



**MINISTÈRE  
DU TRAVAIL  
DE LA SANTÉ  
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**NOTE D'INFORMATION N° DGCS/SD3A/2024/105** du 8 juillet 2024 relative aux orientations nationales sur l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

La ministre du travail, de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé (ARS)

<b>Référence</b>	NOR : TSSA2418535N (numéro interne : 2024/105)
<b>Date de signature</b>	08/07/2024
<b>Emetteur</b>	Ministère du travail, de la santé et des solidarités Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
<b>Objet</b>	Orientations nationales sur l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation.
<b>Contacts utiles</b>	Sous-direction Autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées Bureau Prévention perte d'autonomie et parcours de vie des personnes âgées (SD3A) Diane GENET Tél. : 07 62 03 96 38 Mél. : <a href="mailto:diane.genet@social.gouv.fr">diane.genet@social.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexe</b>	3 pages + 1 annexe (15 pages) Annexe : Orientations nationales sur le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation.
<b>Résumé</b>	La présente note d'information a pour objet de diffuser les orientations nationales en matière d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation et ainsi d'harmoniser le déploiement de ce dispositif qui fait l'objet de financements complémentaires en 2024.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Nouvelle-Calédonie, de Wallis et Futuna et des Terres australes et antarctiques françaises (TAAF).
<b>Mots-clés</b>	Orientations nationales ; programmation de l'offre ; personnes âgées ; personnes âgées dépendantes ; sortie d'hospitalisation ; hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation ; hébergement temporaire ; établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; carence de l'aidant.
<b>Classement thématique</b>	Établissements sociaux et médico-sociaux

<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="#">Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017</a> relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées ;</li> <li>- <a href="#">Instruction interministérielle n° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/ESMS/2022/108 du 12 avril 2022</a> relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2022 ;</li> <li>- <a href="#">Instruction n° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2024/62 du 22 mai 2024</a> relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2024.</li> </ul>
<b>Rediffusion locale</b>	Néant
<b>Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 28 juin 2024 - N° 65</b>	
<b>Publiée au BO</b>	Oui

Les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 15 millions aujourd'hui. Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd'hui à 5 millions en 2060.

Face à ce constat, une réponse globale et décloisonnée de l'accompagnement des personnes âgées doit être apportée et mieux tenir compte des parcours de celles-ci entre les structures sanitaires, médico-sociales et les soins en ambulatoire en favorisant le retour au domicile.

En 2018, les 3 300 établissements de santé français ont pris en charge 12,8 millions de patients. Parmi eux, un patient sur 8 était âgé de 80 ans et plus, soit 1,6 million de patients<sup>1</sup>. La sortie du séjour de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) se fait principalement par un retour au domicile (71 %)² ou par transfert ou mutation dans une unité de soins de courte durée ou de soins médicaux et de réadaptation (SMR) (20 %). Cela représente, pour cette classe d'âge, un taux de recours à l'hospitalisation au moins une fois dans l'année de 40 %, ce qui est 2 fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population française. Tous champs sanitaires confondus (MCO, SMR, hospitalisation à domicile [HAD], psychiatrie), l'âge moyen de ces patients est de 86 ans.

La part importante des personnes âgées parmi les personnes hospitalisées ainsi que les effets délétères des hospitalisations sur la perte d'autonomie et la capacité à se maintenir chez soi nécessitent une réponse adaptée.

C'est l'ambition de l'offre d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HT-SH) qui répond à l'objectif de fluidifier le parcours de santé des personnes âgées au moment charnière de la sortie d'hospitalisation. Le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation consiste à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie, sortant des urgences ou d'hospitalisation et ne relevant plus de soins médicaux hospitaliers, un hébergement temporaire d'une durée maximale de 30 jours, avant la réintégration de leur domicile dans un cadre sécurisé ou leur orientation vers une nouvelle structure d'accueil. Le dispositif n'a pas vocation à créer des places d'hébergement temporaire, mais vise à compenser la majeure partie du reste à charge des personnes âgées accueillies sur des places d'hébergement temporaire en le ramenant au montant du forfait hospitalier. Le dispositif peut être mobilisé de façon secondaire en cas de carence soudaine de l'aidant.

<sup>1</sup> Publication de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : Analyse de l'activité hospitalière 2018 - Focus sur les patients âgés de 80 ans et plus.

<sup>2</sup> Ou substitut de domicile (établissements médico-sociaux, EHPAD, etc.)

La Feuille de route Grand-âge et autonomie, annoncée le 30 mai 2018, qui prévoyait un axe « Faciliter les sorties d'hospitalisation » a permis de généraliser l'offre d'HT-SH dans chaque département au niveau national en 2019, avec le financement de 1 000 places. Depuis, des financements complémentaires pérennes ont permis le déploiement de près de 1 500 places sur le territoire national. Afin d'assurer la pérennisation de l'offre, le financement a été rattaché à l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) Personnes âgées à partir de 2022. À cette occasion le financement du dispositif a été renforcé avec 8 M€ supplémentaires soit 24 M€ au total. 18 M€ supplémentaires sont fléchés sur cette offre en 2024 ; l'enveloppe s'élèvera alors à 42 M€.

Dans le rapport BRAUN à l'été 2022<sup>3</sup>, cette offre a également été identifiée comme un levier pour faire face aux tensions du système sanitaire. Elle a été fortement mobilisée à ce titre à nouveau, à l'été 2023, afin de faire face aux tensions des services d'urgence.

Reconnue par les agences régionales de santé (ARS) comme une solution qui mérite d'être déployée davantage, son cadrage nécessite une clarification au niveau national. C'est l'objet de l'annexe à la présente note d'information, qui fixe les orientations nationales pour ce dispositif. Celles-ci ont vocation à donner des repères aux ARS pour la poursuite du développement de cette offre et à harmoniser les pratiques entre elles.

La présente note d'information se substitue aux éléments de cadrage datant de 2019, figurant dans les documents suivants et qui ne trouvent désormais plus à s'appliquer :

- L'annexe 1 de la circulaire n° SG/2019/117 du 15 mai 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du Fonds d'intervention régional en 2019 (page 18) ;
- Une fiche technique rédigée en 2019 par la Direction générale de la cohésion sociale pour la mise en œuvre, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation.

Pour la ministre et par délégation :  
Le directeur général de la cohésion sociale



Jean-Benoît DUJOL

---

<sup>3</sup> Rapport de la [Mission flash sur les urgences et soins non programmés](#) – Juin 2022.

## ANNEXE

## Orientations nationales sur le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

<b>1. PRINCIPES GÉNÉRAUX.....</b>	<b>2</b>
1.1 OBJECTIFS DE L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE EN SORTIE D'HOSPITALISATION .....	2
<i>Mobilisation en sortie d'hospitalisation.....</i>	<i>2</i>
<i>Possibilité de mobilisation en cas de carence subite de l'aidant .....</i>	<i>2</i>
1.2 PROFILS DES BÉNÉFICIAIRES .....	2
<b>2. CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE.....</b>	<b>3</b>
2.1 PROCÉDURE DE SÉLECTION DES EHPAD PORTEURS.....	3
2.2 CRITÈRES DE SÉLECTION DES EHPAD PORTEURS.....	4
2.3 L'IDENTIFICATION DES PLACES .....	5
<b>3. MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT .....</b>	<b>5</b>
3.1 L'ÉVALUATION DES BESOINS PRÉALABLE À L'ADMISSION .....	5
3.2 L'ORIENTATION ET L'ADMISSION AU SEIN DU DISPOSITIF D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE EN SORTIE D'HOSPITALISATION .....	7
3.3 PRINCIPES D'ORGANISATION DU DISPOSITIF.....	8
<i>Conventions de partenariat.....</i>	<i>8</i>
<i>Outil numérique favorisant la visibilité de l'offre .....</i>	<i>9</i>
3.4 CARACTÉRISTIQUES DES SÉJOURS.....	9
<i>Durée des séjours.....</i>	<i>10</i>
<i>Professionnels mobilisés.....</i>	<i>10</i>
3.5 SORTIE DU DISPOSITIF .....	11
3.6 ARTICULATION ET COOPÉRATION LOCALE .....	11
<b>4. MODALITÉS DE FINANCEMENT .....</b>	<b>12</b>
4.1 MODÈLE DE FINANCEMENT .....	12
4.2 MODALITÉS DE TARIFICATION .....	13
4.3 MODÈLE DE COÛT .....	13
<b>5. ÉVALUATION ET INDICATEURS DE SUIVI.....</b>	<b>13</b>

## 1. Principes généraux

### 1.1 Objectifs de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

#### **Mobilisation en sortie d'hospitalisation**

L'objectif **principal** de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HT-SH) est de faciliter les sorties d'hospitalisation des personnes âgées en perte d'autonomie en améliorant et en sécurisant les retours à domicile. Ce dispositif permet également de limiter les durées moyennes de séjour à l'hôpital et les réhospitalisations évitables, en s'appuyant sur des places bénéficiant d'un encadrement médico-social.

L'HT-SH permet d'améliorer l'offre de service dans une logique de parcours répondant aux besoins des personnes âgées, d'approfondir la coopération entre le secteur hospitalier et le secteur médico-social ainsi qu'entre le secteur médico-social et les professionnels libéraux.

Ce dispositif est conçu comme un « sas » pendant lequel, dans un environnement sécurisé, peuvent être stabilisés d'une part l'état de santé de la personne âgée, et d'autre part son orientation : si le retour au domicile est à privilégier, une orientation sur une place d'hébergement permanent, au sein de l'établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) assurant l'HT-SH ou dans un autre établissement, peut également être préparée, avec l'accord de la personne âgée ou de son représentant.

Il se distingue de l'hébergement temporaire classique, qu'il n'a pas vocation à remplacer, notamment par son caractère non programmé par la personne et par son inscription dans la continuité d'une prise en charge hospitalière, ce qui justifie la mobilisation de crédits de l'assurance maladie pour réduire le reste à charge.

#### **Possibilité de mobilisation en cas de carence subite de l'aidant**

Les agences régionales de santé (ARS) peuvent décider de mobiliser ce dispositif également pour les situations de carence soudaine de l'aidant (hospitalisation, décès), afin de prévenir une hospitalisation non appropriée de la personne aidée. La période doit alors être mise à profit pour procéder, le cas échéant en lien avec le service d'hospitalisation de l'aidant, à l'évaluation de la situation en vue de l'orientation la plus appropriée.

De par son caractère non programmé par la personne, cet hébergement temporaire justifie la mobilisation, dans les mêmes conditions que pour faciliter les sorties d'hospitalisation, de crédits de l'Assurance maladie pour réduire le reste à charge.

### 1.2 Profils des bénéficiaires

Les bénéficiaires du dispositif sont :

- en cas de sortie d'hospitalisation prioritairement : des personnes âgées de 60 ans et plus ne relevant plus de soins médicaux hospitaliers, présentant une limitation ou une perte de leur capacité d'accomplir les gestes de la vie quotidienne rendant complexe le retour à domicile à très court terme (adaptation du plan d'aide, aménagement du logement, particulièrement si elles sont seules ou isolées). Voir *infra* les situations décrites page 11.

- en cas de carence soudaine de l'aidant : des personnes âgées de 60 ans et plus ne pouvant se maintenir seules à leur domicile en cas d'absence soudaine de l'aidant (en cas d'hospitalisation non programmée ou de décès par exemple).

Le seul besoin de mettre en place une aide humaine au domicile (allocation personnalisée d'autonomie [APA], soins infirmiers) ne peut justifier le recours au dispositif. Les services hospitaliers doivent en tout état de cause privilégier la mise en place rapide de ces aides, le cas échéant en sollicitant une APA en urgence.

Le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation ne peut pas être mobilisé comme solution de répit de l'aidant. C'est l'hébergement temporaire classique qui remplit cet objectif et qui doit être mobilisé à cette fin.

Avec l'accord de l'ARS, des critères d'exclusion peuvent être fixés au niveau des EHPAD engagés dans le dispositif pour mieux réguler l'admission dans le dispositif. À titre d'exemple : l'absence de médecin traitant, la nécessité de soins techniques infirmiers, notamment la nuit, la non-stabilisation de l'état de santé, la présence de troubles sévères du comportement...

La définition de critères d'admission et leur respect par les adresseurs sont des leviers essentiels pour ne pas mettre en difficulté l'EHPAD à travers l'accueil de personnes dont l'état de santé ne pourrait être pris en charge ou pour lesquelles la sortie d'hébergement temporaire vers le domicile ne serait pas envisageable à l'issue de la durée maximale de séjour. Leur respect participe également à instaurer et entretenir une relation de confiance entre les EHPAD et les adresseurs, et à contribuer, sur le long terme, à la fluidification du processus<sup>1</sup> d'orientation et à l'efficacité du dispositif.

Les cas de sorties d'hospitalisation recouvrent les situations suivantes :

- essentiellement les sorties des services d'urgences et des services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ;
- mais également des sorties d'établissements de soin en psychiatrie, sous conditions de modalités d'accueil adaptées à ce profil de bénéficiaires.

**Exceptionnellement**, selon les territoires et sur décision de l'ARS, l'admission en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation peut notamment être ouverte en sortie de soins médicaux et de réadaptation (SMR). Ces dernières sont préférablement organisées au sein des filières de soins gériatriques avant d'envisager le recours aux places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation. Les conditions de ce recours sont définies avec les filières gériatriques, les services de SMR, les EHPAD concernés et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

## 2. Conditions de mise en oeuvre

### 2.1 Procédure de sélection des EHPAD porteurs

Au sein de chaque région, les ARS sélectionnent les EHPAD en capacité de proposer le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation selon une procédure d'appel à candidatures (AAC) ou d'appel à manifestation d'intérêt (AMI), en fonction du besoin qui aura été formulé en amont<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> RETEX PAERPA – Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) mars 2019.

<sup>2</sup> AAC dans le cadre d'un cahier des charges précis ; AMI dans le cadre d'un cahier des charges plus souple.

La procédure d'AAC ou d'AMI s'adresse uniquement aux EHPAD disposant d'une autorisation de places d'hébergement temporaire. Les conseils départementaux sont informés des résultats des AAC / AMI.

**À titre exceptionnel**, un système dérogatoire au principe des AAC / AMI peut être mis en place pour faire face aux tensions hospitalières en autorisant la mobilisation temporaire des places d'hébergement permanent (HP) pour de l'HT-SH, à l'instar du dispositif prévu par le rapport BRAUN<sup>3</sup> (été 2022).

Dans ce contexte, avec l'accord du conseil départemental (CD), l'ARS pourra autoriser le dispositif pour une période limitée et sur des places d'hébergement permanent en EHPAD. Le dispositif ne sera toutefois permis que par mobilisation de capacités autorisées et installées et sera systématiquement priorisé sur les places d'hébergement temporaires existantes plutôt que sur les places d'HP.

La mise en œuvre de ce dispositif sera suivie par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), au moyen de l'enquête annuelle qui devra préciser la durée et les modalités de mise en œuvre du dispositif dérogatoire.

Dans ce cadre particulier, ne peuvent être mobilisées que des places d'hébergement permanent non occupées, sans liste d'attente ou admission programmée.

## 2.2 Critères de sélection des EHPAD porteurs

Dans le cadre des AAC / AMI, les ARS pourront tenir compte des critères suivants pour la sélection des projets les candidatures des EHPAD :

- Appartenant à une filière de soins gériatriques ;
- Présentant un fonctionnement de places d'hébergement temporaire ou le regroupement du pilotage des places d'hébergement temporaire afin de limiter notamment les interlocuteurs pour l'établissement de santé adresseur et faciliter les liens entre les structures ;
- Prioritairement habilités à l'aide sociale. Si l'EHPAD retenu ne propose pas de place habilitée, il est recommandé de demander à ce qu'une convention de partenariat soit conclue avec des EHPAD habilités pour faciliter l'orientation à l'issue de la période d'accueil temporaire. Dans tous les cas, le modèle reposant sur une compensation partielle du reste à charge de la personne, il est recommandé de retenir des établissements pratiquant des tarifs inférieurs à la moyenne régionale ou équivalents au tarif arrêté par le conseil départemental pour les places habilitées à l'aide sociale ;
- Porteur de centre de ressource territorial (CRT) (en lien avec les chambres d'urgence prévues dans la mission CRT) ;
- Intégré dans un dispositif infirmière diplômée d'État (IDE) de nuit.

---

<sup>3</sup> Recommandation n° 40 du rapport de la Mission flash sur les urgences et soins non programmés - Juin 2022.

## 2.3 L'identification des places

Les places mobilisables pour le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation sur un territoire donné peuvent être identifiées selon plusieurs modalités :

- 1) des places identifiées à partir des places d'hébergement temporaire existantes<sup>4</sup> au sein d'un EHPAD sont dédiées exclusivement à l'HT-SH sur l'année ;
- 2) lorsqu'elles ne sont pas dédiées uniquement à l'activité HT-SH, les places d'hébergement temporaire de l'EHPAD sont mobilisées en fonction de leur disponibilité et des besoins ;
- 3) dans le cadre d'une organisation plus souple encore, le dispositif peut fonctionner sur le format d'un volume de places d'hébergement temporaire non dédiées exclusivement à l'HT-SH et pouvant être gérées entre plusieurs établissements.

Les trois modèles d'organisation reposent sur un conventionnement entre les EHPAD et les établissements de santé (voir partie infra sur les conventions de partenariat) pour assurer une visibilité des places disponibles. Les modèles 2) et 3) permettent de limiter la sous-occupation de places qui seraient dédiées à cette activité.

## 3. Modalités de fonctionnement

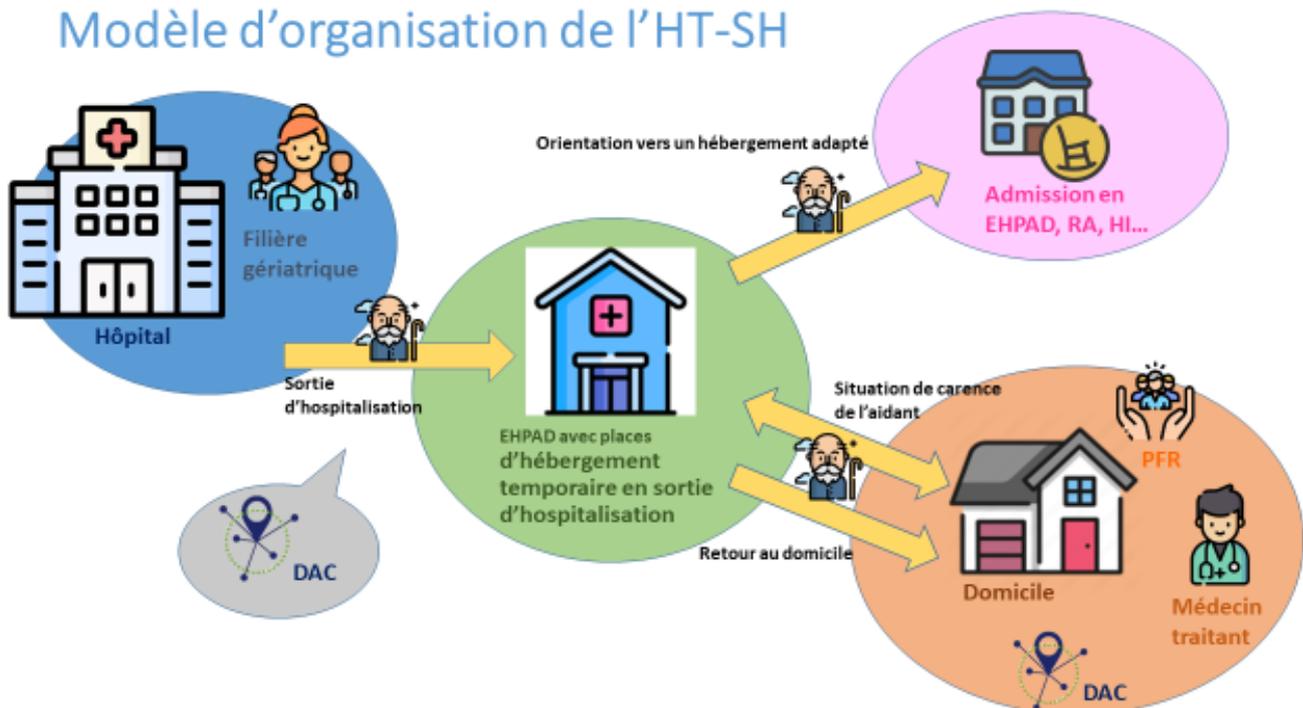
### 3.1 L'évaluation des besoins préalable à l'admission

L'orientation de la personne âgée vers l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation repose sur l'évaluation des besoins qui est réalisée par l'adresseur et communiquée à l'EHPAD d'accueil.

---

<sup>4</sup> Le cadre juridique donné par l'article D. 312-9 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) est rappelé :  
« III. - Pour les établissements pratiquant l'accueil temporaire de manière non exclusive, les demandes et les décisions d'autorisation visées aux articles L. 313-2 et L. 313-4 du Code de l'action sociale et des familles mentionnent le nombre de places réservées à l'accueil temporaire. Le projet d'établissement ou de service et le règlement de fonctionnement, visés respectivement aux articles L. 311-8 et L. 311-7 de ce même code, prévoient les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil temporaire. »

## Modèle d'organisation de l'HT-SH



- En cas d'hospitalisation, il est préconisé que l'établissement de santé opère une évaluation des besoins des personnes en amont de la sortie (soins, autonomie et projet de sortie) afin d'anticiper l'orientation vers le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation. Pour réaliser l'évaluation des besoins au cours de l'hospitalisation, le médecin du service hospitalier demandeur peut solliciter un avis gériatrique (appui gériatrique territorial, service ou équipe mobile de gériatrie). En cas de sortie des services d'urgence, au regard des contraintes spécifiques en termes de temps à dédier au bilan et à l'orientation, des formes de coordination peuvent sembler nécessaires. L'appui de dispositifs tels que les DAC pourra éventuellement être recherché, en fonction des besoins et spécificités locales, pour faciliter la coordination du processus d'orientation et d'admission vers le dispositif d'HT-SH. Le médecin traitant de la personne âgée prise en charge dans le cadre de ce dispositif doit être a minima informé au moment de l'admission en EHPAD et de la sortie du dispositif. Les équipes mobiles de gériatrie, de gérontopsychiatrie et les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée existantes seront associées par les EHPAD autant que nécessaire.
- En cas de carence de l'aidant, il revient au médecin traitant ou à l'équipe de soins primaire mobilisée de prendre l'attache de l'EHPAD d'accueil et lui fournir l'évaluation des besoins de la personne âgée. Les médecins traitants des personnes âgées prises en charge dans le cadre de ce dispositif doivent être impliqués au moment de l'admission en EHPAD.
- Dans les deux cas, les DAC qui viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux sont susceptibles d'intervenir pour faciliter l'orientation des personnes, notamment en sortie pour un retour à domicile. L'accompagnement d'un CRT peut également constituer un appui de l'EHPAD pour faciliter le retour à domicile.

Ce type de dispositif nécessite une collaboration étroite entre l'EHPAD porteur et les adresseurs potentiels qu'ils soient professionnels du secteur sanitaire, médico-social (ex : CRT<sup>5</sup>), ambulatoire ou autre (ex : DAC<sup>6</sup>, plateforme d'accompagnement et de répit [PFR<sup>7</sup>]).

L'établissement d'accueil devra s'assurer, en lien étroit avec l'adresseur :

- de l'adéquation du motif d'admission avec le cahier des charges du dispositif HT-SH ;
- de l'état de santé compatible avec l'accompagnement proposé en HT-SH ;
- de l'élaboration d'un projet d'accompagnement individualisé pendant le séjour et de la prise en compte du projet de vie en sortie du dispositif.

### 3.2 L'orientation et l'admission au sein du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

L'orientation en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation doit être adaptée aux besoins et aux souhaits de la personne. Le consentement de la personne âgée ou de son représentant légal doit être recueilli par l'adresseur et l'EHPAD qui l'accueille.

**En sortie d'hospitalisation**, l'orientation concerne en principe les personnes âgées hospitalisées en court séjour (qui ne relèvent pas d'une orientation vers un SMR), et pour lesquelles un retour rapide au domicile est compromis pour les raisons suivantes:

- fragilité de l'état de santé requérant une surveillance plus importante que ne peuvent le permettre les dispositifs infirmiers ou d'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- perte d'autonomie transitoire ou permanente, le cas échéant aggravée par l'hospitalisation, qui ne peut à court terme être compensée par la mobilisation en urgence des dispositifs d'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) (aide au retour à domicile après hospitalisation [ARDH]), de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) (Programme d'accompagnement du retour à domicile [PRADO]) ou du CD (APA, mobilisable en urgence).

Seront plus particulièrement visées les personnes âgées seules ou isolées, ou dont l'aidant se trouve en difficulté pour faire face à la situation (épuisement, manque de savoir-faire, etc.). Les caractéristiques de l'environnement de la personne seront à prendre en compte (logement inadapté, etc.).

Une vérification de la désignation par la personne âgée d'une personne de confiance par l'établissement de santé en amont de l'orientation vers un EHPAD est souhaitable. Une vérification des coordonnées des personnes de confiance est également préconisée. En l'absence de désignation, il est souhaitable d'inciter la personne âgée à le faire, conformément à l'article L. 311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

**En cas de carence soudaine de l'aidant**, l'orientation concerne en principe les personnes âgées dans le cas suivant :

- l'absence soudaine de l'aidant rend impossible le maintien à domicile, car la personne âgée présente une restriction ou une perte de sa capacité d'accomplir les gestes de la vie quotidienne à laquelle l'aidant ne peut plus suppléer. Il s'agit ici d'éviter une hospitalisation prolongée par défaut qui affecterait durablement l'autonomie de la personne. Si la carence de l'aidant n'est pas temporaire, une solution durable d'admission dans un dispositif adapté doit être recherchée sans délai.

---

<sup>5</sup> Centre de ressource territorial pour les personnes âgées.

<sup>6</sup> Dispositif d'appui à la coordination.

<sup>7</sup> Plateforme d'accompagnement et de répit.

Dans l'hypothèse où l'aidant de la personne âgée soit aussi son représentant légal et se retrouve dans l'incapacité d'accompagner la personne âgée au domicile et de confirmer l'admission au sein du dispositif HT-SH en EHPAD, le juge des tutelles doit être saisi, car il y a une carence de l'aidant dans la protection du majeur. Une situation intermédiaire peut être celle où l'aidant ne peut plus assurer le maintien à domicile, mais peut encore remplir ses fonctions de tuteur, au moins provisoirement et consentir, pour le compte de la personne protégée, à cet hébergement temporaire. Dans cette situation, s'il y a un désaccord entre le tuteur et la personne protégée pour l'admission en HT-SH, il appartiendra au juge de trancher.

Au sein de l'EHPAD d'accueil, la décision d'admission revient au directeur, sur avis du médecin coordonnateur. L'association des professionnels de l'EHPAD doit être recherchée concernant l'admission dans le dispositif, en particulier celle de l'infirmier coordinateur. Si l'EHPAD dispose d'un temps d'ergothérapeute, il peut aussi être associé préférentiellement.

L'admission de la personne âgée donne lieu à l'établissement d'un document individuel de prise en charge prévu par les articles L. 311-4 et D. 311 du CASF. Les composantes du document individuel de prise en charge sont précisées à l'article D. 311 IV du CASF. Le projet de vie en sortie du dispositif est travaillé dès l'admission. La personne âgée est informée qu'au-delà des 30 jours de séjours en HT-SH, le maintien en hébergement temporaire de droit commun est possible, au sein de l'EHPAD ou d'un établissement partenaire.

L'hospitalisation et l'hébergement temporaire par la suite peuvent également être mis à profit pour inciter la personne concernée et/ou la personne de confiance à rédiger des directives anticipées.

Plus largement, l'association des proches aidants des personnes âgées doit être recherchée à différentes étapes :

- dans le projet d'orientation vers le dispositif ;
- dans l'élaboration d'un projet d'accompagnement individualisé pendant le séjour ;
- lors de la prise en compte du projet de vie en sortie du dispositif.

### 3.3 Principes d'organisation du dispositif

#### *Conventions de partenariat*

Pour être le plus efficient possible, le dispositif HT-SH doit reposer sur un conventionnement entre les EHPAD d'accueil et les établissements de santé orienteurs (urgences, MCO, psychiatrie...), les professionnels de santé libéraux, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les acteurs de la permanence des soins ambulatoires. Le conventionnement entre les acteurs doit permettre de préciser les modalités de fonctionnement de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation afin de sécuriser l'admission et le retour au domicile des personnes accueillies, dans un objectif de fluidité.

Dans les conventions, il convient notamment que l'EHPAD porteur du dispositif d'HT-SH précise :

- les conditions d'admission, la typologie de personnes éligibles au dispositif ;
- les missions dévolues à chaque acteur : rôle du référent au sein de l'EHPAD, intervention des professionnels de santé libéraux ;
- le mode de recours (modalités de contact préalable, outil de repérage des places disponibles et d'orientation).

Dans la convention qui lie l'établissement hospitalier et l'EHPAD, il est prévu que l'établissement de santé (ES) :

- s'assure de l'existence d'une convention générale avec l'EHPAD, qui comporte si nécessaire un avenant concernant le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation ;
- s'assure que la personne âgée hospitalisée a été évaluée (besoins de santé, sociaux, autres) ;
- recueille le consentement de la personne âgée ou de son représentant le cas échéant ;
- communique en tant que de besoin avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur de l'EHPAD selon les modalités définies au préalable ;
- organise la sortie d'hospitalisation conjointement et en accord avec le référent désigné de l'EHPAD ;
- transmet au patient (qui le remet à l'EHPAD) et au médecin traitant la lettre de liaison prévue par l'article R. 1112-1-2 du Code de la santé publique (CSP), la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ou un document de liaison à l'EHPAD, sans délai à la sortie de l'hospitalisation de la personne âgée ou de la structure de médecine d'urgence.

Les conventions entre l'EHPAD porteur du dispositif d'HT-SH et les professionnels de santé exerçant à titre libéral (professionnels de santé, médecins traitants et masseurs-kinésithérapeutes) sont conformes aux contrats types prévus par l'arrêté du 30 décembre 2010, accessible [ici](#)<sup>8</sup>.

### **Outil numérique favorisant la visibilité de l'offre**

Afin de faciliter le repérage des EHPAD porteurs du dispositif, l'ARS soutient la mise en place d'un système d'information facilitant le partage d'information entre les établissements sanitaires et les EHPAD de son territoire.

L'application ViaTrajectoire<sup>9</sup> ainsi que le répertoire national de l'offre et des ressources (ROR) médico-social peuvent être utilisés à cette fin<sup>10</sup>.

### **3.4 Caractéristiques des séjours**

Les conditions du fonctionnement de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation sont établies dans un projet spécifique formalisé par l'EHPAD pour son activité relative à l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation. Ce projet de service est intégré au projet d'établissement.

---

<sup>8</sup> Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000023334544>.

<sup>9</sup> [ViaTrajectoire](#) est un service public, gratuit et sécurisé qui propose une aide à l'orientation personnalisée dans le domaine de la santé. Il contient un annuaire des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

<sup>10</sup> Les adaptations de ces outils au niveau national pourront faire l'objet de travaux ultérieurs afin de renforcer la visibilité du dispositif.

### **Durée des séjours**

La prise en charge en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation est limitée à 30 jours par bénéficiaire (durée maximale) avant :

- la réintégration du domicile dans un cadre sécurisé ;
- l'orientation vers une nouvelle structure d'accueil ;
- la prolongation du séjour sur une place d'hébergement temporaire classique.

Le renouvellement du séjour ne sera que très exceptionnellement possible dans les conditions de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation. Les ARS en précisent les motifs.

La durée prévisionnelle de séjour est déterminée en amont lors de l'orientation, dans le cadre des échanges entre l'établissement sanitaire et l'établissement médico-social.

L'activité réalisée au titre du dispositif sera évaluée à partir du nombre de jours d'occupation des places et du nombre de personnes accueillies sur ces places, sur une année. Si le suivi d'activité repose sur la notion de séjours, la durée de ces séjours est entendue comme 1 séjour = 30 jours. Ce point est précisé par les ARS concernées dans les enquêtes nationales afin de permettre un suivi des indicateurs régionaux de type : nombre moyen de jours d'activité par an et coût journalier moyen du dispositif.

Un taux de réalisation de l'activité supérieur à 80 % pour l'HT-SH est attendu sur l'année, sur la base de 365 jours de fonctionnement soit, a minima, **10 séjours de 30 jours** par place mobilisable au titre du dispositif et par an.

### **Professionnels mobilisés**

Les professionnels susceptibles d'intervenir dans le dispositif sont les suivants :

- au sein de l'EHPAD : infirmier coordinateur, infirmier, médecin coordonnateur, accompagnant éducatif et social, aide-soignant, aide médico-psychologique, agent de service hôtelier, ergothérapeute, travailleur social et psychologue ;
- en dehors de l'EHPAD : médecins traitants et professionnels des structures de soins du premier recours (équipe de soins primaires [ESP], maisons de santé pluriprofessionnelles [MSP], centres de santé), acteurs du domicile (services autonomie à domicile, structures d'HAD), les dispositifs de protection juridique des majeurs si la personne âgée fait l'objet de mesure de protection juridique, les conseils départementaux.

Une fonction de coordination doit être assurée au sein de l'EHPAD (ou en cas de gestion d'un volume de places ou de séjours entre plusieurs établissements) afin de favoriser le bon fonctionnement du dispositif ainsi que le respect des objectifs d'activité. Un professionnel est systématiquement identifié dans l'EHPAD comme référent sur la gestion du dispositif, il facilite la mobilisation des acteurs territoriaux compétents (centre local d'information et de coordination [CLIC], services départementaux, centre communal d'action sociale [CCAS], services logement...). Il veille à la fluidité de l'organisation de l'aval, qui doit être la plus anticipée possible.

Au sein de l'établissement, les professionnels mobilisés pour la prise en charge des bénéficiaires sont partie prenante du projet de retour au domicile. La participation à ce type d'accueil et d'accompagnement permet de diversifier les missions des professionnels et constitue un important levier d'attractivité sur les postes.

### 3.5 Sortie du dispositif

La sortie du dispositif doit viser en priorité le retour au domicile de la personne hébergée, conformément à son souhait. Ce point doit être travaillé dès l'admission en HT-SH et figurer dans le plan d'accompagnement de la personne.

Le projet de service de l'HT-SH prévoit notamment une association rapide des services et établissements sociaux et médico-sociaux pertinents pour préparer le retour à domicile :

- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), services autonomie à domicile (SAD) ;
- Dispositifs de coordination des parcours : DAC, CPTS<sup>11</sup>, CRT<sup>12</sup> ;
- Professionnels de santé libéraux et structures d'HAD ;
- Les expérimentations ou dispositifs spécifiques remplissant le même objectif : PRADO, équipes prêtes à partir (expérimentations article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018).

En complément, l'EHPAD porteur doit définir :

- Une procédure pour les (ré)hospitalisations pendant ou à l'issue de l'hébergement temporaire si aggravation de l'état de santé. Ce point sera précisé dans la convention entre l'EHPAD et l'établissement de santé adresseur ou dans le cadre de l'organisation territoriale avec les établissements de santé de proximité ;
- Une procédure pour les retours à domicile anticipés.

### 3.6 Articulation et coopération locale

#### Coopération locale

Pour assurer le bon fonctionnement du dispositif, les EHPAD désignés mettent en place et s'appuient sur des coopérations locales existantes entre les secteurs médico-social, social et sanitaire, impliquant les acteurs suivants :

- Les structures hospitalières (définition d'interlocuteurs référents au sein des structures pour organiser les entrées/sorties, etc.) (Cf. Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé et les EHPAD) ;
- Les filières gériatriques territoriales ;
- Les praticiens de santé libéraux, les structures de soins primaires ;
- Les conseils départementaux (la durée de 30 jours nécessite la mise en place rapide en parallèle des dispositifs médico-sociaux : APA à domicile, service social départemental, etc.) ;
- Les acteurs du domicile (SAD ou CRT, etc.) ;
- Les dispositifs de protection juridique des majeurs ;
- Les dispositifs de coordination des parcours de santé : DAC, CPTS, CRT ;
- Les plateformes d'accompagnement et de répit des aidants du territoire.

---

<sup>11</sup> Communautés professionnelles territoriales de santé.

<sup>12</sup> Centres de ressources territoriaux pour personnes âgées, chargés notamment de l'accompagnement renforcé à domicile.

### Articulation avec les dispositifs de coordination

Un accompagnement par les DAC sur le territoire peut être envisagé sur tout ou partie des étapes du parcours HT-SH :

- Appui possible dans le traitement des demandes d'accueil en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, analyse des demandes, sous couvert de la décision finale du directeur de l'EHPAD ;
- Appui dans le processus d'admission en EHPAD ;
- Contribution à l'organisation du retour à domicile (évaluation, déclenchement des aides nécessaires, etc...) ;
- Appui dans le cadre du suivi post hébergement temporaire.

Lorsqu'il est mis en place, cet appui est activé en tant que de besoin, selon le choix des professionnels impliqués dans la prise en charge ; il n'a pas un caractère systématique.

Les CPTS peuvent également être mobilisées.

## 4. Modalités de financement

### 4.1 Modèle de financement

Le modèle de financement repose désormais sur deux composantes :

- 1) une part forfaitaire attribuée par place pour financer le(s) professionnel(s) chargé(s) de la coordination et de l'accompagnement spécifique attendu sur le dispositif et les frais liés au transport vers le domicile si nécessaire ;
  - 2) une part liée à l'activité d'hébergement via la prise en charge essentiellement d'une partie ou de la totalité du tarif hébergement revenant à l'usager et une partie du tarif dépendance.
- La durée maximale de la prise en charge financière, qu'elle soit totale ou partielle, est de **30 jours par bénéficiaire et par séjour** ;
  - Le financement du prix de journée a pour but de ramener le reste à charge journalier pour le résident à un niveau ne pouvant dépasser le montant du forfait journalier hospitalier, soit, au maximum, 20 € par jour en 2024 contre environ 70 € en moyenne au niveau national. L'ARS peut le cas échéant décider d'assurer une compensation intégrale du reste à charge.

**Il est préconisé** que la compensation intégrale du reste à charge soit décidée en fonction des situations particulières afin de prendre en compte les situations de fragilité financière des bénéficiaires de l'HT-SH.

Le financement complémentaire accordé dans ce type de situation peut notamment être décidé en lien avec l'établissement qui signale une difficulté particulière sur la facturation. Faute de prise en charge du reste à charge de 20 € par des complémentaires ou autres, l'accueil des personnes présentant une fragilité financière sera ainsi rendu possible.

#### 4.2 Modalités de tarification

Le financement versé par l'ARS au titre de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation à l'EHPAD intervient **en complément du financement habituel versé sur l'hébergement temporaire**.

Le financement repose sur le **versement d'une dotation complémentaire** qui recouvre une part forfaitaire pour financer le(s) professionnel(s) chargé(s) du dispositif et une part de financement permettant de couvrir le coût de l'hébergement constituant un reste à charge pour l'usager, sur la base d'un prix de journée qui soit si possible négocié avec l'organisme gestionnaire et laissant ou non, un reste à charge (RAC) à la charge de l'usager.

#### 4.3 Modèle de coût

Le tableau ci-dessous décrit un exemple du coût de l'HT-SH **pouvant** être financé par l'assurance maladie :

<i>Nature de la dépense</i>	<i>Montant annuel par place :</i>	<i>Charges couvertes par ces financements</i>
<i>Part forfaitaire fonctionnement par place</i>	2 000€	professionnels chargés de la coordination et de l'accompagnement spécifique sur l'HT-SH transports à la sortie de l'HT-SH
<i>Modèle couverture partielle du RAC</i>	16 000€	50 € financés par place et par jour sur une période de 320 jours
<b>Coût total annuel HT-SH</b>	<b>18 000€</b>	

À l'issue de la période des 30 jours, si le bénéficiaire n'a pas quitté le dispositif, le tarif hébergement appliqué est celui habituellement pratiqué par le porteur sur les places d'hébergement temporaire. Il est néanmoins possible de mobiliser l'aide sociale à l'hébergement dans le cadre d'une prolongation de l'hébergement.

#### 5. Évaluation et indicateurs de suivi

Les ARS veillent à mettre en place un outil de suivi annuel de l'activité des places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation.

Une vigilance est attendue dans le cadre de la remontée des données de suivi d'activité. Conformément au Règlement général sur la protection des données, aucune donnée à caractère personnel ne doit être collectée.

Au niveau national, la remontée de données d'activité est attendue à un rythme annuel, dans le cadre des enquêtes prévues par les instructions budgétaires.

À titre d'exemple, la trame d'enquête 2024 sur les données 2023 regroupe les indicateurs suivants :

<b>Indicateurs de l'enquête 2024 sur les données 2023</b>	
<b>NB d'EHPAD proposant de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation au 31/12</b>	
<b>Statut des établissements (indiquer le nombre par typologie)</b>	<b>Hospitalier</b>
	<b>Public</b>
	<b>Associatif / Privé non lucratif</b>
	<b>Privé lucratif</b>
<b>Nombre de places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation conventionnées au 31/12</b>	
<b>Nombre de séjours d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation réalisés sur l'année au 31/12</b>	
<b>Nombre moyen de places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation par EHPAD (formule : nb de places / nb d'EHPAD)</b>	
<b>Nombre moyen de séjours d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation par EHPAD (formule : nb de séjours / nb d'EHPAD)</b>	
<b>Nombre moyen de renouvellement de séjours d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation par EHPAD</b>	
<b>Taux d'occupation des places (HT-SH) en moyenne sur l'année</b>	
<b>Nombre moyen de jours par séjours sur l'année</b>	
<b>Nombre de personnes accueillies sur l'année (file active)</b>	
<b>Nombre moyen de personnes accueillies par place sur l'année (formule : nb de personnes / nb de places)</b>	
<b>Structure d'origine des bénéficiaires (en % par proposition)</b>	<b>Sortie d'hospitalisation MCO</b>
	<b>Sortie des urgences</b>
	<b>Sortie de SMR</b>
	<b>Domicile - carence de l'aidant</b>
	<b>Domicile - autre</b>
	<b>Autre</b>
<b>Commentaires éventuels sur les motifs de refus à l'entrée (usagers / EHPAD sur non adéquation ou indisponibilité des places)</b>	
<b>Taux de retour au domicile</b>	
<b>Taux de personnes ne regagnant pas leur domicile et intégrant une autre structure (en % par proposition)</b>	<b>EHPAD</b>
	<b>Résidence autonomie</b>
	<b>Résidence service</b>
	<b>Habitat inclusif</b>
	<b>Autre (si réhospitalisation le préciser en commentaire)</b>
<b>Nombre de conventions de partenariats spécifiques avec les établissements de santé ?</b>	

<b>Nombre de conventions de partenariats spécifiques avec les acteurs du domicile (SAAD, SSIAD, HAD etc) ?</b>	
<b>Nombre de conventions de partenariats spécifiques avec les acteurs en charge de la coordination des parcours (DAC, CRT...) ?</b>	
<b>Financement - montant annuel moyen par place</b>	<b>Financement ARS - montant du forfait versé par place et par an</b>
	<b>Ce forfait englobe-t-il les frais de transport ?</b> Choisir une réponse
	<b>Montant du reste à charge usager</b>
	<b>Tarif hébergement (et en partie dépendance) moyen couvert par le financement ARS, par place et par an</b>
<b>Commentaire sur le financement ARS : que recouvre le forfait par place ? (détail des différents types de charges : professionnel / tarif hébergement / autre charge)</b>	
<b>Nombre de séjours prévisionnel</b>	
<b>Nombre de jours d'activité prévisionnel sur l'année</b>	
<b>Couverture du RAC pour l'usager (par les complémentaires santé par exemple)</b>	
<b>Retour ARS sur les places mesure n°40 du rapport BRAUN - année n-1 : périodes et modalités de mise en œuvre : nombre d'EHPAD / de places concernées</b>	
<b>Retour ARS sur le dispositif (complément éventuel)</b>	

Caisse nationale d'assurance maladie

**Liste des contrôleurs de sécurité ayant reçu l'agrément définitif pour exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 17 février 2015 fixant les conditions d'agrément des ingénieurs-conseils et des contrôleurs de sécurité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des caisses générales de sécurité sociale et de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France**

NOR : TSSX2430301K

<b>NOM</b>	<b>PRÉNOM</b>	<b>CARSAT/CGSS</b>	<b>DATE de l'agrément définitif</b>	<b>QUALITÉ</b>
QUIEVREUX	Thibault	CARSAT Hauts-de-France	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
PLOUGONVEN	Émilie	CARSAT Rhône-Alpes	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
PELLAN	Éric	CARSAT Bretagne	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
LIBERSA	Delphine	CARSAT Hauts-de-France	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
JACQUOT	Alicia	CARSAT Aquitaine	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
GRAVIER	Gilles	CGSS de la Guyane	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
FIAT	Laëtitia	CARSAT Pays de la Loire	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
EHRENFELD	Christelle	CARSAT Nord-Est	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
DONVAL	Morgane	CARSAT Centre-Val de Loire	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
DELY	Marie	CARSAT Hauts-de-France	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
CLERC	Mathieu	CRAMIF	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
CLEMENT	Dimitri	CARSAT Rhône-Alpes	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
BOUCHON	Laure	CARSAT Midi-Pyrénées	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
BOUCHERIE	Romain	CARSAT Aquitaine	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
BINDA	Aurélie	CARSAT Alsace-Moselle	20/06/2024	Contrôleur de sécurité
ASPE	Alexia	CRAMIF	20/06/2024	Contrôleur de sécurité