



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Montpellier

Enjeux et dispositifs pour un retour à domicile réussi après hospitalisation



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



L'accompagnement des sorties d'hospitalisation : le dispositif mis en place par la CRAM

Frédérique GUERENNE

Responsable du Service Social Régional



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



CRAM : l'accompagnement des sorties d'hospitalisation

- Un exemple de synergie réussie



Au départ un constat :

- Des personnes restent hospitalisées pour des motifs plus sociaux que médicaux
- L'absence de préparation du retour à domicile peut créer des situations de crise qui parfois conduisent à une ré-hospitalisation.



Puis une idée :

- Il faut préparer en amont, au sein de l'établissement avec la personne et le cas échéant son entourage le retour à domicile
- Il faut s'assurer en aval, au retour à domicile de l'adéquation des mesures mises en œuvre aux conditions de vie et aux progrès de la personne



Une impulsion politique

- => nationale en lien avec la CNAMTS
 - la CNAVTS dans ses réflexions sur la modernisation de son action sociale en faveur des retraités du régime général, crée une nouvelle prestation (plan PAPA 2003) : l'aide au retour à domicile suite à hospitalisation
- => régionale :
 - au sein de la CRAM, les services Action Sociale, Social et GDRH s'engagent dans ce projet sur deux axes :
 - le traitement des situations individuelles
 - le développement du réseau établissements – prestataires... peuvent contribuer à cette action



Une procédure simple et réactive

- évaluation de la capacité à regagner son domicile et de récupération (médecin), du degré de perte d'autonomie (médecin et AS établissement)
- identification des aides ou services à mettre en place pour garantir les conditions du retour à domicile (élaboration du plan d'aide – AS établissement)
- vérification du droit (procédure simplifiée par fax)
- organisation avec l'intervenant choisi de la mise en place des aides dès le retour à domicile (AS établissement / services d'aide à domicile...)
- validation et/ou adaptation du plan d'aide puis suivi de la personne durant la prise en charge Service Social CRAM)



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Les acteurs de cette coordination

« hôpital ↔ domicile »

- Les établissements de cours et moyens séjours qui s'engagent dans ce projet **(62 établissements ont signé un protocole de coopération avec la Caisse Régionale)** et qui pour certains recrutent un(e) Assistant(e) Social(e)
- Les personnels médicaux et sociaux des établissements **(2300 prises en charge attribuées en 2008 au titre de l'ARDH)**
- Les services d'aide à domicile, les SSIAD...et les services de la CRAM



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



D'autres services, structures et personnes contribuent également

- les CLICS
- les services APA dans certains départements
- les médecins de ville
- les para-médicaux
- les aidants familiaux...



Ce qui peut motiver la participation des acteurs à ce dispositif ?

- il répond à un réel besoin pour les personnes
- il améliore la qualité de la prise en charge des personnes : en créant des liens entre hôpital et ville et entre la CRAM et certains Conseils Généraux – articulation entre ARDH et APA
- il facilite le travail des services sociaux des établissements qui peuvent organiser un retour à domicile sachant que le service social de la CRAM prendra le relais
- il favorise le décloisonnement des interventions (fiche de liaison entre service social CRAM et services aide à domicile) émergence d'un réseau de professionnels
- il contribue à la réflexion sur l'évolution des services d'aide à la personne



Des perspectives...

- Persévérer dans ce travail de coordination afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et du service rendu aux personnes âgées et au delà aux malades (partenariat CPAM)
- Renforcer la collaboration avec les Conseils Généraux afin d'articuler les différents dispositifs pour éviter les périodes de rupture de services
- Poursuivre la réflexion sur les services à la personne de demain : quelles aides ? quelles modalités ?
- Chirurgie ambulatoire (cataracte) : l'expérience de l'ARDH a permis d'élaborer une nouvelle action...



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Montpellier

Le dispositif d'Allocation Personnalisée d'Autonomie Temporaire de Retour à Domicile mis en place par le Conseil Général des Pyrénées-Orientales

Marie-Thérèse BEDRIGNANS

Chargée de mission « personnes âgées »

Direction Générale des Solidarités

Conseil Général des Pyrénées-Orientales



L'implication de la Mutualité Sociale Agricole dans l'accompagnement des personnes âgées en situation de fragilité

Christophe BOULANGER

Responsable de l'Action Sociale de la
Fédération des MSA du Languedoc





13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



BIEN VIVRE A DOMICILE

« Bien vivre à domicile » propose des solutions pour des interventions individuelles et des actions collectives pour :

- Prévenir les risques de perte d'autonomie
- Permettre la stimulation de la vie sociale



santé
famille
retraite
services



BIEN VIVRE A DOMICILE

Une évaluation approfondie des besoins

- Recenser les difficultés ou handicaps,
- Intégrer ce que la personne peut et souhaite faire par elle-même et avec son entourage.





BIEN VIVRE A DOMICILE

L'élaboration d'un plan d'accompagnement

Plan d'accompagnement personnalisé qui peut comporter deux catégories de services, dans la limite d'une enveloppe financière équivalente à 20H maxi par mois.

Les services d'une aide à domicile:

- Attribution d'un nombre d'heures modulé selon chaque situation et pour un temps déterminé,
- Réévaluation périodique si nécessaire.





BIEN VIVRE A DOMICILE

Les services « dits complémentaires »

- Portage de repas, téléassistance, amélioration de l'habitat...
- Ce plan d'accompagnement peut aussi comporter la participation à des actions collectives proposées par la MSA sur le territoire : action d'information santé, PAC Eurêka, Ateliers du Bien Vieillir, autres actions partenariales à élaborer.





13 & 14 Janvier 2009



Montpellier

Age

Age

Age

FRAGILITE

Déterminants

- Biologiques
- Génétiques
- Psychologiques
- Sociaux
- Environnementaux

Maladies

Réserves diminuées

Eléments

- Perte de poids
- Faiblesse
- Fatigabilité
- Activité physique réduite
- Lenteur
- +
- Déclin cognitif
- Dépression

Effets néfastes

- Incapacités
- Morbidité
- Hospitalisation
- Institutionnalisation
- Décès



santé
famille
retraite
services



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Montpellier

Impact de la mise en place du dispositif ARDH sur les organisations professionnelles

**Stéphanie BERTHIE, chargée de projet
Géronto-CLEF**



Objectif de l'étude et méthode

Objectif :

Elaborer un état des lieux qualitatif du dispositif ARDH : mesurer l'impact

- sur la prévention de l'autonomie des personnes
- et sur les pratiques professionnelles

Méthode :

- Echantillon contrasté de 5 structures (privé, public, CHU, hôpital local, centre de convalescence, au niveau régional)
- Entretien individuel avec les personnes concernées par l'ARDH (AS essentiellement) au sein de ces structures
- Réunion avec les professionnels de la CRAM pour discuter des entretiens menés au niveau des structures hospitalières



Contexte de l'étude

- **Les exigences des hôpitaux : la T2A**
= baisser la durée d'hospitalisation en facilitant les retours à domicile
- **Environnement déficitaire en terme de réponse alternative entre hospitalisation et retour à domicile**
= choix d'institutionnalisation alors qu'un retour à domicile serait possible (= manque de places en établissements de convalescence, moyens séjours ou SSR ou critères d'admission restrictifs.)
- **Hétérogénéité de la qualité des services proposés par les associations prestataires de service**
= freine le choix de retours à domicile
- **Articulation avec les autres allocations (APA)**
= place de l'ARDH?



Conditions pour un retour à domicile de qualité

- Contexte intra hospitalier

= coordination, travail en réseau, lien avec la ville

= Services déjà organisées et ARDH facilitateur

- Contexte extra hospitalier

= politique gérontologique dynamique : relais sur le terrain quand retour à domicile



La préparation d'un retour à domicile : les pratiques professionnelles actuelles

- Sollicitation du service social de l'hôpital trop souvent dans l'urgence
- Connaissance ARDH limitée trop souvent au service social de l'hôpital
- Diversité de pratiques en terme d'organisation du travail et de travail en réseau



Apport de l'ARDH

- Réduction des temps d'hospitalisation en permettant de mettre un place un plan d'aide dans le cadre du retour à domicile.
- Impact sur la dépendance : offre aux personnes âgées un temps de convalescence à domicile
= vrai temps de veille et de préparation pour les professionnels



Impact positif de l'ARDH sur les pratiques professionnelles

- Impact sur les relations avec services prestataires de service : relations facilitées car confiance au regard de l'effectivité de mise en œuvre des aides
- Impact sur le métier des AS : sont rassurées car effectivité du plan d'aide à domicile et intervention de qualité du service social CRAM (visite à domicile) et de service de l'action sociale (disponibilité et réponses rapides)



Pistes d'amélioration de l'ARDH au niveau des pratiques professionnelles

- Veiller à la diversification des plans d'aide par les assistantes sociales hospitalières
- Respecter le diagnostic de récupération
- Systématiser les contacts des associations prestataires de services
- Améliorer la connaissance du dispositif de manière globale
- Après les retours à domicile, développer un suivi des situations individuelles (plus de communication entre les services de la Cram et hôpitaux)



Pistes de préconisations pour préparer un retour à domicile après hospitalisation

- Place d'une évaluation globale en amont de tout travail
- Structuration au sein de l'hôpital : information de tous sur les dispositifs, participation du service social aux réunions d'équipe, définition de critères d'appel du service social, évaluation pluridisciplinaire, connaissance des acteurs de terrain
- Rôle de la CRAM :
 - Auprès des personnes âgées : pour une « autonomie » retrouvée de la personne âgée
 - Auprès des structures hospitalières : informer, communiquer sur l'ARDH, développer l'articulation domicile et hôpitaux (outils)



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Illustration d'organisations mises en place en établissement de santé : expériences et réalités du quotidien

Dr Isabelle DELMAS

Médecin algologue, gériatre responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs

Clinique du Mas de Rochet

CASTELNAU LE LEZ



Montpellier

13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Le retour à domicile de la personne âgée de 60 ans et plus après hospitalisation

Le regard du praticien



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Le retour à domicile de la personne âgée représente une certaine problématique :

Problème social de santé publique

Le domicile : un cadre particulier



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Problème social de santé publique

- l'urbanisation pour son habitat petit et concentré,
- l'éclatement des familles, la disparition des structures familiales comportant trois générations et habitant dans un même lieu,
- les conditions contemporaines du travail; le travail des femmes.



- Le retour au domicile permet à la personne âgée de retrouver son cadre, d'être entouré des siens, d'avoir autour de soi ses objets familiers ou de recevoir des visites plus nombreuses.
- Être chez soi, c'est aussi pouvoir continuer à recevoir, à être celui qui accueille malgré la maladie.
- C'est peut être gérer son temps comme on l'entend.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Le domicile un cadre particulier

- Les spécificités
- Les limites du domicile
- Les facteurs limitant la prise en charge
- Les situations de crise



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Spécificités

- Le patient est dans son intimité.
- Les locaux ne sont pas forcément adaptés au soins à apporter ou au matériel à mettre en place.
- La famille du patient et lui-même ne souhaitent pas forcément voir leur habitat se transformer en hôpital à la maison.



- Les soignants sont peu nombreux et souvent surchargés; ce qui oblige à sous-traiter une partie des soins aux proches.
- Contrairement à une hospitalisation, le patient et la famille peuvent difficilement faire appel à un intervenant qui les connaît, la nuit, et de ce fait, se sentir isolés ou en insécurité.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



- Le « chez soi » ne peut être envahi par le technique et le matériel médical. Il faut veiller, en tout cas, à toujours travailler cette tension extrême entre nécessité et contrainte médico-technique avec toute la violence que cela peut comporter, le respect de chez soi.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Les limites du domicile

- N'idéalisons pas le domicile et ne diabolisons pas la structure d'hospitalisation.
- Que ce soit à l'hôpital ou en clinique, ce peut être un lieu sécurisant techniquement, un espace où il y a plus de monde, d'animation que chez soi, un lieu moins angoissant.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



De plus, le domicile peut être aussi un espace précaire:

- exigüité du logement,
- précarité des conditions de vie,
- misère sociale,
- psychologique,
- relationnelle,
- avec un isolement ou parfois une solitude extrême.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Les facteurs limitant la prise en charge au domicile

Tout n'est pas possible au domicile

Il existe des **facteurs matériels** limitant la prise en charge au domicile des personnes âgées:

- **D'ordre logistique** : impossibilité de mettre en place un lit médicalisé dans un appartement, manque de place, escalier trop étroit,
- **D'ordre financier** envers certains produits non remboursables.



- Ce sont les **facteurs psychologiques** qui sont les vrais facteurs limitant, à mon sens, le domicile.
- **Le sentiment de viol de la maison** par la présence de personnel trop fréquent : passage infirmière, aide soignante, auxiliaire de vie, kinésithérapeute, etc
- **La famille** : doit être partie prenante du projet.
- **L'équipe soignante** : médecin, infirmiers, aide soignant et auxiliaires de vie disponible.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



La situation de crise

La crise correspond au moment où, pour le patient et/ou son entourage, la situation n'est plus acceptable avec une croissance exponentielle et incontrôlable du mal perçu partout.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



La crise peut être due :

- à des symptômes physiques,
- psychiques,
- à l'épuisement des proches
- des soignants,
- ou à un manque de moyen humain déployé.

Il est nécessaire d'anticiper cette situation, de prévoir un repli vers une structure d'accueil, afin d'éviter le passage par les urgences.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Place du projet de vie de la personne âgée

Montpellier



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Il est important de se poser les questions :

- Quel projet de vie a-t-on pour tel patient?
- Est-ce qu'on parle de projet de vie du patient ou pour le patient ?
- Pour qui le projet de vie est-il important: pour le patient, pour la famille du patient, pour l'équipe soignante ?
- Qu'entend-on par projet de vie ?

Le projet est ce qu'on a l'intention de faire et l'estimation des moyens nécessaire à la réalisation.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Montpellier

Nous retiendrons la définition des existentialistes :

« Ce vers quoi l'homme tend et qui constitue son être véritable. L'homme est un être de désir : tant qu'il y a quelque chose à atteindre, il y a un être véritable ».



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Très concrètement, dans le service,
cela va se manifester par :

- une attention au souci au choix exprimé par le patient par rapport à son hospitalisation.
- à la présence ou l'absence de sa famille et de ses amis
- à ce qu'il voudrait faire, réaliser.

Dans la plupart des cas, le malade attend, l'hospitalisation met le patient en situation de patienter.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Le projet de vie interroge la limite du soignant

La question de projet surgit d'autant plus que l'équipe se trouve en difficulté face à certaines situations:

- patient non communicant
- patient ayant des infections répétées
- patient ayant des soins prolongés
- patient ayant des pansements importants
- patient ayant une grande dépendance



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Montpellier

- Nous avons bien conscience de ne pas franchir les limites du retour à domicile à tout prix mais d'avoir toujours présent à l'esprit le souhait du patient, les possibilités de son entourage et la réalité du quotidien.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Evaluation de la faisabilité et de l'organisation du retour à domicile



- L'évaluation de la possibilité de sortie est le travail du médecin et de l'équipe soignante qui l'entoure.
- L'accord pour un retour au domicile doit être négocié avec tous les acteurs dans l'intérêt du patient mais également celui de son entourage.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



L'accord du patient et de la famille

- Il est conseillé de rencontrer séparément le patient et l'entourage afin que chacun puisse exprimer librement ses souhaits.
- **Rencontrer le patient** afin de connaître son sentiment, ses désirs et aussi ses craintes.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



- **Rencontrer l'entourage**

- pour cerner l'environnement psychologique, social et matériel et réfléchir aux conditions de prise en charge éventuelles à domicile.

- pour informer de la situation véritable du patient car prendre en charge une personne ayant certains handicaps peut être une charge émotionnelle et physique très lourde.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Montpellier

- Est-il possible de répondre positivement aux souhaits des personnes seules, de rentrer au domicile?
- Ce retour à domicile, dans ces conditions, est-il envisageable ?
- Le libre choix du lieu de vie peut-il être garanti à chacun ?



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



- Rencontre conjointe patient entourage
 - Afin de créer une démarche commune.
 - La solution choisie librement et assumée sera beaucoup plus porteuse que celle vers laquelle nous tendons.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Montpellier

Etude de la faisabilité du retour à domicile

Dans le cadre de la faisabilité du retour à domicile, j'ai mis en place une **fiche d'évaluation**.

Cet outil comporte des renseignements concernant le patient :

Première partie :

- renseignements d'ordre administratifs,
- le type de résidence,
- les conditions de vie
- les ressources



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



- l'existence de protection juridique,
- le désir de retour à domicile exprimé par le patient et sa famille.

Nous interrogeons le patient afin de savoir s'il est réaliste, par rapport à son état de dépendance.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



La deuxième partie concerne :

- la connaissance de sa maladie,
- l'indice de Karnovsky,
- son mode d'alimentation,
- son traitement en cours.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



La troisième partie : les différents intervenants

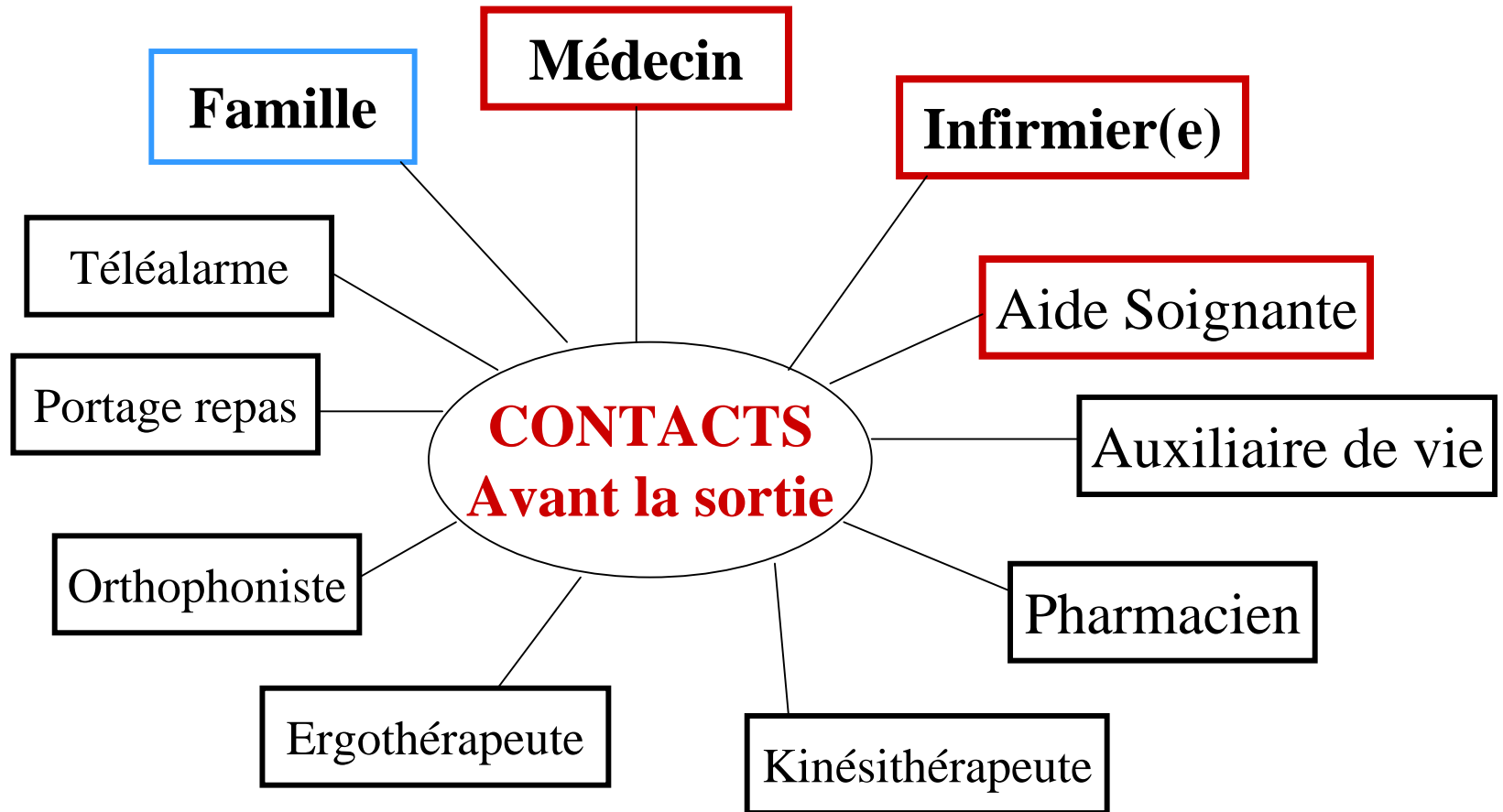
- ceux déjà présents avant l'hospitalisation,
- ceux que nous devons prévoir
- la fréquence des visites.

Le dernier volet

interroge les intervenants à savoir s'ils sont disponibles à la fréquence établie par rapport à la dépendance.

Organisation du retour à domicile

*





13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Le médecin traitant

- Prendre contact avec lui et en faire un partenaire.
Ce dernier doit être contacté avant la sortie d'hospitalisation afin qu'il puisse avoir en sa possession les connaissances concernant le patient.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Les transmissions médicales

- Ces transmissions peuvent se faire par courrier, oralement, par téléphone ou lors de la visite du médecin traitant au chevet du patient hospitalisé.

La lettre de sortie, le courrier de fin de séjour est un support important, jugée indispensable par tous les médecins généralistes.

Il est essentiel que ce courrier parvienne au médecin dès la sortie du malade.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Les prescriptions de sortie

- Prescriptions médicamenteuses
- Prescriptions de soins infirmiers,
- Prescription d'acte de kinésithérapie,
- Prescriptions pour le matériel : location ou d'achat de matériel (lit médicalisé, matelas, chaise, etc)



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Montpellier

Les soignants du domicile

Prendre contact avec l'équipe d'infirmiers, aides soignants, kinésithérapeutes, orthophoniste, ergothérapeute.

Les transmissions paramédicales

La synthèse du séjour avec un résumé des événements importants est établie par l'infirmier(e), le kinésithérapeute.

Le pharmacien

- Prendre contact avec lui afin de s'assurer de la disponibilité des médicaments et/ou du matériel.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



L'assistante sociale

- Les différentes mesures sociales sont mises en place par l'intervention de l'assistante sociale de la structure d'hospitalisation.
- Objectif : se mettre en lien avec les différents services concourant au maintien à domicile et obtenir les financements nécessaires.



Les services concourant au maintien à domicile

- L'aide à domicile : elle apporte un soutien dans les actes de la vie quotidienne tel que le ménage, les courses, la lessive, le repassage, la préparation des repas...
- L'auxiliaire de vie : elle aide au lever, au coucher, complète les interventions des services de soins à domicile et de l'entourage pour l'aide à la vie quotidienne; elle peut éventuellement assurer une garde de nuit.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Montpellier

- Le portage du repas à domicile : ce service est possible dans de nombreuses communes, il est réservé aux personnes de plus de 60 ans.
- La téléalarme : ce service est relié aux sapeurs-pompiers et permet au patient d'appeler en cas de chute ou de malaise; l'installation téléphonique est nécessaire.
- Prestataires de service



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



La préparation de la famille

- Aborder les conditions psychologiques et sociales de la situation.
- Programmer le retour à domicile à une date où l'accueil du patient sera préparé.

La précipitation est souvent la cause d'une réhospitalisation.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Les difficultés rencontrées lors du retour à domicile:

- Difficultés liées au patient : isolement, insécurité, protection de son entourage
- Difficultés matérielles : participation des auxiliaires de vie dans le maintien à domicile est très importante. Celle-ci est soumise à des conditions de ressources
- Difficultés rencontrées par la famille : épuisement des aidants



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Difficultés rencontrées par les soignants

- le manque de temps,
- absence de rémunération adaptée,
- la gestion de symptômes pénibles,
- le manque de formation,
- le fardeau psychoaffectif.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



En conclusion

- Le retour à domicile de la personne âgée nécessite d'être pensé en termes de projet d'évaluation, d'organisation, de lien, afin d'éviter tous les écueils qui pourraient mettre en échec cette réalisation.
- En effet, le retour à domicile représente une certaine problématique tant sur le plan social que sur le cadre très particulier que représente le domicile ainsi que ses limites que nous y trouvons.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Illustration d'organisations mises en place en établissement de santé : expériences et réalités du quotidien

Isabelle MICHEL

Assistante Sociale

Clinique Mutualiste Jean Léon

La Grande Motte



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Illustration d'organisations mises en place en établissement de santé : expériences et réalités du quotidien

Claire LE BOSSE

Ergothérapeute

Clinique Sunny Cottage

AMELIE LES BAINS



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



**Le retour à domicile :
le rôle et les attentes du prestataire de services,
de la préparation à
la mise en œuvre des aides**

Michel MEJEAN

Directeur

GAMMES, Service d'Aide à la Vie Quotidienne

13 & 14 Janvier
2009

GAMMES services à la personne

- GAMMES : Groupement d'Associations Mutualisées d'Economie Sociale à Montpellier
- Organisation au tour de 4 coordinations:
 - Services à la personne (coordination « ENTOUR'AGE »)
 - Insertion par l'activité économique et l'emploi : coordination CONVERGENCES
 - Accueil, hébergement, logement, insertion sociale (coordination CHORUS)
 - Formation, développement social (coordination IRIS 34)



Les services à la personne

- Un service prestataire (autorisation par le Conseil Général de l'Hérault, agrément qualité, convention, CRAM, CAF, Mutuelles, Caisse de retraite...) 30 ans d'expérience.
- Un service mandataire (agrément qualité)
- Un service à la personne (agrément simple)
- 2 SSIAD



La mise en œuvre de l'ARDH par le service prestataire d'Aide à la Vie Quotidienne

- Le service social du lieu d'hospitalisation :
- Contacte le service prestataire et présente oralement la situation à prévoir.
- Etabli un dossier de demande d'ARDH à la CRAM



L'accord de principe de la CRAM

- La CRAM valide la demande du service social.
- Faxe un accord de principe + dossier établi par l'assistante sociale, au service d'Aide à la Vie Quotidienne.
- Fixe la date de début de l'intervention.
- Indique le montant forfaitaire de l'aide prévue pour 2 mois

Contenu du dossier préparé par l'assistante sociale

- Etat civil : identité, adresse, situation familiale
- Evaluation des besoins : niveau GIR, plan d'intervention au regard des besoins repérés suite à l'hospitalisation.
- Mentionne les autres intervenants (SSIAD, Kiné, ...), aides techniques à mettre en place
- Nom de l'évaluateur
- Date de prise en charge



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Réception de l'accord de principe

- Dès réception le service prestataire prend contact avec la personne bénéficiaire (parfois ce contact est réalisé avant la sortie d'hospitalisation quand cela est possible)
- Objet : préparer la mise en œuvre du planning d'intervention.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Planifier les interventions

- Au regard des besoins repérés et en accord avec le, la bénéficiaire
- Recherche de l'intervenant à domicile en adéquation ./ besoins
- Planning d'intervention sur 2 mois (fixer les jours et horaires).



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Réception de l'accord définitif

- La CRAM confirme son accord définitif:
- Par courrier
- Environ 2 semaines après le début des interventions
- Mentionne les dates de début et de fin.



Suivi de la prestation

- Par le service prestataire d'Aide à la Vie Quotidienne:
- Adaptation des interventions et visites à domicile si nécessaire.
- Par le service social CRAM : évaluation (dans les 15 jours qui suivent la sortie d'hospitalisation et 15 jours avant la fin de la prise en charge).
- La CRAM peut éventuellement prolonger l'intervention sur un 3eme mois, dans la limite du montant fixé dans le 1^{er} accord



La période d'intervention

- Cette période est mise à profit pour anticiper l'évolution des besoins de la personne.
- Prévoir la sortie du dispositif ARDH
- Préparer d'autres dossiers de demande d'aide selon la situation de la personne



Sortie du dispositif

- A l'issue des 2 mois initialement prévus :
- Soit :
- Prolongation d'un mois d'intervention en ARDH
- Passage sur le dispositif PAP CRAM
- Passage sur le dispositif APA (si GIR < 5-6)
- Fin des interventions :rétablissement



Le dispositif ARDH

- C'est un dispositif d'intervention rapide
- Mise en place du service en environ 48h
- Le bénéficiaire n'est pas perturbé par le traitement administratif. (accord de principe rapide et mise en place du service immédiatement)



Les attentes du service prestataire

- Bonne définition des besoins au regard de la situation du bénéficiaire pour une meilleure adéquation de la réponse et le choix pertinent de l'intervenant à domicile.
- Etre informé le plus tôt possible sur la présentation du bénéficiaire, son contexte et ses besoins.
- Ce qui implique :



La chaîne de transmission des informations

- Rôle de l'équipe médicale qui décide de la sortie.
- Rôle du service social du lieu d'hospitalisation
- Qualité et précision dans le transfert des informations entre l'équipe médicale, le service social, le service prestataire.
- => la pertinence des informations conditionne la pertinence de la réponse du service prestataire et sa rapidité.



13 & 14 Janvier
2009

Une initiative



Montpellier

Enjeux et dispositifs pour un retour à domicile réussi après hospitalisation