HAL
open science

La rupture de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Etude réalisée auprès de 131 patients adressés au service d'accueil des urgences du CHR de Metz Thionville

Elodie André

To cite this version:

Elodie André. La rupture de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Etude réalisée auprès de 131 patients adressés au service d'accueil des urgences du CHR de Metz Thionville. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01732018

HAL Id: hal-01732018

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732018

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2014

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Elodie ANDRE

le 21 Mai 2014

LA RUPTURE DE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

ÉTUDE RÉALISÉE AUPRÈS DE 131 PATIENTS ADRESSÉS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CHR METZ THIONVILLE

Examinateurs de la thèse :

Mr A. BENETOS	Professeur	Président
Mr S.BRIANÇON	Professeur	Juge
Mme C.PERRET-GUILLAUME	Professeur	Juge
Mr N. BLETTNER	Docteur	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2014

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Elodie ANDRE

le 21 Mai 2014

LA RUPTURE DE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

ÉTUDE RÉALISÉE AUPRÈS DE 131 PATIENTS ADRESSÉS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CHR METZ THIONVILLE

Examinateurs de la thèse :

Mr A. BENETOS	Professeur	Président
Mr S.BRIANÇON	Professeur	Juge
Mme C.PERRET-GUILLAUME	Professeur	Juge
Mr N. BLETTNER	Docteur	Juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances »	:	**Professeur Marc BRAUN**
Vice-Doyen « Formation permanente »	:	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
Vice-Doyen « Vie étudiante »	:	**M. Pierre-Olivier BRICE**

Assesseurs :

- 1er Cycle et délégué FMN Paces :	**Docteur Mathias POUSSEL**
- 2ème Cycle :	**Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER**
- 3ème Cycle : • « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
• « *DES Spécialité Médecine Générale* »	**Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO**
• « Gestion DU – DIU »	**Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE**
- Plan campus :	**Professeur Bruno LEHEUP**
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	**Professeur Laurent BRESLER**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Relations Internationales :	**Professeur Jacques HUBERT**
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	**Docteur Christophe NEMOS**
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	**Docteur Stéphane ZUILY**
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	**Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT**
- Réingénierie professions paramédicales :	**Mme la Professeure Annick BARBAUD**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Michel WAYOFF

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD
2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
3ème sous-section : *(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)*
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Docteure Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À Notre Maître et Président de Jury

Monsieur le Professeur BENETOS,

Professeur de médecine interne,

qui nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Veuillez recevoir le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur BRIANÇON,

Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention,

qui nous faites l'honneur de siéger dans notre jury.

Soyez assuré de notre reconnaissance.

À notre Maître et Juge

Madame la Professeure PERRET-GUILLAUME,

Professeure de médecine interne,

qui nous faites l'honneur d'avoir accepté de siéger dans notre jury.

Veuillez trouver ici l'expression de nos sentiments les plus sincères.

À notre Juge et Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Noël BLETTNER,

Gériatre,

Pour avoir cru en ce travail.

Soyez remercié pour la confiance que vous m'avez accordée.

A mes parents,

Pour tous les sacrifices que vous avez été contraints de faire.
Pour m'avoir soutenue durant toutes ces années.

A Papa,

Pour ton courage, pour me rappeler tous les jours que la vie est belle, pour m'avoir relevée si souvent.
Je te dédie ce travail.

A Maman,

Pour ton soutien constant, pour être une si formidable maman et mamie.
Avec tout mon Amour.

A Zoé,

Ma plus belle réussite, mon rayon de soleil.
Avec toute ma tendresse.

A Ophélie, ma sœur adorée,

Je te dois bien des encouragements et des conseils tout au long de mes études. Ta présence quotidienne a été mon plus grand réconfort.
Un grand merci.

A Manu,

Merci pour tout.
Se rencontrer fût une chance, et avancer ensemble est une joie de chaque instant. Je te promets que le meilleur reste à venir.
Tendrement.

A mes grands parents, Jeanine et Henry, Yvonne et Roland,
A mon arrière grand mère Anna,

Merci de m'avoir appris de belles valeurs, merci pour votre amour et votre soutien.

A Laurence et Guy, ma marraine et mon parrain de cœur.

Merci pour votre bienveillance. Votre présence dans les moments difficiles est inestimable.

A mes cousines Chloé et Léa, merci pour tous nos moments ensemble.

A mes beaux parents, **Marie Jo et Sylvain**, pour leur soutien « logistique » ces derniers mois.

A Isabelle, mon modèle. Merci pour tout ce que tu m'as appris, pour ce que tu m'apprends et pour tout ce que tu m'apprendras encore. J'espère que tu seras fière de ton mini toi.

A Céline, ma plus fidèle amie.
A tous ces bons moments que nous allons encore écrire.
A la vie, à la mort !

Aux amis de toujours, **Honorine, Jennifer et Pierre, Anne et Guillaume, Elodie et Calo, Amandine et Firas, Marie Laure, Emeline et Lise.**
Merci d'avoir accepter mes silences.
Merci pour votre réconfort.

A Audrey, pour ton soutien inconditionnel et quotidien. Avec toute mon amitié.

A Raphaëlle et Josselin, pour voir rendu ces six derniers mois plus légers.

A Claire, tu me manques si souvent…

Aux équipes médicales et paramédicales de médecine gériatrique de Mercy et de Félix Maréchal pour leur accueil chaleureux, leur disponibilité et leurs encouragements. Avec mes sincères remerciements.

A ceux que j'ai oublié mais qui n'en sont pas moins importants…

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 8

LISTE DES ABREVIATIONS 19

TABLE DES ILLUSTRATIONS 20

INTRODUCTION 21

PREMIERE PARTIE : GENERALITES ET DEFINITIONS 22

I. Personne âgée dépendante 22

A. Définition de la personne âgée
B. Définition de la dépendance
C. Définition du vieillissement
1. Dimension démographique
2. Dimension médicale
3. Dimension sociale
4. Dimension économique

II. Quelques chiffres 24

A. Vieillissement de la population
B. Dépendance en France
C. Dépendance en Lorraine

III. Sociologie de la personne âgée 25

A. Lieu de vie
B. Isolement
C. Relation intergénérationnelle
D. Evaluation socio environnementale

IV. Dépendance et conséquences 26

A. Sur la personne âgée
B. Sur l'entourage

V. Le maintien à domicile 27

A. Définition
B. Historique du maintien à domicile
1. Historique
2. Aides financières
C. Objectifs du maintien à domicile
D. Politique du maintien à domicile
E. Devenir du maintien à domicile

DEUXIEME PARTIE : ETUDE PERSONNES AGEES DEPENDANTES 30

I. Matériel et méthode 30

A. Intérêt du sujet
1. Motivation et choix du sujet
2. Objectifs
B. Etape n°1
1. Type d'étude

2. Population étudiée
3. Taille de l'échantillon
4. Principales variables étudiées
5. Conclusion de l'étape n°1

C. Etape n°2

1. Type d'étude
2. Population étudiée
3. Taille de l'échantillon
4. Principales variables étudiées

II. Résultats **33**

A. Population cible
B. Sex ratio
C. Age
D. Motif d'hospitalisation formulé
E. Horaire d'arrivée
F. Appel à l'équipe mobile gériatrique
G. Conditions sociales pré existantes
H. Communication ville hôpital
I. Critères de dépendance
J. Hospitalisations itératives
K. Prévisibilité
L. Devenir à J 15

III. Discussion **38**

A. Biais et limites de l'étude
B. Facteurs précipitant la rupture de maintien à domicile mis en évidence

1. Sur le plan médical
2. Sur le plan social
3. Sur le plan neuropsychiatrique
4. Autres

C. Commentaires

1. Mise en évidence d'une sous demande spécialisée gériatrique au SAU du CHR Metz Thionville
2. Motif d'hospitalisation
3. Multiplicité des intervenants à domicile
4. Suivi gériatrique spécialisé
5. Manque de lits de SSR et d'EHPAD

IV. Conclusion de l'étude **43**

TROISIEME PARTIE : FAVORISER LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES **45**

I. Les acteurs du maintien à domicile **45**

A. Les aidants naturels
B. Les aidants professionnels

1. Secteur sanitaire
2. Secteur social

II. Propositions d'optimisation **50**

A. Valoriser l'équipe mobile gériatrique
B. Valoriser l'évaluation pré hospitalière

C. Coordonner les soins et les aides
D. Suivi gériatrique spécialisé et expertise au plus près du patient âgé
E. Communication ville-hôpital et l'accès à l'information
F. Favoriser la prévention
III. Rôle essentiel de l'aidant principal 53
A. Législation française et aidant principal
B. A l'étranger
C. L'aide aux aidants
D. La formation des aidants
E. Besoin d'information
F. Valorisation de l'aidant
G. Suivi médical des aidants naturels
IV. Alternatives et initiatives innovantes au maintien à domicile 56
A. L'hébergement temporaire
B. L'accueil de jour
C. Les séjours de vacances
D. L'accueil de nuit
E. Les familles d'accueil temporaire
F. Les MARPA
G. La garde itinérante de nuit
H. Le baluchonnage
I. Le Plan Garance
J. Les ESAD
K. Les géronto-technologies
V. Perspectives d'avenir 58
A. Le Rapport Aquino
B. Le rapport Broussy
C. Le rapport Pinville
VI. Les limites du maintien à domicile 60

CONCLUSION 61

BIBLIOGRAPHIE 62

ANNEXES 64

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
CASA : Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie
CCAS : Caisse Centrale d'Activités Sociales
CHR : Centre Hospitalier Régional
CIAAF : Collectif Inter-associatif d'Aide aux Aidants Familiaux
CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10 ème version
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRAM : Caisse régionale d'Assurance Maladie
DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG : Equipe Mobile Gériatrique
ESAD : Equipe Spécialisé Alzheimer à Domicile
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
GIR : Groupes Iso-Ressource
HAD : Hospitalisation A Domicile
HID : Handicap-Incapacités-Dépendance
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
INED : Institut National d'Études Démographiques
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MARPA : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
MDA : Maison Départementale de l'Autonomie
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PACS : Pacte Civil de Solidarité
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
RMAD : Rupture de Maintien A Domicile
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
VAE : Validation Acquis de l'Expérience

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Répartition selon l'âge

Figure 2 : Horaire d'arrivée

Figure 3 : Conditions sociales préexistantes

Figure 4 : Devenir à J 15

Figure 5 : Facteurs médicaux précipitant la rupture de maintien à domicile

Figure 6 : Facteurs sociaux précipitant la rupture de maintien à domicile

Figure 7 : Facteurs neuro psychiatriques précipitant la rupture de maintien à domicile

Figure 8 : Autres facteurs précipitant la rupture de maintien à domicile

Figure 9 : Cartographie des CLIC en Lorraine

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population française est un constat actuel préoccupant pour le système de santé. Ainsi notre société traverse une crise car confrontée à l'augmentation de la charge en soins et à une démographie médicale et soignante qui décroit. La prise en charge des personnes âgées en particulier en situation de dépendance représente un enjeu économique et social majeur pour le XXI ème siècle.
Les problèmes liés à l'institutionnalisation (nombre limité en place, coût économique, perte des repères habituels, refus de la personne…) conduisent à privilégier le maintien à domicile tant qu'il est possible. Celui-ci est conditionné par l'environnement, l'aidant principal y tenant un rôle primordial.

Il nous a donc paru intéressant d'étudier les facteurs précipitant la rupture de maintien à domicile.

Nous avons choisi dans un premier temps de revoir succinctement les notions de vieillissement, de dépendance et de maintien à domicile. Mais aussi de réaliser une synthèse des actions entreprises par nos gouvernements ces dernières années.

Dans une seconde partie, nous avons choisi de réaliser un état des lieux des difficultés rencontrées dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Cette étude a été réalisée au sein du service de médecine gériatrique et du service d'accueil des urgences du CHR Metz Thionville chez des patients dépendants (GIR 1 et 2). Cela nous a permis de mettre en avant des éléments précipitant la rupture de maintien à domicile et de discuter des pistes de prévention de ces difficultés de maintien à domicile.

Nous verrons enfin comment favoriser le maintien à domicile, quelles sont les alternatives et les initiatives innovantes au maintien à domicile permettant de soulager les aidants. Nous ferons également un point sur les perspectives d'avenir en s'appuyant sur les rapports Aquino, Broussy et Pinville dans l'optique d'une loi sur l'autonomie très attendue par les associations, les aidants et la filière gériatrique.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES ET DEFINITIONS

I. Personne âgée dépendante

A. Définition de la personne âgée

L'OMS considère qu'une personne devient âgée à partir de 65 ans. Elle distingue les jeunes vieillards (de 65 à 74 ans), les vieillards (de 75 à 90 ans) et les grands vieillards (de plus de 90 ans).
Or, contrairement au vieillissement qui est un phénomène biologique, la vieillesse est une construction sociale.
Ainsi la personne âgée peut se définir selon plusieurs référentiels.

Sur le plan social, elle correspond à l'âge de cessation de l'activité professionnelle, c'est à dire 55-60 ans. (1)

En France, les instruments démographiques et statistiques définissent comme personnes âgées les personnes de 75 ans et plus. (2)

Selon C DELBES, chercheur à la Fondation Nationale de Gérontologie, la vieillesse est associée à l'âge ou apparaissent des limitations de l'autonomie. (3) Sur la courbe du handicap de la population française (enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance réalisée par l'INSEE en 1998-1999), la dépendance n'augmente fortement qu'à partir de 75-80 ans. C'est pourquoi la notion de vieillesse après 75 ans est précisément la notion des gériatres.

B. Définition de la dépendance

La dépendance est définie comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les actes de la vie quotidienne, qu'elle soit physique, psychique ou sociale, et de s'adapter à son environnement. Ce qui entraine la nécessité de recourir à un tiers pour pouvoir réaliser ces actes. (4)

Il existe plusieurs formes de dépendance :

- la dépendance physique
- la dépendance cognitive ou psychique
- la dépendance affective
- la dépendance économique

La dépendance est évaluée par la grille AGGIR. Elle est utilisée pour l'attribution de l'APA et la tarification des établissements pour personnes âgées. Elle permet une classification en six Groupes Iso-Ressources (GIR), homogènes en terme de ressources mobilisées (annexe 1). Au titre du Conseil Général, une personne âgée est considérée comme dépendante à partir du GIR 4.
Les GIR 1 et 2 regroupant les personnes les plus dépendantes.

C. Définition du vieillissement

Il n'existe pas de définition unanime du vieillissement et il doit être considéré dans plusieurs dimensions.

1. Dimension démographique

L'INED définit le vieillissement comme l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population d'un pays ou d'une région. Il peut être la conséquence d'une augmentation du nombre de personne âgée (vieillissement dit par le sommet de la pyramide des âges) et/ou d'un déficit de jeunes (vieillissement dit par la base). (5)

2. Dimension médicale

Il faut distinguer le vieillissement naturel ou sénescence découlant de l'usure physiologique de l'organisme, du vieillissement pathologique. En effet, un sujet peut être « vieux » avant d'être âgé ou être âgé sans avoir beaucoup vieilli. De nos jours, les individus sont en général moins vieux à 80 ans qu'ils ne l'étaient au même âge il y a quelques décennies. (5)

3. Dimension sociale

Actuellement la vieillesse ne commence plus dès la mise à la retraite que l'on tend à considérer comme une période de renouveau tout au moins au début.
Elle est assimilée dans la société à l'apparition d'une dépendance. (3)

4. Dimension économique

Sur le plan de la collectivité, l'impact du vieillissement sur les dépenses de la nation est une question centrale et fait l'objet de multiples débats sur les retraites, les pensions de réversion ou la progression des dépenses de santé. Bien que le seuil de 60 ans ne corresponde plus à un seuil pertinent pour appréhender les phénomènes de vieillissement, il s'agit en France de l'âge à partir duquel les prestations destinées aux personnes âgées peuvent être allouées. (3)

Sur le plan individuel, la vieillesse s'accompagne forcément d'une baisse des revenus (retraite, veuvage concernant surtout la population féminine).

II. Quelques chiffres

A. Vieillissement de la population

Au 1er janvier 2013, la France compte 17,5% d'habitants âgés d'au moins 65 ans ; c'est 1,4 % de plus qu'en 2003. Près d'un habitant sur dix a au moins 75ans.

L'espérance de la vie à la naissance continue de progresser : elle est de 84,8 ans pour les femmes et 78,2 ans pour les hommes. Si bien qu'à partir de 2020, la classe des plus de 75 ans devrait présenter près de 10%, et la classe des plus de 85 ans un peu plus de 3%. (6)

En 2008, la France métropolitaine comptait un peu plus de 20 000 centenaires.

B. Dépendance en France

A partir des données recueillies par l'enquête HID (Handicaps-Incapacités-Dépendance) (6), des « équivalents GIR » ont été construits. Cette méthode aboutit aux estimations suivantes :

- 530 000 personnes dans les GIR 1 à 3, soit environ 4,4% de la population de plus de 60 ans, dont 292 000 à domicile
- 260 000 personnes dans le GIR 4, soit 2,2% des plus de 60 ans dont 232 000 à domicile
- 390 000 personnes dans le GIR 5, dont 346 000 à domicile.

Au 30 septembre 2005, 56% des 911 000 bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile (7).

En 2009, on comptait 1,13 millions de personnes dépendantes, 60% vivant à leur domicile.

A l'horizon 2040, on estimerait une augmentation de 50% des effectifs en France, soit 500 000 personnes dépendantes supplémentaires (8), et à 1,6 million le nombre de bénéficiaires de l'APA.

C. Dépendance en Lorraine

Nous disposons actuellement en Lorraine de 20 000 places d'hébergement pour personnes âgées, dont 18 000 pour personnes âgées dépendantes. Ce qui correspond au taux d'équipement moyen français (100 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans et plus).

III. Sociologie de la personne âgée

A. Lieu de vie

La majorité des personnes âgées vivent à leur domicile. Le maintien à domicile se généralise jusqu'à 85 ans, même au sein de la population la plus dépendante, car cette solution répond à la fois aux vœux des personnes âgées et à des choix économiques. En effet, le secteur de l'aide à domicile est porteur d'emploi et le financement des dispositifs d'aide à domicile coûte moins cher à la collectivité que le développement de structures d'hébergement. (3)

Sur le territoire français, les plus de 65 ans vivent surtout dans les centres villes. Les personnes âgées vivant dans les zones rurales posent problème dès qu'il y a absence d'entourage et/ ou survenue de dépendance.

B. Isolement

Selon le Professeur Maurice TUBIANA, l'isolement est le plus grand fléau de la vieillesse. Environ 15% des personnes âgées ne reçoivent jamais de visite, d'appels téléphoniques, n'ont ni amis ni parents s'intéressant à eux et sont littéralement coupées du monde. (9)
Cet isolement commence à la retraite avec la perte des liens sociaux, il est à son paroxysme lorsque survient le veuvage.
Ceci a une influence considérable sur le maintien à domicile et majore le risque d'institutionnalisation.

C. Relation intergénérationnelle

L'importance de la famille est considérable : c'est le cadre naturel des relations inter générations, de la solidarité sociale et de l'échange de services.
La famille comporte souvent quatre générations dont les membres ne résident plus sous le même toit comme autrefois. Mais malgré la séparation du lieu de vie, les relations entre les différentes générations restent très fortes.

D. Evaluation socio environnementale

Selon une enquête de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) intitulée « Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions de français entre 2000 et 2005 », le maintien à domicile des proches reste la solution préférée par 8 français sur 10, mais de moins en moins à travers la cohabitation directe. (10)

Toujours selon cette enquête, la demande d'institutionnalisation par la personne âgée elle-même n'est envisagée que par 4 français sur 10.

Par contre, de plus en plus de français attendent des Pouvoirs Publics (Etat et collectivités locales) de jouer un rôle majeur en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes, et ce, devant la famille qui arrive en deuxième position.

IV. Dépendance et conséquences

A. Sur la personne âgée

- **Intervention de tiers**

Lorsque le maintien à domicile est possible, la dépendance impose la présence de personnes à domicile. Lorsque les enfants interviennent, le rapprochement entre parents et enfants est bien accueilli par la personne âgée. Lorsque l'aide provient de personnes étrangères à la famille, telles des aides ménagères, il faut vaincre la réticence de la personne qui considère cette intervention extérieure comme une gêne, voire un danger.

- **Risque d'abandon du domicile**

La dépendance peut déraciner la personne âgée de son domicile au profit de structures institutionnelles. Ce changement de lieu de vie doit être préparé avec la personne âgée, en structurant progressivement un projet de vie intégrant à la fois l'acceptation de la perte du domicile et la préparation au nouveau logement.

- **Réactions psychologiques**

La personne devenue dépendante de son entourage réactive des modes anciens de relations, voire infantiles. Les adaptations psychiques à la dépendance puisent dans des registres archaïques, plus ou moins expressifs selon les traits de personnalité. Ainsi, le besoin d'aide est vécu comme pénible ou au contraire l'occasion de bénéfices secondaires.
Lorsque la dépendance est forte, intéressant les gestes de la vie quotidienne, parfois intimes, la relation avec les aidants peut osciller entre la révolte et la servilité.

- **Risque de maltraitance**

Ces modes de réaction doivent être appréciés afin d'éviter tout comportement de projection ou de rejet que peuvent ressentir certains aidants ou soignants. La clairvoyance sur ces mécanismes est une des démarches préventives de la maltraitance.

B. Sur l'entourage

- **Modification du regard de l'entourage**

La dépendance modifie le regard de l'entourage de la personne âgée. Les enfants peuvent alors occuper une place de type parental vis-à-vis de leurs propres parents. Cette inversion des rapports peut être à l'origine de conflits, de refus, d'inacceptation et donc source de culpabilisation.

- **Soumission ou désinvestissement**

Le surinvestissement des aidants est issu d'une culpabilité non fondée, d'un souci de bien faire ou d'une attitude émotionnelle. Il peut résulter également d'une réponse à une demande excessive de la personne dépendante. Entre le désinvestissement et la soumission la place de l'aidant est d'autant plus difficile à trouver.

V. Le maintien à domicile

A. Définition

Étymologiquement, le mot « maintien » vient du latin *manutenere* qui signifie « tenir avec la main ». (11) En ancien français, il signifiait « soutenir, protéger, défendre, avoir sous sa garde ».

90% des personnes âgées de plus de 65 ans expriment la volonté de rester à domicile le plus longtemps possible. (12)

Le maintien à domicile recouvre donc tout ce qui est de l'assistance permettant à une personne âgée de continuer à vivre chez elle et ce malgré l'apparition d'une dépendance.
Cette aide ou « soutien à domicile » peut concerner des champs aussi variés que les dimensions bio-psycho-sociale, économique, juridique, médicale et environnementale de la personne.

B. Historique du maintien à domicile

1. Historique

A partir des années 60, le vieillissement de la population interpelle les Pouvoirs Publics. Se développe alors une rupture de la politique avec l'institutionnalisation des personnes âgées, dont le rapport Laroque en 1962, est emblématique. Il rappelle le principe de citoyenneté des personnes âgées, et leur intégration dans la vie sociale. (13)

Il est aussi la conséquence de la canicule d'août 2003, qui a permis une véritable prise de conscience de la fragilité des personnes âgées à domicile par les Pouvoirs Publics.

Il trouve également sa source dans un contexte économique difficile, avec une volonté de diminuer les coûts liés à l'hospitalisation et de lutter contre le chômage. C'est ainsi que le secteur des « Services à la personne » a connu une véritable explosion en terme d'emplois et d'activités cette dernière dizaine d'année.

2. Aides financières

Mise en place en 1997, la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) constituait l'aide financière initiale du maintien à domicile. Jugée insuffisante, elle est remplacée par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), selon la loi du 21 Juillet 2001 (annexe 2).

C. Objectifs du maintien à domicile

A l'échelon de l'individu, il s'agit de :

- permettre à la personne âgée de conserver ses repères habituels et de rester insérée dans son environnement familial et social, malgré la dépendance,
- retarder l'apparition ou l'aggravation d'une dépendance (prévention secondaire ou tertiaire),
- éviter ou retarder l'hospitalisation et/ou l'institutionnalisation,
- améliorer la qualité de vie,
- rompre l'isolement,
- seconder ou soulager l'entourage d'une personne âgée dépendante.

D. Politique du maintien à domicile

Le drame de la canicule en 2003 amène à revoir l'ensemble de la politique française d'accompagnement du vieillissement, en particulier à domicile. Le gouvernement estime qu'on ne peut pas s'en tenir au financement représenté par l'APA. Ainsi est créée la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) en 2004. Elle réalise le financement global des aides aux personnes dépendantes, et assure une mission d'expertise.

En 2004, le plan « Vieillissement et Solidarité » pérennise le dispositif de l'APA, par la stabilisation de la contribution de l'Etat aux départements. Il soutient le maintien à domicile par l'augmentation du nombre de places en SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile), d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

En 2006, le plan « Solidarité Grand Age » présente comme objectifs le développement des services d'aide à domicile et le soutien des aidants familiaux.

Le plan Alzheimer (2008-2012) a pour but de développer les structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire), et de consolider les droits des aidants et leur formation, mais également de permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile (objectif 3). (14)

Les MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer) voient le jour en 2011. Elles font intervenir des professionnels, travailleurs sociaux ou professionnels paramédicaux, qui sont les équivalents des *« case managers »* anglo-saxons, ou coordonnateurs de santé en gériatrie. Ils interviennent dans des situations complexes, afin de coordonner le travail de différents intervenants. Les MAIA ont pour vocation de répondre aux attentes de simplification des malades et des familles et de donner la priorité à la proximité.

Le 12 Février 2014, le gouvernement a dévoilé son projet de loi sur l'autonomie des personnes âgées, centré sur une amélioration des aides financières permettant de rester le plus longtemps possible à domicile, mais également d'anticiper de nouvelles solutions pour le logement des personnes âgées.
Le texte devrait être présenté le 9 Avril en Conseil des Ministres, pour une entrée fixée en 2015.
Les mesures annoncées seront financées par une taxe de 0,3% instaurée en 2013 sur les pensions des retraités imposables (La CASA : Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie). La majorité de cette enveloppe va servir à revaloriser l'APA. 140 millions d'euros par an seront attribués pour l'aide à l'aménagement des logements. Et une partie sera destinée aux « aides de répit » pour les aidants. (15)

E. Devenir du maintien à domicile

En 2011, les nouvelles places d'EHPAD ont continué à être privilégiées par les acteurs locaux par rapport aux places de services comme les SSIAD et les dispositifs d'accueil temporaire.

Le bilan des Plans politiques de 2012 posait la question politique du maintien à domicile. La nouvelle loi sur l'autonomie des personnes âgées est donc très attendue.
Pour l'association France Alzheimer, il s'agit d'une « avancée notoire ».

La prise en charge des personnes âgées dépendantes au domicile est donc un enjeu socio-économique majeur pour notre société.

DEUXIEME PARTIE : ETUDE PERSONNES AGEES DEPENDANTES

I. Matériel et méthode

A. Intérêt du sujet

1. Motivation et choix du sujet

La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile représente un combat quotidien en Europe. Il est une préoccupation pour les personnes elles mêmes, mais aussi pour les familles et les sociétés.
L'accroissement de la population âgée est à l'origine d'une augmentation de la dépendance. Ce qui engendre actuellement une réflexion sur la prise en charge future dans nos sociétés de cette tranche de la population.
Ce cinquième risque, définit en France par la grille AGGIR, est à l'origine d'une fragilisation de la personne âgée. L'aide sous toutes ses formes, humaine, matérielle, médicale, sociale est devenue indispensable. En l'absence d'aide, la personne âgée est fragile.

Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes n'est possible que lorsque l'environnement est favorable. A savoir géographique, matériel, architectural et/ou humain,… Ce facteur humain est primordial. Il s'agit de l'entourage (familial et/ou professionnel) qui est en mesure d'assurer l'aide, le soutien y compris dans les phases de « déséquilibre » ou de crise.
Ces aidants sont cependant quelques fois dépassés par la lourdeur de la prise en charge. La moindre sollicitation supplémentaire peut conduire à une rupture de maintien à domicile.

Les services d'accueil d'urgences (SAU) représentent une des fonctions des centres hospitaliers, publics ou privés. Ils assurent l'accueil de malades et de blessés se présentant spontanément ou amenés par des ambulances ou véhicules de prompt-secours. Le rôle d'une structure d'urgences est d'accueillir sans sélection vingt quatre heures sur vingt quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgences vitales.
Bon nombre de personnes âgées dépendantes arrivent « en catastrophe » au SAU pour divers motifs qui s'avèrent être un « nœud » dans le fragile dispositif de maintien à domicile. Evolution d'état de santé, modification de l'entourage ou de l'organisation de l'aide : des petits changements peuvent aboutir à une véritable rupture du dispositif.

Quels sont les facteurs précipitant cette rupture de maintien à domicile ?
Dans quelle mesure peut-on prévenir cette rupture de maintien à domicile ?

2. Objectifs

A travers cette étude, nous souhaitons mettre en évidence les éléments de rupture de maintien à domicile. Identifier les facteurs qui conduisent à quitter le domicile est essentiel pour développer des actions ciblées sur leur prévention, comme pour assurer le soutien des aidants et des malades à domicile.

Mais également proposer des pistes de prévention et de soutien avec les moyens actuels existants, afin d'éviter d'engorger les SAU de personnes âgées dépendantes adressées « en catastrophe » dans le cadre d'une rupture de maintien à domicile et d'offrir la meilleure qualité de vie aux personnes âgées dépendantes et à leurs aidants.

B. Etape n°1

La première étape de notre étude nous a permis de tester le questionnaire établi (annexe 3) et d'évaluer la faisabilité et la pertinence de notre étude.

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective et anonymisée. Les données ont été recueillies de mai à novembre 2010 en hospitalisation par un interne ou un médecin du service de médecine gériatrique du CHR Metz Thionville.
La collecte des données s'est basée sur le dossier médical du SAU puis a été complétée par une enquête réalisée auprès des aidants ou de l'environnement du patient.

2. Population étudiée

Critères d'inclusion : cette étude propose une analyse :

- des personnes âgées de plus de 75 ans
- dépendantes (GIR 1 et 2)
- admises au SAU et hospitalisées en service de médecine gériatrique aigue
- ne justifiant pas de soins médicaux ou chirurgicaux urgents immédiats, c'est à dire sans urgence vitale
- vivant à leur domicile

Critères d'exclusion : sont exclus

- les personnes âgées de moins de 75 ans
- les patients présentant une pathologie aigue justifiant d'une prise en charge en secteur de soins intensifs ou une prise en charge chirurgicale immédiate
- les patients vivant en EHPAD

3. Taille de l'échantillon

Sur la période de 6 mois de cette étape n°1 de l'étude, nous avons collecté 30 dossiers.

4. Principales variables étudiées

A partir du dossier du SAU, nous avons choisi d'étudier :

- le sex ratio
- l'âge
- le motif d'hospitalisation
- l'horaire d'arrivée
- l'appel à l'équipe mobile gériatrique

A partir de l'entretien avec les aidants ou l'environnement du patient et l'étude du dossier médical, nous avons choisi d'étudier :

- les conditions pré existantes au domicile (aides mises en place, patient vivant seul/en famille/en couple)
- la communication ville – hôpital (courrier médical de transfert au SAU, traitement joint)
- les critères de dépendance (GIR)
- la notion d'hospitalisations itératives récentes
- la prévisibilité de la RMAD (rupture de maintien à domicile)
- le devenir à quinze jours de la sortie du service

5. Conclusion de l'étape n°1

Nous nous sommes aperçus que les dossiers inclus dans cette étude bénéficiaient tous d'une codification de la dépendance au sein de la tarification à l'activité (T2A) selon la CIM 10.
Ainsi trois codes sont systématiquement retrouvés dans tout dossier de patient dépendant.
Ces codes sont les suivants :

- Z 74.1 : besoin d'assistance et de soins d'hygiène
- Z 74.2 : besoin d'assistance à domicile, aucun membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins
- R 26.30 : état grabataire

C. Etape n°2

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et anonymisée. Les données ont été recueillies de janvier 2011 à avril 2012.
La collecte des données est basée sur l'étude des dossiers de patients hospitalisés en médecine gériatrique.

2. Population étudiée

Critères d'inclusion : cette étude propose une analyse :

- des personnes âgées de plus de 75 ans
- dépendantes (GIR 1 et 2)
- admises au SAU et hospitalisées en médecine gériatrique aigue
- ne justifiant pas de soins médicaux ou chirurgicaux urgents immédiats, c'est à dire sans urgence vitale

- vivant à leur domicile
- dont le diagnostic principal et/ou associé comporte au moins : Z74.1, Z74.2, R26.30

Critères d'exclusion : sont exclus

- les personnes âgées de moins de 75 ans
- les patients présentant une pathologie aigue justifiant d'une prise en charge en secteur de soins intensifs ou une prise en charge chirurgicale immédiate
- les patients vivant en EHPAD

3. Taille de l'échantillon

Sur cette période de l'étude, nous avons collecté 900 dossiers au total répondant aux critères de la CIM 10.
Sur ces 900 dossiers, 101 répondaient aux critères d'inclusion.

4. Principales variables étudiées

Les variables étudiées sont identiques à l'étape n°1 de l'étude.

II. Résultats

A. Population cible

Durant les périodes d'investigations, la population hospitalisée dans l'unité de médecine gériatrique au CHR Metz Thionville est de 1022 patients de plus de 75 ans. 83% (soit 851) le sont en provenance du SAU, soit via une hospitalisation immédiate après évaluation et examens complémentaires au SAU, soit via un hébergement transitoire en UHCD faute de lit en secteur gériatrique. L'application des critères d'inclusion réduit le nombre de dossiers patients à 131 (étape n°1 et n°2). Ceci correspond à 13% de la population âgée accueillie au SAU et hospitalisée dans cette unité.

B. Sex ratio

Sur les 131 dossiers étudiés, 55 dossiers concernent des hommes soit 42% et 76 dossiers concernent des femmes soit 58% de la population étudiée.

C. Age

L'âge moyen de la population étudiée est de 84,8 ans.
L'âge moyen des femmes est de 85,9 ans, celui des hommes est de 83,3 ans.

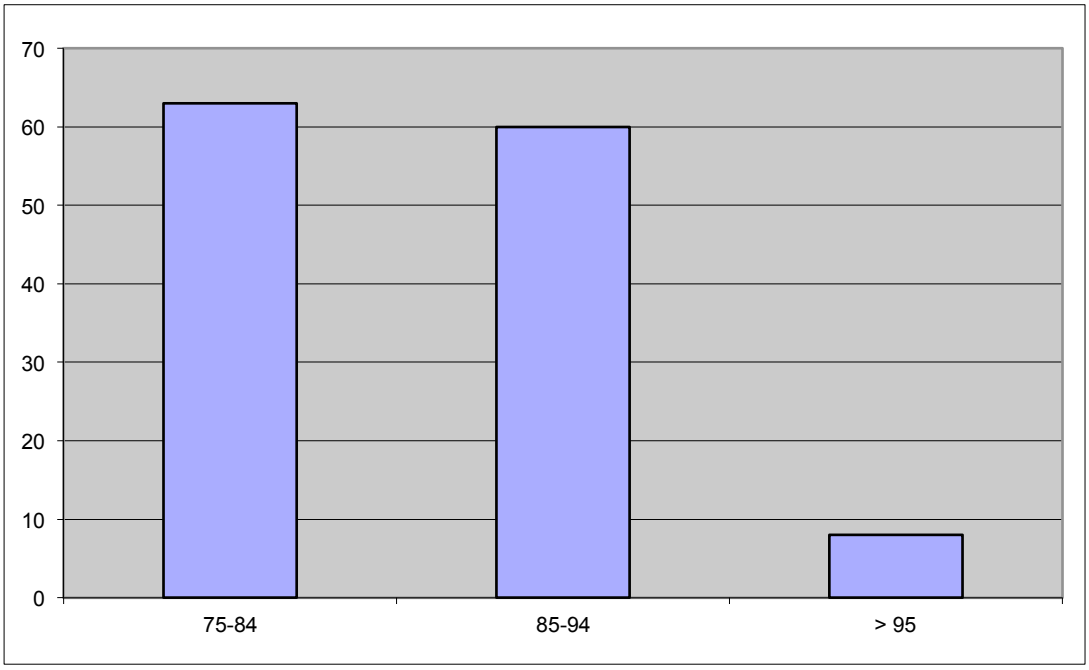


Figure 1 : Répartition selon l'âge

D. Motif d'hospitalisation formulé

Les motifs d'envoi à l'hôpital sont nombreux, en gériatrie ils sont souvent multiples.
Ce motif est établi à partir des données initiales retrouvées sur le dossier patient au sein du SAU et avant examen médical.
Nous avons décidé de classer ces motifs en 5 catégories :

- Suspicion d'affection médicale (suspicion de pneumopathie, dyspnée, suspicion d'OAP, confusion, troubles du comportement…) : 29%
- Altération de l'état général : 26%
- Chute, traumatisme, troubles de la marche : 18%
- Rupture de maintien à domicile : 15%
- Bilan de malaise : 8%

E. Horaire d'arrivée

Les patients sont adressés essentiellement la journée à l'hôpital, en particulier entre 8h et 20h.
61% de la population étudiée arrive entre 8h et 20h.

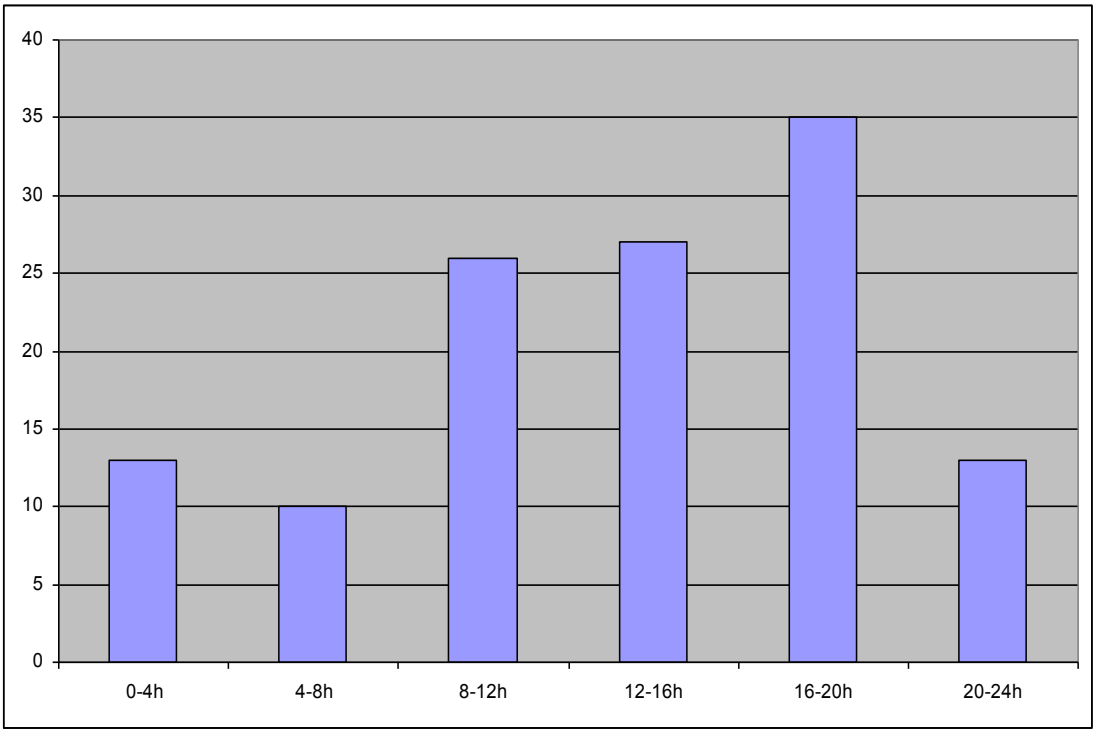


Figure 2 : Horaire d'arrivée

F. Appel à l'équipe mobile gériatrique (EMG)

Après analyse des dossiers SAU, nous constatons seulement 2 appels à l'EMG sur 131 dossiers au CHR Metz Thionville.

G. Conditions sociales pré existantes

Près de la moitié des sujets vivent seuls (44%), ce sont surtout les femmes (75%). 37,5% vivent en couple, en particulier les hommes (70%).
Enfin 18,5% des sujets âgés (dont 90% de femmes) vivent au sein de leur famille, majoritairement chez leurs enfants, un patient vit en famille d'accueil, un vit avec son frère et un avec sa nièce.

Concernant les aides professionnelles, celles ci sont souvent présentes auprès des personnes âgées vivant seules à domicile (près de 70%). Elles diminuent auprès des patients vivant en couple (61%) et surtout auprès des patients au sein de leur famille.
Les aides professionnelles sont représentées par ordre de fréquence par les aides ménagères, les infirmières diplômées d'état, le portage des repas, les kinésithérapeutes.

11% des personnes âgées vivant seules ne bénéficient d'aucune aide à domicile. 30% d'entre eux ont refusé les aides.

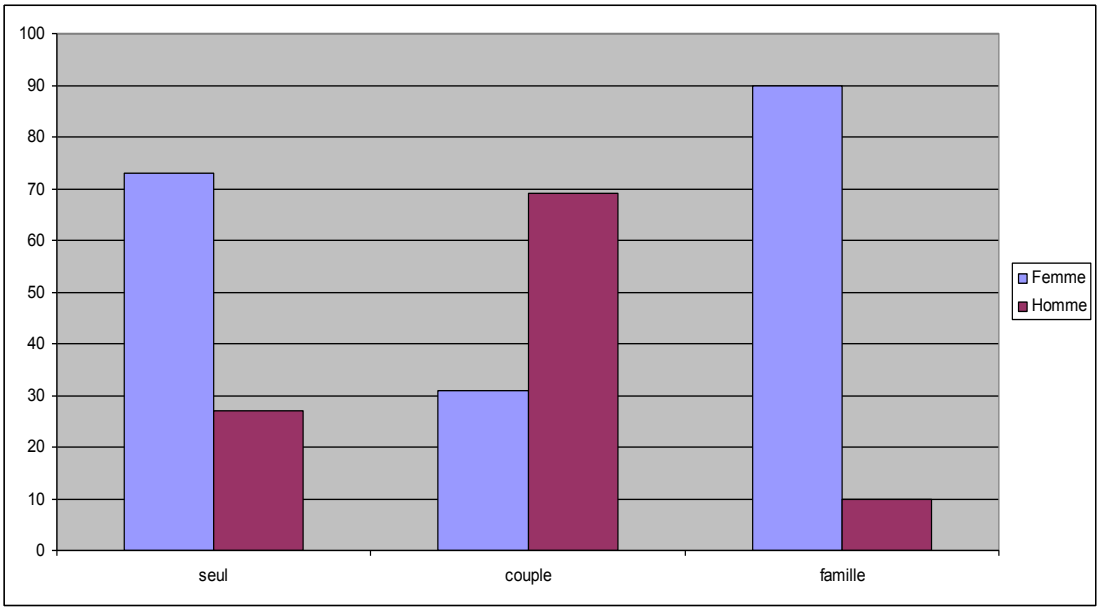


Figure 3 : Conditions sociales préexistantes

H. Communication ville hôpital

Les renseignements fournis à l'admission du patient comportent la plupart du temps le traitement et les circonstances de l'événement. Apparaissent ensuite les antécédents et les pathologies chroniques en cours de traitement. Les conditions de vie sont moins fréquentes, de même que l'histoire de vie (dégradation médicale, sociale ou environnementale dans le temps). Ainsi, nous constatons :

- 73% des dossiers disposent immédiatement du traitement et des circonstances de l'événement.
- 43% des dossiers disposent spontanément du traitement, des antécédents et des circonstances de l'événement.
- 14% des dossiers disposent du traitement, des antécédents, des circonstances de l'événement et des conditions de vie.

I. Critères de dépendance

Le GIR moyen à l'arrivée dans le service de médecine gériatrique est estimé à 1, 7. A domicile et avant l'hospitalisation, le GIR moyen était de 3.4.

J. Hospitalisations itératives

Parmi l'échantillon étudié, 50% des patients ont déjà été hospitalisés ou adressés au SAU durant les 2 mois précédents. En voici la répartition :

- 44% des patients ont présenté un passage par le SAU
- 30% des patients ont bénéficié d'une hospitalisation en service de médecine gériatrique
- 26% dans une autre spécialité

K. Prévisibilité

Les gériatres ont répondu favorablement dans 69% des dossiers à la prévisibilité de l'événement à l'origine de la rupture de maintien à domicile.
Ainsi en théorie, 2/3 des patients âgés dépendants ont présenté une rupture codifiée comme prévisible.

L. Devenir à J 15

La durée moyenne de séjour en service de médecine gériatrique étant d'environ 10 jours, il nous a paru intéressant d'évaluer le devenir des patients à J15.

Devenir à J 15	Nombre
Domicile	49
Service de soins de suite et de réadaptation	34
Toujours hospitalisé	20
Décédé	16
EHPAD	10
USLD	1
Soins palliatifs	1

Figure 4 : Devenir à J 15

11% des patients âgés sont décédés. Cette population fragile, dépendante présente un risque réel et doit être repérée rapidement.
Près de 42% d'entre eux reste dans le secteur hospitalier : service de gériatrie aigue ou service de soins de suite et réadaptation (SSR). La dépendance, la présence de multiples pathologies chroniques, les fragilités sont à l'origine d'une augmentation des durées moyennes de séjour et des prises en charge en secteur de soins de suite et de réadaptation.

Les patients regagnant leur domicile après hospitalisation (37%) bénéficient d'une évaluation sociale associée à une majoration des aides. Certains sont en attente d'une institutionnalisation.
Enfin, la filière gériatrique a permis d'organiser une prise en charge directe en EHPAD dans 7% des cas. Un seul patient présentant des pathologies lourdes instables est pris en charge en USLD.

III. Discussion

A. Biais et limites de l'étude

Les difficultés rencontrées portent sur la réception des dossiers patients cibles anonymisés complets. Le fait de limiter l'étude aux patients hospitalisés en service de médecine permet d'étudier des dossiers complets. En effet, les variables étudiées sont quasiment toujours recherchées au cours d'une évaluation gériatrique.
De même, l'évaluation de l'autonomie n'est pas effective en dehors du cadre gériatrique. Pour ces raisons, nous avons proposé d'analyser exclusivement les dossiers patients relevant des critères de sélection initiaux d'une part et d'autre part en introduisant un critère supplémentaire : l'hospitalisation en secteur gériatrique au sein d'une unité de gériatrie aigue comprenant 26 lits.

La prévisibilité de la rupture de maintien à domicile est mesurée par l'analyse du rapport dépendance/soutien/décompensation. Il s'agit d'un résultat observationnel qui tient compte des critères de fragilité du patient, des pathologies chroniques dont il est porteur, des handicaps et des dépendances qu'il présente, de son environnement social et familial.
La question de la prévisibilité est demandée au gériatre après analyse du dossier. Elle reste donc très subjective et basée sur un faisceau d'arguments cliniques et sociaux.
Pour exemple : la situation d'un patient âgé porteur de troubles neurocognitifs sévères, soutenu par son conjoint seul lui même âgé et vivant à domicile, n'est pas rare. L'expérience nous montre qu'il existera une rupture de maintien à domicile en l'absence de suivi, d'évaluation et de soutien supplémentaire.

La taille de l'échantillon reste faible, malgré une étude sur deux années.

L'inclusion des dossiers se faisant dans un premier temps sur la codification de la dépendance, nous sommes dans l'incertitude d'avoir inclus la totalité des dossiers répondant aux critères établis.

Il aurait été intéressant de contacter les médecins traitants ayant envoyé leurs patients au SAU afin de recueillir leur ressenti par rapport à leurs patients âgés dépendants, mais également étudier le motif d'envoi au SAU (pression familiale, appels itératifs, lourdeur de la prise en charge à domicile).

L'étude du devenir à J15 nous paraît trop précoce. En effet les personnes âgées hospitalisées pour une rupture de maintien à domicile présentent des durées moyennes de séjour plus longues. Il est fréquent qu'elles soient transférées en soins de suites et réadaptation ou les durées moyennes de séjour sont d'environ 30 jours.

Enfin, l'étude rétrospective n'a pas permis d'étudier le ressenti de l'aidant principal. Ce qui a posteriori semble le plus intéressant à étudier afin de pouvoir proposer des mesures préventives ou un accompagnement plus approprié aux aidants. L'aidant se sent-il assez soutenu dans son rôle ? Est-il suffisamment informé ? Quelles sont ses préoccupations et ses attentes ? Toutes ses questions auraient été constructives.

B. Facteurs précipitant la rupture de maintien à domicile mis en évidence

1. Sur le plan médical

Facteurs médicaux	Quantité
Décompensations fréquentes	36
Etat clinique inadapté au domicile	31
Soins palliatifs	4
Absence de médecin	3
Douleur chronique ou invalidante	3

Figure 5 : Tableau des facteurs médicaux précipitant la rupture de maintien à domicile

L'analyse met en évidence l'existence de décompensations fréquentes dans le dernier mois pour un patient sur 4. Ceci est à mettre en corrélation avec les passages fréquents au SAU pour des motifs mineurs, mais apporte aussi la notion de décompensation de pathologie chronique.

L'état clinique inadapté au domicile retrouvé dans un cas sur 5 correspond à une réflexion entre le degré de stabilité médicale du patient et un environnement classé comme standard en dehors de précision au sein du dossier. Son intérêt est essentiellement qualitatif. Il traduit certainement l'impossibilité d'un retour à domicile.

L'analyse fait ressortir les facteurs prédictifs de rupture suivants :

- ***décompensations fréquentes de pathologies chroniques***
- ***état clinique devenu trop lourd pour un maintien à domicile***

2. Sur le plan social

L'absence d'aide à domicile est majoritairement présente, de même que la disparition de l'aidant principal. Quelques situations sont signalées comme l'insuffisance de ressources financières, voire l'absence de couverture sociale.

Facteurs sociaux	Quantité
Disparition, incapacité, hospitalisation de l'aidant	26
Isolement familial	5
Absence de ressource financière	4
Absence, insuffisance d'aide à domicile	36
Logement inadapté	7
Evaluation sociale défavorable	3

Figure 6 : Tableau des facteurs sociaux précipitant la rupture de maintien à domicile

Entre l'évaluation de l'autonomie d'un patient âgé et la mise en place des besoins à domicile, il se passe parfois un temps long (dossier APA, rendez-vous d'évaluation, réponse…). Ces situations peuvent conduire à l'hospitalisation d'un patient fragile.

L'absence de coordination et/ou d'évaluation régulière de la personne âgée fragile à domicile paraît être un facteur de rupture de maintien à domicile.
De même, l'absence de l'aidant principal est un facteur précipant majeur de cette rupture de maintien à domicile.

3. Sur le plan neuropsychiatrique

Facteurs neuropsychiatriques	Quantité
Maladie d'Alzheimer sans aide	11
Maladie d'Alzheimer et tr. du comportement >1 mois	7
Troubles neurocognitifs sévères sans aide	2
Tr. neurocognitifs sévères et tr. Du comportement > 1 mois	10
Troubles du comportement sans diagnostic de tr. cognitifs	10
Autre pathologie psychiatrique non stabilisée	1
Déficit cognitif invalidant > 1 mois	5

Figure 7 : tableau des facteurs neuropsychiatriques précipitant la rupture de maintien à domicile

A l'arrivée en service, 43% des patients sont « étiquetés » porteurs de troubles neurocognitifs, c'est-à-dire bénéficiant d'un suivi spécialisé.
10% des patients présentant des troubles évolués des fonctions supérieures ne bénéficient d'aucune aide ou soutien. De même, les troubles du comportement sont rencontrés dans près de 19% des situations.

Rares sont les patients disposant de suivi psycho-gériatrique à domicile ou d'évaluation régulière hors hospitalisation.

L'absence de suivi, d'aides ou de soutien de patients présentant des troubles neurocognitifs est un facteur précipitant majeur de rupture de maintien à domicile.

4. Autres

Facteurs de choix	Quantité
Refus du patient	24
Hospitalisations itératives	14
Appels multiples médecin/ IDE	6
Refus de la famille	8
Chutes fréquentes	14
Absence de couverture sociale	1
Pathologies chroniques invalidantes	8

Figure 8 : tableau des autres facteurs précipitant la rupture de maintien à domicile

Le refus est certainement un facteur de rupture, qu'il concerne le refus d'aide, de soutien ou d'institutionnalisation. Il émane directement du patient ou de sa famille.
Les appels multiples auprès du médecin traitant ou de l'infirmière n'ont été retrouvés que dans six dossiers. Ce chiffre est probablement plus important.
Les pathologies chroniques sont parfois invalidantes voire grabatisantes (5% des dossiers).
Les chutes enfin sont retrouvées dans 10% des dossiers et donc à l'origine d'hospitalisation.
Les hospitalisations fréquentes sont signalées dans 10% des dossiers.

Les facteurs suivants pourraient être à l'origine de rupture :
- **refus d'aides, de prise en charge en institution**
- **chutes fréquentes**
- **hospitalisations fréquentes (>3 en 6 mois).**

C. Commentaires

1. Mise en évidence d'une sous demande spécialisée gériatrique au SAU du CHR Metz Thionville

Nous sommes forcés de constater que sur notre site l'EMG est rarement contactée. Le rôle du médecin urgentiste est de gérer l'urgence, nous pouvons donc comprendre qu'il est difficile et même chronophage pour lui d'évaluer l'autonomie.
Il reste donc un travail à fournir afin de promouvoir les missions de l'EMG et ainsi permettre le repérage des patients fragiles. Ceci afin de permettre d'optimiser les indications d'hospitalisation mais également les retours à domicile directement

des SAU et d'inscrire des patients fragiles dans la filière gériatrique avant toute hospitalisation.

De quelle manière pouvons-nous promouvoir cette EMG ?

2. Motif d'hospitalisation tel que : rupture de maintien à domicile, problème social, adaptation thérapeutique, ne devraient pas être admis par le biais des urgences

Nous connaissons tous les difficultés actuelles rencontrées par les SAU. Souvent saturés, ils présentent des délais de prise en charge pouvant aller jusqu'à plusieurs heures.
D'autre part, il est souvent difficile pour le médecin traitant, subissant souvent des pressions de l'entourage, de maintenir à domicile un patient en rupture.
Bon nombre de ces patients arrivent donc dans les SAU, sans réel motif médical et engorgent alors ces sites.

Comment pouvons-nous limiter ces motifs de passage au SAU ?

3. Multiplicité des intervenants à domicile

Soigner des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes à domicile nécessite une prise en charge médicale spécifique, globale, transversale tenant compte aussi de l'environnement. Le plus souvent, de multiples aides participent au maintien à domicile, assurant soins, toilette, habillage, repas, entretien du domicile, prise en charge spécialisée… ces aides appartiennent à différents secteurs, publics ou privés.

Ce morcellement de l'aide rend difficile la coordination des soins et des différents prestataires. Il existe également de multiples interlocuteurs et décideurs.

En France, il existe une fragmentation du système de santé, sanitaire d'une part, médico-social d'autre part.

Les Pouvoirs Publics ont tenté de répondre au besoin croissant de prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile et font le constat d'une incidence économique croissante. Plusieurs plans sont élaborés au fil des années, tous s'accordent à prendre en charge les personnes dépendantes et fragiles. Mais ces différents dispositifs ont également complexifié les modes de prise en charge en imposant des règles plus contraignantes.
Des études autour de systèmes intégrés ont proposé une coordination avec une personne ressource chargée d'orienter dans le système de l'aide et de créer des liens étroits entre les prestataires et les acteurs de soins. Ces systèmes sont difficiles à mettre en place en France.

Existe- t- il des actions permettant de coordonner les soins et aides ?
Faut-il simplifier les organes supérieurs de décision ?

4. Suivi gériatrique spécialisé

Trop peu de patients âgés fragiles sont dépistés en ville, nous constatons une sous cotation des aides à caractère médical. Pourtant bon nombre d'aide à caractère médical existe (psycho gériatrie de liaison, réseau gérontologique, hospitalisation de jour…) mais sont peu connus de médecins traitants et du grand public.

Comment pouvons-nous valoriser l'évaluation pré hospitalière ?
Quelle place a l'EMG extra hospitalière ?

5. Manque de lits de SSR et d'EHPAD

Nous ne pouvons que constater, et ce malgré une filière gériatrique bien dotée au sein de notre établissement, les difficultés pour transférer les personnes âgées en SSR ou les institutionnaliser.
Il apparaît évident qu'une politique d'adaptation, de prévention, d'évaluation et de suivi doit être menée par nos sociétés.

IV. Conclusion de l'étude

Nous souhaitions avec ce travail mettre en avant les facteurs précipitant de rupture de maintien à domicile à l'origine de l'aggravation de la dépendance et donc de l'hospitalisation des personnes âgées.

Nous avons inclus 131 dossiers de patients dépendants (GIR 1 et 2), 42% d'hommes, 58% de femmes. L'âge médian retrouvé est de 84,3 ans.

Nous avons constaté :

- les motifs d'hospitalisations sont souvent multiples,
- les patients se présentant au SAU, le sont en majorité la journée,
- l'appel à l'équipe mobile gériatrique de notre CHR est exceptionnel,
- une majorité de patients vivent seuls,
- seulement 70% de ces patients dépendants bénéficient d'aides humaines. Ce qui paraît peu compte tenu du fort degré de dépendance,
- la communication ville-hôpital via la lettre de transfert du médecin traitant, quand elle existe, est insuffisante. Les circonstances de l'événement aigu conduisant à l'hospitalisation et les conditions de vie au domicile ne sont retrouvées que dans 14% des cas. Ces informations sont dans la majorité des cas impossibles à retrouver à l'interrogatoire du patient et sont pourtant d'une nécessité capitale pour la prise en charge,
- le GIR moyen à l'arrivée en service est estimé à 1,7 contre 3,4 le mois précédent l'hospitalisation. Cette dégradation de l'autonomie se traduit par l'aggravation de pathologies chroniques peu suivies et la fréquence des hospitalisations.

Les facteurs précipitant la rupture de maintien à domicile mis en évidence sont les suivants :

- les **pathologies chroniques** avec décompensations fréquentes entrainent une lourdeur de prise en charge tant médicale que paramédicale. Ce qui induit des hospitalisations répétées entrainant une dégradation progressive de l'autonomie. Plus la pathologie est lourde, plus les décompensations sont fréquentes et moins le maintien au domicile est possible. Ces patients nécessitent donc un **suivi minutieux et rapproché**.

- **L'absence ou l'insuffisance d'aide** est un facteur majeur précipitant les difficultés de maintien à domicile. Il a été mis en avant l'importance de l'aidant principal. En effet, la disparition ou l'hospitalisation de cet aidant est un frein au maintien à domicile du patient dépendant. Il est donc indispensable de valoriser ses actions, mais aussi de le soutenir, de l'accompagner et de lui apporter la meilleure qualité de vie possible.

- Nous avons constaté l'importance des **troubles neurocognitifs** chez les patients présentant un fort degré de dépendance. Il apparaît évident, que pour un maintien à domicile dans les meilleures conditions, ces troubles soient dépistés de manière précoce mais également suivis régulièrement. Trop de patients sont encore actuellement non dépistés, non diagnostiqués et donc non suivis.

- Enfin, un nombre important de patient et de famille **refuse les aides** disponibles, probablement par un manque d'informations.

TROISIEME PARTIE : FAVORISER LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

I. Les acteurs du maintien à domicile

Ce travail impose de faire un point synthétique sur l'offre de soins et les nombreux prestataires existants. Cette liste non exhaustive peut paraître longue et répétitive, elle a l'avantage de démontrer la multitude de services et d'aides proposés et l'on peut donc comprendre que professionnels de santé et aidants s'y perdent.

A. Les aidants naturels

Il s'agit en général de la famille (conjoint, enfants), plus rarement du voisinage, d'amis ou de bénévoles d'associations.

Il se définit comme la « personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne ». (16)

Plus de 4 millions d'aidants familiaux interviennent régulièrement à titre non professionnel. 75% des bénéficiaires de l'APA sont aidés par leurs proches avec un investissement horaire deux fois supérieur à celui des professionnels. (17)

B. Les aidants professionnels

1. Secteur sanitaire

Intervenants à titre individuel :

- <u>Le médecin traitant est le pivot central du maintien à domicile</u>.
  Il exerce un rôle d'évaluation (évaluer les désidératas des patients et des familles, évaluer les besoins dans les différents domaines : pathologies, fonctions cognitives, degré d'autonomie, environnement humain et matériel). Il a également un rôle d'information sur les différentes aides possibles.
  Il coordonne les actions des différents intervenants et travaille en réseau pluridisciplinaire.
  Son rôle est également préventif : prévention de la perte d'autonomie, prévention de la maltraitance, anticipation des difficultés et de l'épuisement de l'aidant, assurer la sécurité du malade au domicile.
  Et enfin un rôle de suivi évolutif : évaluation régulière du plan d'aides et de réajustement si nécessaire de celles ci.

- L'infirmière libérale effectue des soins d'hygiène et des soins techniques. Elle a un rôle relationnel important : soutien, relais des patients au médecin traitant, explications, rôle d'éducation. Elle est l'intermédiaire entre le médecin et la famille.

- Le kinésithérapeute libéral effectue des actes de rééducation, de mobilisation active et passive, de prévention d'escarres, de lutte contre les rétractions…

- L'orthophoniste libérale intervient dans la rééducation des troubles de la voix, de la motricité oro-faciale, de la déglutition.

- L'ergothérapeute et le psychomotricien ont une action d'éducation thérapeutique. Ils réalisent le bilan d'adaptation du logement, et permettent des prises en charge de réhabilitation et de stimulation cognitive.

Services organisés :

- Les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) (annexe 4)
  Il s'agit de structures de type associatif émanant de collectivités publiques ou d'associations. Leur fonction est de dispenser des soins infirmiers sous forme de soins de base et relationnel ou de soins techniques, dont l'objectif est d' « éviter une hospitalisation, de faciliter le retour à domicile à la sortie d'une hospitalisation » (18).
  Pour en bénéficier, il faut être âgé de plus de 60 ans et malade ou en situation de dépendance.
  Le SSIAD est dirigé par une infirmière coordinatrice qui encadre une équipe constituée d'aides soignantes et éventuellement d'infirmières salariées. Le service est assuré de façon continu, y compris les dimanches et jours fériés.

- L'hospitalisation à domicile (HAD)
  C'est une hospitalisation sans hébergement. Elle se définit comme « ce qui permet d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ». L'équipe de l'HAD comprend : une équipe de coordination (médecin coordonnateur, cadre de santé), une équipe de soins (infirmières, aides soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeute, diététicienne), une équipe psycho-sociale (psychologue, assistante sociale).
  Le médecin traitant doit être associé au traitement du patient, il doit se déplacer au moins une fois par semaine à domicile, il est responsable de la prise en charge du malade et assure son suivi en partenariat avec le médecin coordonnateur.
  Le service hospitalier demandeur de l'intervention de l'HAD reste quant à lui disponible (soutien, nécessité de ré hospitalisation…).

- Les réseaux gérontologiques
  Ils se définissent comme un ensemble structuré de médecins, de professions médicales et paramédicales, d'acteurs sociaux et d'établissements publics ou privés, unis par des procédures écrites et

associant leurs compétences pour rendre un service optimal aux personnes âgées de plus de 60 ans, sur un territoire géographique donné.
Ils permettent le repérage, l'évaluation et l'accompagnement des patients âgés fragiles poly pathologiques à risque de rupture brutale de maintien à domicile. Ils effectuent une évaluation générale et propose en lien avec le médecin traitant, un plan d'intervention personnalisé destiné à la personne malade et aux aidants (annexe 5).

- L'hôpital de jour gériatrique
  Il est proposé par les établissements médicaux ou hospitaliers. Il permet l'évaluation gériatrique des personnes par une équipe pluridisciplinaire sur une journée, et également le suivi de celles ci.

- La psychiatrie de secteur
  Elle regroupe les structures psychiatriques dont dépend la personne âgée de par la situation géographique de son domicile.
  Les possibilités d'intervention sont très diverses : hospitalisation en milieu géronto-psychiatrique pour les troubles graves du comportement, hôpital de jour psychiatrique, consultation externe, et même visite à domicile par un infirmier psychiatrique.

- Les MAIA
  Elles représentent un guichet unique permettant de disposer d'un seul interlocuteur. (cf page 26) (annexe 6)

2. Secteur social

Intervenants à titre individuel :

- L'assistante sociale a un rôle essentiel par sa connaissance des droits en prestations des personnes âgées et des démarches administratives. Il peut s'agir d'une assistante sociale de secteur (au niveau communal ou départemental) ou d'une assistante sociale travaillant dans le cadre d'un établissement (hospitalier ou médico-social), d'une association, d'un organisme.

- L'aide à domicile. Elle est liée directement à la personne âgée par contrat. Son activité consiste à fournir contre rémunération un ou plusieurs services au domicile, en général, il s'agit du ménage, du repassage, des courses et de la préparation des repas.

Les services organisés :

- les « services à la personne » (annexe 7)
  Ils sont en pleine expansion depuis 2005. Ils ont pour mission d'assurer au domicile « des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie quotidienne, en dehors des actes réalisés sur prescription médicale ». (19)

Ils sont gérés par les CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale). Ils comprennent l'aide à domicile anciennement dénommée aide ménagère, qui a pour mission d'accomplir un travail matériel, moral et social, elle intervient pour les travaux d'entretien courant du logement, du linge, les courses, la préparation des repas ou encore les soins sommaires d'hygiène. (20)
L'auxiliaire de vie sociale a quant à elle pour mission d'accompagner et d'aider les personnes âgées dans les actes essentiels de la vie quotidienne (mobilisation, déplacement, installation, habillage, déshabillage, aide à l'alimentation), les activités ordinaires (achats alimentaires, réalisation des repas, entretien du linge et du logement), et les activités de la vie sociale (accompagnement dans les activités de loisirs et de la vie sociale, aide à la gestion des documents familiaux et dans les démarches administratives).

- Le portage des repas à domicile assure une alimentation équilibrée, directement servie à domicile. Généralement seul le repas du midi est prévu. Ce service peut être organisé à partir de foyers restaurants, d'EHPAD ou de toute autre structure de restauration collective.

- Les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) (annexe 8).
  Ceux sont des services financés par l'Etat, les régions et les départements, dévolus à la prise en compte, au niveau local des personnes âgées dépendantes, pour permettre une action gérontologique en réseau. (21) C'est un guichet unique d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation, destiné aux personnes âgées, à leur entourage et aux professionnels de santé. Il rassemble toutes les informations, coordonne les moyens et mobilise les ressources. Au niveau individuel, il organise une évaluation globale multidimensionnelle à domicile, recherche des aides financières, puis met en œuvre un plan d'aide personnalisé. Il assure ensuite un suivi pour adapter ce plan d'aide. Au niveau collectif, il organise des interventions de prévention primaire, secondaire ou tertiaire, ainsi qu'une mission de veille relative aux personnes âgées fragiles.

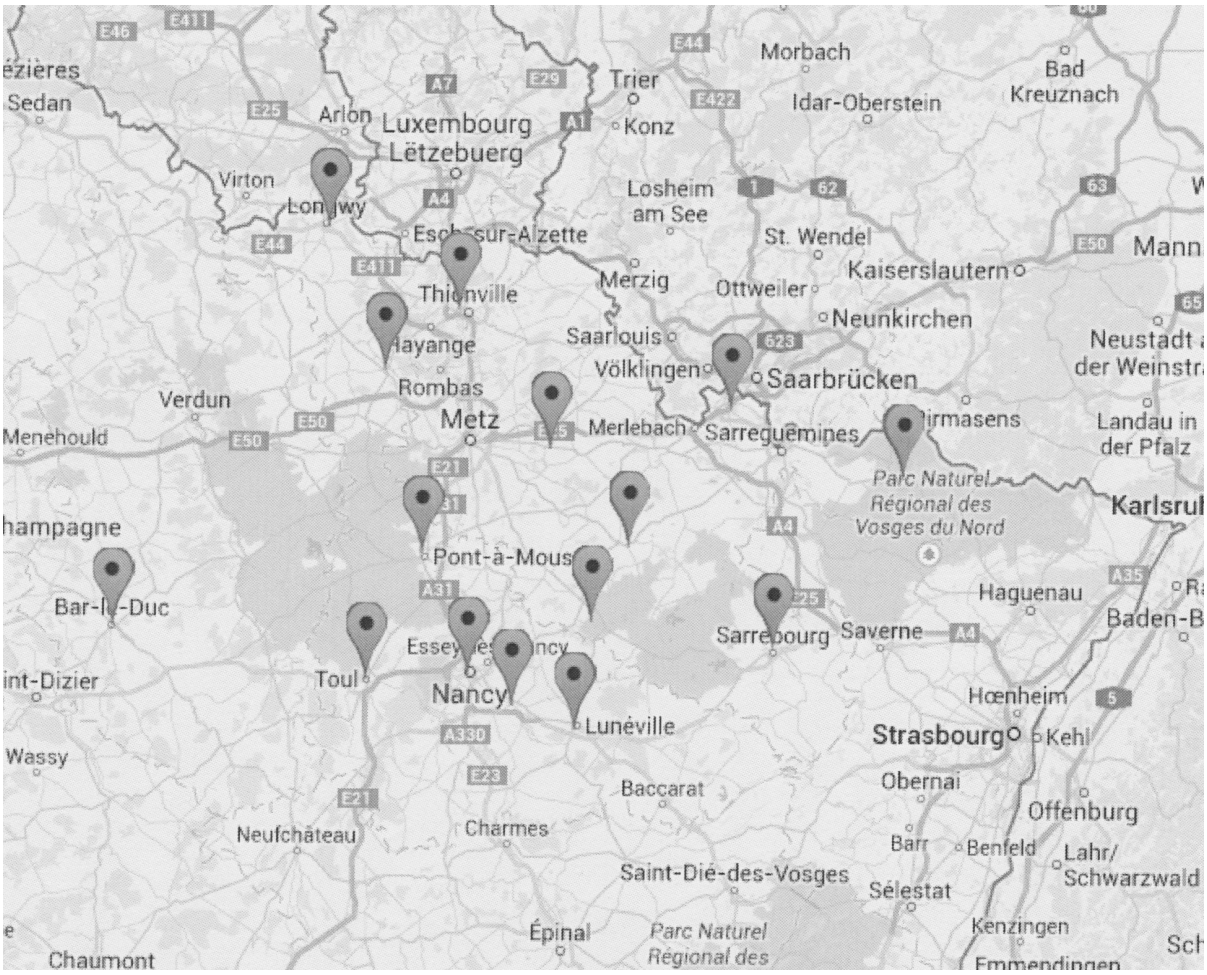


Figure 9 : Cartographie des CLIC en Lorraine

Mais ce secteur en plein essor rencontre des difficultés de recrutement et un turn over inquiétant pour la qualité de la prise en charge. La pénurie actuelle de personnels, aides soignants et aides à domicile, psychologues, animateurs… pourrait créer à terme un risque de maltraitance des personnes prises en charge.
S'agissant de l'image du métier de l'aide à domicile, elle est contrastée et tend à s'améliorer, même si une partie importante des salariés travaille encore à temps partiel.
La valorisation des métiers de la dépendance est indispensable. Une campagne de communication nationale sur les métiers de l'aide à la perte d'autonomie s'avère indispensable. La valorisation des métiers passe également par une amélioration des conditions de travail des personnes qui interviennent auprès des personnes âgées.

A côté de toutes ces aides humaines, il ne faut pas oublier également les aides matérielles (matériel médical) et les aides juridiques (protection des biens, tutelle, curatelle, sauvegarde de justice).

II. Propositions d'optimisation

Notre étude nous a permis de mettre en avant les facteurs précipitant la rupture de maintien à domicile. Nous souhaitons proposer quelques actions ciblées nous paraissant indispensables à la prévention de cette rupture.

A. Valoriser l'équipe mobile gériatrique

Nous avons constaté une sous demande d'évaluation gériatrique au sein du SAU de notre CHR. Pourtant, l'EMG a un rôle majeur au niveau intra hospitalier, en particulier au SAU.

Elle évalue les patients sortants des services d'urgences car ne nécessitant pas d'hospitalisation, elle repère la fragilité et favorise l'orientation des personnes âgées vers les structures adaptées.
Elle intervient également à la demande d'autres services de médecine ou de chirurgie.

Il paraît donc important de mettre en avant cette équipe et de faciliter son intervention. Nous proposons la recherche systématique et obligatoire de critères de fragilité chez les patients âgés de plus de 75 ans se présentant au SAU du CHR Metz Thionville afin de solliciter l'intervention de l'EMG (non encore mis en place).

Au vue des horaires d'arrivée constaté dans l'étude, il serait également licite de se poser la question de la présence d'un gériatre au sein des urgences la journée.

Au niveau extra hospitalier, son but est de proposer une évaluation des patients dépendants à domicile et ce dans les conditions de vie à domicile et de proposer des actions de prévention, de surveillance ou de suivi.

B. Valoriser l'évaluation pré hospitalière

Nous avons mis en évidence qu'un grand nombre de personnes âgées dépendantes sont adressées dans les SAU par leur famille ou leur médecin traitant pour de multiples motifs.
Ces services ne sont pas adaptés aux personnes âgées, qui plus est présentant une dépendance marquée (attente longue sur des brancards entrainant un risque d'escarres, désorientation et syndrome confusionnel chez les patients porteurs de troubles neurocognitifs).
L'évaluation pré hospitalière a un rôle de prévention, elle permet un repérage précoce des patients à risque de dépendance mais également de les inclure dans la filière gériatrique.
Elle apporte une expertise gériatrique en médecine libérale, et a pour but de valoriser les réseaux gérontologiques. Par la suite, elle permet un réel suivi des patients dépendants afin d'éviter une prise en charge uniquement dans les phases de crise aigue, et en urgence, sans qu'une solution adaptée ait pu être anticipée et organisée. Le recours trop systématique aux Urgences n'est pas une solution adaptée à la personne âgée.

C. Coordonner les soins et les aides

Comme nous l'avons constaté ci dessus, les acteurs dans le domaine du maintien à domicile sont nombreux.
L'accessibilité aux prestations médico-psychosociales qu'ils offrent est parfois compliquée et nécessite un investissement en temps non négligeable.
L'insuffisance de la coordination des acteurs du champ de la dépendance autour de la personne âgée, notamment entre les secteurs sanitaires et le secteur médico-social pèse sur la qualité de la prise en charge et sur les coûts de celle-ci. (22)

La coordination s'impose à chaque phase de l'accueil et de l'accompagnement, dès l'évaluation. Or ces différentes étapes sont aujourd'hui réalisées par des services multiples qui ne se reconnaissent pas entre eux et sont peu intégrés. La fragmentation des réponses apportées aux besoins de la personne âgée, le fonctionnement en « tuyaux d'orgues » sont à l'origine de faiblesse dans les prises en charge des personnes âgées.

Bien que l'objectif de coordination soit un principe affirmé périodiquement, celui-ci est loin d'être atteint. Les Pouvoirs Publics ont pourtant mis en place de nombreuses structures de coordination : coordonnateurs en 1982, réseaux gérontologiques en 1998, CLIC en 2000 dont la gestion a été décentralisée et confiée aux départements en 2004, les groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS), les MAIA expérimentées depuis 2009 dans le cadre du Plan Alzheimer, et généralisées à l'ensemble des personnes en perte d'autonomie en 2011.

Ces différentes structures de coordination présentent un bilan mitigé. Les freins à la mise en œuvre d'un parcours coordonné autour de la personne âgée sont multiples :

- l'existence de nombreux acteurs des secteurs sanitaire et médico-social dont le pilotage tant au niveau national qu'au niveau local ont été longtemps séparés ;
- les différences de culture des acteurs qui ont pour conséquence des difficultés à se reconnaître et à se comprendre, à accepter les contraintes et les logiques de chacun ;
- l'ajout systématique de structure de coordination nouvelle sans revoir l'organisation complète ;
- l'absence de visibilité des structures de coordination, avec des familles et des personnes âgées qui ont des difficultés à trouver finalement le bon interlocuteur, à obtenir une information adaptée , claire, facile et répondant à leur besoin ;
- la difficulté à généraliser une coordination qui fonctionne dans le cadre d'expérimentations innovantes au niveau local ;
- l'absence de moyens suffisants tant financiers qu'humains ou d'ingénierie et d'outils (outils et systèmes d'informations partagés, protocoles..) pour entretenir les réseaux et structures de coordination existantes.

D. Suivi gériatrique spécialisé et expertise au plus près du patient âgé

Un nombre encore trop important de patient présentant des pathologies chroniques, en particulier des troubles neurocognitifs, ne bénéficient d'aucun suivi.
Il est pourtant prouvé que les patients suivis et évalués régulièrement restent plus longtemps à leur domicile.
Il convient donc de faire connaitre à toute la population les différentes possibilités de dépistage et de suivi existants. Mais également que les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, en particulier les IDE libéraux, aient accès à ces informations.

E. Communication ville-hôpital et l'accès à l'information

La communication ville-hôpital doit se faire à double sens. D'une part, quand un médecin adresse un patient au SAU via son courrier médical qui doit regrouper le maximum d'informations. Nous avons constaté que celui-ci était souvent pauvre en données.
Mais aussi dans le sens inverse, de l'hôpital vers la ville. La sortie du patient doit s'accompagner d'un courrier médical détaillé, ainsi que des transmissions paramédicales et un suivi social réalisé entre l'assistante sociale hospitalière et l'assistante sociale de secteur.

Les Assises Régionales Alzheimer ont constaté un déficit de communication entre les médecins traitants et les organismes. Le médecin traitant ayant un rôle central dans le repérage, le dépistage, la prévention mais également le suivi de ses patients, il est donc important qu'il connaisse les différentes plateformes médicales existantes (réseaux gérontologiques, hôpital de jour, psychogéritarie…). C'est en effet, à lui qu'incombe le rôle de présenter un plan de soins et d'aide cohérent et d'en assurer la mise en place, en collaboration avec les différents intervenants.
Un travail de communication mais aussi une formation spécifique en gériatrie est donc à réaliser auprès des médecins généralistes afin que chaque patient puisse bénéficier de la meilleure expertise.

F. Favoriser la prévention

Compte tenu de la démographie et du vieillissement de la population actuelle, il apparait évident de dépister les personnes bien avant l'apparition de troubles ou de dépendance.
Le champ d'intervention en prévention est donc très large.

La prévention primaire comprend les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans la population. Elle débute donc dès le plus jeune âge. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène, alimentation, activité physique...) et collective (campagne de vaccination).

Nous pourrions envisager des systèmes de prévention secondaire permettant de promouvoir l'autonomie dès la retraite. En effet, les personnes exerçant une activité professionnelle bénéficient d'un suivi par la médecine du travail. Quand

arrive l'âge de la retraite, les personnes ne ressentent pas le besoin d'un suivi et d'un dépistage régulier. Il serait utile qu'une continuité soit assurée entre la médecine du travail, la médecine de ville, ainsi qu'avec les dispositifs mis en place par les caisses d'assurance vieillesse.

En terme de prévention tertiaire, il conviendra de valoriser les actions du domaine de la réinsertion et de la réadaptation (ESAD).

III. Rôle essentiel de l'aidant principal

A. Législation française et aidant principal

La solidarité familiale est un phénomène naturel et spontané, mais elle est aussi une obligation légale à travers « l'obligation alimentaire » issue du Code Civil de 1804. Ce texte de loi stipule que l'aide de la famille doit passer avant l'aide de l'Etat (principe de subsidiarité). (23)
La loi du 11 février 2005 a permis la reconnaissance juridique de l'aidant. Il a notamment le droit à la formation (L.248-1 du Code de l'action sociale et des familles) avec une possibilité de validation des acquis d'expériences (VAE).

Concernant les aidants encore en activité, le Code du travail prévoit que les aidants familiaux puissent aménager leur temps de travail afin de mener à bien leur rôle d'accompagnement. (24)
Le congé de soutien familial a été créé lors de la Conférence de la Famille en 2006, il est entré en vigueur le 20 avril 2007. Consacré aux aidants familiaux d'une personne en situation de dépendance, il est d'une durée de 3 mois, renouvelable dans la limite d'un an sur l'ensemble de la carrière professionnelle (décret n°2007-513 du 18 avril 2007). Le salarié n'est pas rémunéré mais il est assuré de retrouver son emploi ou un emploi équivalent lors de son retour dans l'entreprise.

« Ces mesures sont considérées comme trop restrictives pour le collectif inter association d'aide aux aidants familiaux (CIAAF) ».

La personne âgée a parfaitement le droit d'employer à domicile un membre de sa famille et de le rémunérer comme n'importe quel autre salarié. Dans le cadre du plan d'aide fourni par l'APA, le bénéficiaire peut également employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint, de son concubin ou d'une personne avec laquelle il aurait conclu un PACS (Pacte Civil de Solidarité).

B. A l'étranger

En Allemagne, la famille est considérée comme le premier service de soins de la nation. L'assurance dépendance propose des cours gratuits de soins à l'intention des proches.
En Irlande, au Royaume Uni ou en Suède, les aidants peuvent disposer d'allocations afin de compenser la perte de leurs revenus. (25)

C. L'aide aux aidants

Un essai randomisé, réalisé à la New York University Cognitive Intervention, démontre que les interventions de conseils et de soutien renforcé réduisent le risque de dépression et améliorent la santé perçue de l'aidant. Elles réduisent également de 28% l'entrée en institution. (26)

Les interventions psychosociales (soutien psychologique et groupes de parole) constituent les méthodes de prise en charge les mieux adaptées et les plus efficaces. Elles permettent de diminuer le risque de dépression de l'aidant, son vécu de fardeau et retardent d'une année l'institutionnalisation de la personne dépendante.(27) Il s'agit de réunions de groupes destinées d'une part à informer et soutenir les aidants familiaux, d'autre part à prévenir les situations de rupture potentielle. Elles sont proposées par les CLIC ainsi que les CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie).
Ces réunions sont animées par des assistants sociaux qui peuvent faire intervenir des professionnels spécialisés selon les sujets abordés. Ces actions permettent par leur dynamique de groupe de surmonter collectivement les problématiques individuelles communes.

Les associations d'aide aux aidants et les associations de malades proposent elles aussi diverses activités pour rompre l'isolement des aidants et leur permettre de partager leur quotidien. Pour exemple, le Forum débat théâtre ou encore le Café Alzheimer. Il s'agit d'un premier pas vers l'acceptation de l'aide au répit. (annexe 9)

Force est de constater que, malgré le dynamisme et la persévérance des acteurs locaux, les actions d'aides aux aidants sont pour beaucoup ponctuelles et loin d'atteindre le grand public. Il est donc nécessaire qu'elles soient plus étendues et accessibles.

D. La formation des aidants

Il existe des sessions d'aides aux aidants proposées par la CRAM d'Alsace Moselle : formation sur l'alimentation, sur l'hygiène de vie ou encore sur la manutention des personnes dépendantes.
Ces moments favorisent les échanges d'expérience entre les aidants, mais aussi de partager les inquiétudes. Elles permettent de rompre l'isolement.
La formation valorise dans leurs fonctions les aidants.
C'est un lieu d'apprentissage mais aussi un lieu de répit. (28)

E. Besoin d'information

Déjà en 2000, le rapport GIRARD évoquait les difficultés des aidants et la nécessité de les aider. (29)

Une étude réalisée auprès de 112 patients atteints de démence modérée à sévère, a étudié les besoins médicaux exprimés par les aidants. Ils concernent une meilleure connaissance de la maladie dans 78% des cas.

Les besoins de formation concernent essentiellement l'acquisition de la capacité à communiquer (83%) et à gérer les troubles cognitifs (81%). (30)

F. Valorisation de l'aidant

L'aidant est aujourd'hui reconnu grâce aux associations. (31)
La première journée nationale des aidants a eu lieu le 6 octobre 2010.
Il apparaît important qu'une place à part soit donc faite aux aidants.

Leur rôle est source de valorisation mais les conséquences psychologiques peuvent être lourdes : plus d'un tiers des aidants déclarent que ce rôle a des conséquences négatives sur leur bien être (fatigue morale, fatigue physique, stress). Le médecin doit pouvoir apprécier cette situation d'aidant afin d'éviter des situations d'épuisement, source d'altération de la qualité de vie.

G. Suivi médical des aidants naturels (32) (annexe 10)

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé proposent une consultation annuelle à l'aidant naturel d'une personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.
Cette consultation permet d'être vigilant sur l'état psychique de l'aidant, son état nutritionnel et son niveau d'autonomie psychique et physique. Elle recherche une souffrance, des troubles anxieux et/ou dépressifs, des troubles du sommeil, en tenant compte du contexte familial, social et culturel.
Elle vérifie le bon niveau d'adéquation entre les besoins de l'aidant naturel et du patient et les moyens mis en place.
Elle est hélas trop souvent oubliée.

La mesure numéro 3 du plan Alzheimer (amélioration du suivi sanitaire des aidants naturels) préconise l'utilisation d'outil simple permettant de mesurer et de suivre le « fardeau de l'aidant » comme l'échelle mini Zarit (annexe 11).

Déjà en 2004, l'Agence Régionale de Santé soulignait l'importance d'améliorer l'accès à l'information, d'identifier une personne ressource, d'améliorer le travail en coordination, de reconnaître le rôle social de l'aidant.

IV. Alternatives et initiatives innovantes au maintien à domicile

Le répit de l'aidant est une nécessité reconnue lors de la Conférence de la Famille en 2006. (33)

Quelles sont aujourd'hui les différentes possibilités existantes en France mais aussi à l'étranger ?

A. L'hébergement temporaire

Il s'agit d'un accueil temporaire organisé pour une durée limitée pouvant aller jusqu'à six semaines. Il est destiné aux personnes en situation de crise ou

d'urgence. Par exemple si l'aidant principal est indisponible (hospitalisation) ou si celui ci est épuisé psychologiquement ou physiquement. Son coût est à la charge de la personne âgée.

B. L'accueil de jour

Il reçoit une ou plusieurs fois par semaine des patients vivant à domicile, il propose des activités de stimulation, il permet de conserver une vie sociale. L'aidant peut souffler et s'occuper de lui même. Il améliore le maintien à domicile et peut préparer à une éventuelle entrée en institution.
Il s'agit plus d'une réponse sociale que thérapeutique mais reste la problématique du transport et de son coût.

C. Les séjours de vacances

Ils permettent de sortir les personnes âgées de leur cadre quotidien pendant une semaine, avec ou sans l'aidant. Il s'agit de « vacances assistées ».

D. L'accueil de nuit

Il est basé sur le même principe que l'accueil de jour. Il facilite le repos de l'aidant principal pouvant être sollicité à de multiples reprises au cours d'une nuit. Son coût est important, il entraine également une perte des repères chez les personnes présentant des troubles neurocognitifs. Il reste rare et peu disponible.

E. Les familles d'accueil temporaire

Elles sont méconnues et peu développées en France. Comme leur nom l'indique, elles permettent un accueil au sein d'un foyer pendant une durée limitée.

F. Les MARPA (Maison d'Accueil Rurale pour Personne Agée)

Elles sont développées par la Mutualité Sociale Agricole. Il s'agit de petites unités de vie qui cherchent à préserver en zone rurale les liens du résident avec ses proches et son environnement.
En Lorraine, nous disposons d'une MARPA en Meurthe et Moselle.

G. La garde itinérante de nuit

Elle permet d'assurer une prestation d'une durée comprise entre 15 et 30 minutes entre 19h30 et 8h30, 7j/7.
Son but est de garder une vie sociale, d'éviter le coucher à 18h.
Son coût est important (16€ la demi-heure).

H. Le baluchonnage (système canadien)

Un même professionnel intervient 10 jours d'affilée pour remplacer l'aidant.
Le Code du Travail français ne permet pas cette pratique. Son coût est élevé. (34)

I. Le Plan Garance

Il s'agit d'un plan d'action mis en place par le réseau gérontologique de Metz qui permet d'anticiper le cas où l'aidant doit être hospitalisé ou absent. Il permet une réflexion sur l'accueil dans l'entourage ou en accueil temporaire, voir en EHPAD. Il permet d'éviter aux aidants d'être pris en charge médicalement trop tardivement, mais aussi d'éviter les hospitalisations d'urgence, de diminuer le stress et d'éviter l'épuisement.

J. Les ESAD (Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile) (annexe 12)

Elles ont pour objectif de maintenir et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs aidants, de répondre à une prestation « de soins, d'accompagnement et de réhabilitation ».
Elle s'obtient sur prescription médicale de 15 séances à raison de deux séances par semaine maximum, renouvelable éventuellement chaque année, et pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.
Elles ont pour missions : l'évaluation précise des capacités restantes par un ergothérapeute, le maintien ou le développement des possibilités restantes (motrices, sensorielles, cognitives, sociales..) à travers des activités du quotidien, la prévention des troubles du comportement, et d'apporter un soutien accru aux aidants.

K. Les géronto-technologies

Le terme de géronto-technologies décrit des systèmes techniques évolués qui vont aider la personne âgée ou son aidant à réaliser certaines activités normales de la vie quotidienne.
Preuve de leur essor sur le plan scientifique, le Plan Alzheimer 2008-2012, comprend un axe s'intéressant à « l'amélioration du soutien à domicile grâce aux nouvelles technologies ». (35)
Pour n'en citer que quelqu'une à titre d'exemple : présence simulée, domotique, pilulier électronique, aides auditives, détecteur de chute, système de géo localisation pour patient fugueur…
Leur coût est très élevé. De plus, elles interrogent l'éthique médicale, notamment dans les domaines du secret médical, des libertés individuelles et du respect de la dignité des personnes âgées. (36)

La téléassistance utilise la téléphonie pour promouvoir la santé, apporter des informations et assister les aidants. Elle se présente la plupart du temps sous la forme d'un standard téléphonique, accessible à certaines heures, où un intervenant professionnel propose écoute et conseils. Une étude randomisée comparant deux groupes (interventions téléphoniques ciblées versus simples conversations téléphoniques) a démontré de manière significative l'effet positif sur les aidants dans le groupe interventions. (37)

La télémédecine permet quand à elle, la réalisation d'une « visite virtuelle » à distance. Il a été démontré que la satisfaction des patients ayant recours à cette technique est réelle. En effet, la perception de la qualité de la consultation semble

équivalente à la visite à domicile. Ce qui montre l'intérêt possible de ce type d'intervention en milieu sous médicalisé. Il existe en outre un intérêt économique, on note moins de visite à domicile et moins d'hospitalisation.
La télémédecine pose les mêmes problèmes éthiques que les autres géronto-technologies.

Il est donc possible de répondre au plus près des besoins en combinant plusieurs types d'aides.

V. Perspectives d'avenir

En vue du nouveau projet de loi sur l'autonomie et l'adaptation de la société au vieillissement, le gouvernement a demandé la réalisation de plusieurs rapports afin de conduire une politique adaptée à la transition démographique et épidémiologique que traverse notre société.

A. Le Rapport Aquino : anticiper pour une autonomie préservée, un enjeu de société. (38)

La prévention en gérontologie ne peut être conçue que dans une approche globale, médicale, psychologique, sociale mais aussi environnementale, s'appuyant sur la pluridisciplinarité des acteurs et impliquant une démarche interministérielle compte tenu des différents domaines concernés.
La coordination des acteurs et des financeurs, la définition d'axes stratégiques pertinents et l'évaluation des actions conduites s'imposent. Ceci étant, l'avis des acteurs de terrain en contact direct avec les populations doit être privilégié, faute de quoi la concrétisation des mesures aussi pertinentes soient elles, risque de se heurter à la réalité du terrain. Si des actions individuelles et collectives s'avèrent nécessaires, en particulier au moment des épisodes de rupture qui surviennent au cours de la vie, de nouveaux modes d'organisation s'imposent pour mieux répondre au besoin de la population.
Les actions ne pourront être menées à bien que si les acteurs sont formés et les pratiques professionnelles adaptées au contexte.
Il convient donc de conduire une politique adaptée en réponse aux besoins avec pour objectif principal : la qualité de vie des personnes âgées.

B. Le rapport Broussy : mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de la population. (39)

3 ème constat : le maintien à domicile doit devenir enfin une véritable priorité nationale assumée.

Pour Luc BROUSSY, permettre le maintien à domicile passe par la consolidation urgente d'un secteur, celui de l'aide à domicile qui aujourd'hui souffre énormément.
Il fait le constat qu'aujourd'hui de nombreuses institutions oeuvrent pour le bien être des personnes âgées, chacune fait un travail utile mais pour autant le système est devenu radicalement illisible, anxiogène pour les familles et contre productif à force d'enchevêtrer les responsabilités sans aucune efficacité.

Il existe beaucoup d'organismes et d'institutions ayant développé un savoir faire et une expertise qui sont trop souvent méconnus.
Il conclut à la nécessité d'une organisation interministérielle et d'une coordination des acteurs et des experts nationaux à travers un guichet unique.

Il propose ainsi de :

- créer une délégation interministérielle à l'adaptation de la société française au vieillissement de la population ;

- créer une conférence nationale permettant aux différents acteurs de l'adaptation d'échanger et de travailler ensemble au delà des habituelles frontières administratives ;

- créer un lieu pour que se coordonne l'ensemble des institutions et experts concernés, permettant de piloter les politiques publiques relatives à la perte d'autonomie ;

- lancer avec l'ensemble des partenaires nationaux un grand portail internet national doté de l'ensemble des renseignements liés au vieillissement ;

- renforcer le pouvoir de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie en lui confiant une mission de préparation des textes réglementaires et des circulaires. La CNSA doit être renforcée pour devenir la véritable plate-forme nationale de la perte d'autonomie ;

- créer des Maisons Départementales de l'Autonomie dans tous les départements, transformation des MDPH pour les familles d'enfants et d'adultes handicapé;

- créer dans chaque département un Comité Départemental de Solidarité pour l'Autonomie, sorte de pendant local au conseil de la CNSA ;

- mettre en avant l'importance des territoires gérontologiques de proximité pour permettre aux acteurs de travailler ensemble et aux guichets uniques d'être accessible aux citoyens et réellement unique.

C. Le rapport Pinville : relever le défi politique de l'avancée en âge Perspectives internationales. (40)

Il s'agit d'une synthèse des différentes expériences internationales et actions de prévention tertiaire afin d'éviter les hospitalisations inutiles. En prenant différents exemples :

- Exemple des équipes mobiles de soins qui interviennent à domicile dans le but de prévenir les hospitalisations inutiles afin d'éviter les solutions trop coûteuses à la collectivité dans un contexte général de réduction des lits hospitaliers ;

- Exemple en Allemagne des unités de soins de courte durée créée récemment dans le but d'accueillir des personnes tout juste sorties de l'hôpital et d'autres qui vivent chez elles et dont le séjour permet un répit aux aidants. Elles préparent un plan de soins individualisé et permettent de coordonner les éventuelles interventions futures de professionnels. Chaque personne a un interlocuteur unique qui prodigue des conseils de santé préventifs à la personne et à son entourage.

VI. Les limites du maintien à domicile

Même si tout est mis en œuvre pour favoriser le maintien à domicile celui- ci à ses limites.

Du côté de la personne âgée, on peut citer :

- des troubles graves du comportement (violence physique, verbale) ;
- l'aggravation des troubles neurocognitifs pouvant mettre en danger l'aidé et l'aidant ;
- le degré de dépendance élevé, en effet comme le montre l'étude plus la personne est dépendante (GIR bas), plus son maintien à domicile va poser des difficultés ;
- l'isolement, avec notamment la perte de l'aidant principal ;
- l'état de santé instable et la lourdeur de la prise en charge médicale, nécessitant dans les cas les plus lourds l'orientation vers les USLD (Unité de Soins de Longue Durée) ;
- l'état inadapté du logement ne permettant pas une prise ne charge en charge correcte.

Du côté de l'aidant :

- celui ci pourra être limité par ses capacités physiques. En effet, l'aidant principal est souvent également une personne âgée ;
- mais aussi par ses capacités psychologiques à accepter la lourdeur de la pathologie et de la prise en charge ;
- l'isolement de ce dernier et l'absence d'entourage familial joue également un rôle important ;
- les difficultés financières en lien avec le coût du maintien à domicile ;
- une carence en aide (devant les difficultés dans la gestion du quotidien, soins, encadrement) a également un impact sur la personne aidée et peut conduire par exemple à de la maltraitance.

Dans ces cas, le placement en EHPAD s'avèrera être la solution. Mais une institutionnalisation est avant tout un projet de vie qui s'anticipe. Il est donc important de trouver « le juste temps du placement ». (41)

CONCLUSION

Les personnes âgées expriment le souhait de rester le plus longtemps possible à leur domicile en y vivant dignement, même en situation de forte dépendance. Ce constat va nous obliger à privilégier à l'avenir ce mode de prise en charge. Ce qui nécessite de prioriser et de développer les structures permettant cet accompagnement, qu'il s'agisse du soin à domicile, de l'aide à la vie quotidienne et des structures de répit.

Nous avons pu mettre en avant l'importance des aides. Que ce soit l'aidant naturel ou les aidants professionnels. En effet, l'absence d'aides, un aidant épuisé ou absent sont des facteurs précipitant la rupture de maintien à domicile. Leur rôle est à valoriser au sein de notre société et leur formation à parfaire, en particulier en cas de dépendance importante.

Le médecin traitant est le pivot et l'interlocuteur privilégié au maintien à domicile. Il dépiste, permet le suivi et l'accompagnement et coordonne les soins. L'absence de suivi régulier, en particulier chez des personnes porteuses de pathologies chroniques et de dépendance est un frein au maintien à domicile.

Nous avons constaté une offre abondante en terme d'intervenants au maintien à domicile et les multiples structures d'encadrement et d'accompagnement existantes. Famille, patient et professionnels de santé se perdent dans cette multiplicité d'intervenants.

Le maintien à domicile doit passer par une réforme du modèle de la prise en charge des personnes âgées en particulier en situation de dépendance. Avec en amont, des systèmes de prévention de cette perte d'autonomie, une évaluation pré hospitalière à promouvoir, des médecins traitants à former et à informer sur les spécificités gériatriques.
Les Pouvoirs Publics doivent quant à eux revoir la coordination des différents acteurs du maintien à domicile, mais aussi créer de nouvelles instances de centralisation facilitant l'accès à l'information.

Le gouvernement travaille actuellement sur un nouveau projet de loi sur l'autonomie des personnes âgées, projet de loi très attendu par les associations de malades, les associations d'aides aux aidants et les professionnels de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. geriatrie.webs.com. Généralités.
2. Bourdelais P. « L'âge de la vieillesse ». Odile Jacob. 1993.
3. Aider nos parents âgés. 60 millions de consommateurs. Hors-série Expert. Janvier-février 2006, n°91, 129p.
4. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Corpus de Gériatrie, tome1. Montmorency : 2M2 Edition et communication, 2000, 185 p.
5. Le vieillissement de la population et son incidence sur l'évolution des dépenses de santé. Point de conjecture n°15. Revue de l'Assurance Maladie, juillet 2003, p 9-11.
6. Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance. Décembre 2000. Report n° 94.
7. L'allocation personnalisée d'autonomie. 2005 déc.
8. Wittwer J. L'aide aux personnes âgées dépendantes à domicile face à la raréfaction des aidants familiaux. Mars 2003, p 2-4.
9. Tubiana M. Un certain été 2003. Livre blanc de la gériatrie française. ESV production. 2004.
10. Weber A. Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005. Etudes et Résultats de la DRESS, novembre 2001, n° 142, 11p.
11. Dictionnaire historique de la langue française. Dictionnaire Le Robert. Paris ; 1992. p1169.
12. Les repères de l'AVISE. Maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, état des lieux, enjeux et perspectives. Octobre 2006.
13. Garriguespy C. Guide pratique du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, pour le médecin généraliste en Haute-Garonne. Toulouse Paul Sabatier ; 2004.
14. http://www.plan-alzheimer.gouv.1/-44-mesures-html
15. http://tempsreel.nouvel.obs.com/personnes-agees-un-porjet-de-loi-pour-favoriser-le-maintien-a-domicile.html
16. Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale. Guide de l'aidant familaial-3eme éd. Paris, 2007.-173p.
17. Triallard A. Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées. Paris, 2011.-p 46.
18. http://www.social-sante.gouv.fr
19. http://www.dgcis.gouv.fr/services-a-la-personne
20. http://www.unccas.org/unccas/ccas-cias.asp
21. http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr
22. Rapport du groupe « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie ». Paris, 21 juin 2011.-p 5.
23. Kagan Y. Dictionnaire de pratique gérontologique. Paris : Frisson-Roche, 1998, 811p.
24. http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/les-fiches-pratiques-du-droit-du,91/conges-et-absences-du-salarie,114/le-conge-de-soutien-familial,12763.htm
25. Vial M. La Care Revolution. L'homme au cœur de la révolution des services. Nouveaux débats publics. Paris, 2008.
26. Mittelman et *al*. Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients witl Alzheimer's disease. Am J Psychiatry, 2004, 161 ; 5 : 850-856.

27. Hazif, Thomas et Thomas. Impact de la maladie d'Alzheimer et des traitements anti démentiels sur les aidants : poids de la précarité et de la fragilité. Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie, 2009 ; 16 : 262-268
28. Assisses Régionales Alzheimer. Nacy, DRASS Lorraine, 25 juin 2009.-p 31-32.
29. Bérard A, Gzil F, Kenigsberg PA. Fondation Médéric Alzheimer. Le répit : des réponses pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, et leurs aidants. Paris, septembre 2011.-p 7-11.
30. Rosa, Lussignoli et *al*. Needs of caregivers of the patient with dementia. Arch Gerontol Geriatr, 2009, 51 : 54-58.
31. Assisses Régionales Alzheimer. Nancy, DRASS lorraine, 25 juin 2009.-p 37.
32. Haute Autorité de Santé. Synthèse des recommandations de bonne pratique : suivi médical des aidants naturels. Février 2010.
33. conference fmille 2006 61
34. Assisses Régionales Alzheimer. Nancy, DRAS Lorraine, 25 juin 2009.-p 31-32.
35. République française. Plan Alzheimer 2008-2012. Mesure numéro 7 : amélioration du soutien à domicile grâce aux nouvelles technologies.
36. Bismuth S et *al*. Etat des lieux des géronto-technologies susceptibles de permettre le maintien à domicile des patients porteurs de déficit cognitif léger et de la maladie d'Alzheimer au stade léger. Cah Année Gérontol, 2012 ; 4 : 310-319.
37. Hughes M et *al*. Pilot study of brief communication counseling for caregivers of individuals with Alzheimer's disease. Alzheimer's Care Today, 2006, 7 : 122-39.
38. Aquino JP. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. Paris, février 2013, 132p.
39. Broussy L. Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population. Paris, janvier 2013, 202p.
40. Pinville M. Relever le défi politique de l'avancée en âge. Perspectives internationales. Paris, octobre 2012, 81p.
41. http://www.espace-ethique-alzheimer.org

ANNEXE 1 : GROUPE ISO RESSOURCE

Groupes Iso-Ressources	Degrés de dépendance et aide adéquate
GIR 1	Fonctions intellectuelles et motrices gravement altérées : Individu en fin de vie, ou immobilisé dans un lit ou dans un fauteuil et dont les facultés mentales sont très atteinte. ➢ Nécessite une présence constante car la personne est totalement dépendante.
GIR 2	Fonctions intellectuelles ou motrices sérieusement altérées : Individu immobilisé mais dont les facultés intellectuelle sont intactes, ou individu pouvant se déplacer mais dont les facultés mentales sont atteintes. ➢ Nécessite la présence d'une tierce personne quasi constante.
GIR 3	Fonctions motrices altérées : Individu qui ne peut effectuer certains gestes de la vie quotidiennes (se laver, se lever, s'habiller, se coucher...) mais qui a conservé toutes ses facultés mentales. ➢ Nécessite une aide partielle mais quotidienne pour les gestes de la vie quotidienne.
GIR 4	Fonctions motrice légèrement altérées : Individus pouvant effectuer les gestes de la vie quotidienne mais qui ne peut pas se déplacer seul, ou, individu qui peut se déplacer seul mais qui ne peut effectuer certains gestes. ➢ Nécessite une aide partielle et éventuellement quotidienne selon les cas.
GIR 5	Fonctions motrice occasionnellement diminuées : Individus ayant occasionnellement les fonctions motrices diminuées. ➢ Nécessite une aide occasionnelle uniquement pour certains gestes.
GIR 6	Personnes autonomes

ANNEXE 2 : CERTIFICAT APA

Département
Moselle
Conseil Général

CERTIFICAT MEDICAL

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Cher Confrère,

Dans l'intérêt de votre patient, je vous remercie de bien vouloir lui remettre, sous pli confidentiel, ce certificat médical circonstancié pour qu'il le joigne à son dossier de demande **d'Allocation Personnalisée d'Autonomie**.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médicale et l'ensemble des services sont astreints au secret professionnel (article 226-13 du nouveau Code Pénal).

Comptant sur votre collaboration, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Ce certificat médical est à retourner sous **pli confidentiel** à l'adresse suivante :

DIRECTION DE LA SOLIDARITE
DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE
Division des Prestations Sociales
Service de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
28-30 avenue André Malraux
57046 METZ CEDEX 1
Tél. : 03.87.56.31.31

Le Médecin Contrôleur
des Lois d'Aide Sociale

ETAT-CIVIL

NOM :.....Prénom :.....

NOM de Jeune Fille :.....

Date de Naissance :.....

Adresse :.....

.....

A transmettre sous pli cacheté - **SECRET MEDICAL** -

Taille : ..... Poids : .....

PATHOLOGIES PRINCIPALES motivant la demande

Diagnostic médical : .....

.....

Date de début des troubles : .....

Autres pathologies ayant un retentissement sur la vie quotidienne et contribuant à la demande :

.....

.....

.....

DEFICIENCES INTELLECTUELLES et/ou TROUBLES DU PSYCHISME ou du COMPORTEMENT

Trouble(s) de la mémoire, de l'orientation : .....

.....

Dernier score MMS réalisé :

Trouble (s) du comportement :

- ❑ inversion rythme nycthéméral
- ❑ fugues
- ❑ agressivité
- ❑ autres : .....

.....

Trouble(s) de l'humeur (dépression…) : .....

.....

DEFICIENCES AUDITIVES

❑ non ❑ oui

Appareillage ❑ non ❑ oui

DEFICIENCES VISUELLES

❑ non ❑ oui (*à préciser*) : .....

Correction ❑ non ❑ oui

DEFICIENCES DU LANGAGE

❑ non ❑ oui type : .....

DEFICIENCES CARDIAQUE et/ou RESPIRATOIRE ayant un retentissement sur la vie quotidienne

- ❑ dyspnée (stade) :
- ❑ autres : .....
- ❑ oxygénothérapie à domicile

DEFICIENCES MOTRICES et de l'APPAREIL LOCOMOTEUR

Paralysie ❑ MSD ❑ MSG ❑ MID ❑ MIG Côté dominant ❑ G ❑ D
Trouble de l'équilibre ❑ non ❑ oui (à préciser) : .....
.....
Autre (s) trouble (s) fonctionnel (s) : .....
.....
Appareillage éventuel : .....

DEFICIENCES ENDOCRINIENNES

Diabète : ❑ non ❑ oui complications : mal perforant ❑ non ❑ oui
neuropathie ❑ non ❑ oui
artériopathie ❑ non ❑ oui
rétinopathie ❑ non ❑ oui
hypoglycémie sévère avec malaises ❑ non ❑ oui
Autres : .....

DEFICIENCES DIGESTIVES

Trouble(s) de la déglutition, trouble(s) du transit, stomie : .....
.....
Incontinence anale : ❑ permanente ❑ occasionnelle

DEFICIENCES URINAIRES

Type de trouble(s) : .....
Incontinence urinaire : ❑ permanente ❑ occasionnelle
Sonde urinaire ❑
Dialyse ❑
Couches ❑ Nombre par jour : .....

TRAITEMENT

Capacité à gérer son traitement : ❑ non ❑ oui

INTERVENTION IDE EN COURS

❑ 1 fois / jour ❑ 2 fois / jour
❑ soins particuliers (pansements, sondages, soins stomies, escarres…)
❑ injections

AUTRES PARAMEDICAUX EN COURS

Auxiliaire de vie (toilette-habillage) ❑ non ❑ oui
Kinésithérapeute ❑ non ❑ oui
Orthophoniste ❑ non ❑ oui

ATTITUDE PSYCHOLOGIQUE

❑ coopérant
❑ opposant
❑ indifférent
❑ démissionnaire

Sur la journée nécessite une surveillance :
❑ constante ❑ ponctuelle

Peut faire avec stimulation :

Toilette ❑ non ❑ oui
Habillage ❑ non ❑ oui
Alimentation ❑ non ❑ oui
Autres ❑ non ❑ oui (*à préciser*)
.....

OBSERVATIONS EVENTUELLES

CONSEQUENCES DES DEFICIENCES

DETERMINATION DU GROUPE AGGIR

A : Fait seul spontanément, totalement, correctement, habituellement
B : Fait plus ou moins spontanément, totalement, correctement, habituellement
C : Ne fait pas du tout

	A,B ou C
COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée, les lieux	
TOILETTE : hygiène corporelle : haut : A - B - C bas : A - B - C	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage : haut : A - B - C moyen : A - B - C bas : A - B - C	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés : se servir (1) : A - B – C manger : A - B - C	
ELIMINATION : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire : A - B - C fécale : A - B - C	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENTS INTERIEURS : (2) avec ❑ canne, ❑ déambulateur, ❑ fauteuil roulant	
DEPLACEMENTS EXTERIEURS : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION à distance : téléphone, sonnette, alarme	

A ....., le .....

Signature et Cachet

Horaires auxquels vous pouvez être joint à votre cabinet médical :

☎ : .....

(1) Se servir : peler un fruit, ouvrir un yaourt, couper sa viande, se verser un verre
(2) L'utilisation par la personne seule de cannes, d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant peut lui permettre d'être parfaitement indépendante pour ses déplacements

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ETUDE

N° d'inclusion : __ **Téléphone de la personne ou de l'aidant :** _____

Date d'arrivée : __/__/__ *(JJ/MM/AA)* **Heure d'arrivée :** __/__

Personne concernée H ☐ F ☐ Année de naissance : ____ Mois : __ *(de 1 à 12)*

Mode de vie : Seule ☐ Avec enfants ☐
En couple ☐ Autres ☐

Dépendance : GIR avant hospitalisation _____
GIR à l'arrivée dans le service _____

Troubles du comportement JOUR ☐ - NUIT ☐

Aidants

Conjoint (e) ☐ Age du conjoint : __
Enfants ☐ Sollicitation : Jour ☐ Nuit ☐
Professionnel ☐ → Infirmière ☐
Hospitalisation à domicile ☐

Hôpital de jour ☐ Accueil de Jour ☐ Prise en charge par réseau gérontologique ☐

Autres ☐ Qui : _____

Modification des aides : NON ☐ OUI ☐
- Epuisement de l'aidant ☐
- Hospitalisation de l'aidant ☐
- Vacances de l'aidant ☐
- Rupture de suivi ☐

La modification des aidants **était** prévisible ☐
La modification des aidants **n'était pas** prévisible ☐

Remarques :

Suivi habituel

Médecin Traitant ☐
Equipe spécialisée ☐ → Service de soins infirmiers ☐
Kinésithérapeute ☐
Réseau ville ☐ Diététicienne ☐
Réseau hôpital ☐ Psychogériatrie ☐
Gériatre ☐

Suivi avant l'envoi au SAU

Médecin Traitant ☐
Equipe spécialisée ☐ → Service de soins infirmiers ☐
Kinésithérapeute ☐
Réseau ville ☐ Diététicienne ☐
Réseau hôpital ☐ Psychogériatrie ☐
Gériatre ☐

Autres : _____

Service de Gérontologie Clinique B - CHR METZ–THIONVILLE 1 / 6

Hospitalisation précédente : NON ☐ OUI ☐

Service de Gériatrie ☐
Service de Médecine polyvalente ☐
Service de Médecine spécialisée ☐
Service de Chirurgie ☐
Passage au SAU ☐
Convalescence ☐
Autre : _____

Motif d'envoi à l'hôpital

Rupture de maintien à domicile ☐
Malaise ☐
Altération de l'état général ☐
Bilan ☐
Traumatisme ☐
Affection médicale ☐
Douleur ☐
Troubles de la marche ☐
Autres ☐ → Précisez : _____

Par qui ? → Médecin ☐ Infirmière ☐

Aidants/Voisin ☐
Appels au Numéro de Secours ☐
La personne elle-même ☐

Autres Professionnels ☐
: _____

Renseignements fournis

Par Personne accompagnante ☐
Par Lettre de médecin ☐ (à fournir après anonymisation et N° d'inclusion)
Par Secours ☐

Traitement ☐
Antécédents ☐
Pathologies ☐
Circonstances de l'évènement ☐
Mode de vie ☐
Histoire de vie récente ☐
Autres ☐ : _____

_____

Diagnostic ou orientation diagnostique au SAU

Aggravation d'une pathologie chronique ☐
Rupture de maintien à domicile ☐
Adaptation traitement ☐
Problème social autre ☐

} ***Préciser : voir feuille motif de rupture du maintien à domicile***

Affection traumatologique ☐
Nouvelle affection médicale ☐
Affection ayant déjà décompensée dans le mois ☐

Diagnostic ou orientation diagnostique :

_____

_____

_____

Motifs de rupture du maintien à domicile

Temporaire OUI ☐ NON ☐ NE SAIT PAS ☐

Possibilité de retour à domicile OUI ☐ NON ☐ NE SAIT PAS ☐

Plusieurs réponses possibles

Médical

MU1 ☐ Pathologies justifiant suivi quotidien
MU2 ☐ Etat clinique inadapté au maintien à domicile avec risque vital
MU3 ☐ Décompensations fréquentes de pathologies chroniques
MU4 ☐ Soins palliatifs ou fin de vie
MU5 ☐ Pathologie aigue justifiant une prise en charge hospitalière
MU6 ☐ Grabataire
MU7 ☐ Déclin récent inférieur à 1 mois
MU8 ☐ Absence de médecin
MU9 ☐ Douleur

Social

SU1 ☐ Epuisement de l'aidant
SU2 ☐ Pathologie transitoire de l'aidant
SU3 ☐ Disparition de l'aidant
SU4 ☐ Isolement familial (pas de famille ou famille lointaine, ...)
SU5 ☐ Isolement géographique (campagne, lieu de vie isolé, ...)
SU6 ☐ Absence ou insuffisance de ressources financières
SU7 ☐ Absence ou insuffisance d'aide au domicile
SU8 ☐ Absence de logement
SU9 ☐ Logement inadapté à la personne âgée en général (insalubrité, chauffage, ...)
SU10 ☐ Logement inadapté aux pathologies de la personne âgée identifiée
SU11 ☐ Evolution sociale défavorable récente inférieure à 1 mois

Neuropsychiatrique

NU1 ☐ Démence d'Alzheimer sans troubles dyscomportementaux
NU2 ☐ Démence d'Alzheimer avec troubles dyscomportementaux
NU3 ☐ Autre démence sans troubles dyscomportementaux
NU4 ☐ Autre démence avec troubles du comportement
NU5 ☐ Troubles dyscomportementaux sans diagnostic établi de démence
NU6 ☐ Psychose chronique
NU7 ☐ Autre pathologie psychiatrique (dépression, mélancolie, anxiété, ...)
NU8 ☐ Déficit neuropsychocognitif récent inférieur à 1 mois

Refus ou incapacité

RU1 ☐ Refus du patient âgé
RU2 ☐ Incapacité physique du patient

RU3 ☐ Incapacité psychique
RU4 ☐ Incapacité cognitive

Autres AU(0-10) Définissez ce ou ces motifs (maltraitance supposée, ...)

_____

_____

_____

_____

Entretien avec l'aidant

Lien de parenté avec la personne âgée :

Depuis combien de temps prenez-vous en charge cette personne âgée ? :

Habitez-vous à proximité ? : OUI ☐ NON ☐ Temps de déplacement (en minutes) : ___

Sexe F / M Age :

Résumé de l'entretien : (horaires, fréquence, difficultés, typologie de l'aide, déroulement, affections personnelles, ...)

Devenir (+ 15 jours)

Devenir
- Domicile ☐
- Institution ☐
- Hospitalisation ☐
- Convalescence ☐
- Décédé ☐
- Autre ☐ → Préciser : _____

Majoration des aides NON ☐ OUI ☐ : _____

Majoration des aides

Plusieurs réponses possibles

Social	***Prévu***	***Mise en place***	
SP1	☐	☐	Renforcement des aides • toilette • aide–ménagère • portage de repas

- infirmière

SP2	☐	☐	Déménagement / adaptation de l'habitat
SP3	☐	☐	Majoration des éléments de soutien (lit, fauteuil, déambulateur, ...)
SP4	☐	☐	Transfert en EHPAD (anciennement maison de retraite)
SP5	☐	☐	Transfert en USLD (unité de soins de longue durée)
SP6	☐	☐	Soutien de l'aidant
SP7	☐	☐	Evaluation socio-économique

Médical

MP1	☐	☐	Suivi de pathologies / adaptation thérapeutique
MP2	☐	☐	Gestion de la douleur
MP3	☐	☐	Gestion des troubles du comportement
MP4	☐	☐	Hospitalisations réglées
MP5	☐	☐	Evaluation gériatrique du patient
MP6	☐	☐	Suivis spécialisés

- psychogériatrie
- gériatre
- autre réseau ou suivi

Prise en charge temporaire

PP1	☐	☐	Accueil de jour
PP2	☐	☐	Accueil de nuit
PP3	☐	☐	Hospitalisation en convalescence

Géronto-technologie

GP1	☐	☐	Téléalarme
GP2	☐	☐	Téléphonie
GP3	☐	☐	Vidéo-surveillance
GP4	☐	☐	Visio-conférence
GP5	☐	☐	Système d'écoute
GP6	☐	☐	Accès internet
GP7	☐	☐	Géo-localisation
GP8	☐	☐	Déambulateur intelligent
GP9	☐	☐	Autre :

_____

_____

Autres

AP1	☐	☐	_____
AP2	☐	☐	_____
AP3	☐	☐	_____
AP4	☐	☐	_____

Appel à l'équipe mobile gériatrique OUI ☐ NON ☐

Evénement prévisible OUI ☐ NON ☐

Critères d'alerte ou critères prédictifs d'une rupture de maintien à domicile

Compte tenu de l'analyse précédente, pouvez vous identifier des signes ou critères d'alertes qui auraient permis de prévoir une rupture de maintien à domicile ?

Médical

MC1 ☐ Décompensations fréquentes (>2) dans le mois précédent
MC2 ☐ Etat clinique devenu inadapté au maintien à domicile depuis 1 mois
MC3 ☐ Soins palliatifs ou fin de vie prévisible depuis 1 mois
MC4 ☐ Absence de médecin
MC5 ☐ Douleur chronique invalidante

Social

SC1 ☐ Epuisement depuis 1 mois au moins de l'aidant
SC2 ☐ Pathologie connue et invalidante de l'aidant
SC3 ☐ Disparition prévisible de l'aidant
SC4 ☐ Isolement familial ancien (pas de famille ou famille lointaine, ...)
SC5 ☐ Isolement géographique ancien (campagne, lieu de vie isolé, ...)
SC6 ☐ Absence ou insuffisance depuis au moins 1 mois de ressources financières
SC7 ☐ Absence ou insuffisance depuis au moins 1 mois d'aide au domicile
SC9 ☐ Logement inadapté à la personne âgée en général (insalubrité, chauffage, ...)
SC10 ☐ Logement inadapté aux pathologies de la personne âgée identifiée
SC11 ☐ Evolution sociale défavorable récente depuis au moins 1 mois

Neuropsychiatrique

NC1 ☐ Démence d'Alzheimer sévère ancienne sans aide ou soutien
NC2 ☐ Démence d'Alzheimer avec troubles dyscomportementaux gênant (> 1 mois)
NC3 ☐ Autre démence sévère ancienne sans aide ou soutien
NC4 ☐ Autre démence avec troubles du comportement gênants (> 1 mois)
NC5 ☐ Troubles dyscomportementaux gênants sans diagnostic établi de démence
NC6 ☐ Psychose chronique ancienne non stabilisée
NC7 ☐ Autre pathologie psychiatrique non stabilisée (dépression, mélancolie, anxiété, ...)
NC8 ☐ Déficit neuropsychocognitif très invalidant supérieur à 1 mois

Refus ou Autres

RC1 ☐ Refus permanent identifié du patient âgé
RC2 ☐ Appels multiples au Système d'urgence (CRRA 15)
RC3 ☐ Hospitalisations fréquentes (au moins 3 dans les 6 derniers mois)
RC4 ☐ Appels multiples au médecin / IDE traitant
RC5 ☐ Appels multiples à l'Aide Sociale ou aidants

Autres *(préciser)*

AC1 ☐
AC2 ☐
AC3 ☐
AC4 ☐
AC5 ☐

ANNEXE 4 : SSIAD LORRAINE

Meurthe-et-Moselle (54)

- **S.S.I.A.D. DE L'ASSOCIATION GARDE** - 54000 NANCY
- **S.S.I.A.D. CONGREGATION SOEURS DE ST CHARLES** - 54000 NANCY
- **S.S.I.A.D. DE L'OHS** - 54022 NANCY
- **S.S.I.A.D. DES 4 CANTONS (A.D.M.R.)** - 54120 BACCARAT
- **S.S.I.A.D. DEPENDANT DU GIP BIEN VIEILLIR EN PAYS DE COLOMBEY** - 54170 COLOMBEY LES BELLES
- **S.S.I.A.D. ASSOCIATION TOULOIS NORD FAMILIAL** - 54200 ROYAUMEIX
- **S.S.I.A.D. POUR PERSONNES AGEES CH TOUL** - 54200 TOUL
- **SERVICE SOINS A DOM POUR P.A. CH DE ST NICOLAS DE PORT** - 54210 ST NICOLAS DE PORT
- **S.S.I.A.D. DE L'AH ST ELOI** - 54230 NEUVES MAISONS
- **S.S.I.A.D. DEPT DE LA CARMI EST** - 54240 JOEUF
- **S.S.I.A.D. DE L'ASSOCIATION SANTE ORNE SERVICES** - 54240 JOEUF
- **S.S.I.A.D. DE L'ASSOCIATION AVAD** - 54280 SEICHAMPS
- **S.S.I.A.D. DE LA MR DE VEZELISE** - 54330 VEZELISE
- **S.S.I.A.D. HLI POMPEY-LAY ST CHRISTOPHE** - 54340 POMPEY
- **S.S.I.A.D. A MT ST MARTIN (ALPHA SANTE)** - 54350 MONT ST MARTIN
- **S.S.I.A.D. DES 3 RIVIERES A.D.M.R.** - 54360 BLAINVILLE SUR L EAU
- **S.S.I.A.D. DES ETANGS A.D.M.R.** - 54370 EINVILLE AU JARD
- **S.S.I.A.D. DU GIHP** - 54500 VANDOEUVRE LES NANCY
- **S.S.I.A.D. DE L'ALSAD** - 54600 VILLERS LES NANCY
- **S.S.I.A.D. DU VAL DE LORRAINE** - 54700 LES PONT-À-MOUSSON
- **S.S.I.A.D. DE L'ASAPA** - 54740 HAROUE
- **S.S.I.A.D. PR P.A. RATTACHEE A LA MR DE FAULX** - 54760 FAULX
- **S.S.I.A.D. - CIAS DU JARNISY** - 54802 JARNY

Meuse (55)

- **S.S.I.A.D. DE BAR LE DUC** - 55000 BAR LE DUC
- **S.S.I.A.D. DE VERDUN** - 55107 VERDUN
- **S.S.I.A.D. DES 3 CANTONS DUN SUR MEUSE** - 55110 DUN SUR MEUSE
- **S.S.I.A.D. DE GONDRECOURT** - 55130 GONDRECOURT LE CHATEAU
- **S.S.I.A.D. DE VAUCOULEURS** - 55140 VAUCOULEURS
- **S.S.I.A.D. D'HANNONVILLE/FRESNES** - 55160 FRESNES EN WOEVRE
- **S.S.I.A.D.** - 55170 ANCERVILLE
- **S.S.I.A.D.** - 55205 COMMERCY
- **S.S.I.A.D. DE SPINCOURT** - 55230 SPINCOURT
- **S.S.I.A.D. DE ST MIHIEL** - 55300 ST MIHIEL
- **S.S.I.A.D. DES MONTHAIRONS** - 55320 DIEUE SUR MEUSE
- **S.S.I.A.D. DE LIGNY EN BARROIS** - 55500 LIGNY EN BARROIS
- **S.S.I.A.D. DE MONTMEDY** - 55600 MONTMEDY
- **S.S.I.A.D. DE REVIGNY SUR ORNAIN** - 55800 REVIGNY SUR ORNAIN

Moselle (57)

- **S.S.I.A.D. AFAD** - 57000 METZ
- **S.S.I.A.D. DE METZ / ARS SUR MOSELLE** - 57000 METZ
- **S.S.I.A.D. SAINTE BLANDINE** - 57045 METZ
- **S.S.I.A.D. DE LA FENSCH "FLORANGE"** - 57100 THIONVILLE
- **S.S.I.A.D. DE CATTENOM** - 57100 THIONVILLE

- **S.S.I.A.D. CLINIQUE STE ELISABETH** - 57106 THIONVILLE
- **S.S.I.A.D. DE ROMBAS** - 57120 ROMBAS
- **S.S.I.A.D. POUR PERSONNES AGEES** - 57150 CREUTZWALD
- **AMAPA - SSIAD** - 57170 CHATEAU SALINS
- **S.S.I.A.D. DE SARREGUEMINES** - 57200 SARREGUEMINES
- **S.S.I.A.D. POUR PERSONNES AGEES BOULAY - BOUZONVILLE** - 57220 BOULAY
- **S.S.I.A.D. DE BITCHE** - 57230 BITCHE
- **S.S.I.A.D. DE MOYEUVRE GRANDE** - 57250 MOYEUVRE GRANDE
- **S.S.I.A.D. POUR PERSONNES AGEES** - 57260 DIEUZE
- **S.S.I.A.D. DE GUENANGE** - 57310 GUENANGE
- **S.S.I.A.D. DE STIRING WENDEL** - 57351 STIRING WENDEL
- **S.S.I.A.D. DE SARREBOURG** - 57400 SARREBOURG
- **S.S.I.A.D. DE FONTOY** - 57440 ALGRANGE
- **S.S.I.A.D. SECT AUDUN LE ROMAN (DEPT 54)** - 57440 ALGRANGE
- **S.S.I.A.D. DE SAINT AVOLD** - 57500 ST AVOLD
- **S.S.I.A.D. DE COURCELLES CHAUSSY/SOLGNE** - 57530 COURCELLES CHAUSSY
- **S.S.I.A.D. DE FORBACH HOSPITALOR** - 57612 FORBACH
- **S.S.I.A.D. POUR PERSONNES AGEES** - 57630 VIC SUR SEILLE
- **S.S.I.A.D. POUR PERSONNES AGEES** - 57670 ALBESTROFF
- **S.S.I.A.D. DE CREHANGE** - 57690 CREHANGE
- **S.S.I.A.D. DE FREYMING MERLEBACH** - 57800 FREYMING MERLEBACH
- **S.S.I.A.D. DE LA VALLE DE LA BIEVRE** - 57870 TROISFONTAINES
- **S.S.I.A.D. DE MONTIGNY LES METZ** - 57951 MONTIGNY LES METZ
- **S.S.I.A.D. POUR PERSONNES AGEES DE YUTZ** - 57970 YUTZ

Vosges (88)

- **S.S.I.A.D. DU C.C.A.S. D'EPINAL** - 88000 EPINAL
- **S.S.I.A.D. EPINAL EST-OUEST XE** - 88000 EPINAL
- **S.S.I.A.D. DU C.C.A.S. DE ST DIE DES** - 88100 ST DIE DES VOSGES
- **S.S.I.A.D. RATTACHE A HL DE RAON** - 88110 RAON L ETAPE
- **S.S.I.A.D. CONTREX MIRECOURT** - 88140 CONTREXEVILLE
- **S.S.I.A.D. HAUTE MOSELLE A LE THILL** - 88160 LE THILLOT
- **S.S.I.A.D. DES CANTONS DE REMIREMONT ET PLOMBIERES LES BAINS** - 88200 ST NABORD
- **S.S.I.A.D. RATTACHE A HL SENONES** - 88210 SENONES
- **S.S.I.A.D. RATTACHE HL FRAIZE** - 88230 FRAIZE
- **S.S.I.A.D. RATTACHE A E.H.P.A.D. DE LA BRESSE** - 88250 LA BRESSE
- **S.S.I.A.D. INFIRMIERS HL DARNEY** - 88260 DARNEY
- **S.S.I.A.D. RATTACHE A E.H.P.A.D. SAULXUR** - 88290 SAULXURES SUR MOSELOTTE
- **S.S.I.A.D. CH NEUFCHATEAU** - 88300 NEUFCHATEAU
- **S.S.I.A.D. RATTACHE HL LAMARCHE** - 88320 LAMARCHE
- **S.S.I.A.D. DE CHATEL SUR MOSELLE** - 88330 CHATEL SUR MOSELLE
- **S.S.I.A.D. CH GERARDMER** - 88400 GERARDMER
- **S.S.I.A.D. DU BASSIN DE LA MOYENNE MOSELLE - VINCEY** - 88450 VINCEY
- **S.S.I.A.D. DE MIRECOURT** - 88500 MIRECOURT
- **S.S.I.A.D. DE L'HOPITAL DE BRUYERES** - 88600 BRUYERES
- **S.S.I.A.D. HL DE RAMBERVILLERS** - 88700 RAMBERVILLERS

ANNEXE 5 : RESEAUX GERONTOLOGIQUES LORRAINS

ANNUAIRE DES 13 RESEAUX GERONTOLOGIQUES LORRAINS

Dernière mise à jour : 1 avril 2014

MEURTHE ET MOSELLE

NOM DU RESEAU	TERRITOIRE D'INTERVENTION	COORDONNEES	PERMANENCE D'ACCUEIL TELEPHONIQUE	PRESIDENT DE L'ASSOCIATION	EQUIPE OPERATIONNELLE	EQUIPES PROJET
Domi Réseau ***Longwy***	**PAIS / CLIC de Longwy**	4 rue Alfred Labbé 54350 MONT SAINT MARTIN Tel. 03.82.89.85.85 Fax 03.82.89.85.86	Lundi au vendredi 8h30 à 12h00 13h00 à 17h00	M. Alain CASONI - acasoni@mairie-villerupt.fr	- **Médecin coordonnateur :** Madame le Dr Marie-Laure JOLIVALD - mpjolivald.domireseau@gmail.com - **Infirmière** : Mme Séverine BLANCHETTE - sblanchette.domireseau@gmail.com - **Ergothérapeute** : Mlle Caroline WEILLER - cweiller.domireseau@gmail.com - **Secrétaire** : Mme Laure SCHNEIDER - lschneider.domireseau@gmail.com	**Référents du groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains :** Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr / Mme Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr
Gérard Cuny ***Nancy***	**Grand Nancy**	Immeuble Joffre St Thiébaut 13 / 15 boulevard Joffre « J » 54000 NANCY Tel. 03 83 45 84 90 Fax 03 83 45 84 89 www.reseau-gerard-cuny.com	Lundi au vendredi 8h00 à 17h30	Mme le Dr Marie Yvonne GEORGE - my.george@saint-charles.fr	- **Médecin coordonnateur** : Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr - **Médecins adjoints :** Mme le Dr Christine BEAUDART – c.beaudart@reseaugcuny.fr / Mme le Dr Françoise ORSINI – f.orsini@reseaugcuny.fr - **Infirmière coordinatrice :** Mme Manuela DANTE – m.dante@reseaugcuny.fr - **Secrétaires :** Mme Joséphine LO RE - secretariat@reseaugcuny.fr, Mme Sandrine ROUF – s.rouf@reseaugcuny.fr - **Chef de projets :** Mlle Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr	**Référents du groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains :** Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr / Mme Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr
Maill'âge ***Joeuf / Briey***	**PAIS / CLIC de Briey**	1 rue du Maréchal Lyautey (3ème étage) - 54150 BRIEY Tel. 09 81 89 33 23 Fax 03 82 20 80 19	Lundi au vendredi 8h30 à 12h30 13H00 0 17H00	M. MARIUZZO	- **Infirmière coordinatrice** : Mlle Christine MASCIULLI - idecmaillage@gmail.com - **Secrétaire** : Mlle Aurélie FRANTZ - secmaillage@gmail.com - **Ergothérapeute, psychologue, diététicienne,** équipe mobile de liaison gériatrique de Briey : vacations	**Référents du groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains :** Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr / Mme Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr
Resapeg ***Toul***	**4 cantons du PAIS / CLIC Terres de Lorraine : Domèvre en Haye, Toul Nord, Toul sud, Colombey les Belles**	Centre Hospitalier Saint Charles 1 cours Raymond Poincaré 54200 TOUL Tel. : 03 83 62 22 21 – 06 11 63 23 96 Fax : 03 83 62 22 20	Lundi au vendredi 9h00 à 12h00 au 03 83 62 22 21 8h00 à 18h00 au 06 11 63 23 96 Un samedi / mois 9h00 à 12h00 au 06 11 63 23 96	Mme Corinne Toulemonde – c.toulemonde@ch-toul.fr	- **Médecin coordonnateur** : Mme le Dr Marie-Claire TROTZIER – resapeg@ch-toul.fr - **Infirmière coordinatrice** : Mme Véronique ZABEE - **Secrétaire** : Mme Ludivine MATHIEU	**Référents du groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains :** Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr / Mme Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr

1

MEURTHE ET MOSELLE (SUITE)

NOM DU RESEAU	TERRITOIRE D'INTERVENTION	COORDONNEES	PERMANENCE D'ACCUEIL TELEPHONIQUE	PRESIDENT DE L'ASSOCIATION	EQUIPE OPERATIONNELLE	EQUIPES PROJET
Réseaulu ***Lunéville*** RESEAULU	**PAIS/CLIC du Lunévillois**	Maison des réseaux 14 rue de Sarrebourg 54300 LUNEVILLE Tel. 03 83 74 38 91 Fax 03 83 73 69 76 www.reseaulu.com	Lundi au vendredi 8h30 à 17h00	Mme le Dr Catherine COLLARD - ccollard@ch-luneville.fr	- **Médecin coordonnateur** : Mme le Dr Aline KUTA - reseaulu@yahoo.fr - **Infirmières :** Mme Virginie BLANCHETETE, Mme Aurélie MARCHAL - **Ergothérapeute :** Melle Line CHIARAVALLI - **Secrétaire :** Mme Christine CHERRIER	**Référents du groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains :** Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr / Mme Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr
Val de Lorraine ***Pont à Mousson***	**PAIS/CLIC du Val de Lorraine**	Centre d'Affaires Blénod Vista Route de Maidières 54 700 BLENOD LES PONT A MOUSSON Tel. 03 83 83 18 43 Fax 03 83 80 88 17	Lundi au vendredi 9h00 à 12h30 (sauf le mardi de 13h30 à 17h00)	M. Bernard JAMBOIS bjambois@wanadoo.fr	- **Médecin coordonnateur** : Mme le Dr Fabienne DURANTAY - docteur.rgvl@orange.fr - **Infirmière** : Mme Alice LESNIAK - infirmiere.rgvl@orange.fr - **Secrétaire** : Mme Angélique COUILLARD - secretariat.rgvl@orange.fr - **Ergothérapeute, diététicienne et assistante sociale** de l'équipe de consultation gériatrique de Pompey : mises à disposition	**Référents du groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains :** Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr / Mme Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr
Vermois, Sel et Grand couronné ***St Nicolas de Port***	**Pays du Vermois, du Sel et du Grand couronné**	36 rue Charles Courtois 54210 SAINT NICOLAS DE PORT Tel. / Fax 03 83 36 63 71 www.grdcouronne-sel-vermois-saintois.com	Lundi au vendredi 8h30 à 12h15	M. le Dr Denis CRAUS - denis.craus@yahoo.fr	- **Infirmière coordinatrice :** Mme Sabine TRABAC - coordination.geronto@sante-lorraine.fr - **Assistante sociale :** Mme Anne-Blandine SCHWEIGER – geronto.social@sante-lorraine.fr - **Secrétaire :** Mme Ghislaine GROSJEAN - geronto.stnicolas@sante-lorraine.fr	**Référents du groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains :** Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr / Mme Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr

2

MEUSE

NOM DU RESEAU	TERRITOIRE D'INTERVENTION	COORDONNEES	PERMANENCE D'ACCUEIL TELEPHONIQUE	PRESIDENT DE L'ASSOCIATION	EQUIPE OPERATIONNELLE	EQUIPES PROJET
Réseau de Santé du Sud Meusien ***Bar le Duc*** Réseau de Santé du sud meusien	**Sud Meusien**	1 bd d'Argonne BP 40 223 55005 BAR LE DUC Cedex Tel. 03 29 76 35 57 Fax 03 29 45 88 58 www.age-sante.com	Lundi, mardi, jeudi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 18h00 Mercredi et vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30	M. le Dr Laurent BERTAUX	- **Coordinatrice administrative** : Mme Marie-Laure CHATELARD - r2sm@sante-lorraine.fr - **Secrétaire** : Mme Mélanie LEGRAND – legrand.melanie@sante-lorraine.fr - **Infirmière coordinatrice :** Mme Nicole MASSINI – nicole.massini@sante-lorraine.fr - **Assistance sociale :** Mme Vanessa MACQUET – vanessa.macquet@sante-lorraine.fr - **Ergothérapeutes :** Mme Stéphanie LAMANT, Mme Coralie MARCHAND - **Psychologue :** Mme Claude RAVAILLE	**Référents du groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains :** Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr / Mme Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr

MOSELLE

NOM DU RESEAU	TERRITOIRE D'INTERVENTION	COORDONNEES	PERMANENCE D'ACCUEIL TELEPHONIQUE	PRESIDENT DE L'ASSOCIATION	EQUIPE OPERATIONNELLE	EQUIPES PROJET
GérontoNord ***Thionville*** Réseau Gérontologique de Gérontonord Moselle Nord	**Moselle Nord**	94, route de Guentrange Villa Roland 57100 THIONVILLE Tel. 03 82 82 72 57 Fax 03 82 86 26 72	Lundi au jeudi 9h00 à 12h00 13h00 à 17H00 Vendredi 13h00 à 17h00	M. le Dr Michel DUMAY - m.dumay@chr-metz-thionville.fr	- **Coordinatrice administrative** : Mme Sophie LAMPERT - direction@gerontonord.fr - **Médecin coordonnateur** : Dr Sonia ADRAR – medecin@gerontonord.fr - **Infirmières coordinatrices** : Mme Valérie STOKLOSA – emeg@gerontonord.fr, Mme Karine URSENBACH **–** medical@gerontonord.fr - **Ergothérapeute :** Mlle Carole FEY – ergo@gerontonord.fr - **Psychologue** : Mme Audrey ADORNATO **-** *vacations* - **Secrétaire** : Mme Marie-Claire LEONARD - accueil@gerontonord.fr	**Référents du groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains :** Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr / Mme Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr

Rege2M ***Metz*** REGE2M	**Metz et Metz campagne**	Résidence Sainte Marie 2 rue Vieilleville 57070 METZ Tel. 03 87 18 77 44 Fax 03 87 18 77 46 www.rege2m.com Plateforme d'accueil téléphonique : 0 365 900 135	Lundi au vendredi 9h00 à 17h00	Mme le Dr Sophie RETTEL – s.rettel@chr-metz-thionville.fr	- **Coordinatrice administrative** : Mme Sandra STARCK - coordinatrice@rege2m.com - **Médecins :** *vacations* - **Infirmière** : Mme Chantal ROUYER et Mme Françoise MANGENOT - infirmiere@rege2m.com - **Secrétaires** : Mme Raymonde SITTLER, Mme Claudine SPAETER - secretariat@rege2m.com	**Référents du groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains :** Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr / Mme Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr
Pôle gérontologique du RESAMEST ***Freyming Merlebach*** Réseau Gérontologique de Moselle Est	**Moselle Est**	Bat C 2ème étage Hôpital de Freyming-Merlebach 2, rue de France 57800 FREYMING-MERLEBACH Tel. 03.87.29.21.43 06.98.77.46.15 Fax 03.87.81.46.53	Lundi au vendredi 8h30 à 16h30	Président : Pr Francis RAPHAEL raphael.fr@infonie.fr Vice présidente – référente du pôle gérontologique : Mme le Dr Anne-Marie BAUER QUIRIN – anne.marie.bauer.quirin@unisante.fr	- **Coordonnateur du réseau RESAMEST** : M. Mathiam MBENGUE – amelucta@wanadoo.fr - **Coordinatrice des pôles :** Mme Pierrette ANDRES contactgeronto@resamest.fr - **Infirmière** : Mme Evelyne MARCK - **Ergothérapeutes** : M. Jonathan GIGLIA, Mlle Stéphanie LIS - **Psychologue** : Mme Anne LANCELOT - **Secrétaire** : Mme Elisabeth GANSTER	**Référents du groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains :** Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr / Mme Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr
REGESA ***Dieuze*** REGESA	**Saulnois (= arrondissement de Château-Salins) et cantons de Sarralbe et de Grostenquin**	CH Saint-Jacques 21, route de Loudrefing 57260 DIEUZE Tel. 03 87 05 02 99 Fax 03 87 05 80 44 www.regesa.fr	Lundi au vendredi 8h00 à 16h00	M. le Dr Christophe PRZYCHOCKI – christophe.przychocki@orange.fr	- **Coordinatrice administrative** : Mme Corinne KREMER - regesa@hopital-dieuze.fr - **Infirmières** : Mme Elise LLAGOSTERA, Mme Christine SCHMITT-SCHEIBER - **Secrétaire** : Mme Sabine MIELCAREK	**Référents du groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains :** Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr / Mme Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr
RGPS ***Sarrebourg*** Réseau de Santé du Pays de Sarrebourg	**Pays de Sarrebourg**	Espace Peguy Avenue Clémenceau 57400 SARREBOURG Tel. 03 87 25 36 63 Fax 03 87 03 80 31	Lundi au vendredi 8h30 à 12h00 13h30 à 17h00	M. Patrick FLORANT - p.florant@wanadoo.fr	- **Coordinatrice administrative** : Mme Denise SCHMITT – reseaugps@mairie-sarrebourg.fr - **Médecins coordonnateurs** : M. le Dr Jean-Marc WEBER, M. le Dr Patrick FOS, M. le Dr Eric DELSOL - **Infirmiers** : Mme Marie-Odile NISSE, M. Bernard HERMAL - **Psychologue** : Mme Gabriel DELESSE - **Diététicienne** : Mme Christina LALLEMANT - **Secrétaire** : Mlle Bérengère DUPUIS - **Ergothérapeute :** Adeline WELLER	**Référents du groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains :** Mme le Dr Eliane ABRAHAM - docteur@reseaugcuny.fr / Mme Fanny MENGEL - projet.reseaugcuny@orange.fr

Contacts pour la mise à jour régulière de l'annuaire : les référents du groupe « Réseaux » du CGL :
Mme le Dr Eliane ABRAHAM : 03 83 45 84 90 – docteur@reseaugcuny.fr
Mme Fanny MENGEL: 03 83 45 84 90 – projet.reseaugcuny@orange.fr

ANNEXE 6 : MAIA DE LORRAINE

Conseil Général de Meurthe et Moselle : MAIA Nancy

CLIC Longwy : MAIA Meurthe-et-Moselle Nord

Conseil Général de Moselle : MAIA Metz

Conseil Général des Vosges : 2 MAIA

- ***Vosges-Est***
- ***Vosges-Ouest***

Pas de MAIA en Meuse

ANNEXE 7 : SERVICE PRESTATAIRE D'AIDE A DOMICILE

Meurthe-et-Moselle (54)

- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE NANCY** - 54000 NANCY
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE L'ASSOCIATION GARDE** - 54052 NANCY
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE L'ASSOCIATION ADAPA NANCY** - 54052 NANCY
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE ROSIERES AUX SALINES** - 54110 ROSIERES AUX SALINES
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE VARANGEVILLE** - 54110 VARANGEVILLE
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE TANTONVILLE** - 54116 TANTONVILLE
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE BACCARAT** - 54120 BACCARAT
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE BRIEY** - 54150 BRIEY
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE BRIEY** - 54150 BRIEY
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE ALLAIN** - 54170 ALLAIN
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE TOUL** - 54200 TOUL
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE NEUVES MAISONS** - 54230 NEUVES MAISONS
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE L'ASSOCIATION ASSAD** - 54270 ESSEY LES NANCY
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE CHAMPENOUX** - 54280 CHAMPENOUX
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES (AVAD)** - 54280 SEICHAMPS
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE BAYON** - 54290 BAYON
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE LUNEVILLE** - 54300 LUNEVILLE
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE VEZELISE** - 54330 VEZELISE
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE BLAINVILLE SUR L EAU** - 54360 BLAINVILLE SUR L EAU
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE EINVILLE AU JARD** - 54370 EINVILLE AU JARD
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE DIEULOUARD** - 54380 DIEULOUARD
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE LONGWY** - 54400 LONGWY
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE LONGWY** - 54414 LONGWY
- **SAD ADAPH NORD 54** - 54414 LONGWY
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE BLAMONT** - 54450 BLAMONT
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE OGEVILLER** - 54450 OGEVILLER
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES L'ESPRIT TRANQUILLE-PROXIM'SERVICE** - 54520 LAXOU
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE BADONVILLER** - 54540 BADONVILLER
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES (ASSOCIATION VILLE ET SERVICES)** - 54600 VILLERS LES NANCY
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE NOMENY** - 54610 NOMENY
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE CUSTINES** - 54670 CUSTINES
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE PONT A MOUSSON** - 54700 PONT A MOUSSON
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE GERBEVILLER** - 54830 GERBEVILLER
- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DE ST CLEMENT** - 54950 ST CLEMENT

Meuse (55)

- **A.D.M.R. LES GLODINETTES** - 55000 LISLE EN RIGAULT
- **ASSOCIATION ADAPAH UNA** - 55000 BAR LE DUC
- **A.D.M.R. DU VERDUNOIS** - 55100 VERDUN
- **A.D.M.R. DES VALLONS BOISES** - 55100 BRAS SUR MEUSE
- **A.D.M.R. DE DUN SUR MEUSE** - 55110 DOULCON
- **A.D.M.R. DE CLERMONT EN ARGONNE** - 55120 CLERMONT EN ARGONNE
- **A.D.M.R. LES MOULINS** - 55120 NIXEVILLE BLERCOURT
- **A.D.M.R. TROIS VALLEES** - 55130 TREVERAY
- **A.D.M.R. DE GONDRECOURT** - 55130 GONDRECOURT LE CHATEAU
- **A.D.M.R. DE VAUCOULEURS** - 55140 VAUCOULEURS

- **A.D.M.R. VALLEE DU LOISON** - 55150 DAMVILLERS
- **A.D.M.R. DE FRESNES EN WOEVRE** - 55160 FRESNES EN WOEVRE
- **A.D.M.R. D'ANCERVILLE** - 55170 ANCERVILLE
- **A.D.M.R. LES CINQ PONTS** - 55170 RUPT AUX NONAINS
- **A.D.M.R. DE COUSANCES** - 55170 COUSANCES LES FORGES
- **A.D.M.R. DE VOID** - 55190 VOID VACON
- **A.D.M.R. DU CANTON DE COMMERCY** - 55200 COMMERCY
- **A.D.M.R. DE VIGNEULLES** - 55210 VIGNEULLES HATTONCHATEL
- **A.D.M.R. PAYS DE SPINCOURT** - 55230 SPINCOURT
- **A.D.M.R. DE REMBERVAL** - 55250 REMBERCOURT SOMMAISNE
- **A.D.M.R. SUD ARGONNE** - 55250 SEUIL D ARGONNE
- **A.D.M.R. VALLEE DE L'AIRE** - 55260 PIERREFITTE SUR AIRE
- **A.D.M.R. OUEST- ARGONNE** - 55270 MONTFAUCON D ARGONNE
- **A.D.M.R. DE VARENNES EN ARGONNE** - 55270 VARENNES EN ARGONNE
- **A.D.M.R. PETITE WOEVRE** - 55300 BUXIERES SOUS LES COTES
- **A.D.M.R. LE PONT DES ARTS** - 55300 SAMPIGNY
- **A.D.M.R. LACROISEE DES 16** - 55300 LACROIX SUR MEUSE
- **A.D.M.R. DE TRONVILLE** - 55310 TRONVILLE EN BARROIS
- **A.D.M.R. VAL DE MEUSE ET PLATEAU DE SOUILLY** - 55320 LES MONTHAIRONS
- **A.D.M.R. VALLEE DE L'ORNE** - 55400 ETAIN
- **A.D.M.R. LES MINIERES** - 55500 DAMMARIE SUR SAULX
- **A.D.M.R. DE MONTMEDY** - 55600 MONTMEDY
- **A.D.M.R. DE REVIGNY** - 55800 REVIGNY SUR ORNAIN
- **SERVICE A DOMICILE A.M.F. 55** - 55840 THIERVILLE SUR MEUSE

Moselle (57)

- **SERVICE A DOMICILE AMEVA SERVICES** - 57000 METZ
- **SERVICE A DOMICILE ADM - LE DOMAINE** - 57000 METZ
- **SERVICE A DOMICILE SAPHA MOSELLE - ADHAP** - 57000 METZ
- **SERVICE A DOMICILE POUR PERSONNES AGEES** - 57000 METZ
- **SERVICE A DOMICILE "EMPLOIS FAMILIAUX DE MOSELLE"** - 57000 METZ
- **SERVICE A DOMICILE ALLIANCE AUTONOMIE** - 57000 METZ
- **SERVICE A DOMICILE - A.D.M.R. DU PAYS MESSIN** - 57000 METZ
- **SERVICE A DOMICILE "AMAPA"** - 57050 LE BAN ST MARTIN
- **SERVICE A DOMICILE HOME PRESENCE** - 57050 LONGEVILLE LES METZ
- **SERVICE A DOMICILE SOLUTIA METZ** - 57070 ST JULIEN LES METZ
- **SERVICE A DOMICILE AGE D'OR SERVICES** - 57075 METZ
- **SERVICE A DOMICILE AGE D'OR** - 57100 THIONVILLE
- **SERVICE A DOMICILE THERAS SANTE** - 57100 THIONVILLE
- **ASSOCIATION FAMILIALE D'AIDE A DOMICILE (AFAD)** - 57100 THIONVILLE
- **SERVICE A DOMICILE - A.D.M.R. DU PAYS DE L'ORNE** - 57120 ROMBAS
- **SERVICE A DOMICILE "A DOMICILE 57"** - 57140 WOIPPY
- **SERVICE A DOMICILE "LOR-APAH" RESEAU COVIVA** - 57160 MOULINS LES METZ
- **SERVICE A DOMICILE - FENSCH PORTES DE FRANCE** - 57190 FLORANGE
- **SERVICE A DOMICILE "A DOMICILE 57"** - 57190 FLORANGE
- **SERVICE A DOMICILE "A VOTRE SERVICE"** - 57200 SARREGUEMINES
- **SERVICE A DOMICILE "A DOMICILE 57"** - 57200 SARREGUEMINES
- **SERVICE A DOMICILE "ALL SERVICES"** - 57200 SARREGUEMINES
- **SERVICE A DOMICILE MESANGES BLEUES** - 57260 DIEUZE
- **SERVICE A DOMICILE "A DOMICILE 57"** - 57340 MORHANGE
- **SERVICE A DOMICILE AVD 57** - 57350 STIRING WENDEL
- **SERVICE A DOMICILE ADHAP** - 57390 AUDUN LE TICHE
- **SERVICE A DOMICILE LA SAGESSE - JUNIOR SENIOR** - 57400 SARREBOURG
- **SERVICE A DOMICILE "A DOMICILE 57"** - 57400 SARREBOURG
- **SERVICE A DOMICILE SARRE SERVICES** - 57400 SARREBOURG
- **SERVICE A DOMICILE FAMILLES RURALES** - 57420 SOLGNE

- **SERVICE D'AIDE AUX PERSONNES DU C.C.A.S. DE ST AVOLD** - 57500 ST AVOLD
- **SERVICE A DOMICILE "SERVICE PLUS"** - 57600 FORBACH
- **SERVICE A DOMICILE FONDATION BOMPARD** - 57680 NOVEANT SUR MOSELLE
- **SERVICE A DOMICILE "NET HOME"** - 57700 NEUFCHEF
- **SERVICE A DOMICILE ASP-PRO 57** - 57730 FOLSCHVILLER
- **SERVICE A DOMICILE SVQ** - 57800 FREYMING MERLEBACH
- **AAPA DU BHL** - 57803 FREYMING MERLEBACH
- **SERVICE A DOMICILE CARREFOUR MONTIGNIEN** - 57950 MONTIGNY LES METZ

ANNEXE 8 : CLIC LORRAINE

Meurthe-et-Moselle (54)

- **C.L.I.C. DE L'AGGLOMERATION NANCEIENNE** - 54000 NANCY
- **C.L.I.C. DE BRIEY** - 54150 BRIEY
- **C.L.I.C. DE TOUL** - 54200 TOUL
- **C.L.I.C. DE NANCY - GRANDE COURONNE NANCEIENNE** - 54210 ST NICOLAS DE PORT
- **C.L.I.C. DE LUNEVILLE** - 54300 LUNEVILLE
- **C.L.I.C. DE LONGWY** - 54400 LONGWY
- **C.L.I.C. DU VAL DE LORRAINE** - 54700 PONT A MOUSSON

Meuse (55)

- **C.L.I.C. DE BAR LE DUC - PL GERONTOLOGIQUE** - 55013 BAR LE DUC

Moselle (57)

- **C.L.I.C. AMAPA** - 57000 METZ
- **C.L.I.C. DU RESEAU GERONTOLOGIQUE DE MOSELLE NORD** - 57100 THIONVILLE
- **C.L.I.C. DE BITCHE ET SARREGUEMINES** - 57230 BITCHE
- **INTERASS. DES RETRAITES ET PERSONNES AGEES MORHANGE ET ENVIRONS** - 57340 MORHANGE
- **C.L.I.C. DE SARREBOURG** - 57400 SARREBOURG
- **ASSOCIATION DU 3EME AGE** - 57460 BEHREN LES FORBACH
- **RELAIS-SENIOR-INFORMATION, COORDINATION, ANIMATION** - 57530 COURCELLES CHAUSSY
- **C.L.I.C. DU SAULNOIS** - 57630 VIC SUR SEILLE

ANNEXE 9 : ASSOCIATION DE MALADES ET AIDE AUX AIDANTS

Association France Alzheimer et maladie apparentées

Association reconnue d'utilité publique, créée en 1985.

Rôles :

- soutien des familles de malades
- informe l'opinion et les Pouvoirs Publics
- contribue à la recherche et à la formation des bénévoles te des professionnels de santé

Numéro nationale : 0811 112 112
www.francealzheimer.org

Fondation Médéric Alzheimer

Association créée en 1999 par le groupe français de protection sociale Médéric.
Reconnue d'utilité publique.
Engagement :

- aides aux aidants
- met à disposition un annuaire national qui répertorie pour chaque département les différents dispositifs d'accompagnement et de prise en charge pour les patients et leurs aidants familiaux

www.fondation-mederic-alzheimer.org

Alzheimer Europe

Organisation non gouvernementale qui vise à améliorer les soins et les traitements des malades Alzheimer.

Offre des conseils pour les proches et des informations concernant les droits des malades.

Fondation Plan Alzheimer

Prévue par la mesure n°21 du Plan Alzheimer, créée dès fin juin 2008.

Son but est de coordonner la recherche française sur la maladie d'Alzheimer et d'attirer les meilleurs chercheurs sur certains projets.

AIDANTS

Association française des aidants

Elle milite pour la reconnaissance du rôle et de la place de tous les aidants dans la société, sans distinction liée à l'âge ou à la pathologie de la personne accompagnée.

Elle oriente et soutient les aidants, assure des formations sur les questions liées à l'accompagnement pour les proches et les équipes professionnelles.

Elle diffuse l'information, développe des partenariats et participe à la construction d'outils pour mieux appréhender les attentes et les besoins des aidants.

Avec nos proches

Communauté d'aidants qui épaulent par téléphone des aidants dans le besoin.

Offre une écoute bienveillante et un partage d'expérience.

Numéro unique 01 84 72 94 72.

ANNEXE 10 : SUIVI MEDICAL DES AIDANTS

Pour mettre en place des aides pour votre proche

- Soins infirmiers.
- Kinésithérapie, orthophonie.
- Ergothérapie, psychomotricité.
- Hébergement temporaire.
- Accueil de jour.
- Portage de repas.
- Garde de nuit.
- Relai de jour.

Pour vous assister et vous soulager
il vous conseillera de prendre contact avec les structures de proximité

- Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).
- Centre communal d'aide sociale (CCAS).
- Centre local d'information et de coordination pour les personnes âgées (CLIC).
- Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).
- Association départementale France Alzheimer.

Pour vous informer sur les aides financières
il vous orientera vers le conseil général

- Allocations personnalisée pour l'autonomie (APA).
- Aide sociale départementale.
- Maison Départementale des Personnes Handicapées. (MDPH).

Contacts utiles

Allo France Alzheimer
INFOS - SOUTIEN - CONSEILS - ECOUTE
0 811 112 112
(coût d'un appel local)
& Allo Alzheimer

France Alzheimer
www.francealzheimer.org

Plan Alzheimer
www.plan-alzheimer.gouv.fr

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
www.cnsa.fr

Centre Local d'Information et de Coordination
clic-info.personnes-agees.gouv.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
www.has-sante.fr

Janvier 2011

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels

Illustrations : Fabrice Mathé

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

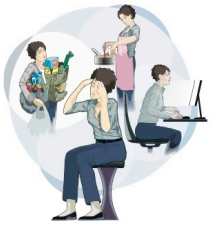
Vous accompagnez une personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée

FAITES LE POINT AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT AU COURS D'UNE CONSULTATION DES AIDANTS

ASSOCIATION FRANCE ALZHEIMER®
www.francealzheimer.org
Un malade, c'est toute une famille qui a besoin d'aide

Faites le point au cours d'une consultation des aidants.
Cette consultation est prise en charge par la sécurité sociale.

Accompagner un proche peut retentir sur votre santé, votre vie familiale, sociale ou professionnelle



Vous êtes surmenée ?

- ❑ vous mangez moins ou vous grignotez sans cesse ?
- ❑ vous dormez mal : vous n'arrivez plus à vous lever, vous craignez de vous coucher ?
- ❑ vous devenez irritable ?
- ❑ vous n'arrivez plus à prendre des décisions ?
- ❑ vous vous repliez sur vous même, vous ne voyez plus vos amis ?
- ❑ vous n'avez plus de temps pour vos activités habituelles ?
- ❑ vous vous sentez tendu(e), stressé(e) ?
- ❑ vous êtes fatigué(e), vous vous sentez épuisé(e) ?
- ❑ votre santé se dégrade ?

Une consultation médicale annuelle de l'aidant chez votre médecin traitant

- **Pour faire le point sur votre état de santé actuel** en particulier cardio vasculaire, nerveux, articulaire.
- **C'est aussi l'occasion d'échanger sur :**
  - votre santé physique ;
  - vos habitudes de vie : sorties, activités de détente, sport, etc. ;
  - vos consommations de tabac, de café, de thé, de boissons alcoolisées, etc. ;
  - vos médicaments : excitants, calmants, somnifères, fortifiants, etc. ;
  - vos émotions concernant l'état de votre proche.
- **C'est le moment de prendre le temps de planifier vos vaccinations et examens de dépistage** (mammographie, frottis, recherche de sang dans les selles etc.) et d'effectuer un bilan sanguin si nécessaire.

Pour vous soutenir

- **Vous faciliter la vie quotidienne en suivant une formation gratuite sur deux journées :**
  1. connaitre la maladie d'Alzheimer ;
  2. connaitre les aides ;
  3. accompagner au quotidien ;
  4. communiquer et rester en relation ;
  5. savoir prendre du répit.
- **Rejoindre un groupe de soutien local avec d'autres aidants pour échanger, parler de vos problèmes et partager les solutions :**
  - groupe de parole ;
  - bistrot ou café mémoire ;
  - cycle de soutien ;
  - halte répit ;
  - séjours vacances ;
  - etc.

- **Bénéficier d'un soutien individuel téléphonique ou par internet**
- **Bénéficier d'un soutien psychologique individuel ou en groupe**

Prendre soin de vous est aussi important pour vous-même que pour votre proche !

ANNEXE 11 : MINI ZARIT

Logo

réseau

Mini-Zarit

Nom et prénom de l'aidant : _____ Age de l'aidant : _____

Situation vis-à-vis de la personne âgée fragile : _____ Date : _____

Evaluateur : _____

Notation : 0 = jamais, ½ = parfois, 1 = souvent

	0	½	1
• **Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il** :			
o Des difficultés dans votre vie familiale ?	☐	☐	☐
o Des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?	☐	☐	☐
o Un retentissement sur votre santé (physique et / ou psychique) ?	☐	☐	☐
• **Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?**	☐	☐	☐
• **Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?**	☐	☐	☐
• **Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?**	☐	☐	☐
• **Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?**	☐	☐	☐

SCORE TOTAL : ____ / 7

Interprétation :

0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7

Fardeau absent ou léger — **Fardeau léger à modéré** — **Fardeau modéré à sévère** — **Fardeau sévère**

ANNEXE 12 : ESAD

NOS PARTENAIRES

- Les SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile) du secteur d'intervention
- Le REGE2M (Réseau Gérontologique Metz/Metz Campagne)
- Les CLICs (Centres Locaux d'Information et de Coordination) du secteur d'intervention
- L'AFAD de Moselle

SECTEURS D'INTERVENTION

- Arrondissement de Metz Ville
- Arrondissement de Metz Campagne
- Cantons de Vigy, Pange, Verny et Delme

L'Association Fondation Bompard, c'est aussi :

- La Résidence Hygie à Cuvry
  Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes atteintes de la maladie d'Alzheimer de 47 places
  Tél. 03 87 38 11 30
- La Maison de Clervant à Courcelles-Chaussy (57530)
  Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, de 68 places d'ici 2011 dont 14 places Alzheimer
  Tél. 03 87 64 20 20
- Des établissements d'accueil pour adultes handicapés (MAS, FAM, FAS, FAMPHV) à Novéant-sur-Moselle, Plappeville et Diarville (54)
  Tél. 03 87 69 99 70
- Un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile de la personne dépendante, intervenant sur Metz et environs
  Tél. 03 87 52 64 80
- Un Service de Soins Infirmiers A Domicile, intervenant sur les cantons de Pange, Vigy, Verny et Delme (sauf Marly)
  Tél. 03 87 64 10 14
- Un service de conseils et préconisations en aménagement du domicile et aides techniques – SMHD, en lien avec la MDPH
  Tél. 03 87 52 80 10

COORDONNEES

Bureau de l'ESAD localisé au sein de la Résidence Hygie (EHPAD Alzheimer)
1 allée du Haut Rozin – 57420 CUVRY

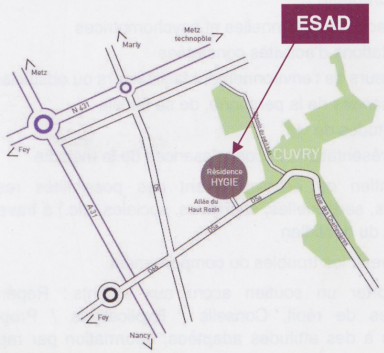
Contactez l'ergothérapeute au

Tél. 03 87 38 93 87

Fax. 03 87 57 03 36

esad@fondation-bompard.asso.fr

Présence du lundi au vendredi de 9h-12h et 13h-17h.
En cas d'absence de l'ergothérapeute, la secrétaire de la Résidence Hygie prend les messages. Le cas échéant, vous pouvez laisser un message sur le répondeur qui est relevé tous les jours.



Association Fondation Bompard

Siège social
25 rue du Château
57680 Novéant-sur-Moselle
Tél. 03 87 69 99 70
Fax : 03 87 69 99 72
contact@fondation-bompard.asso.fr
www.fondation-bompard.asso.fr

ESAD

Équipe Spécialisée Alzheimer à Domicile

Équipe spécialisée dans l'accompagnement à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

ESAD

1, allée du Haut Rozin
57420 CUVRY
Tél. 03 87 38 93 87
Fax : 03 87 57 03 36
esad@fondation-bompard.asso.fr

UNE ÉQUIPE SPÉCIALISÉE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER INTERVENANT À DOMICILE AUPRÈS DES MALADES ET DES AIDANTS

LE DISPOSITIF

Le gouvernement souhaite garantir le choix, le plus longtemps possible entre domicile et hébergement spécialisé. Pour cela, ce type d'équipe est mis en place.

Objectifs de l'ESAD :

- Maintenir ou améliorer la qualité de vie des patients et de leurs aidants.
- Répondre à une prestation « de soins, d'accompagnement et réhabilitation ».

LA PRESTATION DE REHABILITATION

Une prescription médicale est NECESSAIRE pour que l'ESAD puisse intervenir. Cette prescription faite soit par le médecin traitant, soit par un médecin spécialisé (neurologue, gériatre, etc.) doit comporter **la mention « Prise en charge en soins d'accompagnement et de réhabilitation pour patient atteint de la maladie d'Alzheimer pendant 15 séances »**.

Durée de la prise en charge :
15 séances à raison de 2 séances/semaine maximum (renouvelable éventuellement chaque année).

Coût de la prise en charge :
La prestation fournie par l'ESAD est prise en charge à 100% par l'assurance maladie. Aucun frais n'est à la charge du bénéficiaire.

MISSIONS DE L'ESAD

L'E.S.A.D doit répondre à l'objectif 3 du Plan Alzheimer 2008-2012 « Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile »

1) Evaluation précise des capacités restantes par l'ergothérapeute

- Capacités fonctionnelles et psychomotrices
- Limitations d'activités constatées
- Facteurs de l'environnement facilitateurs ou obstacles
- Demandes de la personne, de sa famille
- Habitudes de vie
- Représentations et connaissances de la maladie

2) Maintien ou développement des possibilités restantes (motrices, sensorielles, cognitives, sociales, etc.) à travers des activités du quotidien

3) Prévenir les troubles du comportement

4) Apporter un soutien accru aux aidants : Repérer les structures de répit, Conseils / Explications / Proposition relatives à des attitudes adaptées, Information par rapport à d'autres types de soutien.

MEMBRES DE L'ESAD

- Géraldine AZZI, ergothérapeute et référente de l'équipe,
- Brigitte FONTAINE, responsable du projet,
- Docteur Alain PAVEAU, médecin coordonnateur,
- Oxana FOGLIAZZA, secrétaire,
- Zahia ZAMOUM, aide-soignante,
- Julie BOILLOD, aide médico-psychologique.

L'AIDE AU MAINTIEN DE L'AUTONOMIE ET DES CAPACITES A COMMUNIQUER EST UNE PRIORITE

NOS INTERVENTIONS A DOMICILE

Suite à l'évaluation, nous allons proposer différentes activités adaptées à chaque personne pour :

- Favoriser l'autonomie au quotidien de la personne malade
- Accompagner les aidants dans leurs démarches

Activités du quotidien

- Activités liées aux soins personnels (toilette, habillage)
- Accompagner la préparation d'un repas, les tâches domestiques, etc.
- Solliciter et renforcer la mémoire automatique

Activités de stimulation cognitive

- Activités individuelles ou en groupe
- Ateliers mémoire, jeux de société, etc.

Activités liées à l'environnement de la personne

- Maintenir ou réintroduire des activités sociales (activités culturelles, courses, promenades, etc.)
- Réaménager le cadre de vie pour qu'il soit chaleureux, protecteur et sécurisé
- Développer des repères temporo-spatiaux

Activités ciblées sur les troubles du comportement

- Connaître l'histoire de vie
- Trouver des techniques non médicamenteuses pour les traiter (stimulation sensorielle, animaux familiers, etc.)

Pour plus d'information sur ces points, renseignez-vous auprès de l'ergothérapeute au

03 87 38 93 87

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

CONTEXTE : La prise en charge des personnes âgées dépendantes au domicile représente un enjeu socio économique majeur pour notre société.
OBJECTIF : L'objectif est d'étudier les facteurs précipitant la rupture de maintien à domicile de ces personnes âgées.
METHODE : L'étude est réalisée en deux étapes. La première étape étudie 30 dossiers de patients âgés de plus de 75 ans, GIR 1 et 2, admis au SAU et hospitalisés en médecine gériatrique. Les données ont été analysées à partir des dossiers médicaux et des entretiens avec les aidants. Cette étape a permis de mettre en évidence trois diagnostics principaux d'hospitalisation : besoin d'assistance et de soins d'hygiène, besoin d'assistance à domicile et état grabataire. Ces motifs d'hospitalisation ont été utilisés pour le recrutement de la population de la deuxième étape.
La deuxième étape est une étude rétrospective ayant permis d'inclure 101 dossiers.
RESULTATS : L'analyse a permis de définir les différentes situations responsables de rupture de maintien à domicile. D'un point de vue médical, les pathologies chroniques entrainant des décompensations fréquentes, ainsi que les troubles neurocognitifs représentent des facteurs précipitant cette rupture de maintien à domicile. D'un point de vue social, l'absence ou l'insuffisance d'aide sont les facteurs les plus retrouvés.
DISCUSSION : L'importance des aides à domicile, notamment de l'aidant principal, le rôle pivot du médecin traitant et une meilleure coordination des différents acteurs participant au maintien à domicile sont des mesures permettant l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées dépendantes.

TITRE EN ANGLAIS

The break of home care service for the dependent elderly.
Study conducted among 131 patients from the CHR Metz Thionville emergency department.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS : rupture de maintien à domicile, personnes âgées, dépendance

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex