

**UNIVERSITE PARIS DESCARTES**

**L'HTU pour personnes âgées**

**Mise en place et évolution du dispositif  
à l'EHPAD de Beblenheim (68980 )**

**Dr Pascale Wirth- DU de médecin coordonnateur  
en Ehpad - année universitaire 2017/2018**

**Directeur de mémoire : Docteur Maurice Hertzog**

## **Table des matières**

<b>I/ Introduction</b>	<b>5</b>
<b>II/ Expérimentation d'un dispositif d'HTU en Alsace</b>	<b>5</b>
<b>1. Présentation de l'expérimentation</b>	<b>5</b>
<b>2. Cahier des charges</b>	<b>8</b>
<b>3. Résultats et validation</b>	<b>9</b>
<b>III/ L'HTU au Petit-Château à Beblenheim</b>	<b>11</b>
<b>1. Présentation et fonctionnement</b>	<b>11</b>
<b>2. Analyse des admissions en 2017/2018- comparaison</b>	<b>12</b>
<b>Profil des séjours</b>	<b>12</b>
<b>Initiateur de la demande</b>	<b>13</b>
<b>Motifs d'admission et provenance</b>	<b>14</b>
<b>Niveau d'autonomie</b>	<b>15</b>
<b>Profil médical des résidents accueils</b>	<b>15</b>
<b>Mesures d'accompagnement</b>	<b>16</b>
<b>Sorties d'HTU</b>	<b>17</b>
<b>IV/ Problématiques et constats</b>	<b>18</b>
<b>1. Pertinence du dispositif</b>	<b>18</b>
<b>2. Problème du coût</b>	<b>19</b>

<b>3. Taux d'occupation</b>	<b>19</b>
<b>4. Charge de travail</b>	<b>20</b>
<b>5. Communication</b>	<b>20</b>
<b>V/ Conclusion</b>	<b>21</b>
<b>Annexes</b>	<b>22</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>25</b>

## **Table des annexes**

Annexe 1 : tableau des admissions 2017/2018

Annexe 2 : Procédure d'admission en HTU

Annexe 3: Questionnaire HTU

## **I/ INTRODUCTION**

L'hébergement temporaire d'urgence (HTU) est un dispositif développé sur le territoire alsacien depuis 2014. Il fait partie de l'offre d'hébergement temporaire pour personnes âgées et a été mis en place dans le but d'éviter la surcharge des services d'urgence et de court séjour, et d'apporter une réponse plus adaptée aux situations d'urgence médico-sociale.

Après 3 années de fonctionnement à l'EHPAD de Beblenheim (Haut-Rhin), l'étude de l'évolution de ce dispositif m'est apparue pertinente : l'HTU répond-il toujours aux buts fixés ? L'analyse des admissions de l'année en cours est-elle superposable à celle des années précédentes ?

Dans la première partie, je décris le dispositif tel qu'il fut expérimenté en Alsace (2).

La deuxième partie est une étude des admissions à l'HTU de l'EHPAD de Beblenheim, pendant un an, comparant certains chiffres aux années précédentes.

La troisième partie est un état des lieux qui met en évidence les difficultés et les points forts révélés par l'étude.

## **II/ Expérimentation d'un dispositif d'HTU en Alsace**

### **1. Présentation de l'expérimentation**

Le 1er janvier 2014, l'ARS Alsace met en place, en accord avec les conseils généraux du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, un dispositif expérimental d'hébergement temporaire d'urgence (HTU) en Ehpad pour personnes âgées dépendantes.

L'objectif de cette expérimentation est de contribuer à modéliser la réponse à apporter aux situations d'urgence médico-sociale de manière à éviter les hospitalisations inappropriées. (2)

Un appel à candidatures est lancé auprès des EHPAD du Bas-Rhin et du Haut-Rhin.

Quatre établissements disposant déjà d'une structure d'hébergement temporaire au sein d'un EHPAD sont retenus pour participer à l'expérimentation, dans les quatre territoires de santé alsaciens.

**TS1: L'EHPAD du CH de Bouxwiller**

(6 places d'HT)

**TS2: L'EHPAD de Béthléhem à Strasbourg**

(18 places d'HT)

**TS3: L'EHPAD de Beblenheim**

(15 places d'HT)

**TS4: L'EHPAD de l'Arc à Mulhouse**

(10 places d'HT)

## Carte des territoires de santé alsacien (2)



Dans chaque établissement, une place est réservée à l'HTU au sein de la structure d'hébergement temporaire.

Les crédits alloués, à hauteur de 50 000 euros par an et par établissement (crédits non reconductibles dégagés sur le FIR), sont destinés au recrutement d'un professionnel dédié, chargé d'apporter un appui à la mise en œuvre du projet. Les crédits sont alloués pour 2014 et renouvelés pour 2015 et 2016.

La communication auprès des principaux partenaires gérontologiques est assurée: établissements de santé, EHPAD, accueils de jours, SSIAD, les MAIA, le réseau gérontologique régional ...

## **2. Cahier des charges et public cible (2)**

L'HTU est réservée aux personnes âgées dépendantes dont le maintien ou le retour à domicile est temporairement impossible, en raison :

- du niveau de dépendance
- de l'absence de l'aide à domicile nécessaire (hospitalisation de l'aidant par exemple)
- d'un environnement devenu subitement inadapté
- de la défaillance de l'aidant

Les personnes âgées qui nécessitent une prise en charge hospitalière (services de médecine, SSR, USLD) sont exclues, ainsi que les personnes en GIR 5 et 6.

La durée de la prise en charge est fixée à 7 jours maximum.

## **3. Résultats et validation**

A l'issue de 2 années d'expérimentation, les principaux résultats permettent de dégager des points positifs et des points d'amélioration.

➤ **Les points positifs :**

- L'offre est pertinente et remplit son rôle d'éviter des hospitalisations inadéquates, avec un taux d'occupation de la chambre d'HTU variant entre 40 et 50%
- La durée maximale de séjour est généralement respectée, et permet dans une majorité des cas (mais pas dans tous), d'analyser la problématique et d'orienter les personnes âgées et les familles.
- L'organisation mise en place pour assurer l'expérimentation bénéficie à toute l'unité d'hébergement temporaire. L'admission en HTU majore le taux d'occupation de l'hébergement temporaire car une majorité des séjours d'HTU se prolonge par un séjour d'hébergement temporaire.

➤ **Les points d'amélioration**

- Le problème principal relevé, est le taux d'occupation plus faible de la chambre d'HTU par rapport aux autres chambres de l'hébergement temporaire, entraînant une perte de recettes pour l'EHPAD. La durée de séjour limitée, engendre une contrainte dans la possibilité d'occuper la chambre au maximum.
- L'autre problème important est le problème du coût pour le résident, qui explique un

nombre non négligeable de refus et d'annulations de séjours ainsi que des orientations vers des services moins coûteux (services d'urgence, services de médecine et SSR)

- Le problème de la communication sur l'offre et le périmètre de l'HTU est également soulevé. Les services hospitaliers et les médecins généralistes ne connaissent pas toujours cette possibilité. Les familles ne sont pas suffisamment informées. De plus, un manque de communication entre les EHPAD expérimentateurs est pointé: ceux-ci ne communiquent pas entre eux en cas de refus.
- Enfin, le problème des patients atteints de maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, avec troubles du comportement ou risque de fugue est questionné. Les EHPAD expérimentateurs ne sont pas en capacité de les accueillir.

Au terme de ces 2 années, le dispositif est prorogé d'un an (2) avec un travail plus spécifique devant être initié, qui vise à préciser le nombre de places nécessaires dans les territoires, à questionner également la pertinence d'un regroupement des places d'HTU. L'expérimentation prend fin après 3 années. Le dispositif est validé dans les 4 établissements qui ont expérimenté l'HTU.

La durée de séjour est assouplie à 9 jours, renouvelable, à la demande des EHPAD. La durée de 7 jours apparaissant trop faible, en particulier si l'admission a lieu en milieu de semaine, ou si jours fériés, etc. Un délai supplémentaire semble nécessaire pour mieux appréhender les problématiques souvent complexes, et de pouvoir mieux orienter les personnes âgées et leur famille.

Les crédits alloués à l'EHPAD restent fixes pour les années suivantes.

### **III/ L'HTU au Petit-Château à Beblenheim**

## **1. Présentation et fonctionnement (9)**

L'EHPAD comprend 55 places d'hébergement permanent. Une unité d'hébergement temporaire, construite plus récemment comprend 15 lits, dont une chambre est réservée à l'HTU.

L'HTU est destinée, comme nous l'avons vu, aux personnes âgées de plus de 60 ans, dont l'état de dépendance s'échelonne de GIR 1 à GIR 4, et qui nécessitent une prise en charge urgente selon les critères définis par l'ARS: la survenue d'un événement brutal tel que l'hospitalisation de l'aidant principal, un logement devenu inadapté, une perte d'autonomie brutale ne relevant pas d'une hospitalisation, le décès du conjoint.

C'est le médecin traitant, la famille ou l'hôpital qui fait la demande, et l'établissement organise l'admission dans les 48 heures.

Un lit est réservé en permanence au sein de l'unité d'hébergement temporaire de l'EHPAD.

La personne est accueillie pour une durée maximale de 9 jours (renouvelable une fois).

Ce temps est nécessaire, mais parfois insuffisant, pour évaluer la problématique médico-sociale et l'autonomie résiduelle du résident, identifier les fragilités, élaborer conjointement avec la famille et le médecin traitant, un nouveau projet de vie (retour à domicile avec augmentation des aides, demandes d'institutionnalisation ...).

Une véritable organisation en réseau est mise en place (RAG, assistantes sociales de secteur, autres hébergements temporaires, MAIA, RIVAGE, accueils de jours, médecins traitants ...). Ces liens sont actuellement bien en place. Les partenaires proches connaissent relativement bien notre structure et le périmètre de l'accueil d'urgence.

## **2. Analyse des admissions du 01/06/2017 au 30/05/2018**

J'ai fait le choix d'analyser les admissions durant un an, à compter de la date de mon arrivée dans l'EHPAD en tant que médecin coordonnateur.

➤ tableau des admissions: annexe 1

#### - Profil des séjours 2017/2018 et comparatif

Sur la période étudiée, dix résidents ont été admis en HTU. Le taux d'occupation est de 52 %. Ce taux apparaît en légère augmentation depuis 2014 (44 % en 2014, 50 % en 2015, 41 % en 2016). Le sexe ratio est de 7 femmes pour 3 hommes.

La durée de séjour la plus courte est de 8 jours. Il s'agit d'un patient dont le fils est en train de réhabiliter le logement et d'aménager l'appartement au rez-de-chaussée. La demande émane du médecin traitant qui, en raison des troubles cognitifs du patient et des perturbations probables secondaires aux travaux, a conseillé un séjour d'HTU à la famille.

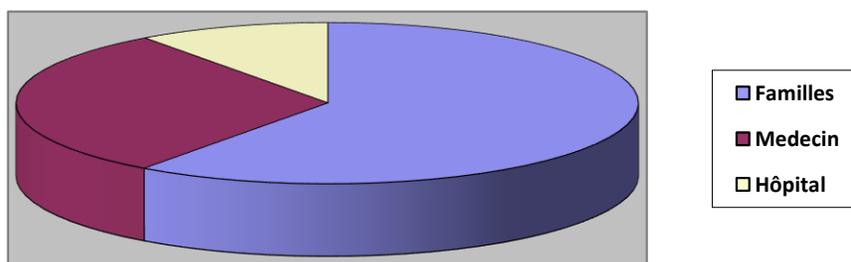
Comparativement, des séjours plus courts, de 4 et 5 jours sont fréquents sur les périodes antérieures. La durée de séjour la plus longue est de 54 jours : il s'agit cette fois, d'un couple dont l'épouse est admise en HTU en raison de l'hospitalisation de son mari, puis l'époux est admis lui aussi dans notre établissement en accueil temporaire, à la sortie du court séjour. Le retour à domicile étant devenu impossible pour le couple, le séjour de Madame est prolongé en HTU (pas de place disponible en hébergement temporaire), en même temps que celui de Monsieur, le temps de trouver une solution d'institutionnalisation pour le couple.

La durée moyenne de séjour est de 20 jours. Cette durée moyenne est en augmentation depuis 2014 (6 j en 2014, 7,5 jours en 2015 et 9 j en 2016).

Rq : On peut toutefois noter que la période d'étude courte, ne permet pas d'avoir un résultat satisfaisant concernant la durée de séjour: sur cette période particulière 2 séjours longs sont comptabilisés, ce qui n'est pas le cas sur les périodes antérieures.

Dans 50 % des cas une solution a été trouvée en moins de 14 jours et souvent en moins de 10 jours.

#### - **Initiateur de la demande**



- Dans 60 % des cas se sont les familles qui initient la demande. Ces familles connaissent notre structure, ou nous ont été adressées par nos partenaires gérontologiques.

(Ce résultat est supérieur aux années précédentes, ou la part des familles est plus proche de 40 %)

- Dans 30% des cas le médecin traitant s'adresse directement à nous au moment où il hospitalise en urgence l'aidant principal d'une personne âgée dépendante, ou pour des sorties d'hospitalisation jugées prématurées. Cette part est stable depuis 2014.
- Dans 10 % des cas les demandes émanent de l'hôpital : des services d'Urgence après expertise de l'équipe mobile de gériatrie, des services de courts et moyens séjours pour des personnes ne relevant pas d'une prise en charge sanitaire.

Ces résultats sont superposables aux autres années : les familles et les médecins généralistes sont les adresseurs principaux, s'ajoutent ensuite les services d'urgence par l'intermédiaire de l'équipe mobile de gériatrie.

#### - **Motifs d'admission et provenance**

Les résidents proviennent tous de notre territoire de santé TS3.

- 70 % des patients viennent du domicile
- 30 % nous sont adressés après un séjour hospitalier ou un passage aux urgences.

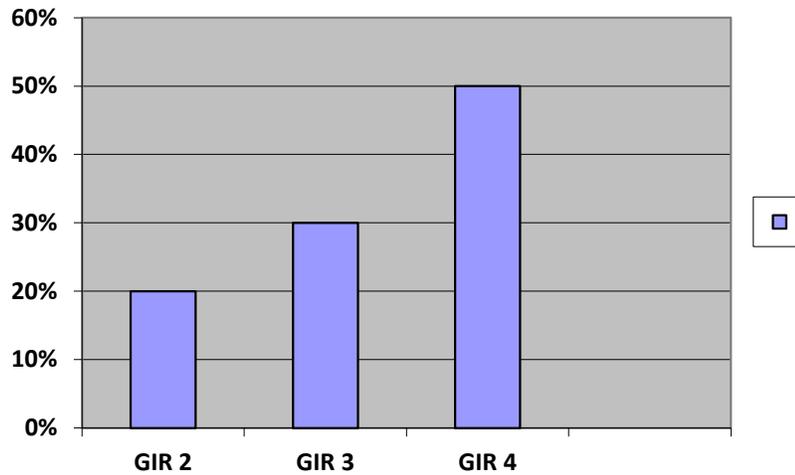
Les motifs d'admission sont les suivants :

- Hospitalisation non programmée de l'aidant principal (60 %) ou répit nécessaire pour raison médicale.
- Perte d'autonomie brutale ne relevant pas d'une hospitalisation (20 %)
- Logement subitement inadapté (10 %)
- Absence de l'aide à domicile (10 %)

A noter que parmi les nombreuses hospitalisations non programmées des aidants, une majorité s'inscrit dans un contexte d'épuisement avec refus des aides professionnelles et/ou conflit familial.

Ces chiffres sont tout à fait superposables aux années précédentes.

#### - **Niveau d'autonomie**



#### - Profil médical des résidents accueillis

Les résidents accueillis en HTU sont poly-pathologiques (plus de 3 pathologies chroniques) dans 100 % cas sur la période de mon étude (92 % des cas en 2015). Chiffre stable.

70 % d'entre eux souffrent d'une démence modérée avec déambulation et/ou troubles psycho comportementaux quasi systématiques dans le contexte d'admission en situation de crise.

Seuls 10 % sont grabataires (prise en soin moins problématique malgré la dépendance plus lourde)

On note 40% de sujets dépressifs lors de l'admission.

## - **Mesures d'accompagnement en cours de séjour**

La psychologue a vu en entretien 70 % des résidents admis, afin de les aider à verbaliser les traumatismes récemment subis et d'élaborer un projet à l'issue du séjour.

Son rôle est central également dans le lien avec les familles, elles aussi déstabilisées par l'évènement aigu à l'origine de l'admission, et dans l'accompagnement de l'équipe soignante face aux troubles du comportement des personnes âgées accueillies.

Dans 30% des cas notre système anti-fugue individualisé (bracelet) a dû être activé.

Le kinésithérapeute est intervenu dans 60 % des cas, souvent dans les suites d'une chute, ou pour tenter de ré-autonomiser une personne avant le retour à domicile.

Il intervient également pour proposer des aides techniques différentes avant le retour (prescription d'un guidon de transfert, d'un déambulateur...)

Enfin dans 50 % des cas, une réunion pluridisciplinaire avec la famille a été nécessaire, afin de faire le point sur la situation médico- sociale (état de santé de l'aidant, aides insuffisantes, situation financière, lien intra familiaux ...) et de préparer la sortie.

Ces réunions sont souvent un lieu de parole où les problématiques de fonds émergent, mises à jour par la situation de crise, et où les aides professionnelles qui auraient dues être mises en place depuis longtemps sont enfin acceptées.

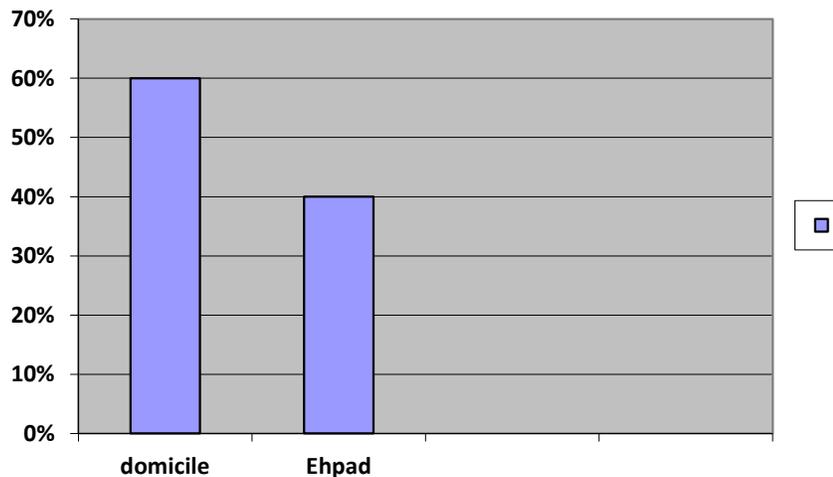
Ces résultats sont également stables depuis 2014.

## - **Sorties d'HTU**

La sortie après HTU nécessite un travail multidisciplinaire rapide et bien coordonné. Il faut trouver rapidement une solution d'aval adaptée, qui nécessite une collaboration avec les partenaires gérontologiques dès l'admission (mise en place ou renforcement des aides professionnelles au domicile, demandes via trajectoire, lien avec les assistantes sociales, les autres EHPAD ...)

Les destinations à la sortie de la chambre d'HTU sont les suivantes :

40 % des séjours d'HTU sont prolongés en hébergement temporaire simple.



Au final, 60 % des résidents regagnent leur domicile et dans 40 % des cas le projet de vie est modifié : EHPAD, UVP...

Ce résultat est modifié par rapport à 2015 et 2016, où les sorties vers l'hôpital, de personnes non stabilisées médicalement représentaient 20 %, et où les retours à domicile étaient plus importants atteignant 70 %.

- **En conclusion**

Les résultats sont globalement stables tant au niveau du taux d'occupation que du profil des personnes âgées accueillies et des problématiques conduisant à l'accueil d'urgence.

La population accueillie est fragile, en situation de crise, poly pathologique et souvent dans le déni ou le refus d'aide.

Un accompagnement pluridisciplinaire est nécessaire (médecin, psychologue, kinésithérapeute...) afin de mettre à jour les problématiques et de pouvoir orienter et conseiller les personnes âgées et leur famille.

#### **IV/ Problématiques et constats**

##### **1 Pertinence du dispositif:**

Après 4 années de fonctionnement, le constat de la pertinence du dispositif est évident.

Des situations médico-sociales complexes ou non, n'ont pas leur place à l'hôpital et peuvent être appréhendées avec plus de succès dans un service d'hébergement temporaire où tous les professionnels sont formés et habitués à gérer ces situations.

## **2 Problème du coût pour le résident**

Cependant, cette possibilité d'accueil est réservée aux personnes âgées qui ont les moyens d'assumer le coût de l'hébergement. La chambre d'HTU est facturée 90 euros par jour. Ce point n'a pas été évalué au cours de ce travail mais le coût entraîne un certain nombre de refus et d'annulation de séjour et le recours à des services moins coûteux est alors de mise : orientation vers les services d'urgence et de court séjour (cependant, il faut noter que dans certaines conditions, le conseil départemental du Haut-Rhin accorde une aide pour l'hébergement temporaire, aux personnes âgées titulaires de l'APA, aide calculée en fonction de l'allocation perçue à domicile).

## **3 Taux d'occupation**

L'autre point à prendre en compte est le taux d'occupation beaucoup plus faible de la chambre d'HTU par rapport à l'hébergement temporaire (taux d'occupation supérieur à 90 %)

Ceci reste une problématique budgétaire pour l'EHPAD.

Néanmoins l'unité d'hébergement temporaire bénéficie dans 50% des cas d'une prolongation de l'HTU vers hébergement temporaire quand une chambre est disponible.

Ceci représente une manière de poursuivre le séjour quand les problématiques ne sont pas encore réglées, quand les aidants souhaitent avoir encore un peu de répit avant le retour à domicile ou quand les familles sont en recherche d'un hébergement permanent pour leur parent. Ce « mode de sortie » bénéficie à la structure d'hébergement temporaire et en augmente le taux d'occupation.

## **4 Charge de travail**

L'analyse des problématiques complexes des personnes âgées et/ou des familles en situation de crise ou de rupture, prend du temps.

Les familles sont souvent reçues par le médecin coordonnateur, la responsable d'unité, et les autres intervenants, à plusieurs reprises durant le séjour.

Un entretien entre la famille et l'équipe pluridisciplinaire est nécessaire la plupart du temps. Des entretiens psychologiques, une prise en charge en kinésithérapie sont organisés dans une majorité de cas. L'orientation des familles vers d'autres EHPAD en vue d'une institutionnalisation, les entretiens avec le secteur social, l'augmentation des aides à domicile, nécessite toujours des échanges téléphoniques ou par mail longs et donc une charge de travail supplémentaire non négligeable, comparativement aux séjours d'hébergement temporaire programmés

## **5 Communication**

Sur le secteur proche la place d'HTU est relativement bien identifiée par les collaborateurs gérontologiques. Ce n'est pas le cas lorsque l'on s'éloigne au-delà de Colmar : beaucoup de médecins généralistes ne connaissent pas les modalités d'accueil, ou n'y pensent pas. Le relais se fait alors par les MAIA, les assistantes sociales du Conseil

Départemental, ou l'équipe mobile de gériatrie. Ces liaisons fonctionnent relativement bien actuellement.

Il apparaît tout de même nécessaire de poursuivre et d'amplifier les efforts de communication autour du dispositif d'HTU.

## **V / Conclusion**

Le dispositif d'HTU est pertinent dans la prise en charge des urgences médico- sociales et permet d'appréhender les problématiques de manière pluridisciplinaire et d'éviter un certain nombre d'hospitalisations injustifiées.

Les chiffres de la nouvelle étude portant sur la période du 01.06.17 au 30.05.18 de la place d'HTU à l'EHPAD de Beblenheim sont globalement superposables à ceux des années précédentes, et montrent l'efficacité locale de ce dispositif.

Pour autant, la contrainte financière pour les familles est importante et ne permet pas à tous de bénéficier de cette période de répit.

L'augmentation des durées de séjour sur la période observée a été motivée par :

1. La nécessité de maintenir un taux d'occupation stable
2. La nécessité de prolonger certains séjours par impossibilité de retour à domicile et manque de place en hébergement temporaire

Ceci a conduit à des séjours relativement longs au-delà des critères de départ.

Cependant ces aménagements en terme de durée ont toujours été décidés en équipe dans le souci d'éviter des perturbations et des déplacements inutiles aux personnes âgées fragiles.

Enfin l'expertise apportée par l'équipe pluridisciplinaire habituée à gérer les problématiques, les liens tissés au fil des années avec les partenaires gérontologiques, permettent actuellement une analyse fine des situations, un accompagnement adapté et l'orientation souvent rapide des résidents et de leurs familles. Il serait intéressant de faire la même étude sur les autres places d'HTU et peut être sur une période plus longue, afin d'affiner l'analyse de dispositif.

Annexe 1 :

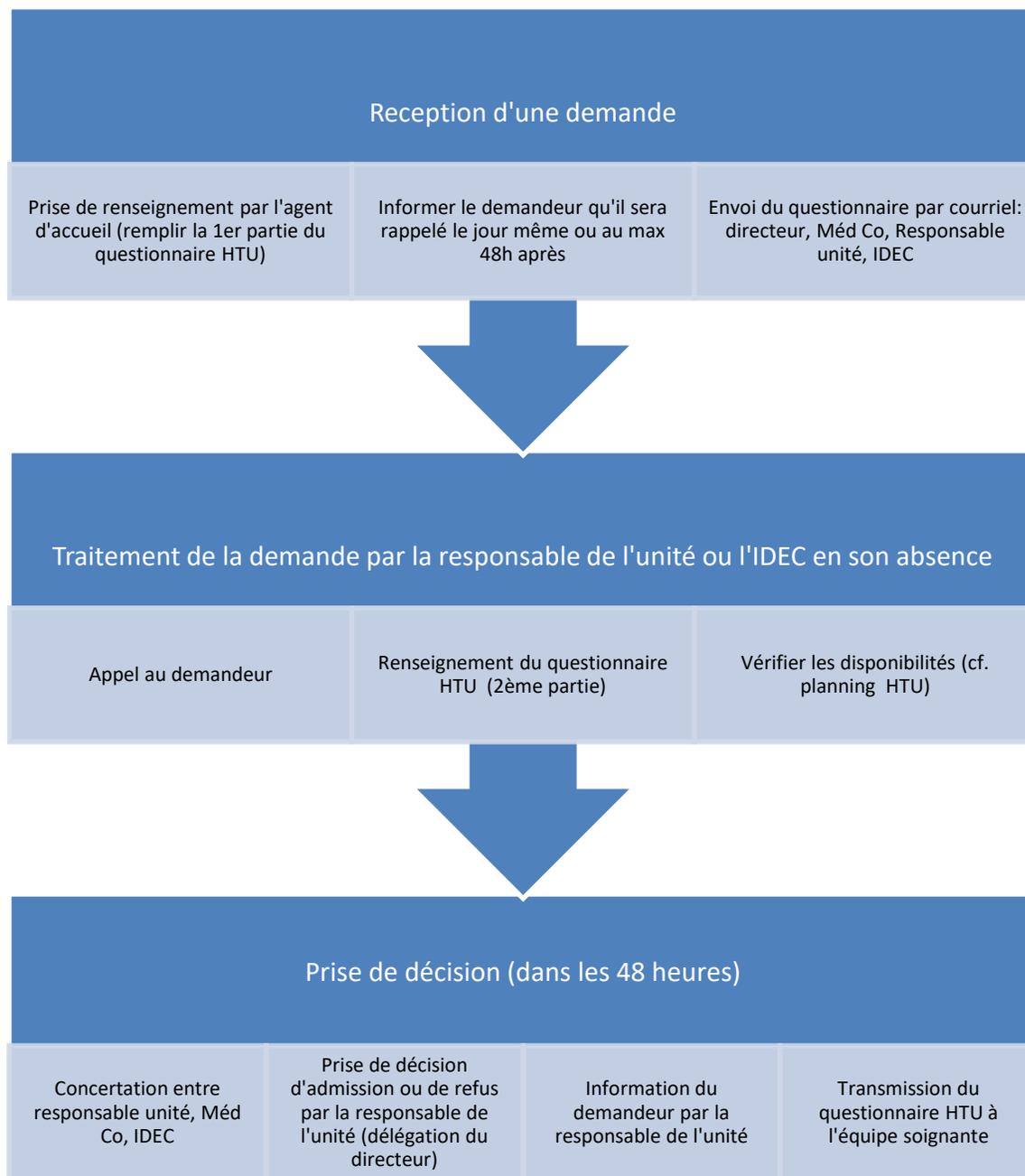
**HTU 2017/2018**

**Du 01/06/2017 au 31/05/2018**

Nom	Dates	Provenance et raison de l'accueil	Accompagnement	Prolongation HT	Sortie	Nbre de jours
FF	du 14.06.17 au 16.07.17	Chute à domicile, tassement vertébral avec douleurs importantes, impotence RAD impossible	Psycho Kiné	Non	RAD	33
LY	du 01.08.17 au 18.08.17	Hospitalisation de l'époux troubles cognitifs	Psycho	Oui	EHPAD	18
GN	du 01.10.17 au 31.10.17	Fracture enrainée de la tête humérale suite à une chute	Psycho Kiné	Non	RAD	31
UH	du 01.11.17 au 12.11.17	Hospitalisation de l'époux troubles cognitifs	Psycho Kiné anti-fugue	Oui	EHPAD	12
RE	du 17.11.17 au 27.11.17	Absence de son aide à domicile non programmée famille absente troubles cognitifs et troubles du comportement	Psycho	Oui	RAD	11
SR	du 08.01.18 au 15.01.18	Maladie d'Alzheimer travaux de réhabilitation de la maison	Anti-fugue	Non	RAD	8
DG	du 17.01.18 au 25.01.18	Hospitalisation de l'épouse		Oui	EHPAD avec l'épouse	15
DJ	du 01.03.18 au 09.03.18	Hospitalisation de l'épouse	Kiné	Non	RAD	9
BP	du 22.03.18 au 14.05.18	Hospitalisation de l'époux venu la rejoindre à l'EHPAD recherche d'EHPAD pour le couple. sortie de M. le 02.05.18 institutionnalisation du couple. troubles cognitifs et anxieux	Psycho anti-fugue	Non	EHPAD	54
VP	du 17.05.18 au 25.05.18	Handicap mental, épilepsie mère aidante principale en cours de chimio	Psycho Kiné	Oui	RAD	9

Annexe 2 :

EHPAD Le Petit Château		FICHE N° _____		Rempli par _____	
		Date : _____			
<b>QUESTIONNAIRE HEBERGEMENT TEMPORAIRE D'URGENCE MEDICO-SOCIALE GERIATRIQUE</b>					
Tère parlée A remplir par l'agent	NOM:		PRENOM:		
	Date de naissance:		Téléphone		
	Lieu d'habitation				
	Vit à domicile:		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON
Médecin traitant habituel		Nom:		Adresse:	
<b>1. ORIGINE DE LA DEMANDE</b>					
Professionnel de santé libéral:		<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> Kiné	<input type="checkbox"/> Autres
Service hospitalier :		<input type="checkbox"/> Urgentiste	<input type="checkbox"/> Gériatre équipe mobile	<input type="checkbox"/> Assistante Sociale	
Autres :		<input type="checkbox"/> Personne elle-même	<input type="checkbox"/> Aidant direct	<input type="checkbox"/> Voisin	
		<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
		<input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas	<input type="checkbox"/> RAG	<input type="checkbox"/> MAIA	
		<input type="checkbox"/> Assistante sociale de secteur	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> EHPAD	
Coordonnées du contact :		Nom:		Téléphone:	
		Adresse:			
<b>2. MOTIFS / CONTEXTE DE LA DEMANDE</b>					
Défaillance passagère		<input type="checkbox"/> De la personne âgée elle-même	<input type="checkbox"/> De l'aidant principal non professionnel	<input type="checkbox"/> De l'intervenant	
Si défaillance de l'aidant principal non professionnel :		<input type="checkbox"/> Pour cause médicale	<input type="checkbox"/> par épuisement		
Autres :		<input type="checkbox"/> Atteinte et/ou inadaptation du cadre de vie (travaux, incendie)	<input type="checkbox"/> Sortie d'hospitalisation récente de la personne âgée (<15j)		
		<input type="checkbox"/> Autre (préciser)			
<b>3. AIDES A DOMICILE</b>					
<input type="checkbox"/> IDE					
<input type="checkbox"/> AS					
<input type="checkbox"/> AVS		<input type="checkbox"/> Organisme		<input type="checkbox"/> Coordonnées	
<input type="checkbox"/> Portage de repas					
<b>4. PATHOLOGIES / SYMPTOMES</b>					
<input type="checkbox"/> Troubles du comportement, préciser:		<input type="checkbox"/> DID	<input type="checkbox"/> Troubles de la marche	<input type="checkbox"/> Néphropathie	
		<input type="checkbox"/> Dénutrition	<input type="checkbox"/> Anxiété, Dépression	<input type="checkbox"/> Pneumopathie	
<input type="checkbox"/> Déambulation		<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Inversion rythme jour / nuit	<input type="checkbox"/> Cardiopathie	
<input type="checkbox"/> Démence		<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Autres (préciser)		
<b>5. DONNEES</b>					
<input type="checkbox"/> Taille		<input type="checkbox"/> Poids	GIR : ..... (si connu)		
<b>6. INCAPACITES / AUTONOMIE</b>					



## BIBLIOGRAPHIE

1. ARS (Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine) - La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement concernant le secteur médico-social. Commission spécialisée médico-sociale Alsace du 28 avril 2016
2. ARS (Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine) - Présentation de l'expérimentation hébergement temporaire d'urgence du 28 avril 2016
3. ARS Alsace - Projet régional de santé 2012-2016 (en ligne : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2012-2016>)
4. ARS Grand-Est - Projet régional de santé 2018-2028 - Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) 2018-2023 (en ligne : <https://grand-est.ars.sante.fr>)
5. B. Boisguérin et L. Mauro (DREES) - Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier- 24 mars 2017- Etudes et résultats -n°1007- DREES-mars (en ligne)
6. M. Bourzeau - L'hébergement temporaire: un relais pour les aidants naturels. Soins Gérontologie. 2012 (en ligne <https://www.em-premium.com/article/767873>)
7. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) Direction de la cohésion sociale (DGCS) Accueils de jour- Hébergements temporaire 2012 en ligne : <https://www.cnsa.fr>
8. DNA articles du 12 juin 2016 Avant que ne s'usent les urgences (D. Rose) / Eviter l'hospitalisation des personnes âgées (L. Rey)
9. Hébergement temporaire d'urgence à l'Ehpad Le petit Château de Beblenheim - rapport d'activité 2015 (L. Winisdoerfer - L. Romain - F. Meyer)
10. Soutien des aidants non professionnels des personnes âgées dépendantes – recommandations - (en ligne 05/01/2015 : <https://www.has-sante.fr>)
11. INSEE Alsace Vieillesse et dépendance : évolutions d'ici 2020. Chiffres pour l'Alsace

(en ligne <https://.insee.fr/fr/statistiques/1293915>)