

CAHIER DES CHARGES

**Pour la mise en œuvre en EHPAD
du dispositif d'hébergement temporaire
en sortie d'hospitalisation**

Appel à candidatures 2025

L'hospitalisation d'une personne âgée, même programmée, peut avoir des effets secondaires indésirables sur son état de santé, en particulier sur tous les facteurs contributifs au maintien de son autonomie. Ceux-ci peuvent justifier d'une période de transition permettant de réduire le séjour en milieu hospitalier (urgences, médecine et chirurgie) et de préparer le retour à domicile dans des conditions optimales et sécurisées.

La feuille de route Grand-âge et autonomie, présentée le 30 mai 2018, qui prévoyait un axe « Faciliter les sorties d'hospitalisation » a permis de généraliser l'offre d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HT SH) au niveau national à compter de 2019 et d'assurer la pérennisation de l'offre avec le rattachement de son financement à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à partir de 2022.

Le Projet Régional de Santé des Hauts de France arrêté par la directrice générale de l'ARS le 5 juillet 2018 a inscrit dans son objectif 5 : accompagner le vieillissement et soutenir les aidants, un objectif opérationnel relatif à la réorganisation et au renforcement sur la région d'une offre diversifiée de répit et d'accompagnement adaptée aux besoins. Il prévoit également d'améliorer l'articulation des dispositifs et acteurs sur les territoires, en particulier l'articulation ville-hôpital-EHPAD avec un accompagnement en ville optimisé et le renforcement des liens en intégrant mieux les EHPAD au parcours.

Ces éléments ont été confortés par la mesure 12 du pacte urgences de septembre 2019 : fluidifier l'aval des urgences par l'engagement de tous en faveur de l'accueil des urgences non programmées. Trop souvent, l'encombrement des services d'urgence est aussi dû en partie à la difficulté pour les équipes de trouver des lits d'hospitalisation pour les patients qui le nécessitent, notamment les plus âgés ou poly-pathologiques. Au-delà des parcours classiques d'hospitalisation, des solutions alternatives supplémentaires doivent également être recherchées, notamment en incitant à l'hébergement temporaire en EHPAD post-urgences par une baisse du reste à charge dès 2019.

Pour ce faire, 24 M€ ont été alloués aux ARS en deux fois, en 2019 puis 2022 afin de réduire, au niveau du forfait journalier hospitalier, le coût de l'hébergement temporaire pour une personne âgée sortant des urgences ou d'une hospitalisation. 18 M€ de mesures nouvelles ont été délégué aux ARS par instruction DGCS du 22 mai 2024 à titre pérenne afin de poursuivre le déploiement du dispositif.

L'annexe à la note d'information DGCS du 8 juillet 2024 fixe les orientations nationales pour ce dispositif qui ont vocation à donner des repères aux ARS pour la poursuite du développement de cette offre et à harmoniser les pratiques.

Le cahier des charges régional et la planification des places HT SH ont été révisés en tenant compte de ces dispositions nationales et de la situation de l'offre HT SH déployée à partir de 2015 en région.

I Objet du dispositif

Le dispositif d'hébergement temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation consiste à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie, sortant des urgences ou d'hospitalisation de médecine et chirurgie et ne relevant plus de soins médicaux, 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. Ce dispositif peut également être mobilisé en sortie d'établissement de soin en psychiatrie, de soins médicaux de réadaptation (SMR) et à partir du domicile, en cas de carence soudaine de l'aidant pour éviter l'hospitalisation de la personne aidée.

Il ne s'agit pas d'un dispositif ayant vocation à créer des places d'hébergement temporaire, mais à compenser le reste à charge des personnes âgées concernées. Considérant les indicateurs sociaux démographiques peu favorables en région et afin de lever les freins liés aux aspects financiers pour les usagers et les EHPAD, le financement supplémentaire a pour but de couvrir le reste à charge journalier pour le résident.

L'objectif de ce dispositif est de :

- faciliter les sorties d'hospitalisation des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- améliorer et sécuriser les retours à domicile ;
- limiter, quand cela est possible, les durées moyennes de séjour à l'hôpital et les ré- hospitalisations évitables,
- améliorer les possibilités et le taux de recours à l'hébergement temporaire pour les personnes en diminuant leur reste à charge.

Ces places d'hébergement temporaire pourront être mobilisées pour deux motifs :

- Si le retour à domicile est momentanément impossible et le recours à une hospitalisation non justifiée,
- En cas de carence soudaine de l'aidant, l'orientation concerne en principe les personnes âgées une absence soudaine de l'aidant qui 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 (décès, hospitalisation de l'aidant non programmée, etc.). 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.

La période doit alors être mise à profit pour procéder, en lien avec le médecin traitant et le cas échéant, le service d'hospitalisation de l'aidant, à l'évaluation de la situation en vue de l'orientation la plus appropriée.

Ce dispositif 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. Il n'a donc pas vocation, à répondre à tous les motifs possibles de recours à

l'hébergement temporaire « classique » comme par exemple le répit de l'aidant, les vacances du proche aidant ou encore l'adaptation du logement, etc...

L'objectif poursuivi dans la région des Hauts de France est de dédier des places d'hébergement temporaire en EHPAD à ce type d'accompagnement, par reconnaissance de places d'hébergement temporaire, avec une répartition sur l'ensemble du territoire régional.

A la suite du déploiement de places depuis 2020 sur la majeure partie de la région, l'ARS Hauts de France souhaite en améliorer l'accessibilité en complétant cette offre sur les territoires de filière gériatrique non encore pourvus, ainsi qu'en densifiant le maillage sur les territoires les plus éloignés d'un HT SH, avec de nouveaux dispositifs autorisés de manière pérenne.

II Caractéristiques du projet

Ce dispositif se différencie de l'hébergement temporaire « classique » par le délai de prise en charge, le mode de financement et les conditions d'orientation, de transfert, de définition des objectifs de soins et d'admission qui sont protocolisés avec les établissements de santé partenaires en identifiant les services hospitaliers impliqués.

⇒ Le public visé

Les personnes âgées de 60 ans et plus en provenance :

- de l'hôpital

- hospitalisées en court séjour (médecine ou chirurgie) ou admises dans des services d'urgence (par ex : admission aidant/aidé par besoins de soins de l'aidant), dans un service de soin en psychiatrie ou de soins médicaux de réadaptation (SMR), Pour ces dernières, les conditions de recours sont définies avec les filières gériatriques, les services de SMR, les EHPAD concernés et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).
- qui ne relèvent plus de soins médicaux à délivrer en hôpital,
- pour lesquelles l'orientation vers un service de soins médicaux de réadaptation (SMR) n'est pas ou plus nécessaire,
- mais pour lesquelles un retour à domicile dans de bonnes conditions est immédiatement impossible ou à risque, sans précaution, d'entraîner une dégradation de leur état de santé ou une nouvelle hospitalisation dans des délais courts.

- du domicile et pour lesquelles il est constaté une carence soudaine de l'aidant (rupture brutale, décès, hospitalisation non programmée...).

Critères d'exclusion :

- les personnes âgées en sortie d'hospitalisation nécessitant des soins médicaux à délivrer en hôpital,
- les personnes âgées nécessitant des soins qui ne peuvent être délivrés par l'EHPAD

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont repris dans l'annexe 2 de ce cahier des charges régional. Ils seront adaptés si besoin entre l'EHPAD et l'établissement de santé principal du territoire (site d'urgence, médecine, chirurgie et filière gériatrique) et transposées à l'ensemble des établissements susceptibles de recourir à ce dispositif sur le territoire concerné.

⇒ Organisation et fonctionnement

Les places d'hébergement temporaire post hospitalisation financées doivent être réservées à l'usage exclusif de ce dispositif pour en garantir l'efficacité.

Un projet de service spécifique doit être élaboré pour ce dispositif présentant les conditions de repérage et d'orientation, de transfert, d'admission, d'accompagnement durant le séjour, de préparation du retour à domicile, le personnel requis, les modes de collaborations avec les différents partenaires sur ces différentes phases. Ce projet de service est intégré au projet d'établissement de l'EHPAD.

1/ les conditions d'orientations et d'admission

Les conditions de repérage des besoins au sein de l'établissement de santé, d'évaluation, de saisie de l'EHPAD, d'organisation du transfert de la personne âgée et d'admission sont précisées entre l'EHPAD et l'établissement de santé. Une procédure d'admission simplifiée est nécessaire pour répondre aux besoins de rapidité de mise en œuvre du dispositif.

2/ La prise en charge

La prise en charge en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation ou lors de la carence soudaine de l'aidant dans le cadre de cette mesure est limitée à 30 jours par personne (durée maximale) avant la réintégration dans leur domicile dans un cadre sécurisé ou leur orientation vers une nouvelle structure ou modalité d'accueil.

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

Cette durée prévisionnelle est modulée selon les objectifs à atteindre (ex : 15 jours éventuellement renouvelables).

Sur demande expresse et exposé des motifs de manière anonyme, une dérogation peut être donnée par l'ARS pour la prolongation d'un séjour au-delà des 30 jours.

Les objectifs de la prise en charge sont les suivants :

- Restaurer et préserver l'autonomie des gestes de la vie quotidienne,
- Préparer la continuité des soins entre hôpital et ville en proposant aux intervenants libéraux d'intervenir auprès de la personne dans l'EHPAD durant le séjour, si nécessaire (kiné, orthophoniste,...),
- Préparer le retour à domicile avec la famille ou les proches, les intervenants des services à domicile et le médecin traitant et les autres professionnels de santé libéraux nécessaires (IDEL, kiné,..). Cette préparation peut également associer les services sociaux et les organismes en charge de l'adaptation

du logement si besoin. L'organisation matérielle du retour et son financement doivent aussi être anticipés dès l'entrée avec la famille car des solutions financières existent avec les caisses de retraite et les mutuelles (ex : chèque « sortir plus » de l'AGIRC ARCO). Ce retour à domicile doit être intégré dans les objectifs de soins et organisé dès le début de la prise en charge,

- Prévoir les adaptations du logement nécessaires à un retour au domicile dans de bonnes conditions, en lien avec les organismes spécialisés.

L'hébergement temporaire prévu dans ce cadre ne peut pas être un sas d'attente vers un service de SMR quel qu'il soit.

3/ Le personnel de l'EHPAD

Une implication de l'équipe de l'EHPAD candidat devra être organisée et précisée, en particulier celle du médecin coordonnateur.

⇒ Les collaborations et partenariats nécessaires

L'implication de l'usager, de la famille et de l'entourage doit être recherchée aux différentes étapes de mise en œuvre du dispositif. Les modalités en seront précisées par l'EHPAD candidat.

Les médecins traitants des personnes âgées prises en charge dans le cadre de ce dispositif devront être informés et impliqués. L'accord des familles et usagers devra être formalisé.

1/ L'obligation de structurer une collaboration directe entre EHPAD/établissements de santé/offres spécifiques, sous la coordination des coordonnateurs de filière gériatrique.

Aujourd'hui il existe différentes nouvelles possibilités de favoriser les sorties d'hospitalisation des personnes âgées dans de meilleures conditions grâce notamment à des expertises à domicile (ex : EGED) mais aussi par des accompagnements spécifiques avec les DAC, CRT et HTSH. De plus le dispositif régional d'admissions directes se déploie avec des infirmiers hospitaliers qui permettent de favoriser les orientations afin de réduire les hospitalisations évitables ou passages par les urgences.

L'ensemble de ces offres nécessitent d'être structurées de manière concomitante sur chaque territoire de filière gériatrique sous l'animation du coordonnateur de filière gériatrique.

Selon les situations et les besoins des patients, l'orientation pourra aussi se faire par le biais des EMG hospitalière, DAC ou IDE ADNP.

L'HTSH dont les établissements orienteurs ont été élargis aux SMR, nécessite une collaboration étroite entre l'EHPAD porteur et les établissement(s) de santé accueillant des personnes âgées en médecine et chirurgie et aux urgences du territoire (pas uniquement les services gériatriques), en SMR ainsi qu'avec les établissements de santé psychiatrique.

L'EHPAD candidat, devra s'engager à travailler ces coopérations avec le coordonnateur de filière gériatrique afin de proposer aux établissement(s) de santé du territoire les critères régionaux :

- d'état de santé compatible à la sortie de l'hôpital vers l'hébergement temporaire médico-social, dans le cas où le retour à domicile ou le maintien en hospitalisation ne sont pas indiqués,
- les conditions d'évaluation des besoins des patients, de détermination d'un projet de retour à domicile ou vers un substitut de domicile des usagers,
- les conditions de détermination des objectifs de soins et de transfert dans le cas d'un recours à l'hébergement temporaire, la communication du compte rendu d'hospitalisation et du document de liaison,
- l'appui hospitalier, notamment via l'identification d'un référent au sein de l'EHPAD, pour assurer un suivi administratif conjoint hôpital/EHPAD des patients transférés,
- l'engagement de l'établissement à la ré-hospitalisation en cas de nécessité dans le service antérieur et si le motif de ré-hospitalisation relève de celui-ci (que ce soient un court séjour ou un SMR).

Les modalités de collaboration ainsi définies seront formalisées par convention.

Ces conditions seront transposées à l'ensemble des établissements de santé du territoire susceptibles de recourir à ce dispositif.

Pour les territoires où plusieurs EHPAD sont autorisés pour des places HT SH, ce travail sera à mener conjointement et les procédures et outils devront être harmonisés et mis en commun en utilisant à minima les outils régionaux existants (process et critères d'orientation).

2/ La nécessaire collaboration territoriale

Pour l'ensemble des travaux ci-dessous décrits, le(s) EHPAD porteurs devront se rapprocher des coordonnateurs de filières gériatrique, du DAC et de l'IDE ADNP sur leur territoire pour leur présenter leur projet et recueillir leur contribution.

a. Les entrées en HT sortie d'hospitalisation

Les territoires de déploiement de l'HT post-hospitalisation correspondent aux territoires des filières gériatriques. Ces territoires disposent de coordonnateurs de filières gériatriques (CFG) dont la vocation est de structurer les parcours hospitaliers internes et d'aval/amont, favoriser la coopération inter-ES/ESMS/Professionnels de Santé Libéraux et la communication sur les offres qui se déploient.

La mission des CFG dans ce cadre sera donc d'animer la réflexion sur le territoire pour les sorties d'hospitalisation et :

- D'aider les EHPAD porteurs à structurer leurs process d'accueil avec les établissements de santé et notamment les services sociaux des ES et les cellules de bed management, les EMG intra-hospitalières, les IDE ADNP ;
- De structurer les process avec les offres complémentaires mobilisables pour favoriser les transferts en EHPAD (DAC, EMG ou EMPG, EMER, EGED, EMSP, etc...) ;
- D'apporter une aide administrative à la gestion des files actives entre EHPAD et ES,

- Assurer la communication sur ces process auprès des membres de la filière de territoire et des partenaires, en cohésion avec les EHPAD porteurs et le DAC et ensuite animer la réflexion locale sur les résultats observés ;

Dans les situations qui le nécessitent, un appui individuel pourra être apporté par l'une des équipes mobiles du territoire (EMPG, EGED, EMER, EMSP) pour notamment accueillir dans de bonnes conditions ou ensuite éviter une ré-hospitalisation ou pour le retour à domicile. Une procédure de travail commune sera donc à formaliser sous l'animation des coordonnateurs de filière gériatrique dans le cadre du process régional fixé dans ce cahier des charges.

Précaution pour les EGED : l'EGED peut intervenir pour des sorties d'hôpitaux ou il n'y a pas d'équipes mobiles de gériatrie (dont vers les HSTH qui sont un maillon du maintien à domicile) mais n'a pas vocation à être interpellée par les EHPAD en dehors de cette situation.

L'implication rapide des professionnels de santé libéraux du patient, des services sociaux et médico-sociaux pour le retour à domicile (SAD aide, SAD mixtes, coordinations territoriales existantes, CLIC/relai autonomie, services locaux du Département ou des communes,...), ou offres spécifiques de certains territoires (ex : ergothérapie) doit être prévue et organisée par le(s) EHPAD porteur(s). Des contacts doivent être pris avec les principaux organismes de retraite ou mutuelle pour des aides complémentaires (ex : transport de retour à domicile). La plateforme de répit pourra également être mobilisée si les aidants sont apparus en difficulté durant l'HTSH.

Au besoin si la sortie de l'HSTSH reste compliquée (manque d'aidants, difficultés à gérer son parcours de soins,...), l'EHPAD fera appel au DAC qui pourra revoir la situation pour un accompagnement spécifique par le DAC lui-même ou un CRT du territoire.

b. Les entrées via domicile

Pour les accueils via-domicile un appui à l'organisation administrative sera structuré sur tout ou partie des étapes du processus d'accueil en HT par les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), du territoire avec les CRT et les plateformes de répit des aidants.. Le projet sera déployé avec les coordonnateurs de filière gériatrique.

Le coordonnateur de filière gériatrique structurera les coopérations, la communication en :

- Aidant les EHPAD porteurs à structurer les process d'accueil vers les EHPAD avec les DAC et CRT, en lien avec les partenaires du premier recours, mais également les autres partenaires du domicile dans l'environnement ;
- Structurant avec le DAC les process avec les offres complémentaires mobilisables pour des expertises à domicile favorisant les accueils en EHPAD (PFR, EMER, ESPED, EGED, ou offres spécifiques du territoire, etc...)
- Structurant les process avec les CPTS existantes sur son territoire et en faisant connaître l'offre ;
- Assurant la communication sur ce dispositif auprès de tous les partenaires, en lien avec les EHPAD porteurs et le DAC ;

- Accompagnant les EHPAD et le DAC dans le recensement des indicateurs de suivi pour leur RA et pour la remontée à l'ARS

Le DAC devra maîtriser les conditions d'orientation et prévoir un appui spécifique au besoin. Il cherchera à :

- Apporter une aide administrative à la gestion des files actives entre EHPAD et ville, notamment par la réponse et l'accompagnement de sa plateforme téléphonique ;
- Apporter en subsidiarité une possibilité d'avis ergothérapeutique pour la sortie à domicile, au besoin et en lien avec les autres offres d'ergothérapie de son territoire (EMER, équipes expérimentales EqLAT, SAMO relai, etc...). un recensement et un travail de positionnement de chacun sera nécessaire afin d'apporter à chaque usager le service le plus adéquat.
- Prendre des contacts avec les principaux organismes de retraite ou mutuelle pour des aides complémentaires (ex : transport de retour à domicile).

Si l'EHPAD ne propose pas de places habilitées à l'aide sociale, il est recommandé d'établir une convention de partenariat avec des EHPAD habilités pour faciliter l'orientation à l'issue de la période d'accueil temporaire.

⇒Communication

Ce type de dispositif requiert un engagement important de la part des participants. Une formalisation rigoureuse et une communication régulière auprès des différentes parties prenantes mobilisées apparaissent comme des leviers essentiels de succès et de pérennité pour les dispositifs.

Pour être le plus efficient possible, le dispositif hébergement temporaire en EHPAD doit, impérativement être connu des services hospitaliers (urgence, services d'hospitalisation de médecine ou chirurgie, SMR, dont équipe mobile, service social, coordinateur de filière gériatrique, plus largement HAD, coordonnateur DAC, PFR...) et des libéraux (en particulier CPTS) en termes de critères de personnes éligibles, de modes de recours, de missions dévolues au personnel des EHPAD.

L'implication de ces professionnels, en amont de la mise en place du dispositif est à privilégier car elle peut, notamment, concourir à un meilleur cadrage du projet et une meilleure coordination des acteurs.

Ce dispositif ne peut fonctionner que si les différents partenaires sont informés et parties prenantes dans le dispositif (ex : lors d'une sortie d'hospitalisation non anticipée et mettant en difficulté la personne âgée et son entourage), et l'ensemble des professionnels libéraux intervenant autour de la personne âgée concernée.

Des informations sur l'existence de ces places d'hébergement temporaire devront être communiquées aux partenaires des secteurs social et médico-social. L'EHPAD, en lien avec les coordonnateurs de filières gériatriques et ceux DAC devra veiller à établir des modalités de partenariat avec les principaux partenaires locaux impliqués dans le parcours de vie et de soins des personnes âgées (CLIC, services sociaux, services d'aides et de soins à domicile, équipes mobiles, CPTS...) pour l'organisation et la sécurisation du retour au domicile ou pour le recours au dispositif en cas de carence brutale de l'aidant.

⇒ Financement

L'hébergement temporaire mis en place se caractérise par la couverture du reste à charge pour le résident. Un financement est apporté par la dotation ONDAM, en complément du financement habituel versé pour l'HT.

Ladite prise en charge est effective pour une durée maximale de trente jours. Cette durée peut être inférieure en fonction de l'état de la personne et de ses capacités à retrouver son domicile ou lorsqu'une aide financière de droit commun peut être mise en place (ex : majoration APA répit ou APA hospitalisation de l'aidant).

Pour ces places d'hébergement temporaire dédiées, l'assurance maladie prend en charge le ticket modérateur et le tarif hébergement du séjour d'hébergement temporaire.

Une part forfaitaire du financement permet de renforcer les dépenses liées aux professionnels chargés du dispositif. Ce financement peut être utilisé pour prendre en charge les frais de transports des usagers lorsque d'autres solutions ne peuvent être trouvées.

Dans le cadre de ce dispositif, **l'ARS alloue un financement avec 2 composantes :**

1/ La compensation du reste à charge journalier (RàC)

Ce financement annuel est déterminé en fonction :

- du coût journalier (CJ) à préciser par l'EHPAD = Reste à charge (tarif hébergement + dépendance Gir 5-6¹)
- du nombre de places dédiées,
- d'un nombre de journées prévisionnelles établies sur la base d'un taux d'occupation de 80%

Ce financement suit la formule suivante (à préciser dans le dossier de candidature) :

$$\text{Coût journalier (CJ) X nombre de places dédiées X 365 j X 80\%}$$

En cas de taux d'occupation inférieur à l'objectif fixé des 80 %, et en l'absence d'évolution, il pourra être envisagé la résiliation de la convention.

2/ Le soutien à la mise en œuvre d'un projet de soins spécifique au sein de l'EHPAD par la mobilisation de personnels : un forfait est délégué dans ce cadre pour le fonctionnement de l'EHPAD à hauteur de 5000 € par place.

Ce financement global sera revalorisé annuellement avec le taux d'actualisation de l'ONDAM personnes âgées

¹ La dépendance pour les Gir 1 à 4 étant financée dans le cadre de l'Allocation Perte d'Autonomie (APA)

⇒ Modalités d'évaluation et de suivi

Le suivi d'activité sera organisé sur la base de remontées annuelles arrêtées au 31 décembre, au moyen notamment d'un outil régional spécifique.

Le porteur s'engage à participer à l'évaluation et donc à fournir tous les éléments jugés nécessaires par l'ARS. Il participera aux réunions de travail et de suivi régionales organisées par l'ARS.

Le suivi financier sera réalisé au travers de l'examen de l'état réalisé des recettes et des dépenses (onglet sans finess dédié à l'HT SH) transmis selon les délais réglementaires prévus pour l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et pour l'état réalisé des recettes et des dépenses.

⇒ Engagements du porteur

L'EHPAD porteur s'engage à :

- Travailler et formaliser les coopérations renforcées de l'EHPAD avec :
 - L'hôpital suivant l'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 (définition d'interlocuteurs référents au sein des structures pour organiser les entrées/sorties, DLU, utilisation viatrajectoire grand âge, du ROR etc.) dont implication des équipes mobiles intra-hospitalières et service social ;
 - Le Conseil Départemental (le dispositif d'urgence d'une durée de 30 jours nécessite la mise en place rapide en parallèle des dispositifs médico-sociaux allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile ;
 - Les acteurs du domicile (SAD aide, SAD mixte, SSIAD, , CLIC ou dispositif de soutien à domicile renforcé, équipes mobiles intervenant à domicile, etc.) ;
 - Les dispositifs de protection juridique des majeurs ;
 - Les DAC, CRT et coordinateur de filière gériatrique, les plateformes de répit du territoire, etc.
- Définir au sein de l'EHPAD :
 - Les professionnels mobilisés pour ces séjours particuliers d'hébergement temporaire (assistant social, aide-soignant, IDE, ergothérapeute, médecin coordonnateur, etc.) ;
 - Un projet d'établissement prenant en compte de façon spécifique cet hébergement temporaire ;
 - Une procédure pour les hospitalisations pendant ou à l'issue de l'hébergement temporaire si aggravation de la situation ;
 - une procédure d'entrée via domicile ;
 - Une procédure pour les retours à domicile anticipés.
- S'assurer de la visibilité des places temporaires pour les professionnels et les usagers et utilisation de Viatrajectoire et du ROR médico-social
- Mettre en œuvre toute action permettant d'atteindre un objectif de 80 % de taux d'occupation.
- Participer aux réunions proposées par l'ARS pour la mise en œuvre et le suivi de ces dispositifs
- Communiquer à l'ARS et dans les délais indiqués, toutes informations et documents qui lui seront demandés dans le cadre du suivi et de l'évaluation de ces dispositifs, qu'ils soient réalisés dans le cadre régional ou national.
- Conclure et respecter la convention spécifique établie avec l'ARS

III Proposition de candidature

➤ Candidats éligibles :

Les candidats éligibles sont des EHPAD. Ils ne peuvent être des groupements de coopération.

Ce sont prioritairement les EHPAD habilités à l'aide sociale et :

- ayant une autorisation pour un hébergement temporaire dont le nombre de places est d'au moins le nombre de places HT sortie d'hospitalisation attendu pour le territoire (ex : 2 places pour le Calaisis, 3 places pour Littoral Flandres...).
- Sur les territoires où le nombre de places HT en sortie d'hospitalisation attendu est de 4 (ex : Douaisis), 2 EHPAD disposant d'un minimum de 2 places HT autorisées pourront se répartir les places et proposer un projet préparé conjointement.

Dans ce cas, un dossier de candidature commun sera établi. Celui-ci comprendra :

- La présentation d'un projet commun qui décrira les articulations et coopérations nécessaires pour faciliter l'information des établissements de santé et les orientations des demandes vers l'HT SH, les outils et procédures communes, l'articulation conjointe avec le DAC (orientation/admission des PA), les CRT et coordinateur de filière gériatrique (aide organisation générale liens ES/EHPAD).
- Ces coopérations entre les 2 EHPAD seront formalisées par convention. Ce projet commun présentera également les organisations internes et engagements de chacun des EHPAD porteurs.
- Une demande de financement sera établie par chacun des EHPAD porteur du projet commun.

➤ Critères de sélection des projets par l'ARS :

- Éligibilité du candidat,
- Existence de places habilitées à l'aide sociale ou à défaut existence d'une convention avec un ou des EHPAD ayant des places habilitées à l'aide sociale pour faciliter les sorties du dispositif
- Adéquation du projet aux critères et exigences du cahier des charges,
- Coût du projet, et notamment tarifs hébergement et dépendance au regard des tarifs moyens régionaux
- Existence et qualité des coopérations locales avec les secteurs médico-social, social et sanitaire,
- Participation d'au moins un établissement de santé à forte activité (dont site d'urgences) à l'élaboration du projet,
- Qualité du projet de service proposé, implication du personnel, adéquation aux objectifs poursuivis par le dispositif,
- Visibilité des places temporaires pour les professionnels et les usagers ; modalités de communication.

ANNEXE 1 :



ARS Hauts-de-France/DOMS SDPPA Vieillesse et DST/Observation et études/ décembre 2021



Zones visées par l'appel à candidatures 2025

ANNEXE 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion, socle commun :

Personnes âgées de 60 ans et plus,

→ En sorties d'hospitalisation en court séjour (médecine ou chirurgie), des urgences, de service de soin en psychiatrie ou de soins médicaux de réadaptation (SMR) qui ne relèvent plus de soins médicaux à délivrer en hôpital,

Pour lesquelles l'orientation vers (ou le maintien dans) un service de soins médicaux de réadaptation (SMR) n'est pas ou plus nécessaire,

Pour lesquelles le retour à domicile est immédiatement impossible ou à risque d'entraîner une dégradation de leur état de santé ou une nouvelle hospitalisation dans des délais courts,

→ A partir du domicile, pour les personnes ne pouvant y rester,

En raison d'une carence soudaine ou très imminente de l'aidant,

L'intervention préalable de l'HAD pour une personne à domicile ne sera pas un obstacle à l'admission en HTSH,

Avec un projet de ré-autonomisation dans les 30 jours et de retour à domicile possible à l'issue des 30 jours,

Le profil de la personne doit être compatible avec une prise en charge en EHPAD,

Le consentement à l'admission de la personne doit être établi.

Critères d'exclusion, socle commun :

Etat médical non stabilisé du patient,

Nécessitant des soins médicaux délivrés à l'hôpital (perfusions, pansements lourds, dialyse, gastrostomie...) ou en HAD après hospitalisation,

Selon la situation de l'EHPAD ;

En l'absence d'accueil possible en unité sécurisée : patient présentant des troubles cognitifs,

En l'absence d'oxygénothérapie dans les chambres : résident le nécessitant,

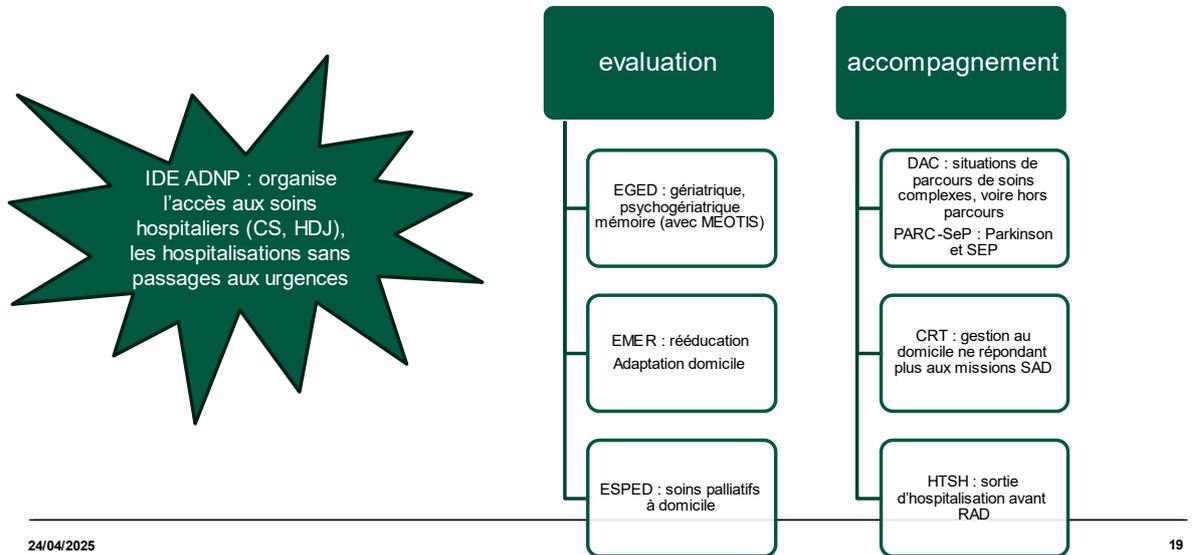
En l'absence d'astreinte mutualisée IDE de nuit : résident nécessitant des soins infirmiers en soirée ou la nuit.

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont adaptés si besoin entre l'EHPAD et l'établissement de santé principal du territoire (site d'urgence, médecine, chirurgie et filière gériatrique) et transposées à l'ensemble des établissements susceptibles de recourir à ce dispositif sur le territoire concerné.

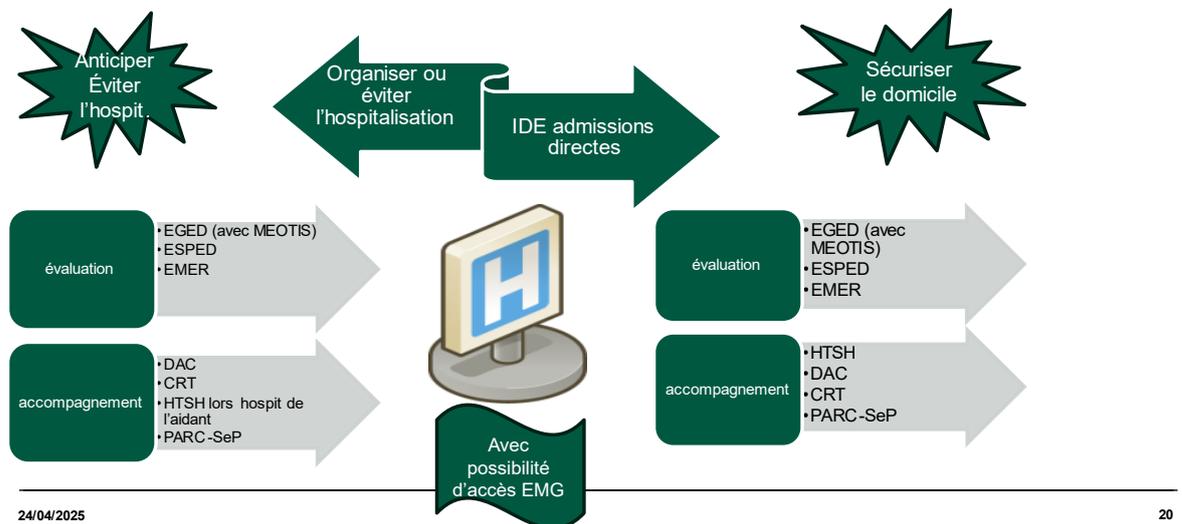
Ils sont indiqués dans le projet de service de l'HT SH.

ANNEXE 3 : Articulation des dispositifs sur les territoires de filière gériatriques

Les missions de chacun dans le maintien à domicile



Le positionnement de chacun



L'articulation des HT SH avec EGED/CRT/DAC

