence de territoires différenciés permettra d'alimenter les données comparatives inter-secteurs en fonction des résultats produits :

Lieu de résidence des patients	Taux RH 30 brut (pour 100), personnes de 18 ans et +	Taux RH 30 brut (pour 100), personnes de 65 ans et +	Taux RH 30 brut (pour 100), personnes de 75 ans et +
Côte d'Or	12,1	16,2	18,4
Doubs	12,3	16,4	18,4
Maine-et-Loire	10,9	15,1	17,1
Taux national	11,8	16,0	18,2

¹⁴.<https://www.scansante.fr/>

4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

IDEC :

- Supervise la gestion des admissions et notamment assure le lien avec les équipes hospitalières et le médecin prescripteur
- Évalue et élabore le plan d'intervention individualisé avec la personne concernée
- Suit la bonne mise en œuvre du plan d'intervention, les bilans à mi-parcours et le bilan final
- Planifie et coordonne les interventions des membres de l'équipe
- Assure la coordination des interventions de l'équipe avec l'ensemble des acteurs externes impliqués dans le retour à domicile en complémentarité du dispositif
- Participe au recrutement de l'équipe, propose les actions de formation qui lui sont destinées

IDE :

- Dispense des soins de nature technique, relationnelle et éducative et recueille toute observation susceptible de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne.
- Réalise et/ou supervise la réalisation de soins d'hygiène et d'alimentation
- Effectue des activités administratives liées à la gestion de soins.
- Peut mettre en place la première intervention par délégation d'un coordinateur de soins

Aide-soignant :

- Assure des soins d'hygiène, de confort et des soins préventifs sous la responsabilité de l'infirmier
- Participe à l'identification des besoins de la personne
- Participe à la prévention de la perte d'autonomie de la personne, la stimule.

Aide à domicile diplômé (auxiliaire de vie sociale/AES) :

- Accompagne et aide les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, aide à la toilette, aide à l'alimentation...)
- Accompagne et aide les personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne (aide à la réalisation des courses, aide aux repas, travaux ménagers)
- Accompagne et aide les personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle (stimule les relations sociales, accompagne dans les activités de loisirs...)
- Participe à la prévention et à la sécurité de la personne.

Ergothérapeute :

- Évalue les besoins d'équipement en aide technique et en aménagement du logement
- Accompagne les personnes dans l'acquisition et la bonne appropriation des aides techniques et l'aménagement du logement
- Met en place un ensemble d'activités à visée rééducative au travers de l'organisation d'activités, de jeux, d'expressions de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail.
- Sollicite, en situation de travail des intervenants, les capacités de la personne aidée pour lui proposer un meilleur confort de vie.

Psychologue :

- Écoute et élabore avec la personne concernée la démarche psychologique nécessaire

- Oriente si besoin vers des praticiens ou services spécialisés
- Ecoute les aidants, identifie les situations de risque d'épuisement et oriente, si besoin vers des solutions dédiées.

Travailleur social :

- Evalue les besoins de la personne et identifie des solutions permettant de répondre aux besoins de la personne et à son projet de vie
- Elabore avec la personne un plan d'action
- Accompagne la personne dans la réalisation des démarches et leur suivi (exemple : demande d'APA, demande d'entrée en résidence autonomie)

Fonctions support :

Direction, gestion des ressources humaines, administratives et financières

- Pilote la bonne mise en œuvre du projet dans toutes ses dimensions (stratégiques, budgétaires, administrative etc.)
- Gère les relations partenariales avec les partenaires du projet : CH, ARS, CD etc.

5. Terrain d'expérimentation

Les 4 territoires d'expérimentation retenus sont :

- *Phase 1 de l'expérimentation (prototypage)*
 - Angers Loire Métropole dans les Pays de la Loire
 - Besançon en Bourgogne Franche-Comté
- *Phase 2 de l'expérimentation (déploiement)*
 - La côte d'Or Ouest en Bourgogne Franche Comté
 - La côte d'Or Est en Bourgogne Franche Comté

Ces territoires ont été retenus en raison des dynamiques partenariales développées par les structures UNA notamment avec les établissements de santé environnants, l'engagement des partenaires mais aussi par l'expertise de nos structures adhérentes.

Il est à noter que sur chacun de ces territoires, les porteurs des équipes prêtes à partir ont développé une **palette d'offre étoffée d'accompagnement à domicile** qui lui permettra d'assurer une partie des relais des accompagnements des bénéficiaires par les équipes prêtes à partir (SAAD, SSIAD, SPASAD, plateforme de répit des aidants, téléassistance, accueils de jours...).

Les porteurs des équipes prêtes à partir sont de plus acteurs de nombreux partenariats opérationnels pour faciliter le parcours de personnes âgées en risque de perte d'autonomie et de personnes en situation de handicap et ont à ce titre conventionné avec un grand nombre d'acteurs du territoire.

1. Angers Loire Métropole : Expérimentation menée par Anjou Accompagnement

Anjou accompagnement

Présentation	<p>Anjou Accompagnement facilite la vie à domicile de 2500 personnes chaque année, essentiellement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap.</p> <p>Association membre du réseau UNA, elle compte 12 administrateurs, 1800 adhérents et 350 salariés.</p> <p>L'association gère des activités de SAAD (229 314 heures en mode prestataire en 2019), SSIAD (225 places), ESA (12 places), un Centre de Soins infirmiers.</p> <p>L'association a aussi développé des activités d'éducation thérapeutique du patient et de prévention. CA annuel : 9,5 millions d'euros.</p> <p>Anjou Accompagnement est certifié AFNOR depuis 2013.</p>
Des projets innovants	<p>L'association développe depuis 2011 des actions de prévention de la perte d'autonomie collectives et désormais individuelles. Premier SPASAD de la Région depuis 2013 sur Angers, puis SPASAD intégré à Saumur avec Vyv3 Pays de la Loire.</p> <p>Anjou accompagnement porte un Dispositif Innovant de Vie à Domicile opérationnel à Saumur avec un large partenariat. Elle est engagée dans des projets d'habitat inclusif avec notamment l'ADAPEI 49.</p>
Un ancrage territorial fort	<p>Anjou Accompagnement est acteur de nombreux partenariats opérationnels pour faciliter le parcours de personnes âgées en risque de perte d'autonomie et de personnes en situation de handicap. L'association est également membre de conseils d'administration de réseaux gérontologique, de CCAS, de CLIC et participe aux dispositifs MAIA.</p>

Le territoire d'expérimentation

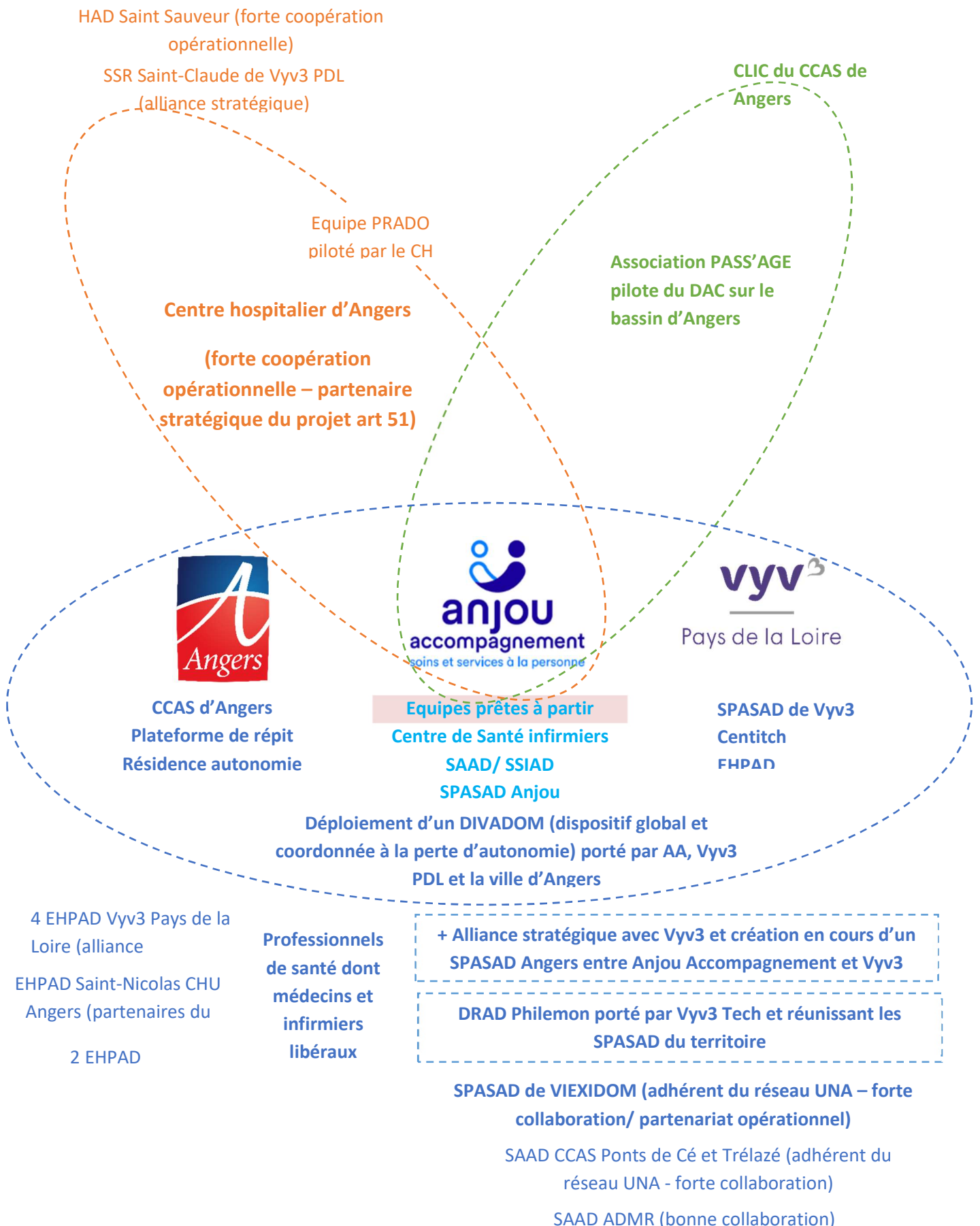
Le projet s'établit sur **Angers Loire Métropole** où l'association est SPASAD intégré. Le projet « Equipes prêtes à partir » est développé avec **le CHU d'Angers**, partenaire historique et avec le soutien de la Maison Départementale de l'Autonomie et de l'ARS Pays de la Loire.

Ce projet vient en complément d'autres dispositifs existants auxquels l'association participe déjà par ailleurs dans le cas d'une collaboration ancienne entre le service social du CHU et Anjou Accompagnement. Le constat partagé d'échec de certaines sorties d'hospitalisations (ré hospitalisations évitables) conduit à proposer des équipes « prêtes à partir » dans les situations urgentes qui requièrent un accompagnement spécifique pour stabiliser la situation de santé de la personne chez elle.

Chiffres clés :

Bassin de population Angers Loire Métropole : **296 390 habitants en 2017** (source : INSEE)

La cartographie



Les partenaires clés du projet

- **Le CHU d'Angers**

Le **CHU d'Angers** est un partenaire historique **d'Anjou Accompagnement**. La structure est régulièrement sollicitée par le service social du CHU pour la gestion de sortie d'hospitalisation. C'est le constat partagé d'échec de certaines sorties d'hospitalisations (ré hospitalisations évitables) qui a conduit à proposer des équipes « prêtes à partir ».

Le CHU travaille en partenariat avec l'équipe PRADO. L'équipe médicale hospitalière du CHU décide de l'éligibilité des patients en service PRADO. Ce qui facilitera l'orientation des patients vers le service PRADO ou vers l'équipe prête à partir et la bonne complémentarité des deux dispositifs.

Voir, en annexe 1, la lettre d'engagement du CHU d'Angers

- **Association PASS'AGE pilote du DAC sur le bassin d'Angers**

Anjou Accompagnement participe au comité exécutif et aux travaux de création du DAC (dispositif d'appui à la coordination) sur le bassin d'Angers qui sera effectif au 1^{er} juillet 2022.

Anjou Accompagnement est par ailleurs membre des conseils d'administration de réseaux gérontologiques, de CCAS, de CLIC et participe aux dispositifs MAIA.

- **Vyv3 Pays-de-la-Loire**

Anjou Accompagnement a créé avec Vyv3 Pays-de-la-Loire l'alliance « Ensemble pour le domicile de demain » visant à élaborer de **nouvelles stratégies** et de **nouvelles offres pour l'autonomie** qui relie établissements et services à domicile (Spasad, Divadom, HI).

Dans ce cadre, Anjou Accompagnement a développé le DIVADOM Vyv@doS (Vivre à Domicile en Saumurois) depuis novembre 2019, DIVADOM ANGERS (son essaimage sur le territoire d'Angers) depuis novembre 2021. Anjou Accompagnement contribue activement à PHILEMON (DRAD à Angers porté par le Centich Vyv). DIVADOM Angers compte aussi comme partie prenante la ville d'Angers.

- **Autres partenaires**

Anjou Accompagnement pourra aussi s'appuyer sur d'autres partenariats opérationnels comme le SPASAD Viexidom (adhérent du réseau UNA) mais aussi les professionnels de santé libéraux dont les médecins mais aussi les infirmiers libéraux avec lesquels la structure collabore dans le cadre de son SSIAD.

2. Besançon : Expérimentation menée par ELIAD

ELIAD (Ensemble pour le Lien, l'Innovation et l'Accompagnement à Domicile)

Présentation	<p>ELIAD est une association régie par la loi du 1er juillet 1901, appartenant au réseau UNA, créée, dans sa forme actuelle, le 17 novembre 2010 (historiquement en 1943). Elle a pour objet « le développement de tous services, de toute activité sociale, éducative, préventive ou curative concourant au maintien ou à la réintégration à leur domicile, des personnes âgées, des malades et des handicapés (article 2 de ses statuts).</p> <p>ELIAD intervient dans plus de 800 communes dans le DOUBS (25) et la HAUTE SAONE (70). L'association compte 1168 SALARIES pour 965 ETP.</p> <p>Elle gère des activités de SAAD (760 000 heures en 2019), SSIAD (457 PLACES dont 47 PLACES PH), ESA (37 places).</p> <p>L'association a aussi développé entre autres 4 CSI, des accueils de jours, des appartements de coordination thérapeutiques, une plateforme de répit, une résidence autonomie.</p>
Des projets innovants	<p>ELIAD porte un projet de dispositif d'appartements de coordination thérapeutique pédiatriques (création en octobre 2020, deuxième projet de ce type porté sur le territoire national). Le dispositif d'ACT pédiatrique consiste en l'accueil et l'hébergement de familles avec enfants malades avec besoin d'un accompagnement à proximité et en lien avec l'hôpital.</p> <p>ELIAD porte aussi, entre autres, un dispositif répit Autisme (en lien avec une fondation) ou encore un dispositif Halte relais Malades « jeunes » maladies neuroévolutives consistant en l'accueil à la journée de patients jeunes (moins de 65 ans) atteints de maladie neuroévolutives.</p>
Un ancrage territorial fort	<p>La structure Eliad est inscrite et impliquée dans un réseau de partenariat fort sur son territoire d'intervention. En effet, son activité est directement liée aux problématiques du domicile pour des patients en perte d'autonomie. Ces liens sont permanents avec l'hôpital, la médecine de ville, tous les professionnels de santé et acteurs divers, notamment en termes de sorties d'hospitalisation, soins et accompagnement à domicile, actions de prévention, animation et offres de répit.</p> <p>Des temps importants de liens et de coordination avec ces partenaires sont nécessaires à la bonne prise en charge des personnes tout au long de leurs parcours pour les sécuriser et éviter des ruptures sur le plan médical, social et psychologique. Des appuis sont nécessaires et renforcés avec d'autres experts sur les situations complexes, notamment avec les dispositifs d'appuis et de coordination ou avec les nouvelles formules de coopération avec les professionnels de santé via les CPTS.</p> <p>De nombreuses conventions existent entre nos partenaires habituels en fonction des activités dispensées. Pour n'en citer que quelques-unes, plus de 120 conventions existent avec des infirmiers libéraux sur notre territoire d'intervention par exemple. D'autres sont aussi réalisées avec nos partenaires de santé (convention avec le CHU pour un service de soins renforcés, convention avec des médecins généralistes ou spécialisés pour des vacations, conventions avec des</p>

pharmaciens), ou avec des structures médico-sociales plus traditionnelles prenant en charge des publics âgées, handicapées ou des personnes malades.

Le territoire d'expérimentation

Le dispositif sera d'abord établi sur la **ville de Besançon**. L'extension géographique à l'agglomération du grand Besançon métropole (68 Communes 200.000 habitants) pourra être envisagée dans un second temps, tout en s'assurant d'une progression régulière de la zone géographique. Le territoire choisi est un territoire sur lequel intervient déjà ELIAD avec son SAAD et son SSIAD.

Le projet sera développé en partenariat avec le **CHU de Besançon** avec lequel Eliad a d'excellentes relations et habitudes de collaboration. Le service social de l'hôpital adresse des patients tout au long de l'année, compte tenu de la capacité d'équipement et de la palette de services de cette structure. Ce nouveau dispositif devrait faciliter et fluidifier les sorties d'hospitalisation en améliorant la qualité de prise en charge. Dans le cadre de cette expérimentation, le comité de pilotage associé avec le CHU pourra valider et étendre son champ de coopération avec d'autres services de l'hôpital en lien direct.

Chiffres clés :

- Bassin de population de Besançon : **115 934 en 2017 (INSEE)**
- Bassin de population de Besançon métropole : **193 279 en 2017 (INSEE)**

La cartographie

SSR TILLEROYES - SSR ST VINCENT -
SSR SALINS de BREGILLE - SSR de QUINGEY
(coopération historique et opérationnelle)

HAD Mutualité Française (forte coopération
opérationnelle – convention)

CHRU de Besançon
(forte coopération
opérationnelle –
partenaire stratégique du
projet art 51)

Pôle autonomie
PA/PH du
département
(partenariat
opérationnel)

CPTS Besançon (en
cours de construction)

**DAC Bourgogne Franche
Comté**
(Fort partenariat
opérationnel)



**Appartement de coordination
thérapeutique**
Plateforme de répit des aidants
Accueils de jour

Equipe prête à partir
SAAD/ SSIAD
SPASAD
CSI/CSP

Service de téléassistance
Service de livraison de repas
Matériel médicalisé (Magasin)

EHPAD Jean XXIII
EHPAD La retraite de la
Mutualité Française
Résidence Grandvelle
EHPAD Korian Thise
Maison de retraite St FERJEU
CLS Bellevaux
CSH Jacques WEINMAN
(Collaboration régulière)

Résidence autonomie du CCAS
Résidence Jean Baptiste de la Salle
Résidence Salins de Bregille
(collaboration régulière)

**Professionnels
de santé dont
médecins et
infirmiers
libéraux**

SPASAD CCAS ville de Besançon (forte coopération)
SSIAD Bellevaux (coopération régulière)
SAAD ADMR (coopération régulière)
+ 8 SAAD privés lucratifs

Les partenaires clés du projet

Le CHRU de Besançon

Le **CHRU de Besançon** est un partenaire clé et historique d'**ELIAD**. La structure porte en effet de nombreux dispositifs en lien avec l'hôpital ou avec la sortie d'hospitalisation. On peut citer notamment le dispositif d'ACT pédiatrique qui consiste en l'accueil et l'hébergement de familles avec enfants malades avec besoin d'un accompagnement à proximité et en lien avec l'hôpital. Ou encore, le partenariat étroit entre le CHRU et la structure pour la gestion des sorties d'hospitalisation (relai par le SAAD, SSIAD - 240 places sur le Doubs et SPASAD).

Voir, en annexe 1, la lettre d'engagement du CHU de Besançon.

Les professionnels et structures de santé du territoire

De nombreuses conventions existent entre ELIAD et ses partenaires habituels en fonction des activités dispensées. Pour n'en citer que quelques-unes, plus de 120 conventions existent avec Les infirmiers libéraux sur le territoire d'intervention par exemple. D'autres sont aussi réalisées avec les partenaires de santé : convention avec des médecins généralistes ou spécialisés pour des vacances, conventions avec des pharmaciens, convention avec le service HAD... ou avec des structures médico-sociales plus traditionnelles prenant en charge des publics âgés, handicapés ou des personnes malades.

DAC Bourgogne Franche Comté

ELIAD a toujours travaillé en étroite collaboration avec les dispositifs de coordination des situations complexes du territoire (la MAIA, le réseau gérontologique Bisontin, l'Association du Réseau de Santé, de Proximité et d'Appui de - ARESPA - Franche-Comté) qui ont désormais intégré l'entité du DAC.

3. Côte d'Or Ouest - Mutualité Bourguignonne SSAM

La MFBSSAM (Mutualité Française Bourguignonne- Service de Soins et d'Accompagnement Mutualiste)

Présentation	<p>La Mutualité Française Bourguignonne, service de soins et d'accompagnement mutualiste (MFBSSAM) crée, gère et développe des services et des établissements à caractère sanitaire, social et médico-social, destinés à accompagner les familles tout au long de la vie.</p> <p>Depuis plus de 100 ans, l'activité du groupe consiste à répondre aux besoins de santé de la population dans le respect des valeurs mutualistes à savoir l'accès pour TOUS à des soins de qualité, le tout, en affirmant un principe de non-lucrativité.</p> <p>Avec sa clinique Bénigne JOLY, la MFBSSAM gère l'hospitalisation à domicile (HAD) sur une partie de la Côte d'Or et un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) sur le territoire de Dijon Métropole.</p> <p>Par son enseigne ATOME, la MFBSSAM accompagne chaque année 9000 personnes dans la Nièvre, l'Yonne et en Côte d'Or. 1300 collaborateurs œuvrent quotidiennement au sein des SAAD (9000 heures d'intervention) et des SSIAD (650 lits) de l'entreprise. Sur ce même territoire, 19 EHPAD mutualistes font face au défi du vieillissement en accueillant plus de 1 200 résidents.</p> <p>ATOME est certifié AFNOR depuis 2006.</p> <p>Gestionnaire de services d'aide à domicile depuis plus de 50 ans, et de services de soins depuis près de 40 ans, la MFBSSAM dispose d'un enracinement fort sur les territoires et en lien avec de nombreux partenaires et acteurs qui œuvrent pour rendre le maintien à domicile effectif au quotidien. Citons les nombreux partenariats avec les DAC, les CCAS, les CPTS, les associations d'aides et de soins à domicile autres, etc...</p>
Un ancrage territorial fort	<p>Pour faciliter le parcours de personnes âgées en risque de perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap, de nombreux partenariats sont engagés avec les acteurs locaux, territoriaux, départementaux et régionaux. Citons l'ensemble des DAC, des GPS, des CCAS, mais également les conseils départementaux de la Nièvre, de l'Yonne et de Côte d'Or, l'ARS, les CCAS des communes d'intervention, l'ensemble des établissements sanitaires des 3 départements précités, etc...</p>

Le territoire d'expérimentation

Le projet sera déployé sur la métropole de Dijon et l'ouest du département de la Côte d'Or.

Le projet « Equipes prêtes à partir » est développé avec le **CHU de Dijon, partenaire majeur de la MFBSSAM, ainsi qu'avec la clinique Bénigne JOLY, établissement de la MFBSSAM.**

Chiffres clés :

- Bassin de population de la Côte d'Or : 533 819 en 2017 (INSEE)
- Bassin de population de Dijon Métropole : 253 638 en 2017 (INSEE)
- La clinique Bénigne JOLY : 12 100 séjours en hospitalisation, 1400 séjours en SSR en 2018

La cartographie

SSR EDITH CAVELLE [Clinique Bénigne JOLY -
Mutualité Française Bourguignonne]

Pôle autonomie
PA/PH du
département
(partenariat
opérationnel)

GHT Dijon
(forte coopération
opérationnelle –
partenaire stratégique du
projet art 51)

**DAC 21 (Fort
partenariat –
collaboration
quotidienne)**



1 SSR
19 EHPAD
Centres de Santé

Equipe prête à partir

SAAD
SSIAD
SPASAD
HAD

Service de téléassistance
Service de portage de repas

EHPAD Mutualistes MFBSAM +
autres EHPAD privés

Vill'âge bleus MFBSAM (5
résidences sur le bassin dijonnais) +
résidences privées
(Partenariat étroit)

**Professionnels de
santé dont médecins
et infirmiers libéraux**
(conventionnement
existant)

CPTS centre 21

SSIAD/CSI Dijon (convention SPASAD)

**SSIAD/SAAD ADMR 21 et Fedosad (forte
coopération – convention de partenariat)**

Plateforme de répit de la Fedosad
(partenariat étroit)

4. Côte d'Or Est – Fedosad

La FEDOSAD

Présentation	<p>La FEDOSAD, association Loi 1901, créée en 1957, gère aujourd'hui les services à domicile suivants : HAD (18 197 journées en 2019), SPASAD, SAAD (214 000 heures en mode prestataire en 2019), des SSIAD (180 places), une ESA (10 places), une équipe spécialisée maladie neurodégénérative. La FEDOSAD gère aussi des établissements : 2 EHPAD, des Accueils de Jour Autonomes et Itinérants, Appartements de Coordination Thérapeutique), et des services connexes (Téléassistance, Plateforme de Répit...).</p> <p>Elle intervient ainsi dans les champs sociaux, médico-sociaux et sanitaires et a géré près de 650 salariés en 2019. Grâce à la coordination et la complémentarité de ces services, près de 2000 personnes par mois sont accompagnées, aidées et/ou soignées, leur permettant de respecter leur choix de rester à leur domicile le plus longtemps possible, dans les meilleures conditions.</p>
Des projets innovants	<p>La FEDOSAD se fixe pour engagements de répondre aux besoins des personnes fragilisées par l'âge, la maladie et/ou le handicap. Pour ce faire, la FEDOSAD porte régulièrement des projets innovants ou des expérimentations, en lien avec l'ARS.</p> <p>Depuis 1 an, c'est notamment le cas avec la mise en œuvre d'une équipe Maladies Neuro Evolutives (MNE/ESA), Halte Répit Malades Jeunes (Etablissements)... Cela a également été le cas par le passé dans le cadre d'une expérimentation SSIAD Renforcé.</p>
Un ancrage territorial fort	<p>La FEDOSAD a toujours lié un grand nombre de partenariats, y compris avec des structures dans son propre champ d'activités, toujours au bénéfice des personnes aidées/soignées et/ou de leur entourage.</p> <p>Elle siège dans toutes les instances de l'ARS BFC (CSOS, CSMS, CRSA, CTS...) et participe également très largement à la définition du SROS/PRS, chaque fois que nécessaire.</p> <p>Elle est également conventionnée avec la quasi-totalité des professionnels de santé libéraux (IDE, Médecins traitants, Pharmaciens, Kinésithérapeutes, Orthophonistes...) dans le cadre de l'Hospitalisation à Domicile.</p> <p>La FEDOSAD est totalement intégrée au GHT 21/52, notamment dans le cadre de l'HAD, mais aussi de l'ensemble de ses services et/ou établissements, dans le cadre de partenariats spécifiques. Des conventions de partenariats spécifiques sont aussi formalisées avec les Centres Hospitaliers de sa zone géographique autorisée par l'ARS BFC (Auxonne, Is sur Tille).</p>

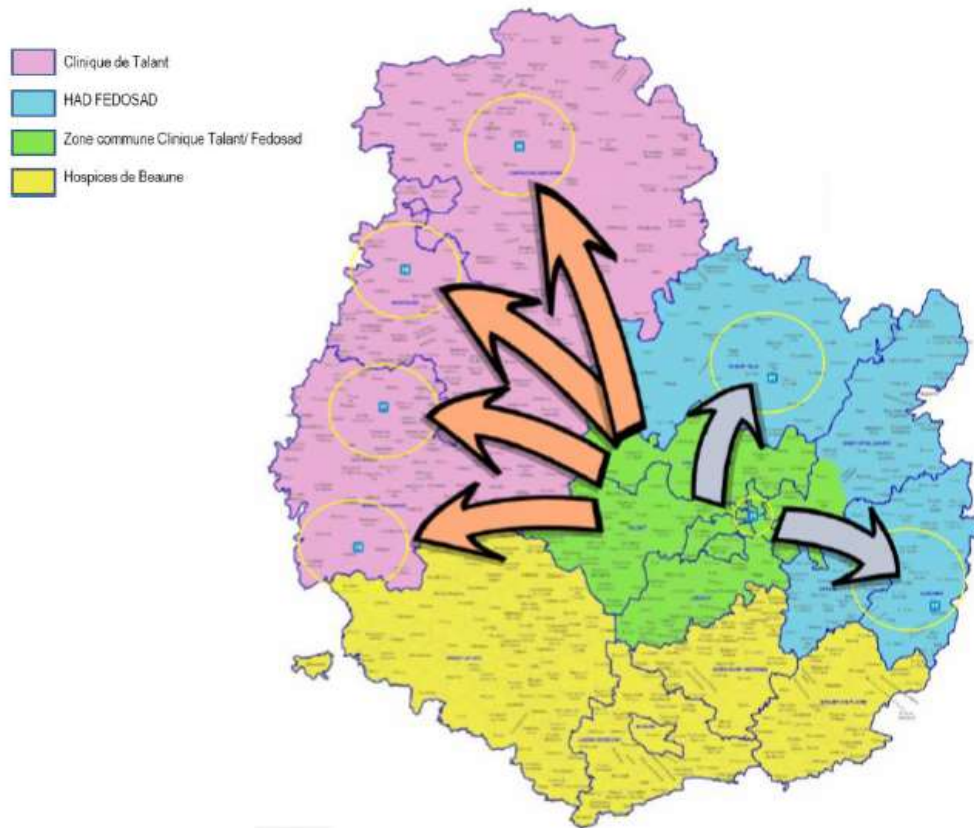
Le territoire d'expérimentation

Le projet sera déployé sur la métropole de Dijon et l'est du département de la Côte d'Or en partenariat notamment avec le GHT de Dijon.

Chiffres clés :

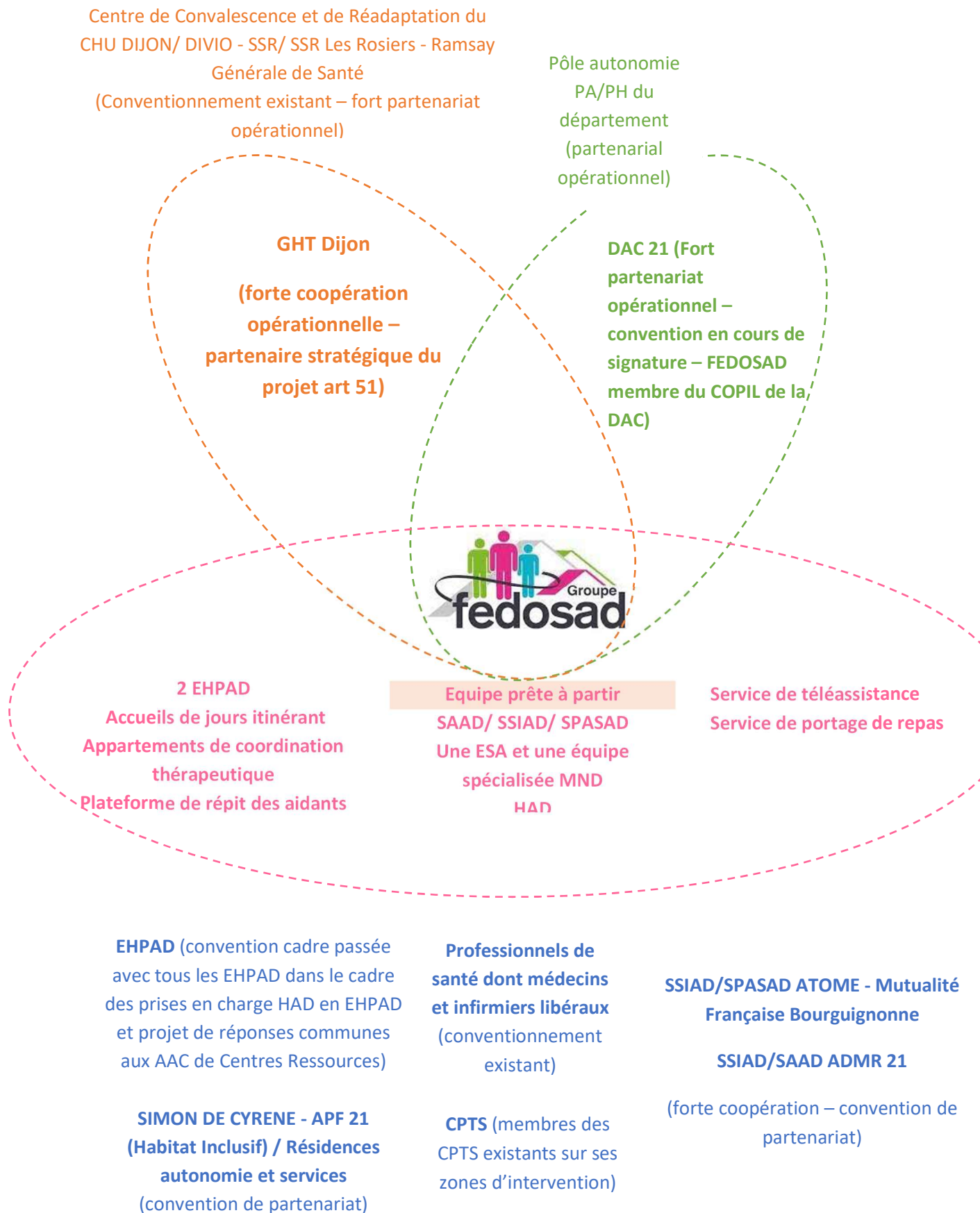
- Bassin de population de la Côte d'Or : 533 819 en 2017 (INSEE)
- Bassin de population de Dijon Métropole : 253 638 en 2017 (INSEE)

Cartographie de la couverture territoriale de la Côte d'Or par la Mutualité Bourguignonne SSAM et la Fedosad



Les territoires couverts seront ceux actuellement desservis par les services HAD de la MFBSSAM (zones rose et verte) et de la FEDOSAD (zones bleu et verte). Les deux équipes prêtes à partir portées par la Mutualité Bourguignonne et la FEDOSAD permettront d'expérimenter le projet à un échelon départemental.

La cartographie



Les partenaires clés du projet

- **Le GHT de Dijon**

La FEDOSAD entretient un partenariat fort avec le GHT de Dijon qui regroupe 9 établissements de santé. Des conventions de partenariat ont été passées de longue date avec certains de ces établissements, afin de fluidifier les sorties des patients. Les collaborations sont effectives autant que de besoin, pour tous services et/ou établissements gérés par la FEDOSAD (SAAD, SSIAD, SPASAD, ESA/MNE, HAD, ACT, Accueils de Jour Autonomes ou Itinérants, Hébergement Temporaire, EHPAD, Téléalarme, Portage de repas...). La FEDOSAD participe par ailleurs aux réunions de coordination des sorties.

- **DAC 21**

La FEDOSAD travaille régulièrement et en étroite collaboration avec le DAC 21 pour toutes les situations complexes notamment. La FEDOSAD avait hébergé la MAIA pendant plusieurs années en lien avec le CD21 et a ainsi des relations historiques avec le DAC 21. Les conventions sont en cours de finalisation avec le DAC et la FEDOSAD participera au COPIL du DAC 21.

Le service Psycho-Social de la FEDOSAD travaille au quotidien avec le DAC 21 dans le cadre des situations complexes et/ou sorties d'HAD notamment.

6. Durée et séquençage de l'expérimentation

Le projet va être déployé sur 3 ans comprenant une phase de prototypage d'un an et demi et une phase de déploiement d'un an et demi également. Le projet est ainsi séquençé comme suit :

Phase 1 : Prototypage – 1 an et 6 mois

Etape 1 : Déploiement des équipes prêtes à partir sur 2 des 4 territoires du projet (Angers et Besançon) - durée : 1 an

Etape 2 : Analyse des indicateurs recueillis en année 1 - durée : 6 mois

Une analyse à mi-parcours sera réalisée afin de permettre d'/de :

- **Ajuster au besoin le modèle organisationnel et de financement** des équipes prêtes à partir
- **Valider ou non la pertinence d'étendre l'expérimentation sur 2 nouveaux territoires**

L'analyse visera à évaluer la capacité du projet à répondre aux enjeux suivants :

- Permettre des **sorties d'hospitalisation anticipées** notamment des personnes dont la situation médicale ne nécessite plus une hospitalisation mais dont le retour à domicile nécessiterait un accompagnement particulier
- Permettre un **accompagnement à la sortie d'hôpital renforcé et global**
- Permettre un **accompagnement** en subsidiarité des autres prestations de soutien à l'autonomie déjà existante

Les indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte de ces objectifs sont présentés en annexe 8.

En complément d'un recueil de données quantitatif, une approche qualitative sera recherchée. Des entretiens seront menés par la cellule évaluation de l'article 51 auprès prioritairement des personnes accompagnées et de leurs proches ainsi qu'auprès des partenaires du projet (établissements de santé, ARS, Conseil Départemental...) pour approcher au mieux la plus-value du dispositif. En complément,

des entretiens pourront être menés aussi auprès des professionnels des équipes prêtes à partir. Ces entretiens permettront d'interroger l'impact du dispositif sur la double dimension qualité de la prise en charge/ qualité de la vie au travail.

Un comité réunissant le porteur du projet, les administrations centrales, les partenaires (établissements de santé notamment), les ARS, les Conseils Départementaux et les DCGDR sera chargé d'analyser les données recueillies et les résultats observés.

La décision d'extension ainsi que les propositions de modifications du modèle économique seront arbitrées par le comité technique de l'innovation en Santé (CTIS).

Phase 2 : Déploiement du projet – 1 an et 6 mois

Si les résultats de l'évaluation sont satisfaisants, le projet sera lancé sur les 2 autres territoires prévus dans le cadre du projet « Equipes prêtes à partir ». Le cas échéant, le projet pourra être aménagé pour intégrer les résultats de l'évaluation notamment sur le calibrage des forfaits en temps et en volume financier.

7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

Un comité de pilotage national sera mis en place pour assurer le suivi de l'expérimentation et son évaluation. Il sera composé de représentants de : UNA Nationale, des structures déployant des « équipes prêtes à partir », des établissements de santé partenaires, des ARS, des Conseils Départementaux et des administrations centrales concernées (DGCS, DSS, DGOS notamment).

Un comité de pilotage local sera aussi mis en place et réunira les différents partenaires du projet au local : structures déployant les « équipes prêtes à partir », établissements de santé, ARS, Conseil Départemental, ARS, CPAM, dispositifs de coordination des parcours (DAC notamment) etc.

Un comité opérationnel national composé des structures porteuses du dispositif expérimental et de l'équipe d'UNA nationale :

- assurera le suivi opérationnel des dispositifs déployés dans chacun des 8 territoires.
- accompagnera les structures dans la mise en œuvre des dispositifs, le travail partenarial, l'élaboration des outils de communication et de collecte des données.
- organisera le partage des expériences déployées dans chacun des territoires.
- veillera à la mise en œuvre de la démarche évaluative.

V. Financement de l'expérimentation

1. Modèle de financement

Le modèle de financement proposé repose sur une **logique de financement à la capitation** et plus spécifiquement de **forfait**. Ce modèle apparaît comme particulièrement adapté au projet qui repose d'une part, sur l'intervention d'une équipe médico-sociale pluridisciplinaire et d'autre part, sur un besoin fort de coordination des interventions.

2. Modalité de financement de la prise en charge proposée

Dans le cadre des équipes prêtes à partir, les coûts des trois forfaits ont été évalués comme suit :

- Forfait 1 « sécurisation du patient à domicile » – 5 jours : 614 euros
- Forfait 2 « transition » – 15 jours : 1 744 euros
- Forfait 3 « accompagnement renforcé » - 30 jours : 3 113 euros

Les forfaits ont été calculés à partir des éléments suivants :

2.1 Composition cible de l'équipe prête à partir

Afin de proposer un dispositif « sortie d'hospitalisation » qui réponde aux enjeux de réactivité et de globalité de l'accompagnement, les structures doivent mettre en place des équipes dédiées « prêtes à partir » pouvant répondre de façon très réactive dès l'annonce de la sortie.

Une équipe type a ainsi été constituée à partir des variables suivantes :

Composition de l'équipe pluridisciplinaire	Infirmier coordinateur, aide à domicile, aide-soignant, infirmier, ergothérapeute, travailleur social, psychologue, fonctions supports
Amplitude horaire d'intervention et garantie de la réactivité	7h à 21h, 365 jours par an dans le respect des règles du code du travail et de la convention collective de l'aide à domicile Réponse en 6h à la suite du premier contact

Pour assurer une amplitude de 7h à 21h, 365 jours par an et une réactivité à la demande des établissements de santé, ces équipes sont composées a minima de :

Fonction	ETP
IDE coordinateur	0,5
IDE	0,5
Intervenant à domicile qualifié (AES, AMP, AVS, AS)	4,8 ETP Sur une base de 6 intervenants à domicile en rotation permanente (4 intervenants en poste organisés en tournée et 2 intervenants en repos) pour assurer la continuité de service
Ergothérapeute	0,20
Travailleur social	0,20
Psychologue	0,20
Fonctions supports (direction, ressources humaines, gestion comptable et financière, communication et secrétariat)	10% du budget RH

Cette équipe, sur la base d'une durée moyenne d'intervention journalière auprès du patient de **2 heures** pourra accompagner **9 personnes par jour**.

2.2 Le budget

Le budget total cible par « équipe prête à partir » est le suivant :

Tableau. Synthèse du budget cible d'une équipe prête à partir

TYPE DE DEPENSES	BUDGET PREVISIONNEL, EN €
Dépenses de personnel	323 245
Dépenses de fonctionnement et frais de structure	59 128
TOTAL	382 373

Les dépenses de personnels se décomposent comme suit :

Tableau. Détails des charges de personnel

FONCTION	E.T.P	CAT. / ANNEE	SALAIRE DE BASE, en €	SALAIRES BRUTS, en €
Ergothérapeute	0,20	E10	34 320	6 864
Travailleur social	0,20	E10	34 320	6 864
Psychologue	0,20	G10	39 125	7 825
E.T.P.	0,60			21 553
Infirmière Coord.	0,50	F10	41 253	20 626
E.T.P.	0,50			20 626
Infirmière	0,50	E10	34 663	17 332
Aide-soignante	2,40	C10	26 268	63 043
Aide à domicile	2,40	C10	26 268	63 043
Astreintes				10 309
E.T.P.	5,30			153 727
Fonctions supports (10%)				19 591
TOTAL SALAIRES BRUTS	6,40			215 497
<i>Dont Avenant 43</i>				27 329
TOTAL CHARGES PATRONALES			50%	107 748
TOTAL SALAIRES BRUTS CHARGES				323 245

Les dépenses de fonctionnement se décomposent comme suit :

Tableau. Détails des charges de fonctionnement

NATURE DES CHARGES DE FONCTIONNEMENT	CHARGES, EN €
Achats de fournitures (gants, blouse, petits matériels...)	3 000
Sous-traitance de prestations à caractère médical ou médico-social	20 000
Communication	2 000
Frais de déplacements des intervenants et de l'équipe pluridisciplinaire à hauteur de 30 km par patient et par an indemnisés à 0,37€ du km selon la CCBAD	22 892
Téléphonie / abonnements smartphone	2 500
Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles	5 000
Frais de structure (1% du budget total)	3736
TOTAL DES CHARGES	59 128

2.3 Construction des forfaits

Les forfaits se décomposent selon les **volets** suivants :

1. **Prestation aide/soin/ réadaptation** qui est constituée des temps d'intervention et temps de déplacement des membres de l'équipe d'intervention hors IDEC (estimés à 85% salaires chargés) sauf IDEC
2. **Prestation évaluation des besoins et coordination de parcours** qui est constituée du temps de travail de l'IDEC et des temps de coordination des membres de l'équipe (estimé à 15% des salaires chargés)
3. **Prestations indirectes (fonction support et de pilotage)** qui est constituée des salaires des fonctions supports et des frais de structure

Au regard des capacités du dispositif et de son coût de revient, il est possible d'estimer le **coût journalier d'un accompagnement en sortie d'hospitalisation par une « équipe prête à partir » à environ 117€** (budget total/nombre de personnes accompagnées par jour/365 jours par an).

Les forfaits ont été construits sur la base de ce coût moyen jour. Les forfaits ont été modulés afin de prendre en compte :

- Une plus forte intensité des temps d'évaluation des besoins et de coordination de parcours (notamment de recherche de solution de sortie) dans le cadre du forfait 1 « sécurisation » de 5 jours : le coût de la prestation d'évaluation des besoins et de coordination est ainsi majoré de 25% dans le cadre du forfait 1 ;
- La prise en charge financière des heures d'aide à la vie quotidienne dans le cadre de l'APA à partir de 15 jours de prise en charge dans le cadre du forfait 3 « accompagnement renforcé » de 30 jours. Il a ainsi été amputé de la prestation d'aide/soin/ réadaptation du forfait 3 la somme de 375 euros (ce qui correspond à 1 heures d'APA évaluée à 25 euros/horaire sur 15 jours).

Les trois forfaits proposés sont ainsi les suivants :

	Coût de la prestation aide/soin/réadaptation	Coût de la prestation évaluation des besoins et coordination de parcours	Coût des prestations indirectes (fonction support et de pilotage)	Coût total du forfait en euros	Coût moyen jour en euros
Forfait 1 Sortie 5 jours	397 €	147 €	70 €	614 €	123 €
Forfait 2 transition 15 jours	1 192 €	343 €	209 €	1 744 €	116 €
Forfait 3 Renforcé 30 jours	2 010 €	685 €	419 €	3 113 €	104 €

3. Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles

Le coût moyen d'un accompagnement en sortie d'hospitalisation par une « équipe prête à partir » est évalué à **117€ par jour**. Ce montant est à comparer au coût d'une journée d'hospitalisation. La journée d'hospitalisation est une référence clé puisque le projet entend **diminuer la durée des séjours** dont l'allongement s'explique par des raisons autres que médicales ou liées au besoin de soins à l'hôpital (absence de solution d'aval, logement à adapter, indisponibilité des aidants etc.) et **les ré-hospitalisations évitables**.

Tableau. Coût moyen journalier en secteur MCO selon le mode de prise en charge

Mode de prise charge	Coût moyen journalier, en €
Hospitalisation complète (au moins une nuit)	682
Hospitalisation de Jour-Nuit (bilan compris)	1175
Séances	1137
Hospitalisation à domicile	226

Source : Scan- Santé, *Référentiel de coût des unités d'œuvres (RTC), données 2018* ; Lien : <https://www.scansante.fr/applications/cout-dunités-doeuvre?secteur=MCO#>

Aussi, nous faisons les hypothèses suivantes :

- Un **forfait 5 jours** est « rentabilisé » dès lors qu'il permet **une sortie anticipée d'une journée** ou d'éviter une ré-hospitalisation d'au moins une journée
- Un **forfait 15 jours** est « rentabilisé » dès lors qu'il permet **une sortie précoce de trois journées ou plus** ou d'éviter une ré-hospitalisation d'au moins deux journées

- Un **forfait 30 jours** est « rentabilisé » dès lors qu'il permet **une sortie précoce de cinq journées ou plus** ou d'éviter une ré-hospitalisation d'au moins trois journées

Tableau. Comparaison du coût entre une journée d'hospitalisation (référence = 682 euros) et un accompagnement dans le cadre des forfaits équipes prêtes à partir

Type de forfait	Coût forfait	Rapport entre le coût du forfait et d'une journée d'hospitalisation (référence = 682 euros)
Forfait 1 sortie	633 €	0,92
Forfait 2 transition	1798 €	2,6
Forfait 3 renforcé	3221 €	4,7

Lecture : L'accompagnement d'une personne dans le cadre d'un forfait 2 « transition » de 15 jours correspond au coût de plus de 2 journées d'hospitalisation.

Enfin, le projet entend prévenir les ré-hospitalisations évitables liées notamment à l'absence de sécurisation au retour au domicile (chutes, dénutrition, dépendances iatrogènes...). Il est intéressant à ce titre de s'intéresser au coût de certaines typologies de séjour comme une prise en charge chirurgicale du type « suite d'une fracture du col du fémur » a un coût moyen de 25 260 euros par séjour¹⁵.

Aux coûts des journées d'hospitalisation évitées, on ajoutera l'économie de la perte d'autonomie due à l'absence de prise en compte des risques de fragilités et celle des conséquences, pour les aidants, de l'absence d'un soutien par les professionnels. L'évaluation du dispositif, expérimenté par différents acteurs dans plusieurs territoires, permettra de mesurer plus finement les bénéfices en termes de qualité de vie et de satisfaction pour les personnes et leur entourage ainsi que les économies générées par la réduction des ré hospitalisations et de la durée des séjours.

4. Besoin de financement

4.1 File active et montée en charge par équipe prête à partir

La capacité moyenne du dispositif en nombre de personnes accompagnées par an est estimée à 211 personnes par Equipe prête à partir.

Cette file active a été calculée à partir des variables suivantes : une durée moyenne d'accompagnement quotidien de 2 heures et une répartition cible des accompagnements dans le dispositif. Au regard des besoins observés, il est attendu une répartition des prises en charge selon les types de forfaits comme suit dans le cadre d'un fonctionnement *en routine*:

- Forfait 1 - 5 jours : 40% des accompagnements réalisés
- Forfait 2 - 15 jours : 30% des accompagnements réalisés
- Forfait 3 - 30 jours : 30% des accompagnements réalisés

Compte-tenu des difficultés attendues notamment les premières années de trouver dans les meilleurs délais des solutions de sortie du dispositif « Equipe prête à partir », il est proposé une répartition différente des forfaits en N1 et N2 du projet (projection d'une part plus importante des forfaits 30 jours sur le total des personnes accompagnées). Le projet dans sa première année visera aussi au

¹⁵ <https://www.scansante.fr/applications/cout-dunités-doeuvr?secteur=MCO#>

renforcement des partenariats avec les acteurs médico-sociaux permettant de proposer des solutions de sortie de dispositif (services aux domiciles, professionnels libéraux, structures d'hébergement etc).

Les projections de file active sont ainsi les suivantes :

La file active d'une équipe prête à partir partant en vague 1 se présente comme indiqué dans le tableau 1, p.29. Le taux d'occupation correspond au ratio entre le nombre d'heure d'accompagnement réalisé/ nombre d'heure d'accompagnement cible (2h par patient).

Il est important de distinguer la question de la file active et du taux d'occupation du dispositif. En effet, la file active annuelle dépend fortement de la répartition des forfaits d'accompagnement. Ainsi, lors de la montée en charge du dispositif, si la file active cible est de 50% pour l'année N1, le taux d'occupation prévisionnel est lui de 66%.

Pour les structures partant en vague 2 (déploiement du projet sur un an et demi), il est projeté pour ces derniers :

- Sur les 6 premiers mois : projection de la file active N1 de la vague 1 (rapporté à 6 mois)
- Sur les 12 mois suivants : projection de la file active N2 de la vague 1

Sur le total de l'expérimentation, la file active projetée est la suivante :

Tableau 2. Estimation de la file active de l'expérimentation pour les 4 équipes prêtes à partir (chiffres arrondis à l'unité)

Type d'accompagnement	N1	N2	N3	Total
Vague 1				
Forfait 1	42	89	169	300
Forfait 2	63	74	127	264
Forfait 3	105	133	127	365
Total 1	210	296	423	929
Vague 2				
Forfait 1	0	21	89	110
Forfait 2	0	32	74	106
Forfait 3	0	53	133	186
Total 2	0	106	296	402
Total 1+2	210	402	719	1331

Sur les 3 années du projet, le dispositif devrait donc accompagner *jusqu'à* 1 331 personnes dans le cas d'un arbitrage positif d'extension, et 929 personnes dans le cas d'un arbitrage négatif.

4.2 Besoins en financement par équipe prête à partir – prestations dérogatoires et crédits d'amorçage et d'ingénierie

Tableau. Besoin en financement pour 1 équipe prête à partir

	Année 1	Année 2	Année 3	total
Crédits d'amorçage et d'ingénierie				
Amorçage	86 177 €	55 583 €		
Ingénierie	31 005 €	15 503 €		
Total 1	117 182 €	71 085 €		188 268 €
Prestation dérogatoire				
Forfait 1	12 894 €	27 016 €	51 576 €	91 486 €
Forfait 2	55 808 €	64 528 €	109 872 €	230 208 €
Forfait 3	164 989 €	196 119 €	196 119 €	557 227 €
Total 2	233 691 €	287 663 €	357 567 €	878 921 €
Total 1 + 2	350 873 €	358 748 €	357 567 €	1 067 189 €
Part CD				
Total 3	31 500 €	23 625 €	23 625 €	
Total 1+2+3	382 373 €	382 373 €	381 192 €	

La mise en place des équipes « prêtes à partir » dans chacun des territoires d'expérimentation implique des dépenses qu'il convient de couvrir pendant la période de montée en charge du dispositif et indépendamment du nombre de sorties d'hospitalisation organisées. Il est ainsi proposé que les crédits d'amorçage permettent de couvrir le différentiel entre le montant des prestations dérogatoires projeté et le budget total du projet présenté lors des trois premières années de montée en charge du dispositif.

Ceci afin de permettre :

- De couvrir les charges de recrutement effectif des équipes prêtes à partir dès 2023, en effet, pour que le dispositif soit pleinement pertinent et opérationnel, il est important de recruter dès le début de l'expérimentation l'ensemble des profils constituant l'équipe.
- D'éviter une prise de risque financier trop importante en cas de « surcharge » du dispositif et notamment de la difficulté à trouver des solutions d'aval pour les personnes accompagnées. Ce risque ne peut être couvert pleinement par le financement au forfait.
Il est à noter que ce risque financier apparaît comme « décroissant » puisqu'au fur et à mesure de la montée en charge du dispositif, les structures créeront des partenariats avec les structures proposant des solutions en « aval ».

La mise en place des équipes « prêtes à partir » nécessite aussi une ingénierie dédiée pour le lancement du projet (création d'outils de suivi et de communication, méthodologie de travail avec les établissements de santé pour la sollicitation des équipes) et pour le recueil des données nécessaires à l'analyse suite à l'étape de prototypage.

Le modèle de financement proposé représente un financement annuel à hauteur de 350 000 euros par équipe prête à partir (cf. tableau besoin de financement) soit 1,06M d'euros sur les 3 années d'expérimentation.

A ce financement s'ajoutera pour les forfaits 3, une solvabilisation des prestations par les usagers via l'APA (estimée à hauteur de près de plus de 20 000 euros en routine du projet) (cf. partie CD tableau ci-dessus).

4.3 Besoins en crédits d'ingénierie du porteur de projet

La mise en œuvre de l'expérimentation demandera une ingénierie et une animation dédiées, en période de montée en charge comme au long de la durée de l'expérimentation aussi bien au local qu'au national.

Au national, cette animation de la démarche nécessitera de regrouper régulièrement les expérimentateurs, de travailler avec eux les différents aspects de la mise en œuvre, d'accompagner le suivi de l'évaluation du dispositif, de construire progressivement la possibilité de généraliser le dispositif et par là-même de tester le modèle économique-cible décrit. Au niveau national et local, il conviendra aussi de construire des outils communs, y compris en matière de communication, pour permettre aux structures d'élargir leurs partenariats en proposant à d'autres centres hospitaliers ou cliniques le bénéfice du dispositif.

La présence d'une ressource salariée dédiée au niveau national permettra d'assurer la permanence de ce suivi, y compris avec les relais locaux du réseau UNA. A ce titre, il est proposé de budgéter 0,75ETP d'ingénierie de projet en N1, N2 et N3 (soit 45 000€ annuel).

4.4 Synthèse des besoins en financement

	Année 1	Année 2	Année 3	total
Prestation dérogatoire				
Vague 1	467 382 €	575 326 €	715 134 €	
Vague 2		233 691 €	575 326 €	
Total 1	467 382 €	809 017 €	1 290 460 €	2 566 859 €
Crédits d'amorçage et d'ingénierie				
Crédits d'ingénierie UNA national	45 000 €	45 000 €	45 000 €	135 000 €
Crédits d'ingénierie UNA local/ vague 1	62 010 €	31 005 €	- €	93 015 €
Crédits d'ingénierie UNA local/ vague 2		31 005 €	31 005 €	62 010 €
Crédits d'amorçage vague 1	172 355 €	111 166 €	- €	283 520 €
Crédits d'amorçage vague 2		86 177 €	55 583 €	141 760 €
Total 2	279 365 €	304 353 €	131 588 €	715 306 €
Total 1 + 2	746 747 €	1 113 370 €	1 422 048 €	3 282 165 €

Le coût total de l'expérimentation est évalué à plus de 3,28 M d'euros soit en moyenne 2 469 euros par patient accompagné dans le dispositif. Le coût par usager en fonctionnement « en routine » du dispositif est lui de 1 788 euros par usager.

A noter qu'en cas d'arbitrage négatif sur l'extension aux deux territoires supplémentaires, le budget total des prestations dérogatoires s'élèvera au maximum à 1 757 842€ et le besoin de crédits d'ingénierie et d'amorçage à 511 535€.

VI Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

1. Aux règles de financements de droit commun

Limites du financement actuel	Aucun dispositif de financement n'est dédié à la prise en charge globale d'un public large en sortie d'hospitalisation, financement qui relèverait de l'assurance maladie, pour assurer l'ensemble des
-------------------------------	--

	prestations permettant le retour à domicile dans de bonnes conditions.
<u>Dérogations de financement</u> envisagées (<u>article L162-31-1-II-1° et 3°</u>) : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Facturation,</i> • <i>Tarification,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Paiement direct des honoraires par le malade,</i> • <i>Participation de l'assuré.</i> 	Créer et expérimenter un financement sous la forme d'un forfait « assurance maladie » d'une équipe pluriprofessionnelle dite « prête à partir », englobant l'ensemble des missions nécessaires au retour sécurisé à domicile (aussi bien en aide qu'en soin) et couvrant toute la période suffisante à la stabilisation de la situation jusqu'à la mise en place éventuelle des relais si besoin.

2. Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

Limites des règles d'organisation actuelles	<p>Les deux principales problématiques auxquelles se confrontent les acteurs de l'intervention à domicile pour offrir un véritable accompagnement de la sortie d'hospitalisation sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour l'aide à domicile (les SAAD): le faible niveau de financement et ses modalités (horaire), le manque de disponibilité du personnel, la difficulté à répondre dans l'immédiat à de nouvelles demande, la difficulté à reprendre certains accompagnements de personnes dont le niveau de l'autonomie/ l'état de santé en sortie d'hospitalisation est fortement dégradé ; - pour le soin à domicile (les SSIAD) : le principal obstacle est la disponibilité en nombre de places, le recrutement de personnel diplômé et, dans une moindre mesure, l'ajustement du financement. <p>Les modèles d'organisation et de financement de ces services ne permettent pas ainsi de répondre avec la réactivité nécessaire aux demandes de prise en charge en sortie d'hospitalisation.</p>
Dérogations organisationnelles envisagées	<p>Il est demandé de déroger aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>La dérogation concerne la création d'un financement, sous la forme d'un forfait « assurance maladie », d'une équipe pluriprofessionnelle dite « prête à partir », englobant l'ensemble des missions nécessaires au retour sécurisé à domicile (aussi bien en aide qu'en soin) et couvrant toute la période suffisante à la stabilisation de la situation jusqu'à la mise en place éventuelle des relais.</p>

VII. Impacts attendus

a. Impact en termes de service rendu aux patients

Les informations venues de notre réseau montrent la difficulté vécue par les personnes et par leurs proches lors d'une sortie approximativement préparée. La hâte de rentrer chez soi masque trop souvent la réalité d'un entourage ni prêt ni en capacité de faire. Sécuriser cette phase, lui permettre de se dérouler avec le moins d'écueils (à-coups) possibles et dans des conditions sereines, introduisent une véritable amélioration pour les personnes comme pour leur entourage.

Le dispositif ambitionne également de réduire le recours au service des urgences et les ré-hospitalisations qui constituent des facteurs déstabilisant les personnes et la vie de leurs proches ; il offre une réelle avancée et les quelques expérimentations du réseau en témoignent.

b. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

Les services hospitaliers sont souvent démunis pour organiser la sortie du patient. En fonction de la situation de la personne ou de l'organisation de l'établissement, le service social n'est pas toujours interpellé, il n'est parfois pas présent dans l'établissement. Dans ces cas, les moyens externes peinent à investiguer concrètement et complètement cette phase délicate. Les coordinations existantes prennent parfois la main et constituent un recours.

Pour autant, l'intervention à domicile garde ses spécificités qu'il est complexe d'appréhender dans leur totalité sans en être spécialiste. Travailler en lien, en coordination avec les autres acteurs est notre quotidien, mais le dispositif projeté offre plus en tant que « référent du domicile » qualifié pour les partenaires. Par la passerelle qu'il construit et par la prise en charge délibérément globale, rapide et fluide qu'il organise, il est une solution pour les professionnels impliqués et pour les partenaires sanitaires et sociaux.

Impacts attendus :

- Fluidifier et faciliter la gestion des sorties d'hospitalisation par les établissements de santé
- Améliorer la qualité de la continuité de la prise en soin (hôpital/domicile)
- Améliorer l'articulation entre les services d'aide et de soins aux domiciles et les établissements de santé

c. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

Sur le plan financier, trois facteurs majeurs génèrent des dépenses inutiles :

- L'allongement de la durée du séjour, faute de solution de sortie,
- L'hospitalisation par défaut, faute de soutien à domicile,
- Les ré-hospitalisations évitables survenues entre 72h et un mois après la sortie, faute d'un retour à domicile préparé et sécurisé.

D'autres coûts sont plus insidieux ou générés à plus long terme. Parmi eux, citons :

- Le transfert de responsabilité sur l'aidant naturel, parfois au-delà de ses capacités.
- La sous-estimation des impacts de cet épisode sur la vie quotidienne du patient et sur l'acceptation future des soins nécessaires,

- La chronicisation d'une fragilité constatée, chez l'aidant ou le patient, conduisant à une accélération de la dépendance.

Ainsi, les impacts attendus sont :

- Le raccourcissement des durées de séjours
- La prévention des ré-hospitalisations évitables
- La réduction des coûts liés à la dégradation de la situation de la santé de la personne et/ou de ses proches qui opère insidieusement quand le retour à domicile est insécurisé ou inorganisé.

VIII Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

La co-construction de l'évaluation des dispositifs du réseau UNA devra permettre à la fois de mesurer les bénéfices (directs et indirects) des expérimentations sur **l'organisation du système de santé notamment en terme de fluidité des parcours** mais aussi de souligner **l'utilité et la pertinence du point de vue des personnes accompagnées** (acceptation de la prise en charge, amélioration de la qualité de vie, soulagement des aidants...) afin de mettre en évidence l'utilité, la durabilité et la généralisation des expérimentations.

Le dispositif proposé vise à mener à une **moindre utilisation de l'hôpital par une allocation des ressources plus efficiente**. Sur ce point, l'intérêt sera de mesurer son impact médico-économique sur le raccourcissement des durées de séjours, sur les ré-hospitalisations évitables et sur la moindre dégradation de la situation de la santé de la personne et/ou de ses proches qui opère insidieusement quand le retour à domicile n'est pas sécurisé ou inorganisé. La minoration de chacun de ces coûts, dont certains seront sans doute plus aisément objectivables que d'autres, est visée par l'expérimentation proposée. La construction d'indicateurs évaluatifs permettra de mieux appréhender les critères clés de cette objectivation.

Enfin, l'évaluation portera sur l'opérationnalité de ce dispositif. A ce titre, cette évaluation sera également le moyen de repérer les effets induits par la mise en œuvre de cette nouvelle organisation et, le cas échéant, les effets non désirés à corriger dans la perspective d'une généralisation.

Les critères et indicateurs identifiés comme clés sont les suivants ainsi :

Type de Critères bénéfiques	Indicateurs
Expérience/ qualité de vie des usagers	<p>Amélioration des conditions du retour au domicile des personnes hospitalisées (retour simple, fluide et rassurant)</p> <p><i>Indicateurs de processus :</i> Délai moyen entre le retour au domicile et la première intervention Typologie des prestations réalisées et nombre de prestations réalisées auprès des personnes</p> <p><i>Indicateurs de résultats :</i> Satisfaction et « expérience » des patients (et/ou de leurs aidants)</p>

Expérience/ qualité de vie des usagers	Amélioration de la prévention des risques liés à aux ré-hospitalisations: dépendance iatrogène, dénutrition, dépression et chutes notamment	<i>Indicateurs de processus :</i> Définition d'une méthodologie d'évaluation des risques de ré-hospitalisation <i>Indicateurs de résultats :</i> Nombre et typologie de prestations réalisées par l'équipe prête à partir ou orientations réalisées afin d'agir sur ces facteurs Evaluation de l'évolution des facteurs de risques de réhospitalisation à l'entrée et à la sortie du dispositif
Organisation du système de santé	Simplification de la gestion des sorties d'hospitalisation pour les établissements de santé	<i>Indicateurs de processus :</i> Mise en place d'un processus visant à organiser la gestion des sorties d'hospitalisation et le partenariat entre les équipes prêtes à partir et les établissements de santé Services d'origine de l'établissement <i>Indicateurs de résultats :</i> Délai d'intervention après sollicitation de l'établissement de santé Nombre de demande d'accompagnement Nombre d'accompagnements réalisé, données descriptives des situations des patients et des besoins d'accompagnement Satisfaction des professionnels et partenaires impliqués
Organisation du système de santé	Amélioration de la qualité de la continuité de la prise en soin entre l'hôpital et le domicile	<i>Indicateurs de processus :</i> Mise en place d'outil de coordination Typologie des « forfaits » <i>Indicateur de résultats :</i> Durée de l'accompagnement par l'équipe Nombre et nature des relais mis en place après l'intervention de l'équipe
Efficiences et de durabilité du système de santé	Permettre une meilleure allocation des ressources avec : <ul style="list-style-type: none"> • Un raccourcissement des durées de séjours • Une prévention des ré-hospitalisations évitables 	<i>Indicateur de processus :</i> Nombre d'accompagnements en sortie d'hospitalisation réalisé <i>Indicateur de résultats :</i> Évolution des DMS dans les établissements de santé ou services participant aux dispositifs Nombre et motif des réhospitalisations à 72h, à 1 mois parmi la file active Evolution du taux de RHE

Ces premiers éléments ne sont pas exhaustifs et pourront utilement être complétés.

Afin de mener à bien le processus d'évaluation, UNA et les structures porteurs du projet mettront à la disposition des équipes en charge de l'évaluation :

- Les éléments de cadrage du projet et de suivi du projet (compte-rendu des réunions, convention de partenariats, tableau de suivi des demandes...)
- Les éléments comptables et financiers
- Les éléments de suivi du patient et ce en conformité avec la législation en vigueur

En complément, UNA et les structures porteurs du projet s'engagent à créer et renseigner tout outil de collecte de données nécessaires en vue de l'évaluation du projet.

IX. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

Le projet nécessitera de recueillir des informations relatives à la situation des patients pour garantir la qualité de la mission et l'adéquation de l'accompagnement aux besoins et à la situation. Ces données sont stockées dans les dossiers des personnes gérés par les systèmes d'information des structures gestionnaires de services d'aide et de soins à domicile soumises au nouveau règlement relatif à la protection des données, et à la gestion et la conservation des dossiers de soins. Ces données rendues anonymes permettront également d'évaluer la pertinence du dispositif.

Lors de la mise en place d'un accompagnement, la personne est informée, par le livret d'accueil, des règles de confidentialité et de partage des informations la concernant au sein de l'équipe de soins. La personne sera spécifiquement informée et le recueil de son consentement mis en place pour garantir le respect de ses droits.

X. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

La protection des données personnelles suppose une vigilance et la mise en œuvre de mesures appropriées tout au long du « cycle de vie » de la donnée. Ce cycle démarre au moment de la collecte et s'achève par l'archivage définitif et/ou la destruction. Entre ces deux bornes, les données sont traitées pour les usages et finalités qui ont été déterminés.

UNA et les structures porteuses de l'expérimentation sur les territoires s'engagent à appliquer les **obligations réglementaires et les recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données** de santé à caractère personnel à tous les stades du cycle de vie des données.

UNA et les structures porteuses de l'expérimentation veilleront au respect du cadre juridique et réglementaire relatif à **la maîtrise et à la sécurisation des données** et notamment de :

- La loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 (révisée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 (LIL 3) et l'ordonnance n°2018-1125 du 12 décembre 2018 (LIL4) applicable au 1er juin 2019)
- Le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 (RGPD)

Ainsi qu'au respect du **cadre juridique et réglementaire relatif au secret professionnel et au partage d'informations** :

- Décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social
- Décret n°2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins
- Arrêté du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins
- Ordonnance n°2017-27 du 12 janvier 2017 relative à l'hébergement des données de santé à caractère personnel

XI. Liens d'intérêts

Dans le cadre de la crise sanitaire et pour soutenir le secteur de l'économie sociale et solidaire, La fédération UNASSAD (UNA) déclare être sociétaire et avoir souscrit, le 18 février 2021, cent parts au sein de la SCIC « LA COOP DES MASQUES Bretonne et solidaire » dont le siège social était situé 11, route de kerbost (22000) GRACES. Cette SCIC avait pour objet la production et vente de masques chirurgicaux et FFP2. Cette SCIC a depuis fait l'objet d'une décision de liquidation judiciaire en date du 12 octobre 2022. Nous n'y avons donc plus d'intérêts particuliers. Notre fédération UNASSAD ne dispose pas, depuis cinq ans, d'autres liens d'intérêts directs ou indirects avec d'autres établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.

L'équipe projet actuelle composée de Pierre-Louis DEMORTIERE et de Faïza MOHREZ ne dispose pas de liens d'intérêts directs ou indirects avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.

Des déclarations d'intérêts seront remises à la DSS et à la DGCS au cours des expérimentations si des changements sont effectués (équipe projet, partenariats spécifiques, mandats ...).

Les structures qui participent au projet d'expérimentation feront également le cas échéant des déclarations d'intérêts à leurs ARS respectives au démarrage ou au cours des expérimentations.

XII. Eléments bibliographiques / expériences étrangères

Les premières investigations dans les pays étrangers permettent peu de comparaison avec un dispositif similaire à notre proposition. Notre recherche établit surtout de profondes différences d'organisation des systèmes de santé. Les distinctions hôpital/domicile ou encore sanitaire/médicosocial/social semblent bien plus ténues que dans le système français. Ces dispositifs facilitent les interpénétrations et ne nécessitent pas les mêmes instruments pour être efficaces.

Pour autant les constats sont souvent partagés quant à **l'importance de la transition hôpital/domicile et quant à l'intérêt d'éviter les journées d'hospitalisations inutiles.**

1. Aux **Etats Unis**, la réduction des réhospitalisations est une priorité depuis 2012 qui se traduit par des mesures réglementaires et des incitations financières auprès des établissements hospitaliers. Plusieurs études, nord-américaines pour la plupart, montrent avec un bon niveau de preuve que l'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile réduit le risque de réhospitalisation précoce

des personnes âgées atteintes de plusieurs pathologies. Ce résultat est robuste et peut probablement être transposé en France.

Source : HAS, Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? 2016

2. Une autre étude de la Haute Autorité de Santé relative au recours à l'hôpital en Europe fait ressortir plusieurs éléments :

- En **Suède**, depuis 1989 un inventaire des patients qui pourraient sortir de l'hôpital de court séjour mais qui ne le peuvent pas faute de capacités dans les structures relais est systématiquement réalisé par les comtés.

- Au **Royaume Uni**, une étude britannique relative à la pertinence de l'hospitalisation estimait que, sur 821 dossiers :

- ✓ 45 % des journées d'hospitalisation étaient inappropriées,
- ✓ 38 % des durées de séjour inappropriées l'étaient du fait d'une durée d'hospitalisation trop longue après la fin de l'épisode médical,
- ✓ Dans 42 cas sur 51, les patients auraient pu être pris en charge par une structure ambulatoire.

Source : HAS, Le recours à l'hôpital en Europe 2009

3. Au **Québec**, l'organisation des systèmes de soins et d'aide est très différente, les uns intégrant pleinement les autres sans distinction de filière. Néanmoins, les constats sont proches et la transition entre l'hôpital et le domicile est aussi reconnue comme un moment critique. « Si certaines conditions ne sont pas respectées, le retour au domicile peut être une grande source d'insécurité, d'anxiété. Le responsable de l'équipe de soutien à domicile sera donc chargé :

- ✓ De planifier le congé de l'hôpital, en collaboration avec le médecin traitant ;
- ✓ De transmettre toute l'information clinique nécessaire à l'intervenant ou aux intervenants – le cas échéant, au coordonnateur de services à la personne – qui doivent intervenir au domicile ;
- ✓ De veiller à ce que la personne et ses proches-aidants aient reçu toute l'information essentielle.

Afin d'assurer le meilleur suivi possible des personnes après une hospitalisation, les centres locaux de services communautaires (CLSC) se donneront un outil reconnu de suivi systématique de clientèle. »

Source : Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile. Ministère de la santé et des services sociaux Québec. 2003.

4. En **Allemagne**, l'objectif du « vieillir chez soi » est inscrit dans la constitution à travers des principes d'inclusion, de participation et de droit à l'autodétermination. Il se traduit dans la loi sur l'assurance sociale par la formule « *ambulant statt stationär* », soit en ambulatoire plutôt qu'en établissement : le soin doit venir à la personne plutôt que l'inverse.

Il y a donc selon l'auteure une nuance sémantique sensible avec les politiques publiques françaises qui centrent les débats sur la question établissement/domicile. En Allemagne, la personne est d'emblée positionnée au cœur du sujet, selon elle.

Source : H     Leenhardt. L'avenir, le quartier. De nouvelles formes d'organisation en Allemagne pour pouvoir vieillir dans son quartier. Fond national de gérontologie, n  136

Annexe 1. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur	UNA, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles	Pierre DEMORTIERE, Directeur Projets cofinancés & Partenariats, p.demortiere@una.fr Faiza MOHREZ, Cheffe de projets cofinancés, F.MOHREZ@una.fr	
Partenaires	Anjou Accompagnement, 49000 Angers	Antoine Masson, Directeur Général, a.masson@anjouaccompagnement.fr	
Partenaires	Eliad, 25000 Besançon	Xavier COQUIBUS, Directeur Général xavier.coquibus@eliad-fc.fr	
Partenaires	Fedosad, 21000 Dijon	Olivier TERRADE, Directeur général direction.generale@fedosad.fr	
Partenaires	Mutualité Bourguignonne SSAM, 21000 Dijon	Lionel MEUNIER , Directeur Délégué Offre de Services et de Santé, lionel.meunier@mfbsam.fr Loïc DUBOIS, Directeur filière ATOME & Enfance/Famille loic.dubois@mfbsam.fr	
Partenaires	CHU Angers	Cécile JAGLIN, direction-generale@chu-angers.fr	
Partenaires	Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) de Maine-et-Loire	Sandrine TULIK, Directrice s.tulik@mda.maine-et-loire.fr	
Partenaires	CHU Besançon	Chantal CARROGER, Directrice Générale, dg@chu-besancon.fr	
Partenaires	CHU Dijon	Nadiège BAILLE, directrice générale	
Partenaires	Clinique Bénigne JOLY	Paola BURDIN, directrice générale, direction@clinique-talant.fr	

Annexe 2. Illustration du parcours d'un patient en sortie d'hospitalisation (patient anonymisé)

M. Aryueda a 89 ans, il vit seul dans un appartement du centre ville d'Angers. Il est d'origine indienne. Il est très isolé par ses conditions de vie, par son caractère très indépendant et par sa situation de santé précaire.

Après une hospitalisation au CHU, il rentre à domicile un jeudi soir. Le service hospitalier a prévu avec lui le passage d'une infirmière libérale pour ses soins. M. Aryueda, classé en GIR 2, exprime très clairement sa volonté de rentrer chez lui le plus vite possible mais s'avère incapable de prendre en charge son retour à domicile.

A son retour à domicile, son voisin, passe lui faire une visite de courtoisie. Il découvre que M. Aryueda n'a aucune prise en charge (pas de dossier APA), il n'a pas des services d'aide ni de soin. Il n'en avait pas avant son hospitalisation et il n'a pas la capacité d'organiser le passage d'une infirmière libérale. Son voisin interpelle donc le SSIAD et le SAD d'Anjou Accompagnement le vendredi soir. M. Aryueda passera le week-end avec la présence ponctuelle de son voisin et de son épouse.

Lors de sa visite à domicile le lundi pour évaluation, l'infirmière coordinatrice a trouvé M. Aryueda dans une situation de santé dramatique. M. Aryueda souffre d'insuffisance rénale, il a une sonde urinaire, et un pansement à la malléole. Sa perte de poids (43 kg lors de la visite), et sa fatigue importante empêchent toute mobilité, il ne peut sortir de son lit pour aller aux toilettes ni s'alimenter seul. L'infirmière coordinatrice organise donc sa réhospitalisation.

M. Aryueda a été réhospitalisé 5 jours après sa sortie faute de dispositif adapté pour son retour à domicile et notamment assez réactif pour prendre en charge dans un délai très court :

- la préparation de ses repas et le faire manger
- ses courses de produits de base (alimentaires, médicaments et d'hygiène)
- l'organisation matérielle de son domicile (besoin d'un lit médicalisé, d'un verticalisateur et d'un montauban)
- l'entretien de son logement
- ses soins d'hygiène et ses soins infirmiers

Lors de sa réhospitalisation, les services sociaux du CHU se sont sentis démunis face à cette situation. M. Aryueda est toujours hospitalisé à ce jour et en attente dans nos services.

Annexe 3. État des possibilités de prise en charge financière et délais d'obtention pour mettre en œuvre le service

	NATURE	HEURES/FORFAITS	RESTE À CHARGE	MODALITÉS	DÉLAIS/POINTS DE BLOCAGE
Patient de plus de 60 ans GIR 5 et 6	MUTUELLES	Nombre d'heures en fonction du contrat de l'intéressé	Reste à charge possible	Par ordre de mission Conventionnement	Réponse entre 24/72 heures + délai prestataires si possibilité d'intervention
	AIDES TECHNIQUES COMPLEMENTAIRES PAR CARSAT SH	1 à 25 heures sans forfait petit matériel 1 à 20 heures avec forfait petit matériel 100€ 1 à 15 heures avec forfait petit matériel 200€ 2 critères de fragilité minimum	Reste à charge en fonction du niveau de ressources du bénéficiaire ; taux CNAV à 20,50€	Conventionnement établissements de santé /CPAM Conventionnement /prestataire Évaluation sous 10 jours	Intervention prestataire sous 24/48h suivant la sortie Dispositif pour CARSAT/RSI/MSA uniquement
	CARSAT ARDH	Limité à 3 mois et à 1800 € maximum. Nombre d'heures calculé à partir de cette base. 2 critères de fragilité minimum Renouvelable 1 fois	Reste à charge en fonction du niveau de ressources du bénéficiaire ; taux CNAV à 20,50€	Conventionnement établissements de santé /CPAM Conventionnement /prestataire	Intervention prestataire sous 24/48 heures Dispositif CARSAT uniquement
	DIVERSES AUTRES CAISSES	Nombre d'heures en fonction des droits possibles définis par la caisse	Reste à charge en fonction du niveau de ressources du bénéficiaire	Dispositif classique non lié à la sortie d'hospitalisation	Délais longs (plusieurs semaines dans certains cas)

	NATURE	HEURES/FORFAITS	RESTE À CHARGE	MODALITÉS	DÉLAIS/POINTS DE BLOCAGE
Patient de plus de 60 ans GIR 1 à 4	APA D'URGENCE	Conditions urgence/versement immédiat dans l'attente de l'instruction du dossier	Versement à l'utilisateur de 50% du plafond APA GIR 1	Dossier APA d'urgence	Immédiat si dossier complet 24 à 48 heures prestataire Dispositif universel mais non appliqué dans certains départements
	APA TRADITIONNELLE AVEC CARENCE	1 719,94 € maximum en GIR 1	Reste à charge en fonction du niveau de ressources du bénéficiaire	Dossier APA	2 mois Des disparités existent entre départements avec des règles plus ou moins flexibles et un niveau de financement différent (règlement départemental d'action sociale des départements)
		1 381,04 € maximum en GIR 2			
		997,85 € maximum en GIR 3			
		665,61 € maximum en GIR 4			
AUGMENTATION DU PLAN APA SI PERSONNE DÉJÀ AIDÉE	Révision nécessaire Flexibilité en fonction des départements	Surcoût proportionnel à l'augmentation du plan	Demande de révision	Délai de l'instruction flexibilité en fonction des départements, Toujours supérieur à 5 jours	

Annexe 4. Exemples de projets au sein du réseau UNA

<p>PORTEUR</p>	<p>La VIE A DOMICILE - Maison de la santé et des aidants, 8 rue Pierre Georges Latécoère – 33700 MERIGNAC</p> <p>Catherine BOUFFARD- BERTRAND Directrice générale 0611191690 -direction@ieantemerignac.fr</p>
<p>PRESENTATION DU PROJET</p> <p>Objectif</p> <p>Stratégie nécessaire pour assurer la coordination des parcours de soins</p>	<p><u>L'équipe pluridisciplinaire d'appui aux sorties d'hospitalisation : EA ou EPASH</u></p> <p>L'EA permet une articulation entre les secteurs ville-hôpital et repositionne stratégiquement le secteur médico-social pour amener plus de cohérence dans la prise en charge du public âgé fragile et entre les secteurs professionnels (ville/hôpital/médico-social). L'EA vient s'inscrire en complément des services hospitaliers de court séjour en assurant une prise en charge globale du patient en sortie d'hospitalisation permettant de proposer un retour à domicile dans les meilleures conditions.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la sortie de l'hôpital • Eviter les réhospitalisations précoces : une approche en termes de PREVENTION • Coordonner les actions entre l'hôpital et le domicile • Assurer la continuité du parcours de santé de la personne âgée en fin d'hospitalisation • Organiser l'amont de la prise en charge et le relai par la suite
<p>PORTEUR</p>	<p>ELIAD</p> <p>39 rue Gérôme 70003 Vesoul 41 rue Thomas Edison 25052 Besançon</p> <p>Xavier COQUIBUS Directeur Général 06 22 26 42 93 - xavier.coquibus@eliad-fc.fr</p>
<p>PRESENTATION DU PROJET</p> <p>Objectif</p> <p>Stratégie nécessaire pour assurer la coordination des parcours de soins</p>	<p><u>TRANSI - SSIAD</u></p> <p>Les principales caractéristiques de « transi-SSIAD » résident dans la réactivité du dispositif pour apporter une réponse immédiate ou dans un délai ne devant pas excéder 48 heures à la question de la possibilité ou non de prise en charge (évaluation à domicile et mise en place), qu'elle soit temporaire ou durable. Cette dernière se limite à une durée maximale de 45 jours. Le transi-SSIAD est accessible aux personnes de plus de 60 ans mais aussi aux adultes de moins de 60 ans (ALD). Par ses modalités spécifiques, le « transi-SSIAD » s'inscrit en complément des services existants (HAD, SSIAD classiques, SAAD, réseaux de santé...).La saisine du « transi-SSIAD » s'effectue par une prescription médicale comme pour le SSIAD. L'organisation de la prise en charge et la coordination des interventions sont réalisées selon les modalités habituelles du SSIAD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposer une offre de prise en charge complémentaire dans le territoire lors des sorties d'hospitalisation ou des problèmes de santé aigus • Disposer d'une équipe à mobiliser en cas d'urgence • Travailler de manière coordonnée avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux

Annexe 5. Vignettes cliniques

Le bénéficiaire	<p>Mme A est âgée de 84 ans et vit seule à son domicile avec une aide hebdomadaire (1h par semaine) pour de l'entretien du cadre de vie par un service du domicile, via une prestation de sa caisse de retraite.</p> <p>Elle est encore assez autonome dans les actes de la vie quotidienne et évaluée en GIR 5.</p> <p>Pourtant, ces dernières semaines, Mme A se sent plus fatiguée qu'à l'accoutumée voire même affaiblie. Le médecin généraliste voit régulièrement sa patiente qui présente quelques signes réguliers d'infection urinaire et d'insuffisance rénale. Elle le sollicite désormais pour des consultations à son domicile.</p> <p>Une nuit, Mme A se lève parce qu'elle se sent fiévreuse mais elle chute dans son appartement. Blessée légèrement, elle n'est pas en mesure de prévenir un membre de sa famille et ne possède pas de téléassistance. Elle reste plusieurs heures au sol car elle n'arrive pas à se relever et ne dispose pas de force suffisante pour se rapprocher de son téléphone.</p> <p>C'est sa fille qui la découvre le matin après plusieurs heures passées à terre.</p> <p>Affaiblie et se plaignant de douleurs au niveau de son dos, elle est hospitalisée. Après divers examens, la patiente n'a pas de fracture mais elle reste 8 jours à l'hôpital avec un traitement antibiotique lié à un diagnostic de néphrite.</p> <p>L'hôpital note des signes de dénutrition et de fragilité psychologique liée probablement au sentiment de solitude exprimé par cette patiente à son arrivée. Madame est affaiblie physiquement et en difficulté pour se déplacer, elle est plutôt atonique.</p>
L'adressage	<p>Le service de l'hôpital évoque la sortie d'hospitalisation en présence de la fille lors d'une visite du médecin dans la chambre de cette personne. La fille est chargée d'organiser la sortie avec le service prestataire. Cette dernière précise qu'elle n'aura pas la possibilité d'aider beaucoup sa mère car souvent en déplacement.</p> <p>L'assistante sociale et l'équipe médicale préconise une prise en charge en SSIAD pour la sortie et une révision de son plan d'aide en SAAD.</p> <p>Un contact est pris avec le service prestataire qui ne peut répondre rapidement en SAAD à cette demande puisque des démarches administratives de révision sont nécessaires sauf à facturer des heures de prestations à taux plein, ce que la famille refuse.</p> <p>Cette dame peut aussi bénéficier de quelques heures de mutuelles sous 72H pour du ménage. De plus, c'est un autre prestataire qui est missionnée via une plateforme et la famille est un peu réticente mais accepte la prestation à J+4 (demande le vendredi pour une prestation le Mardi).</p> <p>La demande de SSIAD est également réalisée et la patiente placée en liste d'attente avec la programmation d'une visite d'évaluation lors du retour à domicile.</p>
Nature de l'accompagnement proposé par le dispositif	<p>Le service de l'hôpital fait alors appel à l'équipe prête à partir. Le service social et l'IDEC réalise une première évaluation conjointe avec le plan suivant: une prestation de soins de nursing et de veille médicale quotidienne et une prestation de courses et de confection de repas avec une présence d'AVS journalière (2 passages / jour midi-soir).</p> <p>A ces dispositions s'ajoutent celles de la mise en place d'une téléassistance.</p>

	<p>Le service est mis en place le lendemain de la sollicitation par le service social (date prévue pour la sortie d'hospitalisation).</p> <p>La visite à domicile, en présence d'une IDEC et d'une AS dès le jour de la sortie confirme le plan de soin prévue et s'agglomère d'une demande de portage de repas (effective à J+3).</p> <p>La téléassistance est activée dès le jour de la sortie.</p> <p>Un marchepied de 5 cm est également installé pour accéder plus facilement à la douche.</p>
<p>Sortie du dispositif J+5 Hypothèse 1</p>	<p>Madame est prise en charge 5 jours avec ce dispositif.</p> <p>La patiente récupère bien de son épisode hospitalier et la prise en charge optimisée des services pendant ces 5 jours lui ont permis de se rassurer et d'entrevoir d'autres possibilités pour son maintien à domicile (téléassistance, portage de repas, soins de nursing dans un moment de fragilité).</p> <p>Les prestations de mutuelles pour l'entretien du cadre de vie sont mises en place en relais ensuite, une demande de révision du plan d'aide est réalisée par l'équipe prête à partir auprès de sa caisse de retraite. Toutefois, certains signes cliniques laissent à penser que cette dame pourrait bénéficier d'une prise en charge APA (l'évaluation infirmera ou confirmera).</p> <p>Le portage de repas est maintenu pour les repas du midi.</p> <p>L'équipe prête à partir a informé cette dame des autres possibilités pour lutter contre la solitude et a pris des contacts avec un service ad hoc (une visite en Accueil de jour est programmée avec cette dame et sa fille).</p> <p>Dans l'attente, le service prestataire habituel va renforcer sa présence jusqu'à sa réévaluation en complément des quelques heures « mutuelle ».</p>
<p>Sortie du dispositif J+15 Hypothèse 2</p>	<p>Les 5 jours sont insuffisants car Madame récupère mal de son séjour hospitalier.</p> <p>Le médecin note une perte des capacités de mobilité de sa patiente et évalue sa patiente en GIR 4 désormais. Madame paraît relativement perdue et déprimée après cet épisode qui la fragilise. L'équipe note des difficultés pour Madame à se maintenir bien hydratée et à s'alimenter suffisamment sans aide/stimulation.</p> <p>La prise en charge est maintenue pour 15 jours avec l'objectif d'une révision plus rapide du plan d'aide et une prolongation éventuel du dispositif actuel à 30 jours.</p> <p>Madame se sent néanmoins rassurer par la mise en place de l'équipe prête à partir qui assure un service 7/7 pour les soins de nursing et d'un un passage infirmier quotidien pour une veille médicale et injection d'anticoagulant (risque phlébite).</p> <p>L'ergothérapeute est sollicité pour une évaluation globale des besoins dans le logement. Une prestation de kinésithérapie (prescription médicale) est préconisée à domicile avec l'objectif de réaliser ces séances ensuite en cabinet de ville. Un chemin lumineux de base est installé dans l'attente d'un dispositif complémentaire. Une serrure électronique est installée pour accéder au domicile de Madame et éviter des relais incessants de transmission de clefs entre intervenants du domicile.</p>

	<p>L'équipe accompagne Madame lors de promenade quotidienne pour lui permettre de retrouver peu à peu une mobilité.</p> <p>Le psychologue intervient auprès de Madame pour lui permettre d'exprimer ses angoisses et ses peurs.</p> <p>La mutuelle vient compléter des actes ménagers traditionnels.</p> <p>L'évaluation par la caisse de retraite bascule ce dossier via le département et confirme le GIR du médecin avec un risque de dégradation repéré.</p> <p>Au bout de 15 jours, le relai est pris par un service d'aide et une IDEL pour la continuité des soins infirmiers. La demande d'une place en SSIAD reste maintenue au regard d'une évolution de la patiente qui pourrait encore être négative.</p> <p>Le portage de repas et la téléassistance sont tous deux maintenus.</p> <p>L'accueil de jour pourra prendre en charge Madame dès le mois suivant pour lutter contre son isolement.</p>
<p>Sortie du dispositif J+30 Hypothèse <u>3</u></p>	<p>La patiente comme pressenti est accompagnée trente jours, le temps nécessaire pour réévaluer son plan d'aide, maintenir le relais de nursing avant la PEC par le SSIAD qui est indispensable et un service SAAD plus étoffé.</p> <p>Le médecin présent depuis le retour à domicile constate que sa patiente est beaucoup plus fragilisée qu'auparavant. En accord avec la patiente et l'équipe prête à partir, une demande insistante auprès du SSIAD est réalisée auprès du service prestataire pour s'engager dans une prise en charge plus rapide et plus durable. Le médecin évalue sa patiente en GIR 3 désormais avec une possible dégradation.</p> <p>Madame ne supporte pas son glissement vers plus de dépendance et évoque de véritables difficultés à se mouvoir lors de la marche et à se maintenir debout. Elle se sent faible sur ses jambes et craint de chuter à nouveau lors de déplacements. Elle a peur de se déplacer seul.</p> <p>Les problèmes d'incontinence sont plus présents depuis sa dernière chute.</p> <p>La présence des AVS la rassure pour l'accompagnement pendant les temps de repas le midi et le soir. Un passage pour le coucher a été ajouté à compter du 4ème jour de prise en charge, compte tenu des angoisses (déclenchement téléassistance plusieurs fois) et du besoin (petite toilette, aide au coucher, réassurance).</p> <p>Le portage de repas et la téléassistance sont tous deux maintenus. Un service de livraison incontinence est mis en place pour plus de facilité.</p> <p>L'ergothérapeute est sollicité pour une réévaluation des besoins dans le logement. L'évaluation de l'ergothérapeute a intégré des appuis techniques supplémentaires avec l'installation d'une barre d'appui pour les toilettes ainsi qu'une rehausse. Le chemin lumineux est modifié pour le renforcer. La prestation de kinésithérapie est mise en place mais nécessite un accompagnement en cabinet de ville.</p> <p>Le relai est passé à l'issue des 30 jours à un service prestataire qui assure le soin et l'accompagnement.</p>

Annexe 6. Catégories d'expérimentations

A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ? Il est possible de combiner les catégories.

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X	
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins		
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants au projet d'expérimentation		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations		

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)¹⁶ :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

¹⁶ Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

Annexe 7. Lettre d'engagement des Conseils Départementaux et établissement de santé partenaires

Lettre d'engagement du CHU d'Angers



DIRECTION GENERALE

Tél. : 02 41 35 32 95
Fax : 02 41 35 55 06
direction-generale@chu-angers.fr

Vos réf. : CJG/CT/STa

Monsieur Antoine MASSON
Directeur d'Anjou Soins Services Accompagnement
25 Avenue Jean XXIII
49000 Angers

Objet : Lettre d'engagement
au projet
«Equipes prêtes à partir»

Angers, le 18 février 2020

Monsieur le Directeur,

Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ
Directrice générale
Tél. : 02 41 35 32 95

Par la présente, je confirme l'engagement du CHU d'Angers pour participer au projet «Equipes prêtes à partir » présenté à la direction du CHU le 13 février 2020.

J'ai pris connaissance de l'avis favorable de l'Agence régionale de santé à la mise en place de ce projet.

Ce projet, porté par au niveau national par l'Union de l'aide des soins et des services à domicile (UNA) dans le cadre d'une expérimentation « article 51 », a pour ambition d'organiser des « équipes prêtes à partir » pour sécuriser les sorties d'hospitalisation, en particulier en cas d'urgence. Les personnes âgées fragilisées ainsi que les personnes en situation de handicap permanent ou temporaire sont particulièrement concernées par ces situations complexes. Ainsi l'association Anjou Soins Services (A2SA) souhaite porter ce projet sur le territoire de l'agglomération angevine.

Comprenant tout l'intérêt pour les patients hospitalisés de bénéficier d'un tel « support » pour les sorties les plus complexes, le CHU d'Angers proposera certains de ses services pour être « pilotes » de ce dispositif.

Le CHU d'Angers mettra ainsi en place les groupes de travail nécessaires sur l'année 2020 en coordination avec A2SA.

Je vous remercie de tenir au courant les équipes du CHU de l'état d'avancement du dossier de financement de cette expérimentation portée par l'UNA et A2SA auprès du Ministère.

Je vous prie de recevoir, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ

Directrice Générale

Copies :

- Mme Isabelle MONNIER, Directrice de la Délégation territoriale 49 de l'ARS ;
- M. Clément TRIBALLEAU, Directeur adjoint chargé du GHT 49, des coopérations et des parcours ;
- M. Samuel TARLE, Directeur référent de pôles ;
- Mme Emilie DEBAISIEUX, Directrice référente de pôles ;
- Mme Laurence LAIGNEL - Directrice des Soins
- Mme Sandrine HOEPPE, Cadre supérieure en mission transversale sur les parcours patients ;
- Mme Elisabeth CHARRIAU, Cadre du Service social ;
- Mme Catherine LAGUERIE, Cadre de la Cellule de gestion des lits.

CHU Angers
4, rue Larrey - 49933 Angers cedex 9
www.chu-angers.fr



Direction générale

NRéf. : CC/MEC/20.113

Monsieur le Directeur Général,

Je fais suite à votre sollicitation du 26 Octobre dernier et vous confirme l'adhésion du CHU de Besançon à votre projet expérimental "Sorties d'hospitalisation" dans le cadre de l'article 51.

Après nous avoir présenté ce projet dans le cadre d'une réunion organisée par l'ARS en Février dernier, nous avons signifié son intérêt pour la fluidification et l'amélioration du parcours du patient. La crise COVID 19 a retardé les échéances initiales mais nous réitérons notre souhait de concrétisation de ce projet.

Eliad est implanté sur le grand Besançon avec ses services du domicile et nos partenariats existants permettront d'optimiser la mise en œuvre ce projet "d'équipe prête à partir". Ce dispositif doit permettre de faciliter et de mieux accompagner les sorties d'hospitalisation au bénéfice de nos patients en particulier des sujets âgés en situation de handicap.

Nous sommes favorables à participer aux groupes de travail pilotés par Eliad pour la mise en œuvre de ce dispositif et pour une implication partenariale forte toute la durée de cette expérimentation.

Je vous prie de recevoir, Monsieur le Directeur Général, mes salutations distinguées.

La Directrice Générale

Chantal CARROGER


Lettre d'engagement de la Clinique Mutualiste Bénigne Joly



Talant, le 8 janvier 2021

Mutualité Française Bourguignonne SSAM
Monsieur Lionel MEUNIER
Directeur Délégué Offre de Services et de Santé
16 Boulevard de Sévigné
21000 DIJON

Objet : lettre engagement au projet « équipes prêtes à partir »

Monsieur le Directeur,

Par la présente, je confirme l'engagement de la Clinique Bénigne Joly pour participer au projet « Equipes prêtes à partir ».

Ce projet, porté au niveau national par l'Union de l'aide des soins et des services à domicile (UNA) dans le cadre d'une expérimentation « article 51 », a pour ambition d'organiser des « équipes prêtes à partir » pour sécuriser les sorties d'hospitalisation, en particulier en cas d'urgence. Les personnes âgées fragilisées ainsi que les personnes en situation de handicap permanent ou temporaire sont particulièrement concernées par ces situations complexes.

Comprenant tout l'intérêt pour les patients hospitalisés de bénéficier d'un tel « support » pour les sorties les plus complexes, la Clinique Bénigne Joly s'associera à cette expérimentation et mobilisera ses équipes en ce sens.

J'ai pris connaissance de l'avis favorable de l'Agence Régionale de Santé à la mise en place de ce projet.

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à notre engagement,

Et vous prie de recevoir, Monsieur le Directeur, l'expression de mes meilleures salutations.

La Directrice,
Paola BURDIN

Allée Roger Renard – 21240 TALANT
Tél. 03 80 58 35 00 – Fax. 03 80 58 35 35
direction@clinique-talant.fr





Dijon, le mardi 9 février 2021

LA DIRECTRICE GENERALE

MUTUALITE FRANCAISE BOURGUIGNONNE
Madame Natacha LECAS
Directrice Générale
16 boulevard de SEVIGNE
BP 51749
21017 DIJON CEDEX

N/Réf. : VB/KM

Objet : Projet des « Equipes Prêtes à Partir » - Article 51 - lettre d'engagement du CHU Dijon Bourgogne

Madame la Directrice Générale,

Vous m'avez informée de votre participation au projet des « Equipes Prêtes à Partir » porté au niveau national par l'UNA (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services à Domicile) dans le cadre des expérimentations dites de « l'Article 51 ».

Ce projet a pour ambition de mobiliser des équipes pluridisciplinaires à domicile dans le but de sécuriser les sorties d'hospitalisation, plus particulièrement pour les personnes âgées, fragilisées, et/ou handicapées (temporairement ou non).

Convaincue de tout l'intérêt pour les patients hospitalisés concernés de bénéficier d'un tel dispositif d'accompagnement et de support pour les sorties les plus complexes, je vous confirme l'engagement du CHU Dijon Bourgogne à s'associer à vos côtés à cette expérimentation.

Mes équipes pourront être mobilisées afin de vous appuyer dans le déploiement opérationnel de ce projet au sein du territoire.



La Directrice Générale,


Nadiège BAILLE



Besançon, le **27 OCT. 2022**

DIRECTION DE L'AUTONOMIE

Affaire suivie par : Gabriel DE ALMEIDA

Ligne directe : 03.81.25.92.12

Monsieur Xavier COQUIBUS
Directeur Général de ELIAD
41 Rue Thomas Edison – CS 92146
25 052 Besançon

Monsieur le Directeur Général,

C'est avec attention que j'ai pris connaissance de votre courriel du 17 octobre 2022, où vous présentez votre engagement dans un projet expérimental d'accompagnement des sorties d'hospitalisation, dans le cadre d'un projet « article 51 » de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, et vous sollicitez le Département à participer au Comité de pilotage de cette expérimentation.

Je vous confirme par la présente, l'intérêt pour le Département de participer aux groupes de travail pilotés par Eliad, pour la mise en œuvre de ce dispositif expérimental « article 51 » pendant les 3 années d'expérimentation, et je répons donc favorablement à votre sollicitation.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de ma considération distinguée.

*Pour la Présidente du Département,
La Directrice de l'Autonomie*

Juliette THIEBAUT

Direction générale adjointe
Développement social et solidarité

Direction de l'Offre d'accueil pour
l'autonomie

Affaire suivie par
Pierre-Yves Barnard
Tél : 02 43 83 45 43
py.barnard@maine-et-loire.fr

Références
2022 - PYBACT
COC n°2408

Angers, le **22 NOV. 2022**

Anjou Accompagnement
Monsieur Masson, Directeur général
25 Avenue Jean XXIII
BP 11002
49010 Angers Cedex 01

Objet : Soutien au projet Article 51 – « Équipes prêtes à partir en sortie d'hospitalisation »

Monsieur le Directeur général,

Anjou Accompagnement porte avec UNA un projet permettant l'expérimentation d'un Dispositif Innovant d'Accompagnement en sortie d'hospitalisation.

Ce dispositif est développé avec l'équipe dite « Article 51 » des ministères sociaux. Il s'agit de mettre en place à Angers une équipe prête à partir pour sécuriser les sorties d'hospitalisation, y compris en cas d'urgence. Cette équipe prend en charge des personnes âgées de façon temporaire afin de faciliter leur convalescence avec des soins et un accompagnement social adapté.

Reposant sur le service polyvalent d'aide et de soin à domicile (SPASAD), l'équipe s'adjoint en outre des compétences spécifiques (ergothérapeute, psychologue, etc.). Il s'agit de faciliter un retour à domicile pour des situations difficilement prises en charge par le droit commun, de stabiliser le risque de perte d'autonomie et d'éviter les ré-hospitalisations.

Ces objectifs sont soutenus par le Département de Maine-et-Loire, dans le cadre de son schéma autonomie en cours de révision. C'est pourquoi nous vous remercions le soutien du Département à ce projet innovant et l'engagement à participer au comité de pilotage. La Direction de l'offre d'accueil pour l'autonomie et la Maison départementale de l'autonomie pourront ainsi contribuer à construire et faire vivre cette expérimentation et à en évaluer les effets tant pour les personnes prises en charge que pour l'organisation de l'offre de services globale sur le territoire.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Directeur général, en l'assurance de notre considération distinguée.

Pour la Présidente du Conseil
départemental et par délégation,
la Vice-présidente chargée du mieux
vivre son handicap



Marie-Pierre Martin

Pour la Présidente du Conseil
départemental et par délégation,
le Vice-président chargé du bien vieillir



Jean-François Raimbault

Annexe 8. Liste des indicateurs à analyser dans la phase d'expérimentation

Les indicateurs à recueillir et à analyser sont de 2 types :

1. Indicateurs « profil patient »

1.1 Caractéristiques patient

1.2 Parcours patient

1.3 Evaluation des besoins et de la fragilité

Il s'agira ici de mieux connaître les profils pris en charge par le dispositif et leurs trajectoires (amont/ aval). Les indicateurs devront aussi permettre de mesurer la fragilité des personnes accompagnées et leur risque de ré-hospitalisation, leurs besoins d'accompagnement et ensuite de comparer l'évaluation des besoins avec les prestations réalisées par les équipes prêtes à partir (données recueillies en point 2.).

2. Indicateurs « accompagnement et prestations réalisées »

2.1 Entrée dans le dispositif

2.2 Nature et intensité des accompagnements réalisés

2.3 Bilan d'activité

Il s'agira ici d'évaluer d'une part, la valeur ajoutée du projet en terme de prestations pluridisciplinaires réalisées (substitutives et complémentaires à celles prévues par le droit commun) et d'autre part, de réunir des éléments pour mesurer l'adéquation du modèle économique du projet.

Le descriptif des indicateurs :

1. Les indicateurs « Profil patient »

1.1 Caractéristiques patient

- Sexe :
- Date de naissance :
- Vit seul :
- Domicile (privé d'origine/ habitat intermédiaire pour personnes âgées ou en situation de handicap/hébergement de réinsertion sociale et autre type d'hébergement social/ hébergement par des proches ou de la famille/ autres)
- Profil :
 - Personnes âgées de plus de 60 ans
 - Personnes de moins de 60 ans avec un handicap ou une maladie chronique
 - Personnes de moins de 60 ans ayant eu un accident de la vie courante entraînant une perte d'autonomie temporaire
- GIR évalué par le CD (en amont de l'hospitalisation):
- GIR évalué par l'hôpital :
- GIR évalué par l'équipe prête à partir :

- Bénéficiaires d'allocation de solidarité
 - Oui/ Si oui : aspa/ aah/ asi/ rsa
 - Non
- Complémentaire santé :
 - Mutuelle
 - Complémentaire Santé Solidaire
 - Pas de complémentaire santé

1.2 Parcours patient

Séjour hospitalier

- Motif hospitalisation :
- Service d'hospitalisation :
- GHM/ GHS :
- Durée du séjour hospitalier :
- Services d'adressage au dispositif UNA :
 - Services intra-hospitalier / nom du service
 - Autres acteurs (DAC etc)

Accompagnement et droits ouverts préexistant à l'hospitalisation

Accompagnement médico-social préexistant à l'hospitalisation :

- SAAD
- Emploi direct d'une aide à domicile
- SSIAD
- IDEL/infirmiers en centre de santé
- Accueil de jours
- Autres
- Pas d'accompagnement

Aide financière/ droit ouvert préexistant à l'hospitalisation :

- APA
- PCH
- Aide-ménagère à domicile
- Aide sociale CARSAT ou MSA

Accompagnement en sortie du dispositif

Modalités de sortie du dispositif :

- Prise en charge médico-sociale :
 - SAAD
 - Emploi direct d'une aide à domicile
 - SSIAD
 - IDEL/ Centre de santé
 - Entrée en structure non médicalisé / habitat intermédiaire
 - Entrée en établissement médicalisé (EHPAD)
 - Accueil de jours
 - Autres
- Ré-hospitalisation

- Si ré-hospitalisation : motifs de ré-hospitalisation
- Décès

Aide financière/ droit ouvert (oui/ non ou **en cours**) :

- APA
- PCH
- Aide-ménagère à domicile
- Aide sociale CARSAT ou MSA

1.3 Evaluation des besoins et du niveau de fragilité à l'entrée et à la sortie du dispositif

Recueil à J0 ou J1 et au jour de sortie du dispositif des critères suivants issues de la grille SEGA d'évaluation du niveau de fragilité qui établit un score de fragilité à partir des variables suivantes :

- Profil gériatrique et facteurs de risques
- Age
- Provenance
- Nombre de médicaments
- Humeur
- Chute dans les 6 derniers mois
- Nutrition
- Maladies associées
- Indépendance dans les AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)
- Indépendance dans la mobilité et les transferts (se lever, marcher)
- Continence (urinaire et/ou fécale)
- Indépendance dans la prise des repas
- Fonctions cognitives

Voir la grille ici : https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/grille_de_fragilite_volet_a-b_2014.pdf

Question complémentaire (cf : référentiel HAS)

- Antécédent d'hospitalisation non programmée depuis 6 mois (hors hospitalisation précédant la prise en charge dans le dispositif)

2. Les indicateurs « accompagnement et prestations réalisées » pour chaque prise en charge

2.1 Entrée dans le dispositif

- Jour et heure de la sollicitation par l'établissement de santé
- Jour et heure de la première intervention de l'équipe prête à partir/ nature de la première intervention
- Délai d'intervention du service (entre appel et retour au domicile)
- Type de sortie :
 - Dans la journée
 - Programmée

2.2 Nature et intensité des accompagnements réalisés

- Durée de la prise en charge par les équipes prêtes à partir
- Nombre de passage lié à chaque prestation et personnel ayant réalisé la prestation :
 - Accompagnement et aide dans les actes de la vie quotidienne
 - Soins de nursing
 - Soins technique infirmiers
 - Accès aux droits et soutien administratif
 - Bilan et soins de maintien et de développement des capacités fonctionnelles
 - Prévention des risques liés à la perte d'autonomie
 - Accès aux aides techniques et à l'aménagement du domicile
 - Soutien aux aidants

En complément, durée moyenne des accompagnements (via 2 semaines de coupes) pour chaque prestation en prenant en compte :

- Temps d'accompagnement/ soin au domicile
- Temps de trajet
- Temps de coordination/ administratif

2.3 Bilan d'activité

- Nombre de patients prise en charge et durée de prise en charge
- Ventilation des patients par forfait
- Taux d'occupation des « places »
- File active