



BILAN 2012

**AIDE AU RETOUR À DOMICILE
APRÈS HOSPITALISATION
SERVICE SOCIAL SUD-EST
ÉTUDES ET RECHERCHES JUIN 2012**

Carsat Retraite
Sud-Est & Santé
au travail

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	3
Le public bénéficiaire d'un accompagnement lors de la sortie d'hospitalisation (+ et - de 60 ans)	5
I LES EVOLUTIONS DU DISPOSITIF ENTRE 2011 ET 2012.....	5
1. Evolution des bénéficiaires en région PACA et CORSE	5
2. Evolution des conventionnements avec les établissements de santé et taux de couverture	6
3. Evolution des signalements pour les plus de 60 ans	7
II LE PROFIL DES BENEFICIAIRES ARDH (+ et - 60 ans)	8
1. Age	8
2. Genre	9
3. Situation familiale	9
4. Situation socio-administrative	10
5. Autonomie des bénéficiaires de plus de 60 ans en fin de prise en charge	11
L'accompagnement lors de la sortie d'hospitalisation en détail	12
1. Types d'intervention sociale	12
2. Les aspects de la prise en charge pour les plus de 60 ans.....	13
3. Les composantes du plan d'actions personnalisé.....	13
4. Situation en fin de prise en charge	14
III LES FORUMS "SORTIE D'HOSPITALISATION".....	14
CONCLUSION	15
PERSPECTIVES.....	15
ANNEXES	16
ANNEXE1 : Tableau bilan 2012 - ARDH.....	17
ANNEXE 2 : EVOLUTION 2011-2012 POUR LES PLUS DE 60 ANS (par département)	18
GLOSSAIRE	22

PREAMBULE

Ce bilan, élaboré dans le cadre du contrat pluriannuel de gestion (CPG) 2010/2013 pour le service social de l'Assurance Maladie, s'inscrit dans l'axe prévention « accompagnement à la sortie d'hospitalisation des populations les plus fragilisées », et du Plan de Préservation de l'autonomie des personnes âgées conclu entre la CNAMTS et la CNAVTS en 2003 et révisé le 07 septembre 2010.

Le programme national de sortie d'hospitalisation (PN3)¹ a pour objectifs de :

- prévenir les risques de perte d'autonomie de la personne en situation d'hospitalisation (hospitalisation complète ou passage aux urgences),
- proposer une démarche centrée sur l'évaluation globale des besoins et sur la coordination entre les établissements de santé, les services sociaux et les intervenants à domicile,
- faciliter le retour à domicile des personnes après leur hospitalisation par un plan d'aides adapté,
- mobiliser les fonds susceptibles de financer les aides favorisant le retour et le maintien à domicile.

Le présent bilan se situe dans la continuité des travaux précédemment réalisés par l'unité études et recherches du service social régional. Le bilan rassemble les données sur le programme dans son ensemble. Il est initié par la CNAV et par la CNAM et propose une analyse des données comparatives entre 2011/2012.

Le dispositif « d'aide au retour après hospitalisation » (ARDH) mis en œuvre par la CNAV en direction des retraités depuis 2003 s'appuie sur une prestation nationale identifiée.

En revanche, la sortie d'hospitalisation impulsée par la CNAM ne s'appuie pas sur une prestation et un dispositif unique. Jusqu'alors, les modalités de mise en œuvre et de financement ont été laissées à l'initiative de chaque CPAM sur fonds ASS, le service social adaptant son intervention au contexte local.

Le bilan présenté dans ce document apporte un éclairage global sur le programme sortie d'hospitalisation ainsi que des éclairages spécifiques sur les plus et moins de 60 ans bénéficiaires d'un accompagnement à la sortie d'hospitalisation.

L'antériorité et l'existence d'une prestation ARDH nationale pour les plus de 60 ans explique que les données relatives à ce public soient plus nombreuses et détaillées.

Le public cible du programme

Le programme de sortie d'hospitalisation s'adresse d'une part aux retraités pour lesquels un diagnostic de récupération de l'autonomie a été formulé au cours de l'hospitalisation vers un GIR 5-6 et d'autre part aux assurés sociaux nécessitant temporairement une aide à domicile au regard de leur état de santé et situation sociale et/ou familiale ou relevant de soins palliatifs.

Modalités opératoires du programme

Elles se traduisent par un travail d'étroite collaboration entre le Service Social ou référent désigné de l'établissement de santé et le service social de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail, ainsi que les Services Action Sanitaire et Sociale de la CARSAT-Sud Est et des CPAM.

Une convention de collaboration est systématiquement signée entre la CARSAT-Sud Est et les établissements de santé afin de formaliser les engagements respectifs. Aucune convention tripartite (CPAM- CARSAT-Sud Est-établissement de santé) n'a été signée à ce jour.

► Dans le cadre de la sortie d'hospitalisation des plus de 60 ans :

La circulaire CNAV 2011/12 du 03/02/2011 modifie les dispositions de 2008 et précise les principes de fonctionnement du dispositif ARDH au sein du PAP.

● l'établissement de santé après un diagnostic de récupération effectuée via son référent social l'évaluation des besoins au chevet du patient et établit un plan d'actions personnalisé en anticipant la sortie (une plaquette d'information est remise au retraité).

● cette évaluation pluridisciplinaire de la situation d'un patient permet la mise en évidence dans chacun des domaines (sanitaire et social) de ses capacités et ressources et/ou de ses problèmes évidents ou potentiels pour envisager un retour à domicile,

● il assure la coordination avec les équipes médicales, prépare la sortie, contacte les

¹ Cf. Lettre Réseau : LR/DDO/112/2011 guide de définitions des indicateurs 2011 du CPG et de l'intéressement

intervenants à domicile pour que les aides puissent avoir lieu dès la sortie,

● signale à la CARSAT du Sud-est la situation pour demander une prise en charge,

● la CARSAT du Sud-est notifie sa décision de prise en charge dans les 48 heures sur la fiche de liaison qui est alors faxée au service social²,

● le service social de la CARSAT du Sud-est intervient dans le mois qui suit la sortie d'hospitalisation,

● Il se rend à domicile, s'assure de la bonne exécution du plan d'actions, le réajuste en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne, du contexte familial et environnemental,

● Il réalise un bilan global de la situation (point sur l'accès aux droits, aux soins...) et prend les contacts qui s'avèrent utiles au regard de la situation,

● Il assure une évaluation finale de l'intervention à l'issue de celle-ci (fin de la prise en charge en cas de récupération de l'autonomie ou préconisation d'autres formes d'aides à domicile voire accompagnement social sur le plus long terme si nécessaire).

► Pour la branche Maladie, la CNAMTS développe deux formes de dispositifs sur le Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASSAM).

1) Depuis 2000, des crédits dédiés au dispositif de prise en charge des soins palliatifs consistent à financer les dépenses liées au maintien à domicile des malades en phase terminale, notamment les frais de garde-malade à domicile en soutien à la famille.

Cette participation répond aux situations urgentes et temporaires sans limite de temps mais avec un montant forfaitaire par intervention. Elle peut être renouvelée au vu des situations médicales et financières de l'assuré.

Un reste à charge de 10% ou de 15% est laissé aux bénéficiaires.

2) Certaines caisses assurent toutefois le financement de ce reste à payer sur leur dotation paramétrique.

Le bilan 2007 de la CNAMTS³ sur ce dispositif indique que les bénéficiaires à 62,22% ont plus de 60 ans contre 29,64% entre 40 et 60 ans et 4,84% ont moins de 40 ans.

La méthodologie

Le présent bilan réalisé par l'Unité Etudes et Recherches du Service Social de la CARSAT-Sud Est porte sur la période de janvier à décembre 2012 et établit un comparatif avec les données 2011 pour une période similaire.

Il s'efforce d'analyser les données en identifiant les points communs ou les différences entre les départements des régions concernées et rendre lisibles les composantes du dispositif ARDH par rapport à une moyenne régionale voire nationale.

Les données exploitées trouvent leur origine dans quatre sources distinctes qui se complètent :

- ANAISS INDIVIDUEL (applicatif métier du service social de l'Assurance Maladie) pour les données régionales globales concernant les résultats CPG (contrat pluriannuel de gestion) et les données relatives à l'analyse de l'ARDH pour les moins de 60 ans.
- Grilles de recueils de données locales sur le nombre de signalements par établissement de santé ainsi que sur le dispositif ARDH des plus de 60 ans fournies par les services sociaux départementaux.
- Les données issues du système d'information ATHENA de l'Action Sociale Vieillesse.
- Les données issues du système d'exploitation ARS et Offres de Soins pour le nombre d'établissements de santé publics ou privés implantés sur les régions PACA et Corse.

En complément de ces informations, les rapports d'activité du niveau national, des différents départements de la région ainsi que les échanges avec l'encadrement de proximité et leurs équipes viennent enrichir l'analyse.

² Fiche de liaison établie par l'établissement de santé et signée par le retraité indique les éléments administratifs et de revenus sur le mode déclaratif indispensables au traitement sur ANTARES. Elle est faxée à la CARSAT-SE pour instruction et notification de décision dans les 48h.

³ LR-DDO-51/2009

Le public bénéficiaire d'un accompagnement lors de la sortie d'hospitalisation (+ et - de 60 ans)

En 2012, 58 382 personnes ont été rencontrées par les services sociaux des CARSAT et CRAM dans le cadre du programme d'accompagnement des personnes à leur sortie d'hospitalisation sur l'ensemble des régions françaises contre 54 362 en 2011 soit une augmentation de 7,4%.

La CARSAT du Sud-est avec 7 330 personnes rencontrées⁴ en 2012 connaît un taux de progression par rapport à 2011 de 13,7%. Ce dernier reste stable puisqu'il était de 13% entre 2010 et 2011.

Ce programme national s'inscrit sur l'axe Gestion du Risque du CPG Maladie avec pour indicateur un taux de bénéficiaires du programme sortie d'hospitalisation à atteindre au moins égal à 60% ([Nombre de bénéficiaires d'une intervention individuelle au titre du programme] / [Nombre de séjours de médecine et de chirurgie dans les établissements de la région (déduction faite des séjours pour personnes non résidentes dans la région et des séjours de moins de 24 H , pondération opérée sur la base du taux moyen d'assurés du régime général stricto sensu) / 100].

Le taux de bénéficiaires régional s'élève à 90,2% contre 77,9% au niveau national (Nombre de séjours au niveau national: 9 619 899). Les séjours en région PACA-Corse représentent 9% du volume.

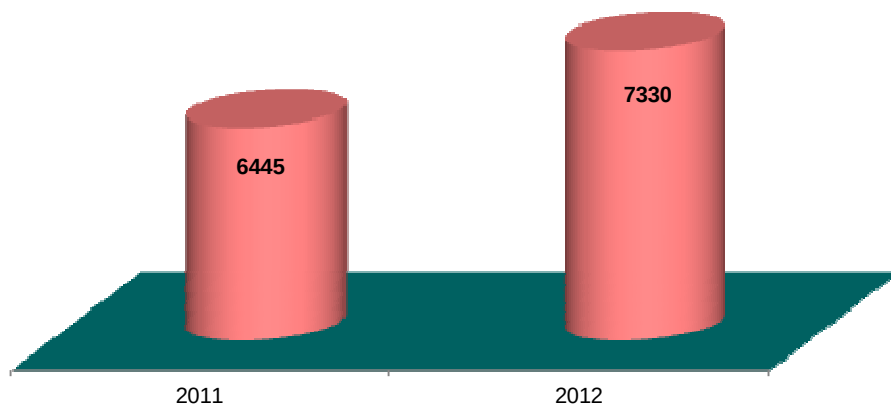
I LES EVOLUTIONS DU DISPOSITIF ENTRE 2011 ET 2012

6 385 bénéficiaires du dispositif + de 60 ans, soit une évolution de 12% par rapport à 2011.

945 bénéficiaires du dispositif - de 60 ans, soit une augmentation d'environ 26% par rapport à 2011.

55650 bénéficiaires de l'ARDH au niveau national, soit une évolution de +6.5% par rapport à 2011. La région Sud-est représente 11.5% du volume des prises en charge (source Action Sociale).

1. Evolution des bénéficiaires en région PACA et CORSE



Source : ANAISS

Le nombre de bénéficiaires a augmenté de 13,7% entre 2011 et 2012, il est passé de 6 445 à 7 330 bénéficiaires tous âges confondus (dispositif ASS CPAM et ASS CARSAT).

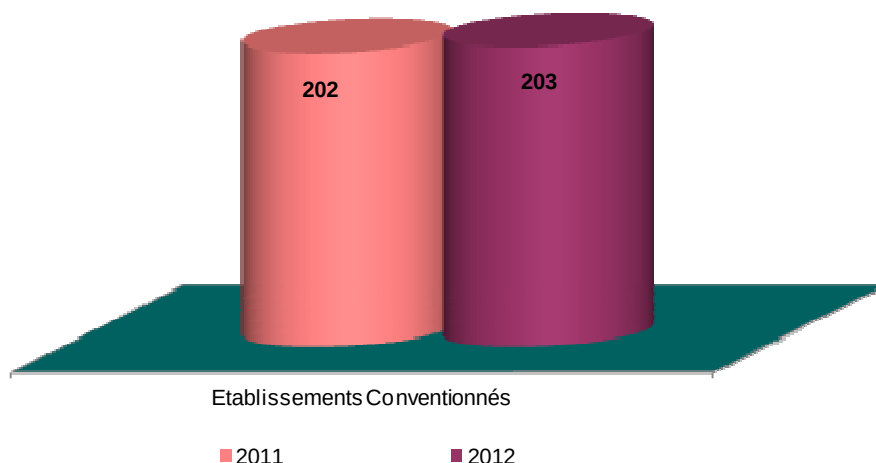
C'est le dispositif des moins de 60 ans qui a vu le nombre de ses bénéficiaires augmenter le plus avec + 25,8% (de 751 bénéficiaires le dispositif est passé à 945 bénéficiaires).

La progression concernant le dispositif des plus de 60 ans se poursuit à un rythme identique à 2011 avec + 12,1% (+ 13% entre 2010 et 2011), le nombre de bénéficiaires passe de 5 694 bénéficiaires en 2011 à 6 385 en 2012.

⁴ 6191 personnes ont été comptabilisées dans le CPG liées au PN3 pour la CARSAT du Sud-est en 2012 soit une augmentation de 14% par rapport à 2011

2. Evolution des conventionnements avec les établissements de santé et taux de couverture

- Les établissements de santé conventionnés secteur public et privé confondus:

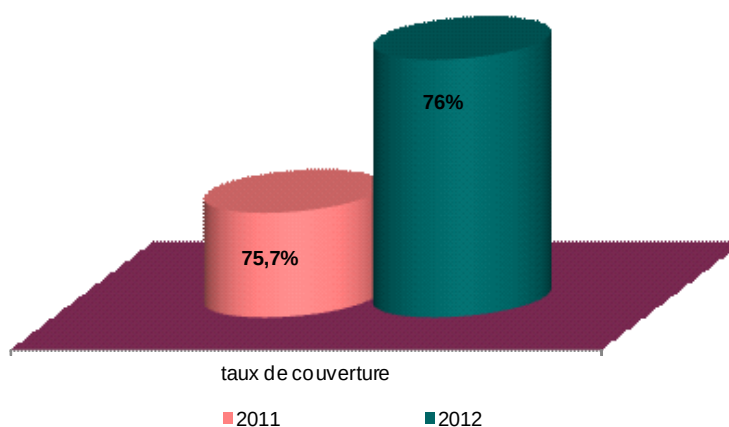


On peut noter une stabilisation des conventionnements au niveau régional à 203 pour 2012 marquée toutefois par 2 déconventionnements équilibrés par l'entrée de nouveaux établissements.

Ainsi, deux établissements ont cessé de fonctionner, un sur le département des Hautes Alpes et un sur Marseille. Trois autres ont signé une convention ARDH, un sur les Alpes Maritimes, un sur le secteur 2 des Bouches-du-Rhône et un autre en Haute Corse.

- Taux de couverture régional

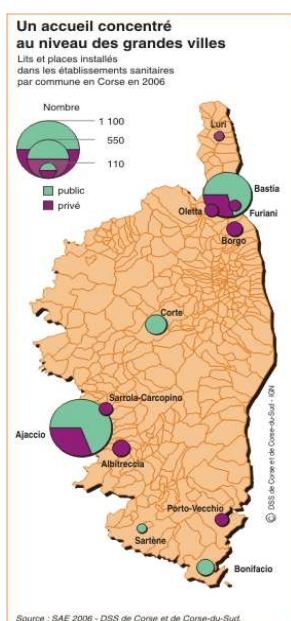
Du fait de la stabilisation du rythme de conventionnement, le taux de couverture ne fluctue pas non plus.



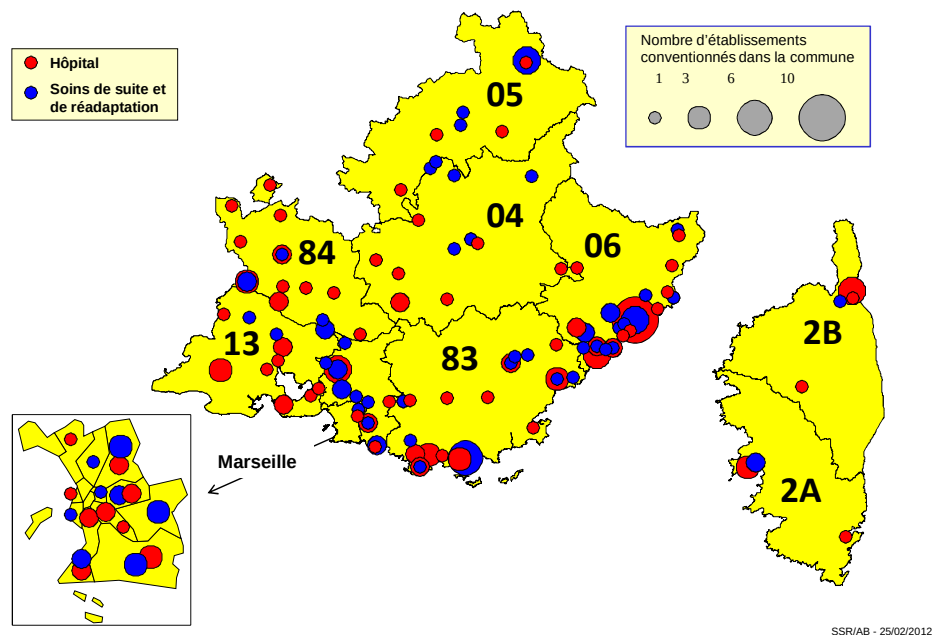
Source : Dépt Action Sociale

Zoom: (13 établissements conventionnés en tout sur la région Corse)

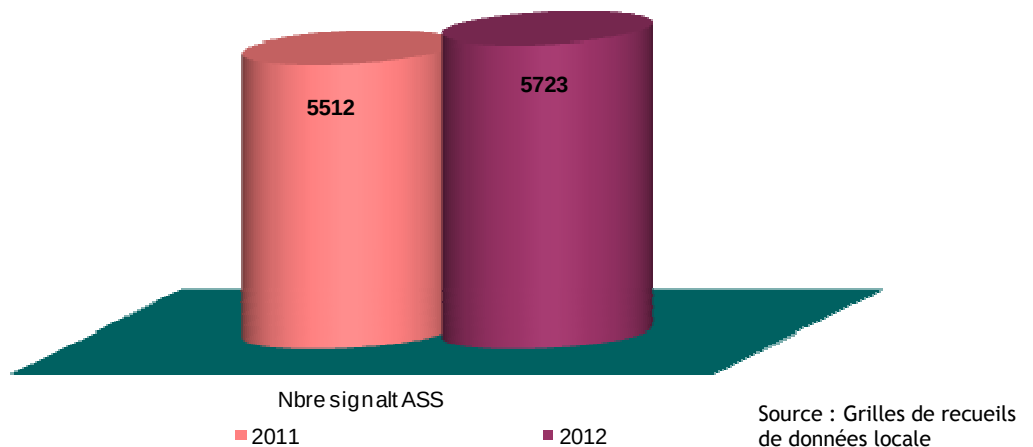
En Corse, les établissements sanitaires publics regroupent 75 % du personnel et comptent 6 unités : 2 centres hospitaliers, 1 centre hospitalier intercommunal et 2 hôpitaux locaux. Le secteur privé est composé de 14 établissements : 7 cliniques (médecine, chirurgie, obstétrique), 5 établissements de soins de suite et de réadaptation et 2 établissements d'hospitalisation à domicile.



AIDE AU RETOUR A DOMICILE APRES HOSPITALISATION
203 établissements de santé conventionnés avec la CARSAT-SE au 31 Décembre 2012



3. Evolution des signalements pour les plus de 60 ans



Le rythme des signalements concernant le dispositif ASS CARSAT se stabilise (+3.8% entre 2011 et 2012, alors que l'on avait pu noter une augmentation de +10% entre 2010 et 2011).

Au niveau départemental, on note de grandes différences:

- 4 départements accusent une baisse du nombre de leurs signalements le 04 (-10%), le 06 (-15%), le 2A (-12%) et le 83 (-11.9%).
- Le département 05 enregistre la plus forte augmentation avec +54.7% et le département 133 se situe juste en dessous de la moyenne régionale avec 2.6%.

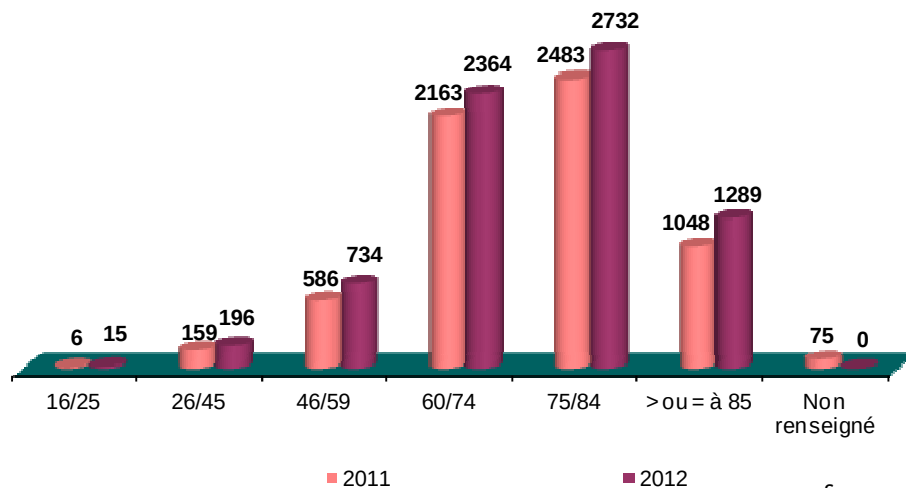
Le reste des départements sont au-dessus de l'augmentation régionale.

II LE PROFIL DES BENEFICIAIRES ARDH (+ et - 60 ans)

1. Age

En 2007, 60 % des retraités habitant la région n'y sont pas nés. C'est en Paca que cette part est la plus forte. Ces personnes ne sont pas toutes arrivées dans la région à l'âge de la retraite. Certaines sont en effet présentes dans la région depuis de nombreuses années. La proportion des personnes nées à l'extérieur de la région est également très forte parmi la population active (52 %, soit un niveau proche des régions Languedoc-Roussillon et Île-de-France) (synthèse n°6 INSEE études).

En 2012, la première génération des baby-boomers (1946) atteindra 65 ans et contribuera à fortement augmenter la part des seniors dans la population. Selon les projections de l'INSEE, la région PACA en 2040 connaîtra un taux de personnes âgées de 75 ans et plus compris entre 10,1 et 17,6% et de plus de 17,7% pour la Corse.



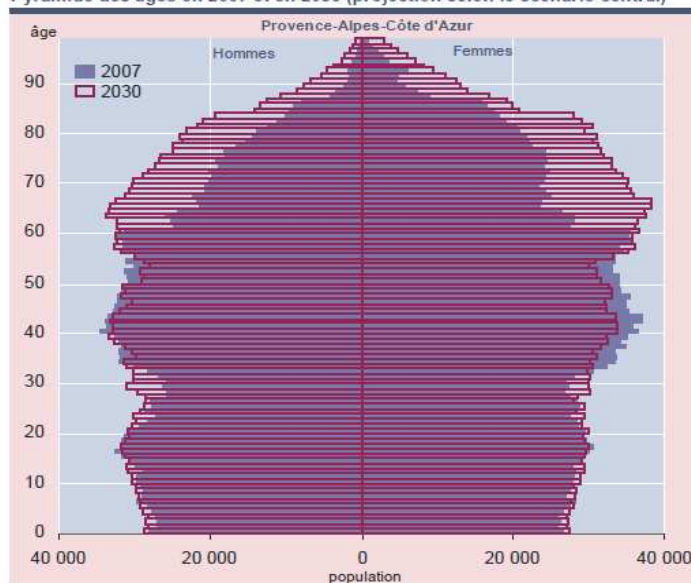
Source : ANAISS

Le dispositif ARDH de l'Assurance retraite couvre 87% des signalements issus des structures de santé. La tranche d'âge 75/84 représente à elle seule 37% des bénéficiaires. L'antériorité du dispositif CNAV explique cette situation couplé aux constats posés par l'IGAS sur le recours aux soins hospitaliers qui augmente avec l'âge (source rapport: "l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge" de l'IGAS).

En effet, entre 45 et 95 ans, la courbe des recours aux soins à l'hôpital présente une croissance régulière et continue avec une inflexion à la hausse très nette entre 70 et 80 ans.

Les bénéficiaires du dispositif des moins de 60 ans représentent 12% des bénéficiaires du dispositif sortie d'hospitalisation, la tranche 46/59 ans étant prédominante avec 78%.

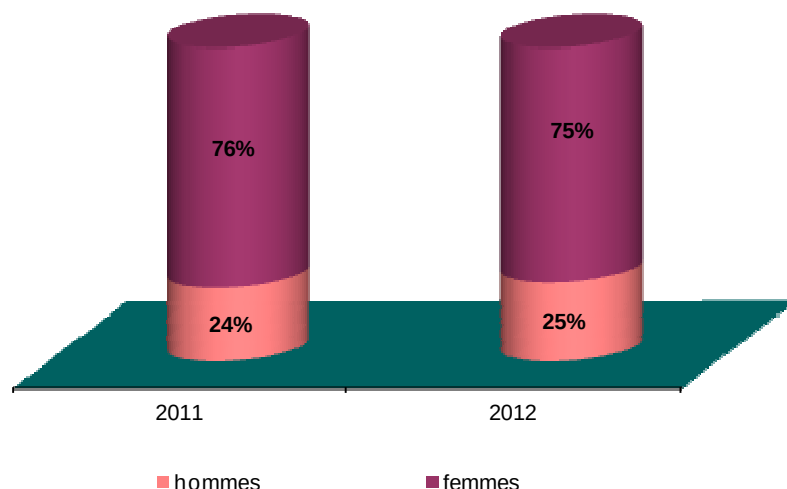
Pyramide des âges en 2007 et en 2030 (projection selon le scénario central)



Lecture : les pyramides des âges de la région Paca représentent la répartition par sexe et âge de la population, en 2007 et 2030 (les hommes à gauche et les femmes à droite, les effectifs étant portés horizontalement et les âges verticalement).

Source : Insee - Recensements de la population

2. Genre



Source : ANAISS

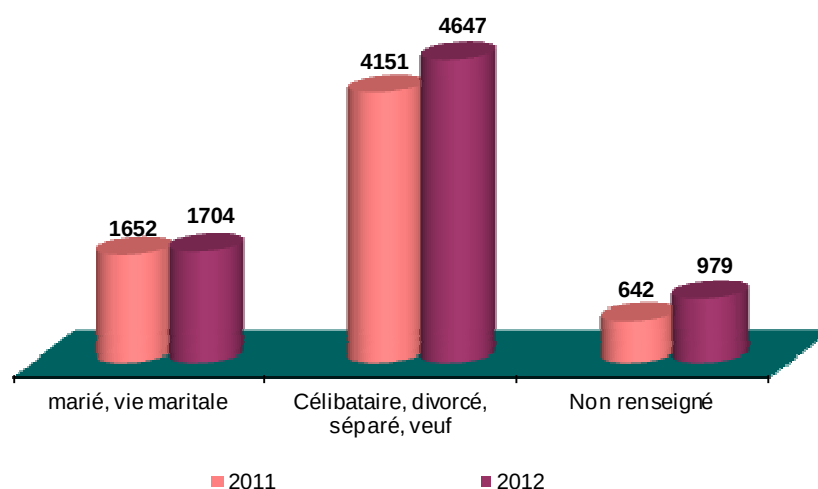
Depuis la mise en place du dispositif, on constate une certaine stabilité dans la proportion Homme/Femme.

En 2012, on fait le même constat que pour 2011, les femmes sont toujours surreprésentées, malgré une légère inflexion avec un passage de 76% à 75%.

Toutefois, le fait que, dans la population française, les femmes soient plus nombreuses que les hommes dans les classes d'âge de plus de 65 ans (19 % de femmes étaient âgées de 65 ans ou plus en 2008 contre 14 % d'hommes) accroît mécaniquement leur taux de recours global d'hospitalisation.

Pour compléter, l'analyse de l'Action Sociale de la CNAV pour 2011 indique que « l'ARDH cible un public qui semble être plus fragile que celui des non bénéficiaires. La population aidée par le retour à domicile est en effet plus âgée et plus féminine (80%) que celle des retraités du régime général. Le taux de mortalité est également plus important. »

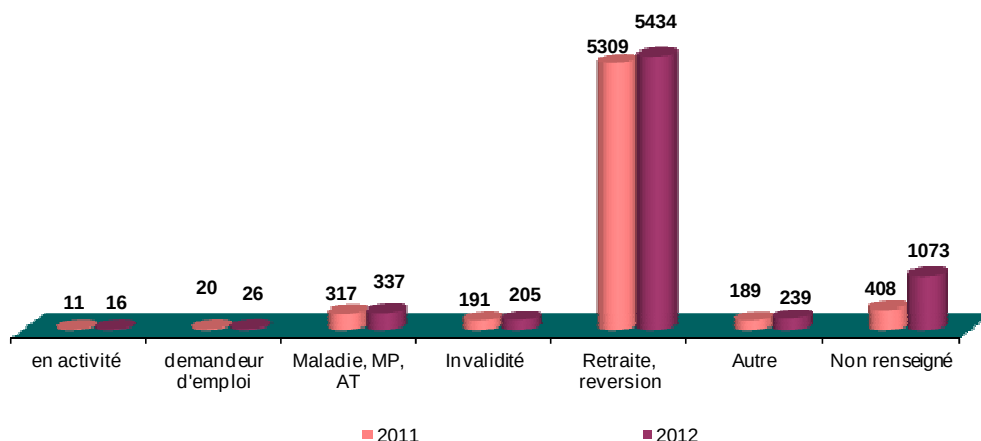
3. Situation familiale



Source : ANAISS

La tendance se confirme toujours, à savoir que la catégorie « célibataire, divorcé, séparé, veuf » représente plus de la moitié des bénéficiaires (environ 64% des bénéficiaires). Même nuance que les années précédentes, avec près de 30% des bénéficiaires qui déclarent avoir un entourage.

4. Situation socio-administrative



Source : ANAISS

Le dispositif des plus de 60 ans étant le plus important en nombre de bénéficiaires (ils représentent 87% des bénéficiaires), le nombre de retraités est le plus important 74% des bénéficiaires du programme sortie d'hospitalisation.

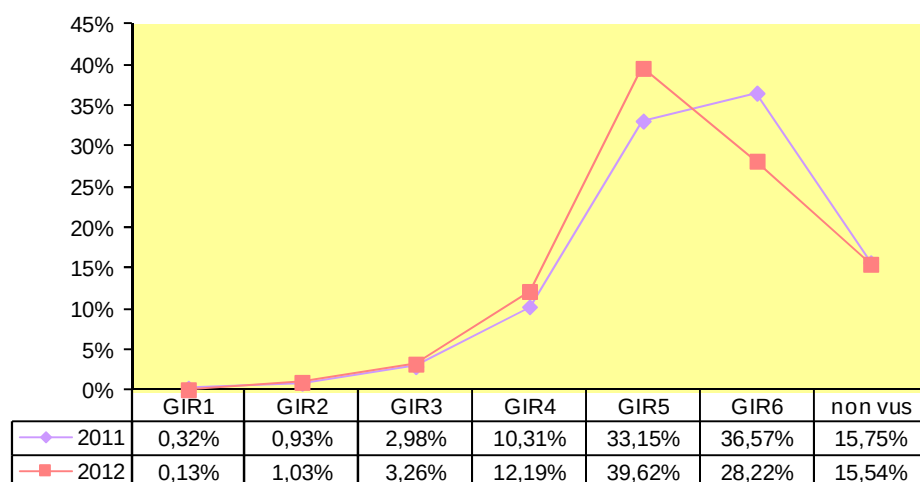
On note néanmoins une légère inflexion dans cette représentativité car jusqu'à présent les retraités représentaient plus de 80% des bénéficiaires.

L'étude parue en janvier 2013 du Pôle études actuarielles et statistiques de la DNAS indiquent également que « les bénéficiaires de l'ARDH perçoivent plus fréquemment que les autres assurés du régime général, des pensions de droit propre cumulées aux pensions de droit dérivé, des pensions d'ex-invalidé et d'invalidité, et des pensions ramenées au minimum contributif. Ces pensions sont également moins souvent prélevées de la CSG que celles des autres retraités du régime général.

Quant à la carrière professionnelle, les bénéficiaires de l'ARDH ont eu en moyenne des plus petits salaires et ont connu plus souvent des périodes assimilées que leurs homologues retraités mais non bénéficiaires de l'ARDH. Enfin, ces périodes de chômage ou de maladie ont duré plus longtemps.

Au regard de ces critères économiques ou des indications en matière de santé, la situation des bénéficiaires de l'ARDH est globalement plus fragile que celle des non bénéficiaires. »

5. Autonomie des bénéficiaires de plus de 60 ans en fin de prise en charge



Source : Grilles de recueils de données locales

Pour le programme sortie d'hospitalisation et plus spécifiquement pour la partie Action Sociale Vieillesse, environ 7 cas sur 10 sont classés en GIR5 ou 6 en ce qui concerne l'autonomie.

On peut noter une légère augmentation des GIR4 par rapport à 2011. Ceci peut s'expliquer par le fait que le dispositif ARDH s'adresse également aux GIR4 avec un diagnostic de récupération favorable en GIR5 ou 6.

L'accompagnement lors de la sortie d'hospitalisation en détail

1. Types d'intervention sociale

Définition des types d'intervention sociale (guide ANAISS):

- Evaluation Conseil (EC)

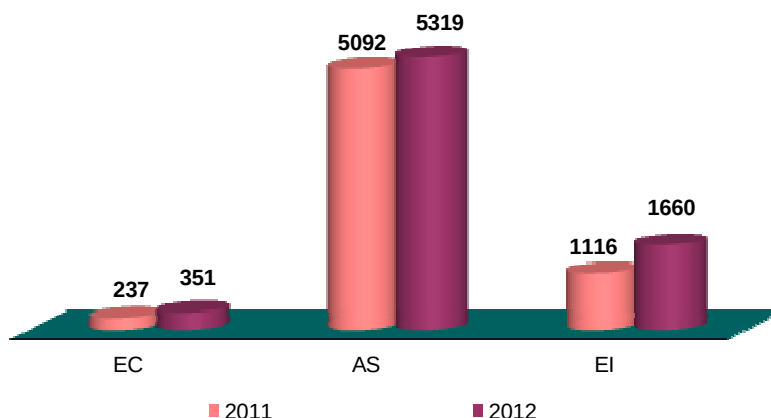
Après écoute et analyse de la situation, intervention ponctuelle au sein de laquelle l'AS donne des informations et des conseils à des personnes en capacité de se les approprier pour résoudre leur problème

- Evaluation Intervention (EI)

Intervention de courte durée dès lors que la personne a des difficultés, à effectuer seule, une ou des démarches et qui consiste à réaliser des interventions de médiation, de mise en relation, ne s'inscrivant pas dans un plan d'aide sur le long terme

- Accompagnement social (AS)

Après écoute et analyse de la situation, intervention, généralement sur le plus long terme, donnant lieu après analyse de la situation à un plan d'aide négocié avec la personne, à la détermination d'objectifs, à l'accompagnement de leur mise en œuvre, à leur suivi et à leur évaluation.



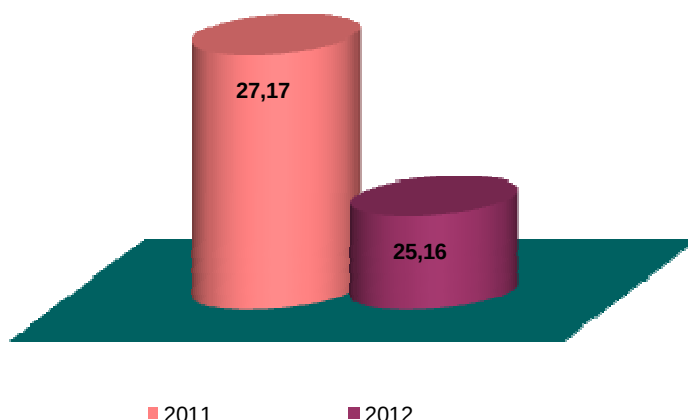
Source : ANAISS

De par la nature du dispositif Aide au Retour après Hospitalisation, le type d'intervention sociale la plus adaptée est l'Accompagnement Social. Il représente environ 73% des interventions des Services Sociaux Départementaux.

Le rôle de relais que joue le service social avec les établissements hospitaliers et l'environnement de l'assuré apparaît clairement. Il constitue une plus value à la prestation de base servie par les services Action Sociale de la CARSAT ou de la CPAM.

- Délai moyen entre la sortie d'hospitalisation et la visite à domicile (dispositif +60ans)

Après une forte augmentation entre 2010 et 2011 du délai moyen au niveau régional, on peut noter pour l'année 2012, une reprise de sa baisse (27 jours en moyenne en 2011 et 25 jours en moyenne pour 2012). L'évaluation à domicile complète celle effectuée au chevet du patient âgé et fragilisé par son problème de santé. Elle permet la diffusion des informations adaptées et une actualisation du plan d'aide en fonction des attentes et besoins repérés.



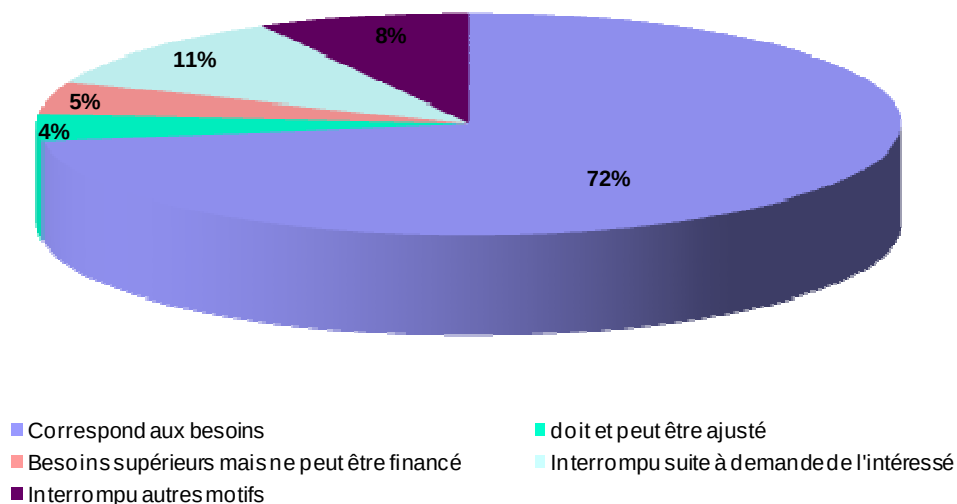
Source : Grilles de recueils de données locales

Le suivi du premier contact téléphonique permettant d'évaluer et d'ajuster le cas échéant le PAP de l'hôpital est toujours maintenu. Il concourt un suivi de qualité à la prestation servie.

2. Les aspects de la prise en charge pour les plus de 60 ans

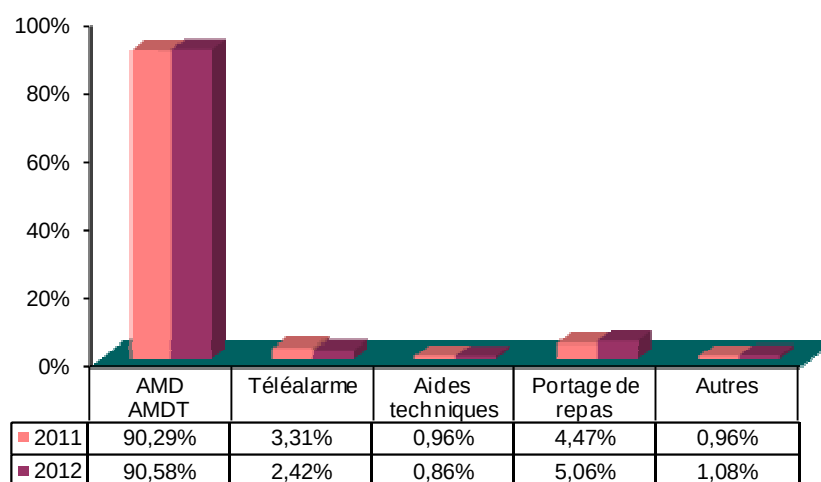
- Ajustement du plan d'aide initial suite à la visite à domicile

Source : Grilles de recueils de données locales



On peut noter la confirmation des plans d'aides établis par les établissements hospitaliers lors de la visite à domicile du service social. Cela implique que les équipes des établissements maintiennent leur implication auprès des personnes âgées fragilisées.

3. Les composantes du plan d'actions personnalisé

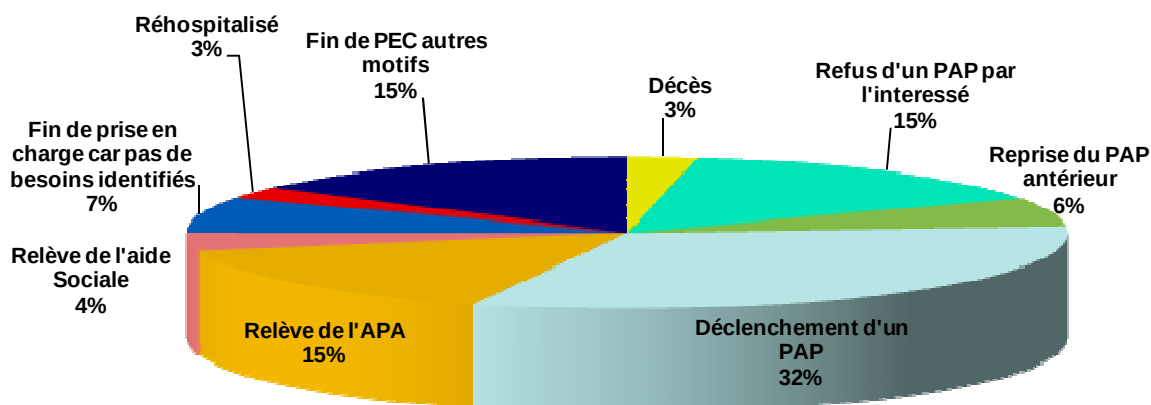


Source : Grilles de recueils de données locale

Comme chaque année l'Aide à domicile est toujours la composante la plus demandée dans le plan d'aide, le portage de repas continue d'augmenter dans les autres prestations proposées et demandées.

4. Situation en fin de prise en charge

Source : Grilles de recueils de données locale



Suite à la forte restriction budgétaire, l'ASS Vieillesse a mis en place un outil qui permet de cibler davantage les personnes en situation de forte fragilité, la **grille de préciblage**. Cette grille s'applique en fin de prise en charge et limite les PAP suite ARDH aux personnes les plus isolées, âgées et malades.

Par ailleurs, la baisse des déclenchements d'un PAP suite ARDH peut s'expliquer par le fait que certains départements l'ont intégré dans leur calcul des situations en fin de prise en charge, d'autres ne l'ont pas pris en compte, d'où la forte augmentation de la fin de prise en charge pour autres motifs.

La reprise du PAP antérieur représente toujours 6% des cas et le reste des situations en fin de prise en charge est toujours au même niveau de représentativité que les années précédentes.

Les situations de décès représentent 3% de l'effectif global. L'étude comparative de la DNAS indique une **mortalité plus élevée chez les bénéficiaires de l'ARDH que sur une autre population de retraités**. « Ceci s'explique par la nature même de la prestation de l'ARDH qui s'adresse à des personnes venant de subir une hospitalisation dont l'état de santé est vraisemblablement précaire. »

III LES FORUMS "SORTIE D'HOSPITALISATION"

Comme en 2011, des forums "sortie d'hospitalisation", avec les directions et référents opérationnels des établissements de santé les structures d'aide à domicile ainsi que les représentants de l'Action Sociale maladie et vieillesse, ont été initiés par le service social et ont permis à nouveau d'établir le lien et de favoriser la synergie entre les différents acteurs du dispositif.

En PACA, 2 forums ont été initiés cette année dans les Bouches-du-Rhône. Cependant, le rôle de lien entre les différents acteurs de la sortie d'hospitalisation s'avère utile et n'est pas démenti. Il s'avère important de développer et entretenir ces rencontres d'échanges de savoirs et d'informations utiles aux différentes parties.

CONCLUSION

Le programme de Sortie d'Hospitalisation a pour objectif l'accompagnement de l'assuré social, de ses ayants droits quel que soit leur âge ou du retraité du Régime Général tout au long de son parcours de soins.

Il s'agit notamment :

- D'anticiper le retour à domicile et d'en favoriser le maintien,
- De donner aux personnes atteintes de pathologies graves une information claire et concrète sur leurs droits, les aides existantes et les modalités d'accès aux droits,
- De soutenir le malade individuellement ou par la mise en place d'actions de travail social avec les groupes (groupes de soutien et d'entraide...),
- De soutenir l'environnement du malade par la mise en place de groupes d'aide aux aidants,
- D'organiser les relais de prise en charge,
- De prévenir le cas échéant le risque de perte d'emploi.

Ce programme apporte également une contribution active :

- A la maîtrise des durées de séjour en établissements de soins.
- A la préservation de l'autonomie et par répercussion à des économies de coûts en matière de dépendance.

Conjointement avec les services de l'action sanitaire et sociale des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et de la CARSAT-Sud Est, l'offre Sortie d'Hospitalisation a touché 7 330 personnes pour l'année 2012.

On observe une augmentation globale du nombre de signalements de 13.7% par rapport à l'année précédente. Cette évolution positive s'effectue sur l'ensemble des dispositifs de sortie d'hospitalisation.

- Le taux de couverture au niveau de la région Sud-Est atteint près de 76% à prédominance secteur public,
- Les prises en charge aboutissent très majoritairement, en termes de prestation, à une intervention d'aide à domicile,
- Le profil type du bénéficiaire de + de 60 ans reste identique aux années précédentes à savoir une femme âgée de plus de 75 ans vivant seule et propriétaire de son logement,
- A la fin de la prise en charge ARDH, 38% des retraités bénéficient d'un PAP suite à la prestation ARDH et 62% ne relèvent plus d'une prise en charge (15% basculent en APA).

PERSPECTIVES

En fin d'année, on peut noter une très nette inflexion des prises en charge dans le cadre de la sortie d'hospitalisation des plus de 60 ans. Cette évolution est liée à la politique de maîtrise budgétaire mise en place par l'Action Sociale Vieillesse à compter de l'été 2012 (pour l'ARDH, suppression des dernières tranches de revenus, restriction du nombre d'heures accordées...)

Ce fléchissement qui devrait avoir des répercussions très significatives sur l'exercice 2013 fera l'objet d'un suivi particulier.

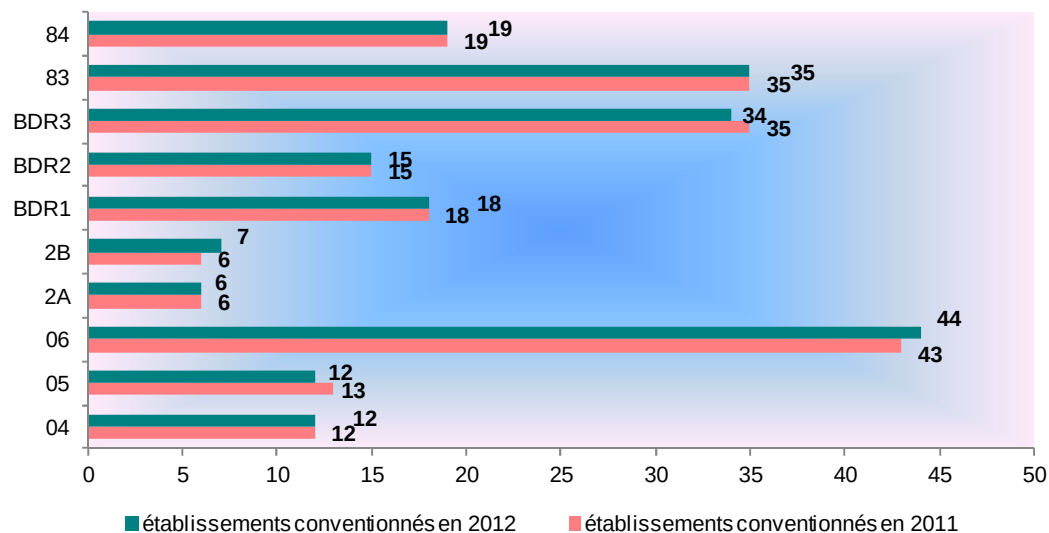
ANNEXES

ANNEXE1 : Tableau bilan 2012 - ARDH

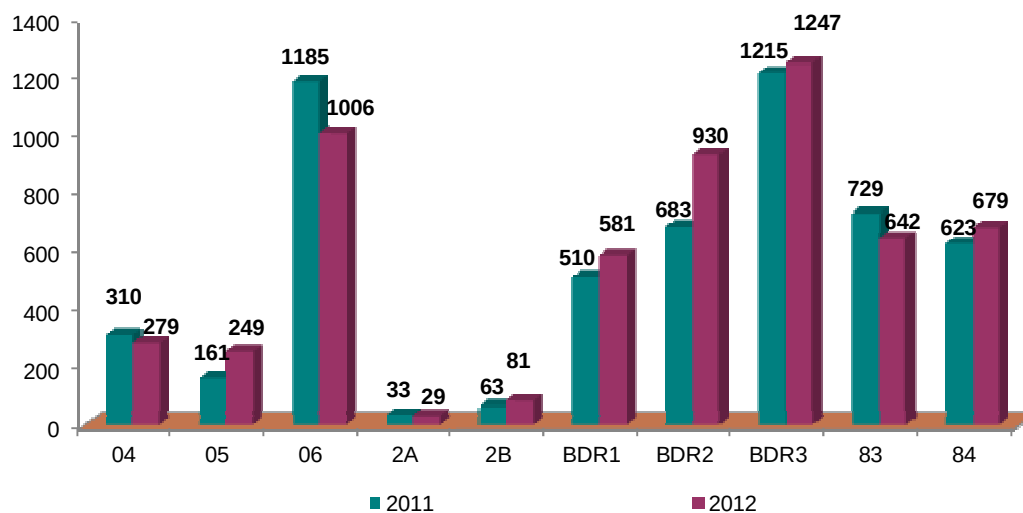
Annexe 2												
TABLEAU BILAN ARDH 2011												
Département concerné:												
Nombre de signalements ASS 2011:			Nombre de prises en charge terminées au 31/12/2011*:									
CARACTERISTIQUES DES BENEFICIAIRES												
Tranche d'âge			Situation familiale			Sexe (en nombre)			Occupant logement (en nombre)			
<60			non vus						non vus			
entre 60 et 69 ans			vit en couple						locataire			
entre 70 et 79 ans			vit seul			femme			propriétaire			
plus de 80 ans			vit en famille			homme			hébergé			
CARACTERISTIQUES DE LA PRISE EN CHARGE												
Délais												
Délai moyen entre la sortie du retraité / VAD de l'AS (en jours)												
LE PLAN D'ACTIONS PERSONNALISE PRECONISE PAR L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER (en nombre)												
correspond aux besoins du retraité à domicile		doit et peut être ajusté suite à la VAD dans la limite des 1800 euros		les besoins sont supérieurs mais ne peuvent être financés par la CRAM		Interrompu suite au refus de l'intéressé		Interrompu autres motifs (hors régime, déménagement...)				
GIR des bénéficiaires en fin de prise en charge (en nombre)												
GIR 1		GIR 3		GIR 5		non vus						
GIR 2		GIR 4		GIR 6								
Situation à l'issue de la prise en charge												
Décès		Reprise d'un PAP (identique ou réajusté)		Relève de l'APA		fin de prise en charge car pas de besoins identifiés		fin de prise en charge autres motifs (déménagement, entrée en institution...)				
Refus d'un PAP par l'intéressé		déclenchement d'un PAP		Relève de l'aide sociale		réhospitalisé						
NATURE DE LA PRESTATION												
Types d'aides mobilisées au cours de la prise en charge (en nombre)												
AMD		Transport par un service spécialisé		Portage de repas		Sorties accompagnées		Protection urinaire				
Téléalarme		Aides techniques		Passage de nuit itinérant		Côtisations club						
Livraison de courses / Médicaments		Ergothérapeute		Repas pris en structure		Ateliers mémoire / nutrition / équilibre						

ANNEXE 2 : EVOLUTION 2011-2012 POUR LES PLUS DE 60 ANS (par département)

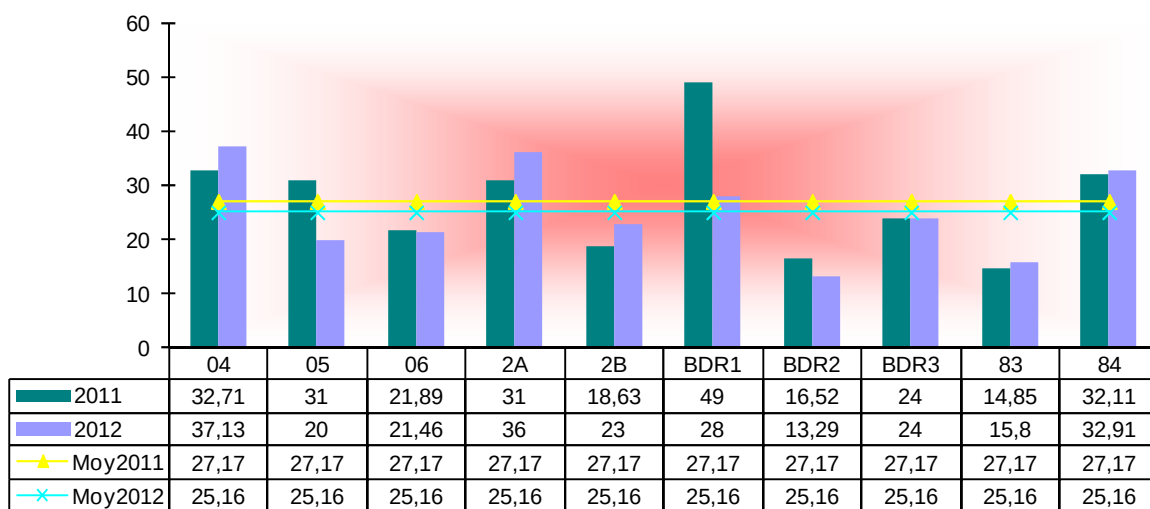
1- Evolution 2011/2012 des conventionnements



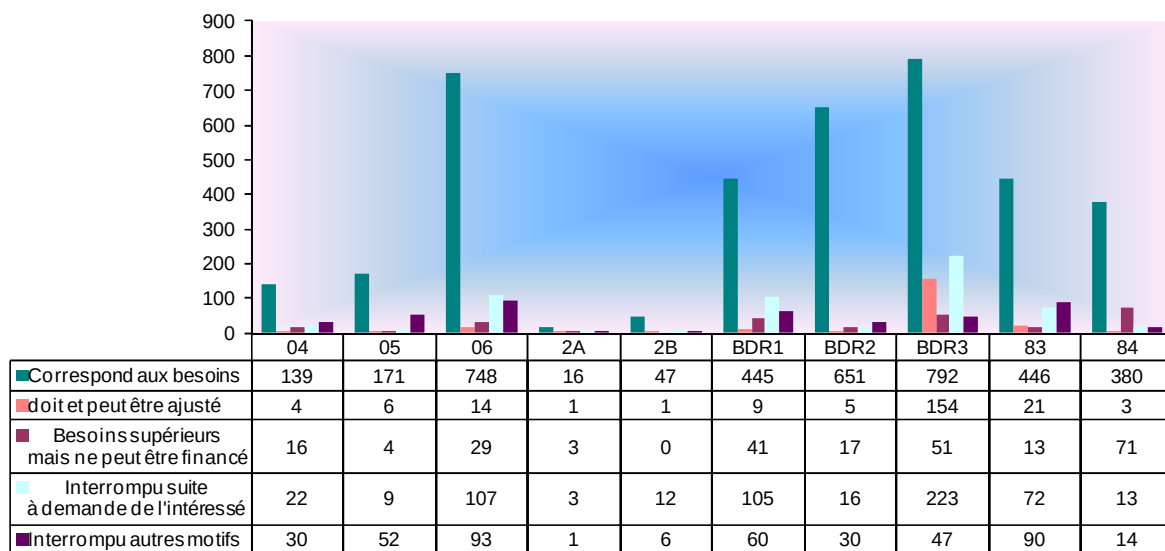
2- Evolution des signalements 2011/2012



3- Délai moyen entre la sortie du retraité et la visite à domicile de l'AS (en jours) 2011/2012

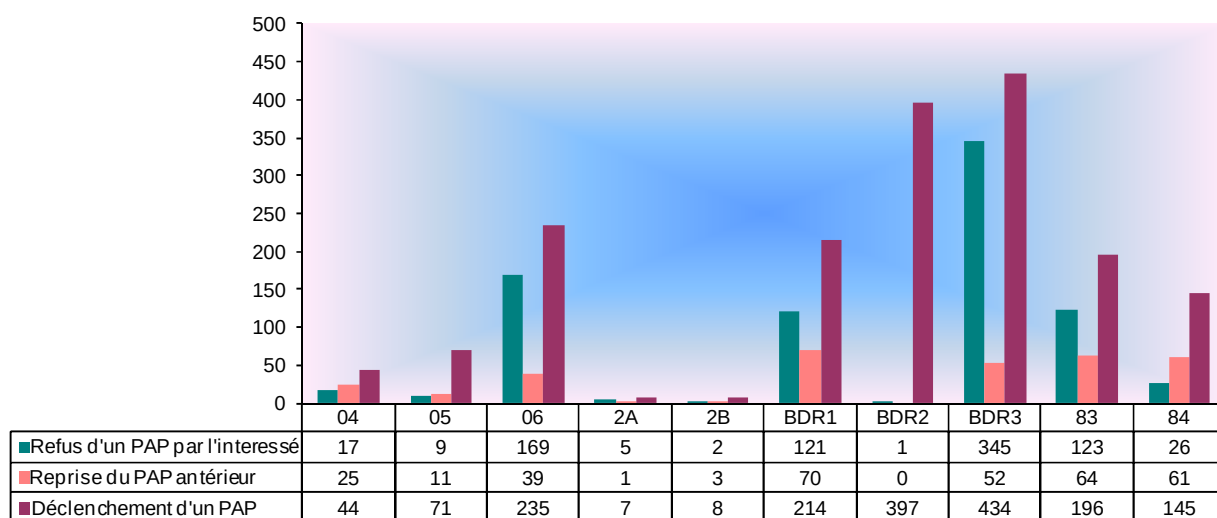


4- Evaluation du PAP préconisé par l'hôpital

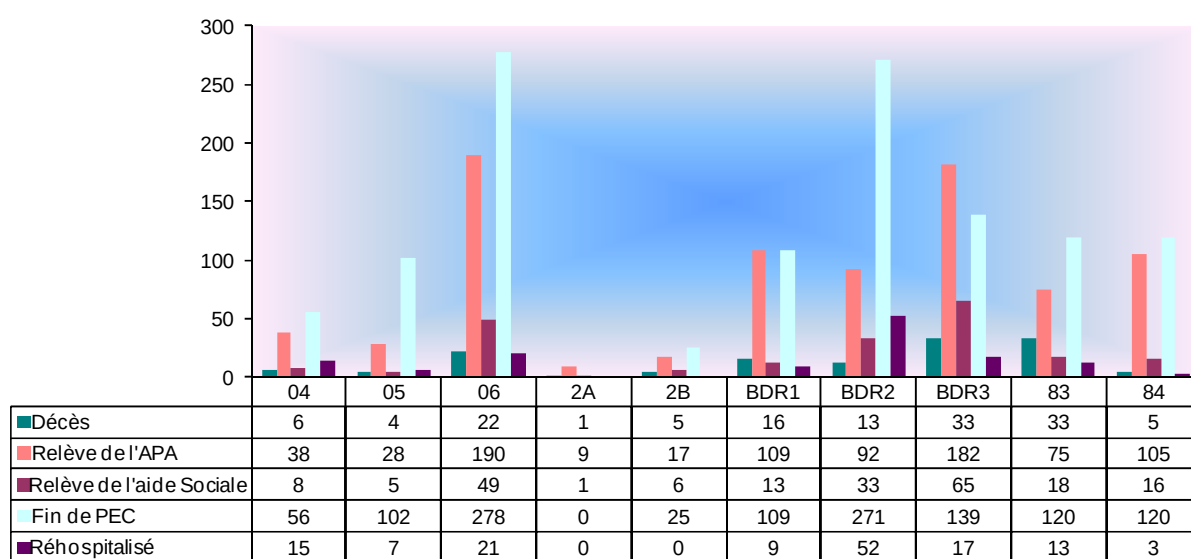


5- Situation à l'issue des 4 mois ARDH

- focus sur les PAP



- autres cas à l'issue de l'ARDH



Provence-Alpes-Côte-D'azur



Caractéristiques sociodémographiques :

- Population : 4 855 000 habitants
- Nbre d'habitants/ km²: 139 (France : 114)
- Part des 75 ans et plus : 9,8% (France : 8,5%)
- Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants : 137 (France : 111)
- Nombre d'EHPAD : 434

Corse



Caractéristiques sociodémographiques :

- Population : 298 000 habitants
- Nbre d'habitants/ km²: 34 (France : 114)
- Part des 75 ans et plus : 9,8% (France : 8,5%)
- Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants : 113 (France : 111)
- Nombre d'EHPAD : 17

GLOSSAIRE

A

AMD : Aide ménagère à domicile
ANAISS : Applicatif National pour l'Informatisation des Services Sociaux
ANTARES : Applicatif national de traitement des dossiers Action Sociale
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARDH : Aide au retour à domicile après hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Assistant de service Social
ASS : Action Sanitaire et Sociale
ATHENA : Outil statistique Action Sociale

B

BDR : Bouches-du-Rhône

C

CNAMTS: Caisse Nationale d'Assurance maladie des Travailleurs Salariés
CNAVTS : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPG : Contrat Pluriannuel de Gestion
COG : Convention d'Objectifs et de Gestion
CARSAT-SE : Caisse d'Assurance retraite et de la Santé au Travail du Sud-Est

D

DNAS: Direction Nationale de l'Action Sociale

G

GIR : Groupe Iso-Ressource

I

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

M

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

N

Nbre : Nombre

P

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PAP : Plan d'action personnalisé
PAPA : Plan de Préservation de l'autonomie des personnes âgées
PEC : Prise en Charge

S

Signalt : Signalement

T

Tx : Taux

V

VAD : Visite à domicile

Carsat Sud-Est

35 rue George
13005 Marseille

www.carsat-sudest.fr

