



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>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

Par

Aurélie DRAPPIER-RICHERT

Le 27 février 2017

Impact de l'hébergement temporaire en
EHPAD après sortie d'hospitalisation sur
les aidants des personnes âgées
en risque de perte d'autonomie

Sous la direction de : Mme la Professeure Sophie SIEGRIST

Membres du jury :

Président :

Mme la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

Juges :

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

M. le Docteur Alexis HAUTEMANIERE

Mme la Professeure Sophie SIEGRIST

Mme le Docteur Eliane ABRAHAM

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseeurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER *Plan*

Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - 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
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - 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 - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

Professeur Jean-Claude MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise TOUATI

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteure Sophie SIEGRIST

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

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 Würzburg (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 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)

SERMENT

« **A**u 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 ».

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeur Christine PERRET-GUILLAUME, qui m'a fait l'honneur de présider ce jury. Je vous suis reconnaissante pour l'aide attentive que vous m'avez apportée pour cette thèse.

A Madame la Professeur Sophie SIEGRIST, de m'avoir fait confiance en acceptant de diriger cette thèse. Vos conseils, vos remarques et vos encouragements m'ont été d'une grande utilité. Vous m'avez aussi dispensé votre enseignement au département de médecine générale. Je vous exprime toute ma reconnaissance et tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Vous m'avez aussi dispensé votre enseignement au département de médecine générale. Pour tout cela, je vous exprime ma sincère reconnaissance ainsi que mon profond respect.

A Monsieur le docteur Alexis HAUTEMANIERE, pour votre disponibilité, votre écoute et vos conseils qui m'ont été d'une aide précieuse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect à votre égard.

A Madame la docteure Eliane ABRAHAM, pour votre gentillesse, votre disponibilité et votre bienveillance à mon égard. Merci de votre implication et de vos conseils dans la réalisation de cette thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon respect à votre égard.

Merci à toute l'équipe de la CTA pour leur aide précieuse et en particulier à Amina et Julie.

Merci également à messieurs Derozier et Malenfert pour l'obtention de statistiques des séjours hospitaliers.

Et merci à toutes les autres personnes qui ont participé à la réalisation de cette thèse.

A mes chefs de stage et aux différents services qui m'ont accueillie pour mes stages d'externat et d'internat. Cela a été un privilège d'apprendre la médecine à vos côtés.

Un merci tout particulier aux docteurs RIFF, MUNIER, VISAT-DUPUIS, SIEGRIST, BINTZ et NAUDE qui m'ont accueillie dans leur cabinet de médecine générale et fait aimer cette belle spécialité.

Merci aux docteurs HULLEN et JESSER de m'avoir fait découvrir la médecine de la douleur et l'HAD, votre regard bienveillant et votre empathie auprès des patients resteront pour moi un exemple.

Merci au docteur ONISKOFF Pascal, tu me fais confiance pour la reprise de ton cabinet et je t'en remercie.

A ma Famille :

A ma petite Emma pour tout le bonheur que tu m'apportes au quotidien. J'espère que tu auras, comme ta maman, une vie personnelle et professionnelle épanouissante.

A Paul, mon époux, et à ton formidable caractère, pour le bonheur que tu m'apportes chaque jour. Depuis notre rencontre il y a déjà 8 ans, nous avons parcouru beaucoup de chemin. Nous vivons et nous vivrons tout les deux encore de merveilleux moments avec notre Pouppy adorée et les autres enfants à venir... Merci de tout l'amour que tu m'apportes.

A ma mère, pour ton amour inconditionnel. Merci de m'avoir donné le goût d'apprendre et de m'avoir offert le squelette à monter et la collection de DVD « Il était une fois la vie » ! Merci de m'avoir tant soutenue tout au long de mes études médicales et en particulier en première année en m'apportant des feutres noirs la vieille du concours! Merci de me montrer qu'on peut être une épouse, une femme, une mère et avoir une vie professionnelle épanouissante. Merci tout simplement d'être là...

A Xavier, mon père de cœur, pour être toujours là quand j'en ai besoin. Merci de rendre ma mère si heureuse.

A ma sœur, pour ces bons moments et ces souvenirs d'enfance à tes côtés. Pour ces bons moments à venir. Obtiens vite ton master en finance, j'espère faire appel à toi bientôt !

A mes grands parents maternels, merci de vous être si bien occupés de nous quand nos parents partaient travailler. Merci de m'avoir offert ma première voiture.

A mes beaux parents, Véronique et Jean Luc, pour votre gentillesse à mon égard. Vous m'accueillez dans votre famille comme votre propre fille, merci.

A mon beau frère Louis, merci pour ton coup de pouce en anglais pour l'épreuve de deuxième année ! Tu es mon Ted Mosby préféré.

A ma famille pour leur soutien durant toutes ces années.

A ma belle famille pour ces bons moments passés à Mance. Merci en particulier à François, pour ton aide précieuse pour ce travail et ta personnalité hors norme.

A mes amis

A mes 3 meilleures amies médecins, Elodie, Marina et Claire, nous avons fait toute nos études ensemble, traversé les nombreuses heures de révision ensemble mais aussi fait beaucoup la fête. Nous avons et nous serons présentes pour le mariage de chacune d'entre nous et pour la suite... Merci de m'offrir une véritable amitié.

A mes autres amis, Julian, Yannick, Lucas, Marion et Anthony et tous les autres. Merci pour votre amitié.

Et à tous ceux que j'ai oublié.

Table des matières

Listes des abbréviations	Erreur ! Signet non défini.
---------------------------------------	------------------------------------

Première partie : Introduction	24
---	-----------

1. Le vieillissement de la population.....	24
---	-----------

a. Statistiques 2016.....	24
---------------------------	----

b. Projection.....	24
--------------------	----

2. La personne âgée et ses besoins en matière de santé.....	25
--	-----------

a. Définition	25
---------------------	----

i. La personne âgée	25
---------------------------	----

ii. La personne âgée dépendante	25
---------------------------------------	----

iii. La personne en risque de perte d'autonomie	27
---	----

b. Besoin en matière de santé	27
-------------------------------------	----

i. Le maintien au domicile	27
----------------------------------	----

ii. La prise en charge en structures de soins.....	29
--	----

1. Les soins en hospitalisation	29
---------------------------------------	----

2. L'hospitalisation à domicile (HAD)	29
---	----

3. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)	29
---	----

c. Quelques chiffres repères concernant le parcours des personnes âgées dans les filières de soins.....	30
---	----

i. Hospitalisation	30
--------------------------	----

ii. Réhospitalisation	31
-----------------------------	----

a. Définition	31
---------------------	----

b. Statistique	32
----------------------	----

3. Les aidants informels	34
a. Définition	34
b. Profil de l'aidé	35
c. Profil de l'aidant :	36
d. L'apport à la société	37
e. Les limites	37
f. Aidants et professionnels : le médecin généraliste	38
4. L'EHPAD temporaire	40
a. Définition	40
b. Statistiques	41
c. Intérêt	41
i. Pour le patient	41
ii. Pour l'aidant	42
5. Le dispositif PAERPA	43
a. Plan de santé publique	43
b. Le dispositif PAERPA	43
Deuxième partie : Matériels et méthodes	48
1. Type d'étude	48
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	49
3. Traitement des résultats	50
Troisième partie : Résultats	51
1. Effectif	51
2. Profil Patients :	52
3. Profil Aidants :	52
4. Retentissement sur l'aidant	54
5. Le dispositif PAERPA	54
a. Annonce du dispositif	54
b. Les aidants pendant le dispositif	63

c. Les aidants après le dispositif	65
d. L'aidant et sa vision de l'EHPAD	67
e. Parcours dans la filière de soins.....	70
i.Taux de réhospitalisation non programmée	70
ii.Taux d'entrée définitive en EHPAD	70
6. L'aidant et le médecin généraliste.....	71
Discussion	72
a. Effectif et échantillon:	72
i.Echantillonnage.....	72
ii.Effectif.....	73
iii.Taux de participation	74
b. Profils des aidés et des aidants.....	74
i.Profils des aidés : Les aidés sont majoritairement des femmes très âgées et ont un degrés de dépendance important.....	75
ii.Profil de l'aidant.....	77
iii.Types d'aides apportées par les aidants : les aidants sont très sollicités pour les activités de la vie quotidienne.....	80
iv.Retentissement sur les aidants	80
c. Les aidants et le médecin traitant.....	83
d. Le dispositif « hébergement temporaire » dans PAERPA : annonce et perception par les aidants	85
e. Le dispositif et l'aidé.....	89
i.Taux de réhospitalisation.....	89
ii.Taux d'entrée définitive en EHPAD	91
iii.Le retour à domicile	92
Conclusion et perspectives.....	93
ANNEXES.....	104

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CNEG : Collège National des Enseignants en Gériatrie

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FSH : Fiche de Sortie d'Hospitalisation

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HSA : Handicap-Santé auprès des Aidants de l'entourage (enquête)

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Soins

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement   Domicile

SGMAS : Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales

SMDPA : Service de Maintien à Domicile des Personnes Agées

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

Première partie : Introduction

1. Le vieillissement de la population

a. Statistiques 2016

Au premier janvier 2016, le vieillissement de la population française se poursuit. Les plus de 65 ans représentent 18,8% et les 75 ans et plus représentent près de 10% de la population.(1)

b. Projection

Les projections de population de l'INSEE montrent une poursuite du vieillissement de la population au fil des décennies. En 2060, la France pourrait compter 15,9% de personnes âgées de 65 à 75ans et 16,2% de personnes âgées de plus de 75 ans. Une personne sur trois devrait alors avoir plus de 60ans. Et on estime parallèlement le nombre de centenaires à 200 000. Le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; et celui des 85 ans et plus serait multiplié par plus de 4 (de 1,3 à 5,4 millions.)(2)

2. La personne âgée et ses besoins en matière de santé

a. Définition

i. La personne âgée

Selon la définition du Larousse, le vieillissement est « l'affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge. »

Il est difficile de trouver clairement un âge chiffré à partir duquel on parle de « personne âgée ». Auparavant l'OMS fixait cette limite à 65 ans mais dans son dernier rapport mondial sur le vieillissement de 2016, elle définit la personne âgée par « une personne dont l'âge a passé l'espérance de vie moyenne à la naissance ».(3) Ainsi, d'après cette définition, un homme né en 1950, serait « une personne âgée » à partir de 63,4 ans et une femme à partir de 69,2 ans mais pour une personne née en 2010, on obtiendrait respectivement 75,3 ans et 85,8 ans.

ii. La personne âgée dépendante

On le comprend bien, la valeur absolue de l'âge ne reflète pas pour autant l'état général de la personne. Il est possible d'être autonome et de n'avoir aucun problème de santé à 80 ans comme il est possible d'être dépendant à 60 ans. C'est la notion de

dépendance qui reflète le plus le vieillissement dans notre société. Or, il convient de dire que plus l'âge augmente et plus la personne a de risques de devenir malade et dépendante.

D'après le CNEG (Collège National des Enseignants en Gériatrie), la dépendance est « l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement ».(4) Ce niveau de dépendance est calculé à partir de la grille AGGIR (voir annexe 1) qui permet de définir le groupe iso ressources (GIR) (voir annexe 2) auquel appartient la personne âgée. Selon cette grille, les personnes âgées bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) selon leur degré de dépendance (pour les GIR 1 à 4).

En France, l'INSEE définit la personne âgée dépendante comme une « personne âgée de 60 ans et plus ayant « besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière » (cf loi du 20 juillet 2001 relative à l'APA) Il s'agit des personnes classées en GIR 1 à 4 selon la grille AGGIR d'évaluation des pertes d'autonomie. Au 1^{er} janvier 2013, en France métropolitaine, 1,25 million de personnes âgées sont dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie. À l'horizon 2060, selon le scénario intermédiaire des projections de dépendance, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions.(1) On peut imaginer que ces chiffres sont sous estimés puisqu'ils sous entendent que la personne ait été évaluée par la grille AGGIR.

iii. La personne en risque de perte d'autonomie

La notion de «personnes âgées en risque de perte d'autonomie» recouvre « l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et /ou social »(5).

b. Besoin en matière de santé

Les personnes âgées, en cas d'événement aigu ou par le fait de leur maladie chronique et de leur dépendance ont de nombreux besoins en matière de santé et d'accompagnement médico-social.

i. Le maintien au domicile

Le maintien au domicile de cette population est privilégié pour des raisons économiques mais c'est aussi le souhait des personnes âgées et de leur famille.(6)

D'après l'enquête Handicap-santé en ménage ordinaire, on estime à 3,6 millions le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans aidées à domicile soit 28% de cette classe d'âge.(7)(7) Ce maintien au domicile est permis grâce à des aides financées par l'état (APA, SSIAD...) , par les particuliers eux mêmes ou par une aide apportée par les aidants informels directement(aide de proches qui apportent une aide ménagère, une

aide administrative, un soutien moral...). Le nombre de personnes aidées augmente graduellement avec l'âge et plus de 50% des plus de 75 ans sont aidés. Selon les études, 60 à 80% de l'aide est apportée par les aidants informels.(7) (8)

Les organismes publics et privés d'aide à domicile des personnes âgées sont regroupés dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Leur régime juridique est modifié par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et sont désormais soumis aux mêmes règles de fonctionnement prévues dans un cahier des charges national publié en 2016. On retrouve :

- Les services à la personne : les particuliers emploient eux même ou par le biais d'une association du personnel au domicile, les déclarent et les paient en tant que salariés. Cela ouvre droit à des avantages fiscaux et sociaux (APA).
- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui permettent de dispenser des soins à domicile (soins techniques infirmiers et soins de nursing). Ils peuvent éviter des hospitalisations.
- Les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) : ils apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes prises en charge.

ii. La prise en charge en structures de soins

1. Les soins en hospitalisation

Les soins en hospitalisation comprennent les services de médecine, de chirurgie, de psychiatrie et les soins de suite et réadaptation (SSR).

A la suite d'une hospitalisation en court séjour (MCO), la personne âgée peut être orientée vers un SSR mais le taux de non pertinence des journées d'hospitalisation en SSR est important.

2. L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile est une forme d'hospitalisation. Elle permet d'assurer à domicile des soins médicaux et paramédicaux adaptés. L'HAD intervient exclusivement sur prescription médicale et avec l'accord du médecin traitant, qui assure la prise en charge médicale tout au long du séjour. C'est une alternative à l'hospitalisation en secteur hospitalier lorsque cela est possible.

3. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)

Ils regroupent tous les établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire ou en accueil de jour ou de nuit. On peut les classer en trois types :

- Les logements-foyers ou résidence seniors
- Les maisons de retraite ou EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
- Les unités de soins de longue durée (USLD)

Depuis 2001, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été créés suite à la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Ces EHPAD correspondent aux établissements qui ont signé des conventions tripartites avec leur conseil général et l'assurance maladie.

c. Quelques chiffres repères concernant le parcours des personnes âgées dans les filières de soins

i. Hospitalisation

Sans surprise, le nombre d'hospitalisations augmente avec l'âge de même que le coût en matière de santé. 38% des séjours MCO en 2010 ont concerné des personnes de plus de 60 ans et 30% des personnes de plus de 70 ans. 53% des séjours en SSR étaient effectués par les plus de 70 ans.

Le coût moyen d'une hospitalisation est plus élevé pour les patients âgés. En court séjour (MCO), la valeur moyenne d'un séjour toutes classes d'âge confondues

s'élève en 2010 à 1 742€ dans le secteur public mais atteint 2 048€ pour la catégorie des plus de 65 ans et 2 644€ pour celle des plus de 80 ans.(9)

Selon le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2012 « *les admissions en SSR sont inadéquates dans 10 à 20 % des cas* »(10). Selon un rapport de Qualisanté(11), ce chiffre a été estimé à 24,6%. Dans 59,6% des cas la raison est liée au patient ou à sa famille ou à une cause externe au service. Parmi les causes externes au service, il s'agit dans 48,5% des cas de l'indisponibilité d'une structure d'aval et dans 24,2% des cas d'une attente de la mise en place des aides (matérielles, humaines), de l'intervention de structures à domicile (HAD, SMDPA) ou de l'aménagement du domicile.

ii. Réhospitalisation

a. Définition

Une réhospitalisation précoce non programmée est définie par la réhospitalisation d'un patient à la suite d'une hospitalisation qui n'était pas prévue à la fin du séjour hospitalier. La limite de 30 jours suivant la sortie de la première hospitalisation est le plus souvent utilisée.

Parmi ces réhospitalisations non programmées, un certain nombre aurait pu être évité. Selon la HAS, « une réhospitalisation évitable est définie comme une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie. Son caractère évitable suppose que la situation aurait pu être contrôlée par d'autres moyens en soins primaires, ainsi que

grâce à des recommandations inscrites dans le courrier de sortie de l'hospitalisation précédente. »(12)

b. Statistique

Le suivi d'une cohorte de patients français âgés de plus de 75 ans observe un taux de réhospitalisations non programmées à 30 jours de 14,2%.(13)

Le taux de réhospitalisations évitables parmi les réhospitalisations non programmées précoces chez les plus de 75 ans est de 23,1%(14)(15). Les hospitalisations évitables représentent 5,2% de l'ensemble des réhospitalisations(16).

- Selon la définition du Larousse, le vieillissement est « l'affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge. » Selon l'OMS il s'agit d' « une personne dont l'âge a passé l'espérance de vie moyenne à la naissance ». D'après le CNEG, la dépendance est « l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement »
- En 2016, les 75 ans et plus représentent 10% de la population, en 2060, ils représenteraient 16,2%.
- Le maintien à domicile est privilégié, la loi de 2015 établit le régime juridique des services d'aides et d'accompagnement à domicile comprenant les services d'aide à la personne, les SSIAD et les SPASAD.
- Le nombre d'hospitalisations augmente avec l'âge, 30% des séjours en MCO et 53% en SSR sont représentés par les plus de 70 ans. Le coût moyen augmente avec l'âge.
- Le taux de réhospitalisations non programmées à 30 jours chez les plus de 75 ans est de 14,2% dont 23,1% sont jugées évitables (en lien avec le séjour hospitalier précédent dont la situation aurait pu être contrôlée par d'autres moyens en soins primaires ou par des recommandations dans le courrier de sortie.)

3. Les aidants informels

a. Définition

L'aidant familial ou proche aidant est « la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, ... ».(17)

L'aidant familial est aussi appelé aidant informel ou proche aidant en contraste avec l'aidant professionnel. Nous emploierons le terme d' « aidant » ici pour le désigner.

Plusieurs études répertorient les caractéristiques de ces aidants. La grande enquête Handicap-Santé auprès des aidants de l'entourage (HSA) de 2008 a permis d'établir le profil de l'aidant et de l'aidé ainsi que les conséquences de l'aide sur les aidants. Une étude spécifique à partir de l'échantillon HSA s'intéresse aux plus de 60 ans dans « aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie ».(18)

b. Profil de l'aidé(19) (20) : une femme de 78 ans dépendante dans plusieurs actes de la vie quotidienne.

Concernant les plus de 60 ans et en prenant en compte l'aide professionnelle, familiale et mixte, l'aidé est principalement une femme âgée en moyenne de 78 ans. Plus elle est dépendante, plus elle est aidée. Parmi ces femmes, 80% le sont au moins par l'entourage.

Pourcentage d'aidés selon leur GIR :

• GIR 6	20%
• GIR 5	85%
• GIR 4	97%
• GIR 3	100%
• GIR 2	100%
• GIR 1	100%

Figure 1 : pourcentage de personnes de plus de 60 ans recevant une aide (toutes aides confondues) selon le GIR(19).

Pourcentage d'aidés bénéficiant d'aide pour les activités de la vie quotidienne (selon les études) :

• Courses	47%
• Soins personnels (toilettes, habillage).....	21 à 41%
• Activités domestiques.....	41 à 68%
• Démarches administratives.....	34 à 60%

Figure 2 : Pourcentage d'aidés bénéficiant d'aide pour les activités de la vie quotidienne(19)(20)

c. Profil de l'aidant : une femme d'environ 60 ans qui souvent travaille encore et aide ses parents.

	Etude Novartis (20)0)(21)1) <i>(1023 aidants de patients de plus de 15ans)</i>	Etude de l'association française des aidants(22)2) <i>(1061 aidants de 21 à 93ans)</i>	Etude Pixel(23)3) <i>(aidants de 559 patients atteints de la maladie d'Alzheimer)</i>	Etude HSA(18)8) <i>(4879 aidants de patients de plus de 16 ans dont 67% de plus de 75 ans)</i>
L'aidant est une femme	60%	77%	68%	53%
Age moyen de l'aidant	64 ans	58 ans	52 ans si c'est l'enfant, 71 ans si c'est le conjoint	59 ans
Pourcentage d'aidants ayant une activité professionnelle	46%	43%	52% chez les enfants et 7% chez les conjoints	37%
Relation enfant-parents	39%	41%	43%	49%

Figure 3 : profil de l'aidant selon les études.

Mais, plus l'aidé est âgé (plus de 75 ans), plus l'aidant est son enfant (52%) et plus il s'agit d'un homme (55%).(21)

Le nombre médian d'heures d'aide fournies par jour quel que soit le degré de dépendance est d'une heure quarante. 79% des aidants accompagnent depuis plus de 2 ans.

31% habitent à moins de 10 minutes de l'aidé, 41% entre 11 et 30 minutes et 27% à plus de 30 minutes.

d. L'apport à la société

Les aidants naturels pallient l'incapacité de l'Etat de prendre complètement en charge les situations de dépendance. D'après une étude sur la détermination des coûts des aides formelles et informelles, l'aide apportée par les aidants représenterait 63,5 % des 9,6 milliards d'euro à consacrer à l'aide aux personnes âgées en domicile ordinaire.(8) Pourtant, 71% des aidants s'estiment insuffisamment soutenus par les pouvoirs publics.(20)

e. Les limites

Les études mettent aussi en évidence les conséquences de cette aide sur les aidants.

	Panel HSA(18)8) <i>(chez les aidants de personnes de plus de 60 ans)</i>	Panel Novartis
fatigue morale	25%	49%
fatigue physique	27%	57%
sommeil	18%	NC
Loisirs, sorties, vacances	25%	70%
Vie professionnelle	24%	49%
Vie familiale	NC	35%

Figure 4 : pourcentage des aidants déclarant un retentissement sur eux-mêmes de l'aide apportée.

Note de lecture : 25% des aidants du panel HSA signalent un impact négatif sur leur moral en s'occupant de leur proche.

NC : non communiqué

D'après l'étude PIXEL, 29% des conjoints et 23% des enfants ont réaménagé leur temps de travail professionnel pour aider leur proche. 22% des aidants sont obligés de différer, voire de renoncer à une consultation, une hospitalisation ou un soin par manque de temps. (23)

f. Aidants et professionnels : le médecin généraliste

Le médecin généraliste apparaît comme le praticien de premier recours de l'aidant. L'impact de l'aide apportée par les aidants est devenu une préoccupation de santé publique.

Le plan Alzheimer 2008-2012(24) propose un volet « Amélioration du suivi sanitaire des aidants naturels » dans sa mesure n°3 : « le médecin traitant réalise le suivi médical de la personne atteinte, en lien étroit avec l'aidant. Il a établi un rapport de confiance et de proximité avec ce dernier et connaît ses difficultés. Il est donc le plus à même de repérer la souffrance de l'aidant ».

La nouvelle loi de santé (adaptation de la société au vieillissement) pose enfin un vrai statut pour l'aidant, établissant un droit au répit pour les aidants ainsi qu'un congé de proche aidant(25).

La HAS a proposé en février 2010, une recommandation sur le suivi médical des aidants naturels avec la mise en place d'une consultation annuelle dédiée à ces derniers(26). Cette consultation comporte notamment:

- o Une « évaluation de l' état de santé de l'aidant naturel avec le repérage et la prise en charge des effets délétères sur sa santé que cet accompagnement peut induire. »
- o Une « évaluation de l' état psychique de l'aidant » avec la « recherche d'une souffrance, de troubles anxieux et/ou dépressifs, des troubles du sommeil »
- o « l'assurance du bon niveau d'adéquation entre les besoins de l'aidant naturel et du patient et les moyens mis en place (aides médico -sociales et financières). »
- o la prise en compte des « problèmes d'ordre professionnel ou familial et leurs conséquences sur l'état de santé de l'aidant. »

Selon l'Article 15.2.3. de 2012 du Journal Officiel de la République Française, il existe une cotation spécifique de cette consultation annuelle auprès des médecins généralistes (VL, 46€). (27)

Seuls 43% des aidants parlent de leurs difficultés à un professionnel de santé (23) et 67% pensent que les professionnels de santé ne sont pas attentifs à l'état de santé de l'aidant.(20) 36,8% des aidants répondent n'avoir aucune attente envers leur médecin généraliste par rapport à leur situation d'aidant mais autant souhaitent que leur médecin les écoute plus et leur accorde plus de temps(28).

- L'aidant, acteur indispensable du maintien au domicile de la personne âgée dépendante est à prendre en compte dans les politiques de santé publique.
- La loi santé de 2016 pose enfin un vrai statut pour l'aidant.
- La HAS a proposé une recommandation sur le suivi médical des aidants.

4. L'EHPAD temporaire

a. Définition

L'hébergement temporaire est utilisé pour faire face à une situation passagère telle que l'absence d'un aidant, la convalescence, l'inadaptation du logement après un événement (AVC, fracture...). Il permet aussi de soulager l'entourage familial et les aidants.

L'accueil de jour et l'hébergement temporaire sont encadrés par la législation :

- o la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale(29)
- o le décret n° 2004-231 du 17 mars 2004(30)
- o la circulaire DGCS/SD3A, n°2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.(31)

b. Statistiques

Dans l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées, 10 000 places environ sont consacrées à l'hébergement temporaire, soit 1,4 % de l'offre totale. Parmi ces places, 15% se situent dans des établissements spécifiquement dédiés à l'hébergement temporaire.(32)

En 2007, 38 000 personnes ont été accueillies de façon temporaire (avant entrée ou sortie de l'établissement). Parmi elles, 6 190 personnes ont été accueillies sur une place dédiée spécifiquement à l'hébergement temporaire pour personnes âgées. L'âge moyen d'entrée est de 83 ans et 7 mois, soit légèrement plus tard que l'ensemble des résidents entrés dans l'année. Ils sont également moins dépendants selon la grille AGGIR. Une grande partie (72%) a séjourné moins de un mois dans l'établissement. Après leur séjour, 78% sont rentrés au domicile et 15% ont été admis dans un autre EHPA.(33)

c. Intérêt (34)

i. Pour le patient

Le séjour temporaire peut permettre :

- o Une réévaluation de l'autonomie et des problèmes médicaux afin d'ajuster au mieux les réponses en ajustant le plan d'aide, les aides sociales, humaines et matérielles.

- o Une essai dans l'accompagnement de la personne voire une préparation à l'entrée définitive.
- o D'organiser un relais avec le domicile pour préserver l'autonomie
- o de répondre à certaines situations d'urgence.
- o Une réponse à la solitude des personnes âgées.

ii. Pour l'aidant

L'hébergement temporaire permet un temps de répit des aidants en prévenant les phénomènes d'épuisement des aidants(35).

- 10 000 places d'hébergement temporaire
- 38 000 personnes accueillies
- 78 % de retour à domicile après le séjour

5. Le dispositif PAERPA

a. Plan de santé publique

Devant la transition démographique et les problèmes de prise en charge médico sociale qu'elle engendre, plusieurs projets de loi et plan ont vu le jour. Dans chacun d'eux, on souligne notamment l'importance de l'accompagnement de l'aidant ainsi que la volonté de maintenir à domicile les personnes âgées. Nous pouvons citer :

- o Plan "Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012(24)
- o Plan solidarité – grand âge(36)
- o LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement(37)
- o Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019(38)

b. Le dispositif PAERPA(39)(5)

Le programme national PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) a été mis en place par le Ministère de la Santé pour optimiser le parcours de santé des personnes âgées de plus de 75 ans dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et / ou social. Il est piloté par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) en collaboration avec le Secrétariat général des Ministères chargés des Affaires sociales (SGMAS).

Il vise à renforcer la prise en charge à domicile et sécuriser les sorties d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans en risque de perte d'autonomie.

Il se caractérise par la mise en place de 3 niveaux de coordination distincts :

- La Coordination Clinique de Proximité (CCP) pour la prise en charge des PAERPA composée de professionnels de santé : médecin traitant et infirmière, pharmacien, masseur-kinésithérapeute...

- La Coordination Territoriale d'Appui (CTA) pour des missions d'information, d'aiguillage et de suivi administratif joignable par un numéro de téléphone unique par les membres de la CCP, les patients et leur famille.

- La mobilisation des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, et des acteurs du soin, les professionnels du secteur social et de la coordination.

Le médecin généraliste est au centre du dispositif, c'est le premier intervenant dans la prévention de la dépendance du fait de sa proximité géographique et humaine. Le lien privilégié qu'il entretient avec son patient lui permet de susciter chez lui la motivation essentielle pour adopter de nouvelles habitudes et pour suivre certaines recommandations.

Il repère de manière précoce les situations à risques pour lesquelles il peut déclencher la réalisation d'un PPS (plan personnalisé de santé).

Le PPS est un plan synthétique d'actions à mettre en œuvre pour éviter les ruptures de parcours, mieux coordonner et favoriser le maintien à domicile. On y trouve :

- des informations sur la personne (administratives mais aussi directives anticipées, demande d'hébergement en EHPAD...),
- des informations sur les professionnels intervenant dans son suivi
- les préférences et priorité de la personne (exemple : phobie des chutes)
- le plan d'action avec 2 volets : les soins et les aides.

Dispositif PAERPA :

- 1 coordination clinique de proximité
- 1 coordination territoriale d'appui
- le plan personnalisé de santé



Optimiser le parcours santé des personnes âgées de plus de 75 ans en risque de perte d'autonomie.

c. Le dispositif PAERPA de la métropole du Grand Nancy (40) (41)

9 territoires pilotes ont été sélectionnés et nous nous intéresserons ici à celui concernant la métropole du grand Nancy qui comprend 266 000 habitants dont 20 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Le niveau de perte d'autonomie de ces personnes est légèrement supérieur à la moyenne nationale. Ce territoire réunit une offre médico sociale globalement supérieure aux territoires de comparaison avec, entre autres, :

- o 320 médecins généralistes
- o un réseau gériatrique (le réseau Gérard Cuny)
- o un Centre local d'information et de coordination
- o un dispositif MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)
- o une filière gériatrique associant 5 établissements sanitaires et un centre de psychothérapie.

Des dispositifs dérogatoires (sans reste à charge pour le bénéficiaire) y sont actuellement en test :

- o L'intervention d'un ergothérapeute
- o 14 heures d'aide à domicile en sortie d'hospitalisation
- o Le pilulier électronique
- o L'activité physique adaptée à domicile
- o L'hébergement temporaire programmé en EHPAD (15 jours maximum) pour permettre à l'aidant d'accéder à des soins.
- o Un répit de nuit (3 nuits assurées par une aide soignante à domicile) pour soulager l'aidant, lui permettre de s'absenter (...) quelques jours.

- o L'hébergement temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation en court séjour (30 jours maximum)

Nous nous intéressons ici uniquement à l'hébergement temporaire en EHPAD en relais de l'hospitalisation. Ce dispositif dérogatoire a pour objectif :

- o de réduire la durée du séjour à l'hôpital,
- o de préparer le retour à domicile après hospitalisation en court séjour (MCO) de manière optimale en particulier en laissant un délai pour organiser et/ou adapter des aides humaines, matérielles (aménagement du domicile) et financières.
- o D'éviter un séjour en SSR non justifié par la nécessité d'une rééducation hospitalière

Dans le cadre de cet hébergement temporaire, les patients disposent d'un accompagnement global avec en plus de l'élaboration du PPS, une FSH (fiche de sortie hospitalisation), la prise en charge des coûts de l'hébergement en EHPAD temporaire, une coordination hôpital-EHPAD-Médecin traitant-domicile grâce à la coordination territoriale d'appui et la visite au cours de l'hébergement temporaire d'une infirmière navigatrice et d'une animatrice du CLIC. (voir en annexe 3 et 4 la convention cadre ainsi que l'organigramme de l'inclusion des patients)

A notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée aux aidants des personnes bénéficiant de ce dispositif d'hébergement temporaire. Il nous a donc semblé intéressant de mener une étude de l'impact sur l'aidant de ce mode de prise en charge du patient ainsi que le parcours de soins de l'aidé qui impacte également sur l'aidant.

Objectif de l'hébergement temporaire en EHPAD en relais d'une hospitalisation en MCO dans le cadre du dispositif PAERPA :

- Réduire la DMS
- Préparer le retour à domicile
- Eviter un séjour en SSR non justifié

Objectif principal de notre étude :

- Evaluer l'impact sur l'aidant

Objectifs secondaires de notre étude :

- Connaître le taux de réhospitalisations non programmées à 30 jours dont celles évitables
- Connaître le nombre d'aidants accompagné en tant qu'aidant par un médecin généraliste.

Deuxième partie : Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique prospective quantitative avec un volet qualitatif par quelques questions ouvertes à réponses courtes.

Les données et coordonnées concernant les patients et les aidants étaient communiquées par la Coordination Territoriale D'appui (CTA) au fur et à mesure des entrées en EHPAD.

Les aidants étaient interrogés un mois après la fin du séjour en EHPAD de l'aidé, ce qui permettait en même temps de connaître le devenir du patient un mois après

l'hospitalisation et l'impact de ce dispositif sur l'aidant un mois après la fin de l'hébergement temporaire.

Nous avons mené des entretiens téléphoniques avec chacun des aidants par questionnaire avec questions ouvertes et fermées (voir annexe 5). Les entretiens étaient retranscrits sous format papier au cours de la conversation téléphonique puis recopiés informatiquement. La durée de l'entretien était approximativement de 20 minutes.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons décidé d'inclure tous les aidants des patients entrant en EHPAD temporaire à la sortie d'hospitalisation, entre le premier janvier 2016 et le 30 juin 2016 dans le cadre du dispositif PAERPA. Les critères d'inclusion des patients étaient d'être âgé(e) de 75 ans et plus, de résider sur la Métropole du Grand Nancy et d'avoir besoin d'un relais temporaire (sans pour autant nécessiter un SSR) avant le retour à domicile après une hospitalisation en service de court séjour. Les critères d'exclusion étaient un temps d'aide apporté par l'aidant à l'aidé inférieur à 2h par mois, l'absence d'aidant bien identifié (personne vivant en foyer et se faisant aider par d'autres membres du foyer, personne se faisant aider par plusieurs amis ou voisins de manière irrégulière...), un discours incohérent de l'aidant lors de l'entretien téléphonique et enfin le décès de l'aidé pendant l'hébergement temporaire.

3. Traitement des résultats

Les réponses quantitatives ont été rentrées dans le logiciel Excel de manière binaire avec 1 pour oui et 0 pour non ou de manière chiffrée pour les quantités (nombre de minutes entre les lieux d'habitation, temps passé par semaine à aider...) afin d'établir des statistiques (moyennes avec écart type et pourcentage).

Concernant les données semi qualitatives recueillies par questions ouvertes à réponses courtes, nous avons analysé les réponses des patients en dégageant dans un premier temps une tendance globale de l'avis (positif/négatif/ne sait pas) puis effectué une analyse sémantique afin de mettre en évidence les arguments.

Troisième partie : Résultats

1. Effectif

Pendant la durée de l'étude, 52 patients ont bénéficié du dispositif d'hébergement temporaire en EHPAD à la suite d'une hospitalisation. Tous les patients correspondaient aux critères d'inclusion et ont donc été inclus. Nous avons appelé chacun des aidants de ces patients et 9 ont été exclus selon nos critères d'exclusion : 1 pour cause de décès du patient lors du séjour en EHPAD, 8 patients étaient autonomes et/ou aidés moins de 2h par mois parmi lesquels 4 vivaient en foyer logement et recevaient une aide occasionnelle d'amis ou de voisins de la résidence ou d'une assistante sociale. Soit un nombre final d'aidants appelés et respectant les critères d'inclusion et d'exclusion de 43. Trois aidants ont refusé de répondre au questionnaire et 7 étaient non joignables par téléphone malgré plusieurs appels et messages. Nous avons donc mené à terme 33 entretiens téléphoniques d'aidants soit un taux de réponse de 76,7 %. Les statistiques ont donc été élaborées à partir d'un effectif N=33.

Concernant les données non traitées suite aux critères d'exclusion ou des perdus de vue (19 aidants), nous avons contacté les EHPAD afin de connaître la durée de séjour, l'âge et le degré de dépendance des patients.

Au cours du premier semestre 2016, 1108 séjours de patients de plus de 75 ans résidant dans la métropole du grand Nancy et ayant été hospitalisés dans les services

éligibles au PAERPA ont abouti à un retour à domicile et 336 à un transfert en SSR. Nous n'avons pas pu obtenir de statistiques sur le nombre de nouvelles entrées directes en EHPAD à la sortie d'hospitalisation (la sortie vers l'EHPAD étant considérée comme une sortie vers le domicile selon les logiciels).

2. Profil Patients : une femme de 89 ans dépendante

La moyenne d'âge des 33 patients est de $88,5 \pm 5,8$ ans et 81,8% sont des femmes. Le GIR moyen est de 3,6 avec la répartition suivante :

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
0	6 (18,2%)	7 (21,2%)	15 (45,5%)	4 (12,1%)	1 (3,0%)

Concernant les données non traitées pour cause d'exclusion, l'âge moyen est de 86,5 ans et le degré de dépendance moyen (GIR) est de 4,6. Concernant les perdus de vue (aidants refusant de répondre ou non joignables), l'âge moyen est de 85,6 ans et le GIR moyen de 4,4.

3. Profil Aidants : un homme de 68 ans qui aide sa mère

La moyenne d'âge des aidants est de $67,7 \pm 11,5$ ans et 66,7% sont des hommes (64% d'hommes lorsque l'aidant est l'enfant et 75% d'hommes lorsque l'aidant est le conjoint).

- Dans 66,7% des cas, l'aidant est l'enfant de l'aidé,
- 24,2% le conjoint,
- 6,1% le neveu ou la nièce et
- 3,0% le frère ou la sœur.

L'éloignement géographique moyen entre l'aidé et l'aidant est de 12,5±16,8 minutes.

- 42,2% des aidés vivent avec l'aidant,
- 21,2% ont un temps de trajet compris entre 1 et 10 minutes,
- 27,3% entre 11 et 30 minutes,
- 9,1% ont un temps de trajet supérieur à 30 minutes.

Les aidants vivant avec les aidés n'ont pas su définir le nombre d'heures passées en moyenne à aider leur proche au cours de la semaine. Le reste des aidants passe en moyenne 6,3±4,1 heures par semaine à aider leur proche.

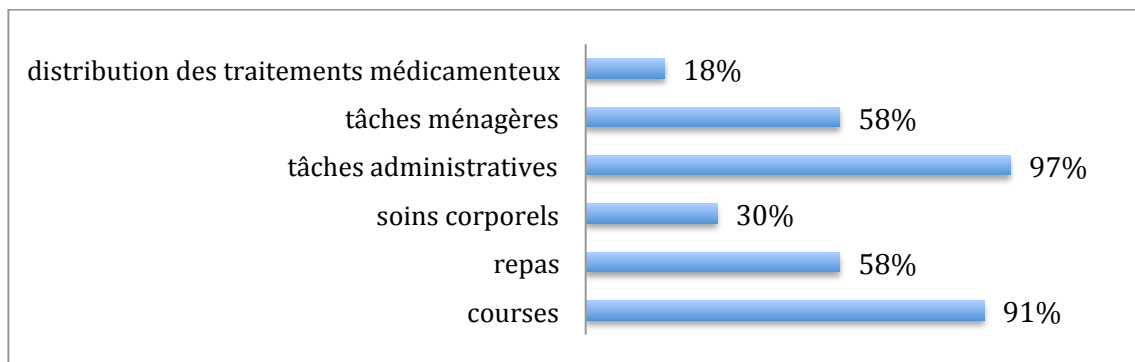


Figure 5 : Types d'aides apportées par les aidants.

Note de lecture : 18% des aidants aident leur proche dans la distribution des traitements médicamenteux.

Nous n'avons pas recherché systématiquement la catégorie socio professionnelle des aidants mais certains aidants nous l'ont indiqué dans les questions ouvertes. On retrouve 4 professionnels de santé dans les réponses (2 médecins généralistes et 2 infirmiers).

4. Retentissement sur l'aidant

Les aidants ont été interrogés sur le retentissement de l'aide apportée sur leur santé et leur vie quotidienne. 67,7% déclarent ressentir une charge en s'occupant de leur proche, avec une nuance à 37,5% lorsque l'aidant est le conjoint et 80% lorsque l'aidant est un autre proche (enfant, neveu/niece, frère/sœur...).

Parmi les aidants ayant encore une activité professionnelle (9 aidants), 55,6% déclarent qu'aider leur proche a un retentissement sur leur activité (aménagement des horaires, refus de certaine missions nécessitant des déplacements...).

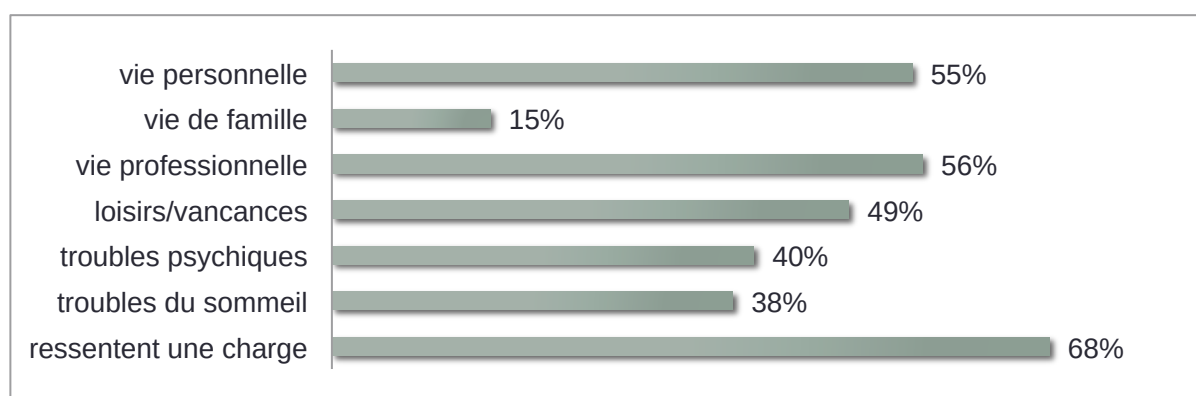


Figure 6 : retentissement de l'aide apportée sur les aidants

Note de lecture : 55% des aidants déclarent qu'aider leur proche a un retentissement sur leur vie personnelle.

5. Le dispositif PAERPA

a. Annonce du dispositif

Concernant le dispositif, 87,9% des aidants disent avoir été suffisamment informés.

- 75,8% l'ont été par une assistante sociale,
- 15,2% par un médecin,
- 9,1% par une autre personne (un par l'EHPAD lui-même, un par une infirmière et un par le patient).

A la question « selon vous, qui a accepté en premier la proposition de l'hébergement temporaire ? », selon eux, les aidants semblent avoir eu un rôle essentiel dans l'acceptation du dispositif, la plupart ont répondu avoir accepté puis convaincu leur proche ou avoir accepté en même temps que leur proche. Seuls 3 aidants disent que leur proche a accepté seul en premier. (voir figure 7)

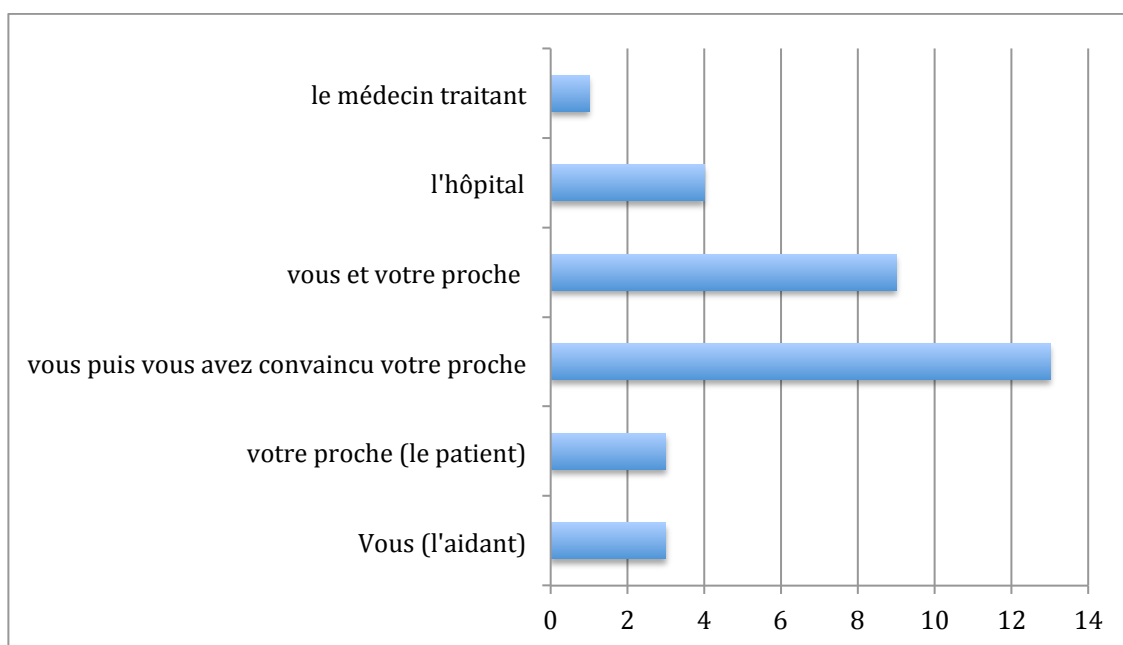


Figure 7 : réponses à la question « Selon vous, qui a accepté en premier le dispositif? » (en nombres d'aidants)

Note de lecture : 13 aidants ont déclaré avoir accepté en premier puis convaincu leur proche.



Figure 8 : pourcentage d'aidants selon la réponse à la question « Qu'avez vous pensé du dispositif quand on vous l'a présenté ? »

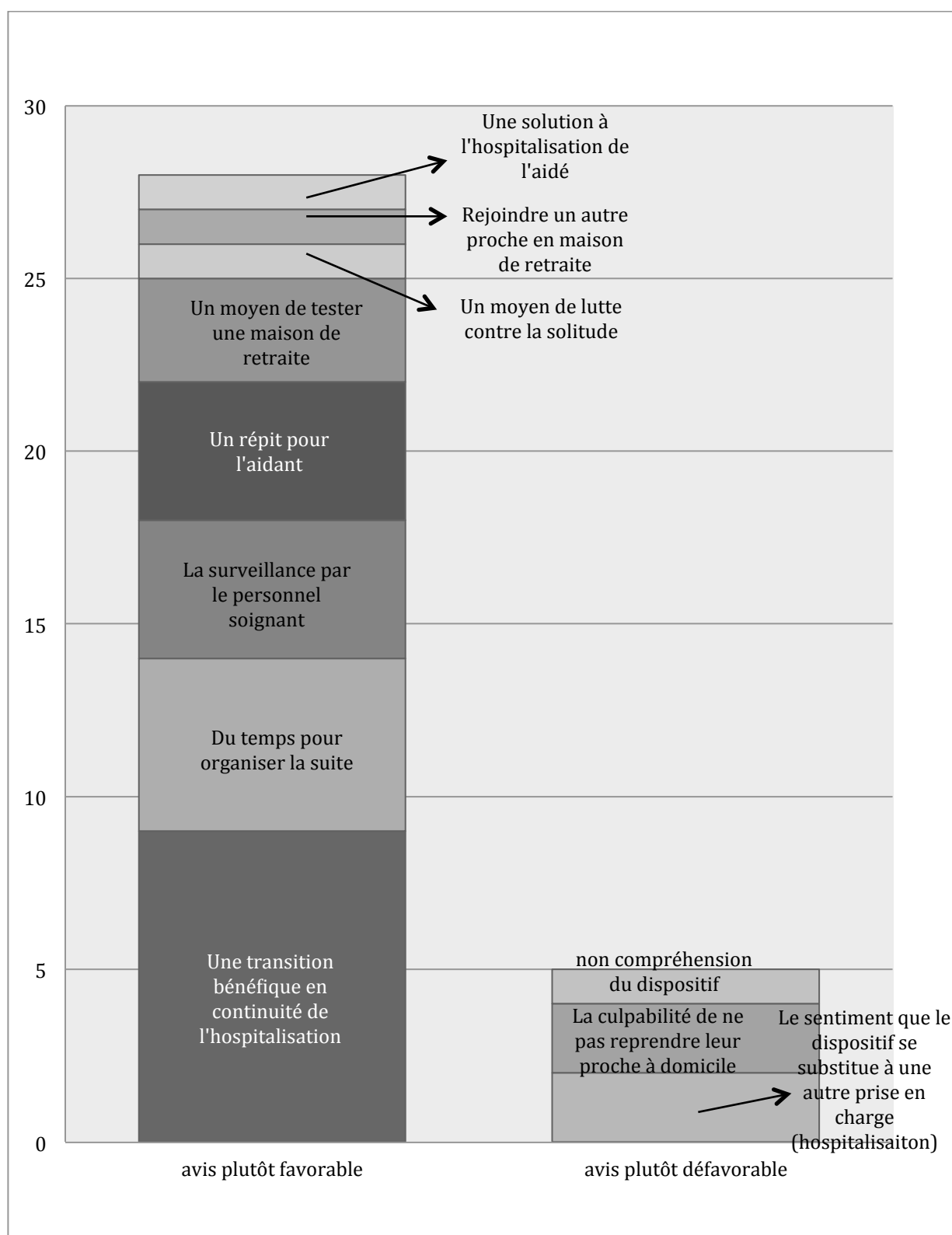


Figure 9 : arguments avancés par les aidants à la question « qu'avez vous pensé de ce dispositif quand on vous l'a présenté ? »

A la question « Qu'avez vous pensé en premier de ce dispositif quand on vous l'a présenté ? », on ne retrouve pas de différence de réaction selon le profil de l'aidant.

Les arguments positifs avancés par les aidants sont :

- 9 aidants y ont vu une solution d'accompagnement en continuité de l'hospitalisation permettant une transition bénéfique. « avoir une solution facilement » « ils ne pouvaient pas la garder à l'hôpital et elle ne pouvait pas rentrer et rester seule » « C'est comme un SSR » « lui faire du bien » « mieux que l'HAD » « bonne alternative au SSR quand on n'a pas besoin de SSR » « solution alternative à la maison de convalescence » « mieux que de rentrer tout de suite » « comme une convalescence »
- 5 ont décrit une solution le temps d'organiser la suite de la prise en charge (effectuer des démarches administratives notamment). « Ca nous a donné du temps pour trouver une maison de retraite définitive. » « solution transitoire (...) elle ne pouvait pas rentrer » « trouver une sortie de secours en 15 jours » « ça donnait un mois pour voir » « ça m'arrangeait temporairement avant de trouver une place définitive »
- 4 ont souligné la surveillance par le personnel soignant de la maison de retraite « bien surveillée » « on s'occupait d'elle » « on ne pouvait pas rester tout le temps à côté d'elle » « il faut quelqu'un avec elle »
- 4 ont cité le répit physique et moral pour l'aidant « j'allais avoir plus de temps pour faire des choses » « ça m'a soulagé » « avoir l'esprit tranquille » « permet de souffler »
- 3 y ont vu un moyen de faire essayer une maison de retraite à leur proche. « on peut tester une maison de retraite (...) permet une évaluation » « C'est l'occasion d'essayer » « on voulait qu'elle ait un endroit comme ça »
- 1 y a vu le moyen de lutter contre la solitude de l'aidé à son domicile « elle ne voulait pas rester seule »

- 1 a cité le fait de rejoindre un autre proche en maison de retraite « mon père y était déjà »
- 1 y a vu une solution à l'hospitalisation de l'aidé. « j'ai été hospitalisé aussi quand elle était à l'hôpital donc personne ne pouvait s'occuper d'elle »

Les arguments négatifs cités :

- 2 aidants ont exprimé la culpabilité de ne pas reprendre immédiatement leur proche au domicile « je voulais la garder avec moi » « j'aurais aimé qu'elle rentre tout de suite avec moi »
- 2 ont évoqué le sentiment que ce dispositif se substituait à une autre prise en charge « dès que le problème médical est réglé, faut bien trouver (...) un point de chute » « ils auraient du la garder »
- Non compréhension du dispositif au début chez un seul aidant « on m'avait dit que c'était cher »

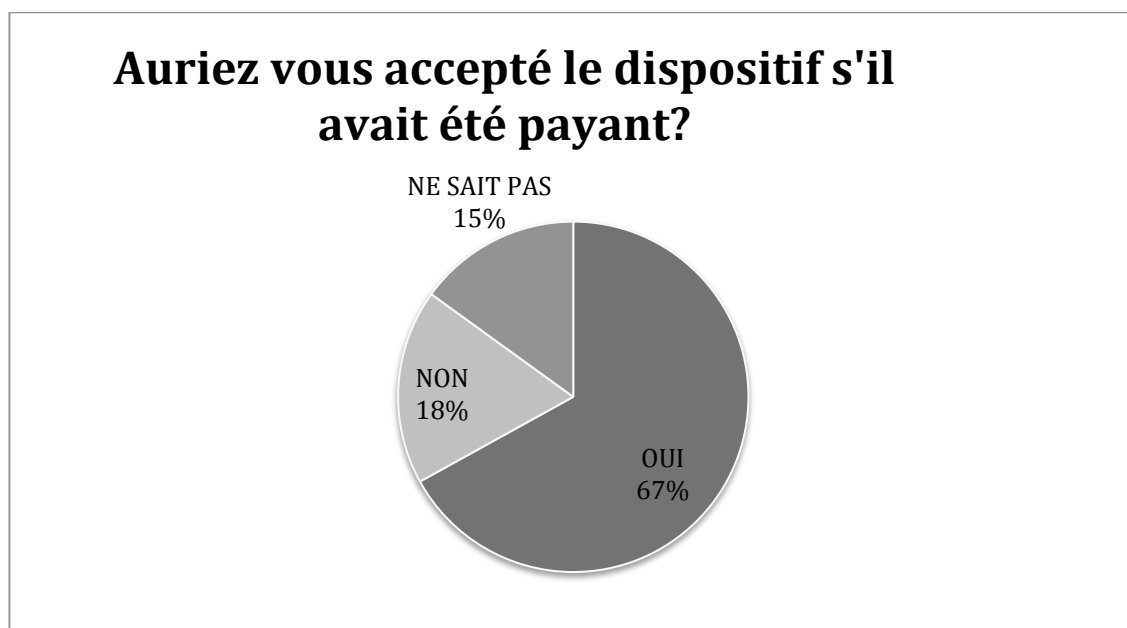


Figure 10 : pourcentage de réponses des aidants à la question « auriez vous accepté le dispositif s'il avait été payant ? »

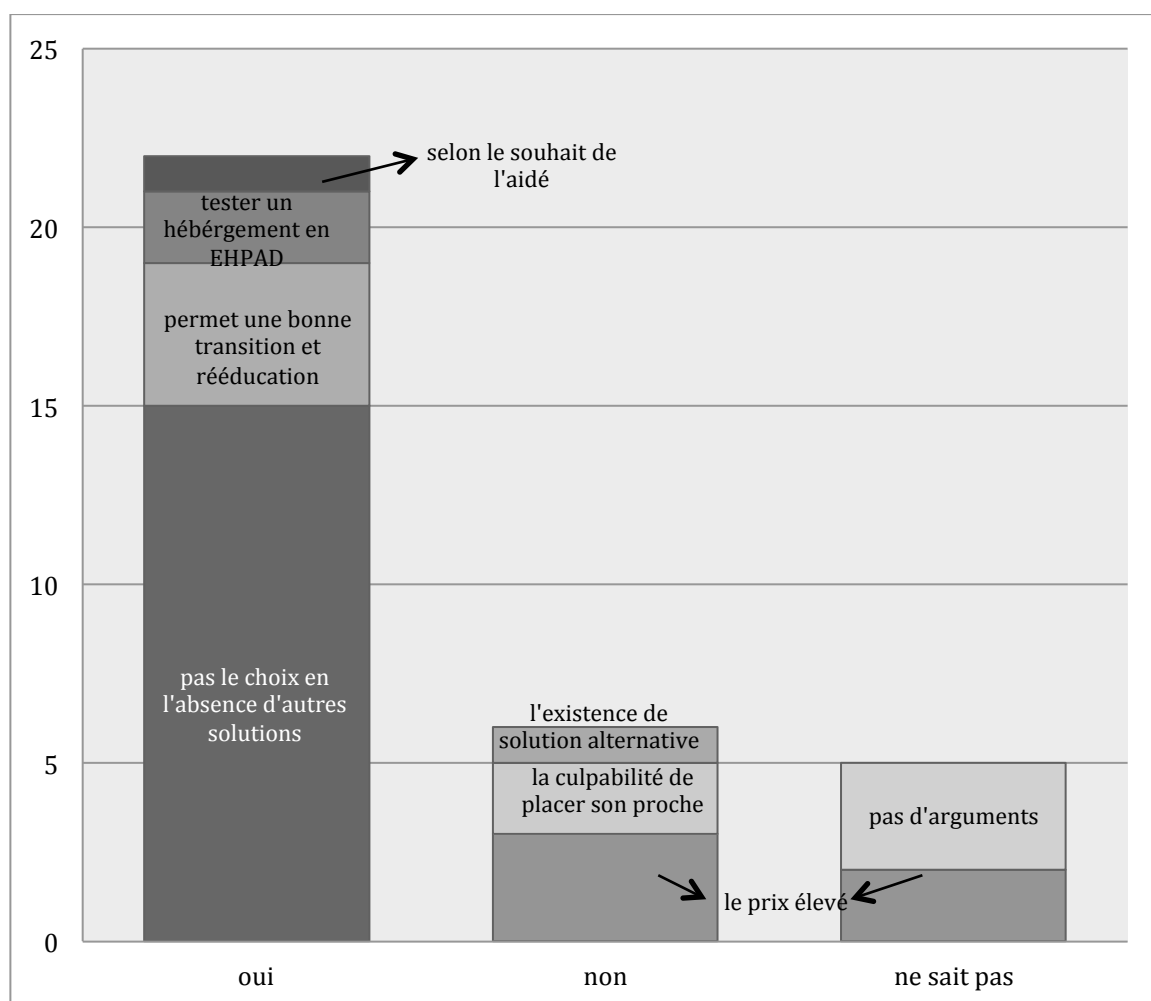


Figure 11 : Arguments avancés par les aidants selon leur réponse à la question « Auriez vous accepté le dispositif s'il avait été payant ? »

Arguments en faveur de l'acceptation :

- 15 aidants ont eu la sensation de ne pas avoir le choix au vu de l'état de dépendance de leur proche. « elle ne pouvait pas rentrer comme ça » « pas d'autre choix » « au pied du mur » « ne pouvait pas rester seule » « on ne pouvait pas faire autrement » « on était obligé »
- 4 ont cité les bénéfices d'une transition et d'une rééducation avant le retour à domicile « il lui fallait de la rééducation » « il fallait qu'il se retape »

- 2 y ont vu le moyen de faire essayer une maison de retraite ou d'y faire rentrer leur proche « on voulait qu'elle essaye une maison de retraite » « puisque maintenant on paye (resté définitivement) »
- Le souhait de l'aidé a été cité une fois « c'est ma mère qui décide (...) elle avait peur de rentrer »

Les arguments en faveur du refus :

- Le prix élevé a été cité 3 fois « c'est trop cher » « le prix c'est incroyable » « niveau budgétaire c'est lourd »
- La culpabilité de placer son proche revient 2 fois « moi je voulais la garder » « déjà que je n'avais pas envie d'accepter, je voulais qu'elle reste avec moi »
- Une solution alternative existante a été citée 1 fois « on se serait débrouillé avec mes frères et sœurs »

En faveur de la non décision :

- Le prix a été avancé 2 fois.
- 3 aidants n'ont pas avancé d'arguments.

Comment a réagi votre proche à la proposition de l'EHPAD?

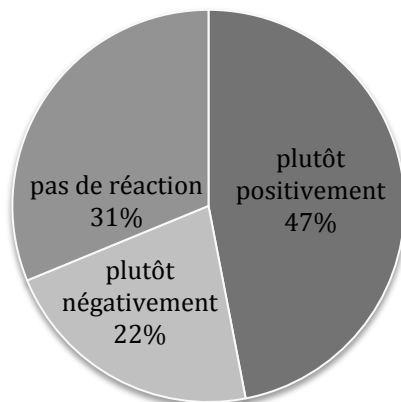


Figure 12 : réaction des patients à la proposition du dispositif selon leur aidant.

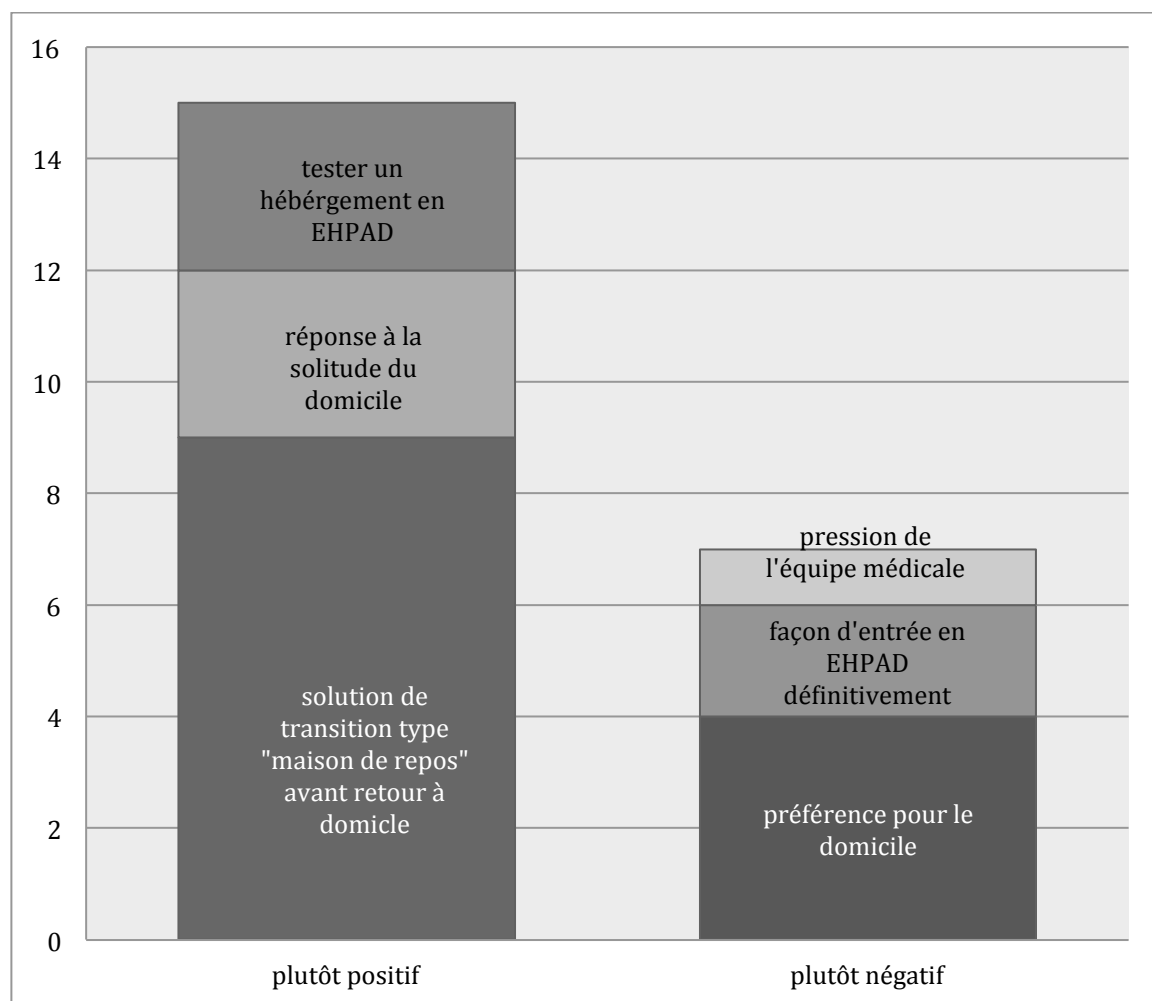


Figure 13 : arguments avancés par les patients en réaction à la proposition du dispositif selon leur aidant.

Selon les aidants qui affirment que l'aidé avait un avis positif, l'aidé a vu dans l'hébergement temporaire en EHPAD :

- 9 fois une solution de transition et de rééducation avec aide du personnel soignant « elle a pris conscience que c'était pour son bien » « il ne voulait pas rentrer sans rééducation » « comme une maison de convalescence » « elle savait qu'elle était diminuée » « elle ne se sentait pas capable de rentrer immédiatement »
- 3 fois une réponse à la solitude du domicile « il avait peur de tomber et d'être seul » « elle avait des problèmes de fuites mais n'osait pas le dire »
- 3 fois un moyen de tester une maison de retraite « c'était l'occasion de tester, une de ses amies était là bas » « elle pensait de toute façon entrer dans une maison de retraite »
- A noter que 2 aidés ont accepté le dispositif en échange de la promesse de leur aidant qu'il s'agissait bien d'une solution transitoire et non d'un placement définitif.

Concernant les aidés qui avaient un avis négatif :

- A 4 reprises les aidants ont cité que leur proche préférait rentrer à son domicile. « il préférait rentrer à la maison » « il a toujours voulu mourir à domicile »
- 2 aidés pensaient être « placés » de manière définitive en EHPAD par leurs proches « elle pensait qu'on allait la placer et qu'elle ne ressortirait plus »
- 1 aidé a exprimé la pression de l'équipe médicale pour ne pas rentrer immédiatement au domicile « l'hôpital l'a obligé »

- Selon les aidants, 10 aidés n'ont pas réagi, sont restés passifs. L'argument principal avancé était celui d'un trouble cognitif. « elle est plutôt passive » « elle n'a pas réalisé » « elle n'a eu aucune réaction car elle est démente » « elle n'a pas réagi car elle avait fait un AVC » « elle n'a plus toute sa tête » « elle ne me reconnaît même pas » « elle a Alzheimer ».

En moyenne, les aidants rendaient visite 4,2 fois par semaine au patient lors de son séjour en hébergement temporaire.

b. Les aidants pendant le dispositif

72,7% des aidants déclarent avoir été soulagés par le dispositif (réponse données : avoir l'esprit tranquille de savoir son proche en sécurité et/ou repos pour l'aidant dans la figure 13), avec respectivement 62,5% chez les conjoints et 92% pour les autres proches.

Selon vous, qu'est ce que cela vous a apporté ou au contraire en quoi ce dispositif ne vous a pas soulagé pendant que votre proche était en hébergement temporaire?

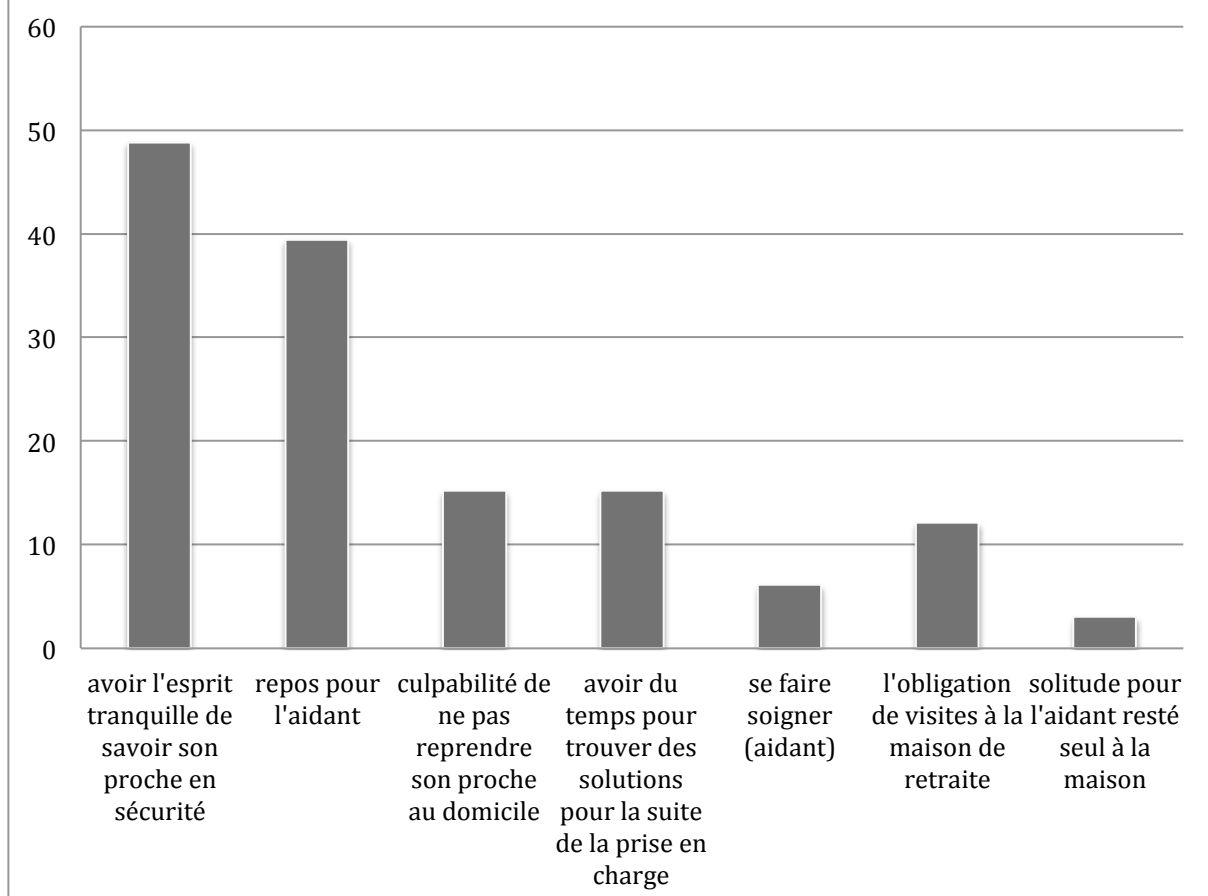


Figure 14 : Pourcentage de réponses des aidants à la question « Selon vous, qu'est ce que cela vous a apporté ou au contraire en quoi ce dispositif ne vous a pas soulagé pendant que votre proche était en hébergement temporaire? » Certains aidants ont avancé plusieurs arguments.

Note de lecture : 49% des aidants ont déclaré qu'ils avaient eu l'esprit tranquille pendant le dispositif.

Les arguments avancés étaient :

- 16 fois être soulagé psychologiquement de savoir son proche en sécurité dans une structure avec du personnel. « je la savais en sécurité » « bien surveillée » « je savais qu'elle était bien » « des gens au quotidien » « esprit tranquille » « tranquillité morale »

- à 13 reprises le repos pour l'aidant « je pouvais me reposer » « permis de me reposer » « permis de souffler » « soulagée dans les tâches ménagères » dont 2 qui ont souligné la reprise de loisirs « permis de sortir » « retourné au restaurant »
- 5 fois la culpabilité de ne pas reprendre son proche au domicile « je me sentais coupable... de pas l'avoir reprise » « je me sentais mal de la laisser » « je voulais le sortir de là » « mauvaise conscience »
- à 5 reprises avoir du temps pour trouver des solutions pour la suite de la prise en charge « temps pour lui trouver une maison de retraite définitive » « temps pour mettre en place les aides » « démarches pour la suite » « aidé pour les démarches administratives »
- 4 ont cité l'obligation de visites à la maison de retraite qui ne les a pas soulagés. « je devais y aller tous les jours (...) faire le linge » « je devais y aller » « il fallait y aller »
- 2 aidants ont pu se faire soigner eux même « accepté qu'on m'hospitalise pour me faire soigner moi » « j'ai eu la grippe pendant qu'il y était »
- 1 aidant a cité la solitude qu'il avait ressentie de rester seul à la maison « c'était difficile d'être seul à la maison

c. Les aidants après le dispositif

Parmi les aidants dont le proche n'est pas entré de manière définitive en EHPAD(20 personnes), 45% ressentent toujours des bénéfices par rapport au repos dont ils ont pu bénéficié pendant l'hébergement temporaire.

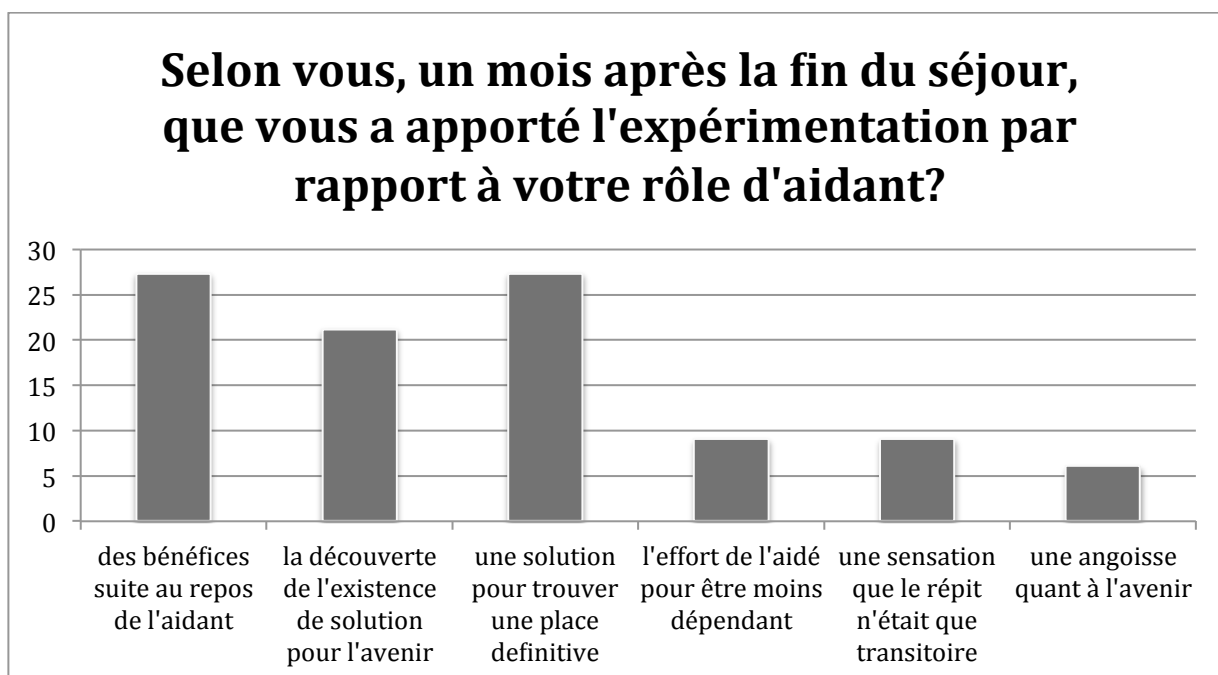


Figure 15 : Pourcentage de réponses des aidants à la question « Selon vous, un mois après la fin du séjour, que vous a apporté l'expérimentation par rapport à votre rôle d'aidant? » Certains aidants ont avancé plusieurs arguments.

Les arguments avancés étaient :

- 9 ont souligné des bénéfices suite au repos dont ils ont bénéficié pendant la prise en charge de leur proche. « je me suis reposé » « une pause » « dégagé du temps » « recharger les batteries » « prendre du recul »
- 7 ont cité la découverte de l'existence de solution pour l'avenir (hébergement temporaire). « plus tard (...) je suis rassurée » « il y aurait une solution » « solution si vraiment ça ne va plus » « moins d'appréhension sur l'avenir » « on est plutôt rassuré de se dire qu'au pire, elle ira en maison de retraite »
- 9 ont été soulagés d'avoir une solution pour trouver une place définitive (précisons que beaucoup d'aidés étaient déjà sur liste d'attente en vue d'une entrée définitive en maison de retraite) « permis de faire les démarches » « permis de trouver une place définitive » « une préoccupation de moins »

maintenant qu'elle est placée » « rassurée de l'avoir placée, je me rends compte qu'elle est finalement bien » « elle est placée je n'ai donc plus à l'aider »

- 3 aidants ont noté des efforts de l'aidé pour être moins dépendant ou une motivation de l'aidant pour garder son proche le plus longtemps possible « je veux qu'on reste ensemble à la maison » « elle fait beaucoup d'efforts et me sollicite moins car elle a peur de devoir y retourner »
- 3 ont eu la sensation que le répit n'était que transitoire « on sait que ce n'est qu'un petit moment de répit » « il y a le après, il faut bien une solution » « repos transitoire mais là je suis à nouveau fatigué »
- 2 ont trouvé que le séjour était générateur d'angoisse pour l'avenir en raison d'une mauvaise expérience « elle ne l'a pas bien vécu du tout et je ne sais pas comment on va faire » « préfère mourir que d'aller en maison de retraite »

d. L'aidant et sa vision de l'EHPAD

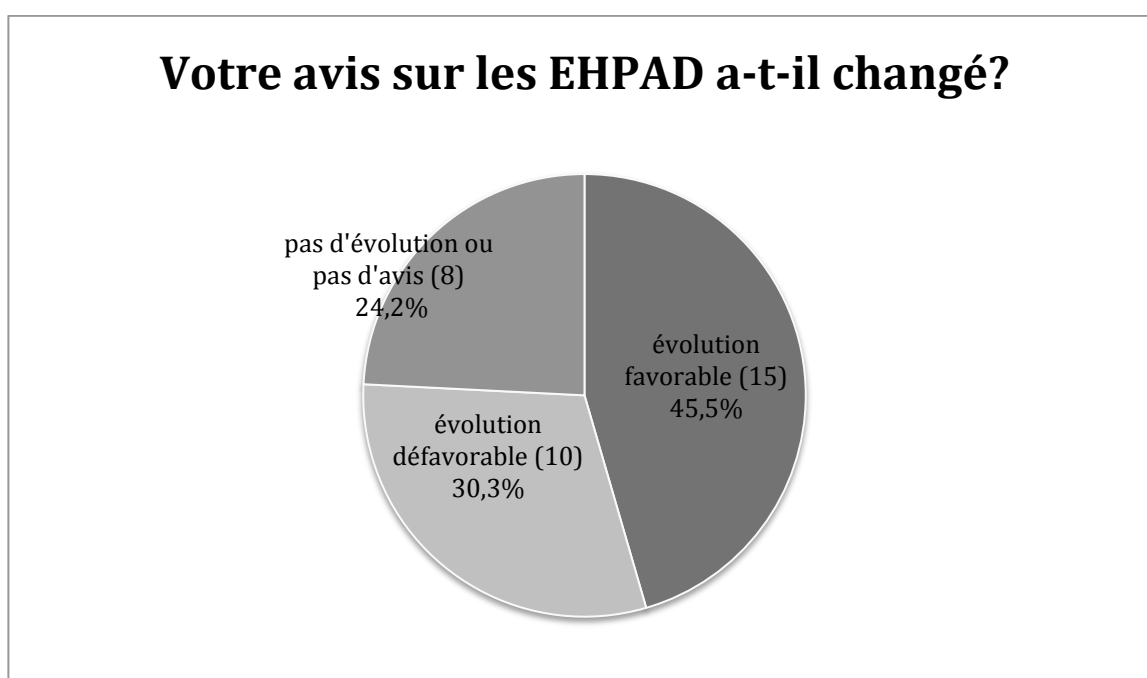


Figure 16 : Pourcentage d'évolution des avis des aidants concernant les EHPAD.

Avec cette expérimentation, le regard des aidants sur les EHPAD comporte des aspects positifs et négatifs :

- 8 ont cité les autres résidents comme un problème « n'ont plus toute leur tête » « résidents qui perdent la tête, c'est angoissant » « complètement perdus » « autres résidents fous » « ne s'est pas intégrée » tandis que 2 ont vu un aspect social positif dans la présence d'autres résidents « ambiance païenne avec les autres résidents » « garde une vie sociale »
- 8 ont souligné la présence attentive du personnel « toujours quelqu'un » mais 1 s'est plaint d'un manque « pas assez de personnel »
- 5 ont souligné la grande différence en fonction des maisons de retraite. « chaque maison de retraite est complètement différente » « les petites maisons sont mieux »
- 3 ont jugé le prix trop élevé « ont les moyens » « c'est un business coté en bourse »
- 2 ont cité de manière positive les activités occupationnelles proposées aux résidents. « il y a des activités, c'est mieux » et 1 le manque d'activité « les gens sont livrés à eux mêmes il n'y a pas d'activité »
- 2 n'ont pas été satisfaits des prestations « hôtellerie » tels la nourriture ou le ménage. « le ménage n'était même pas fait » « nourriture horrible »

Selon vous, quand va-t-on en maison de retraite?

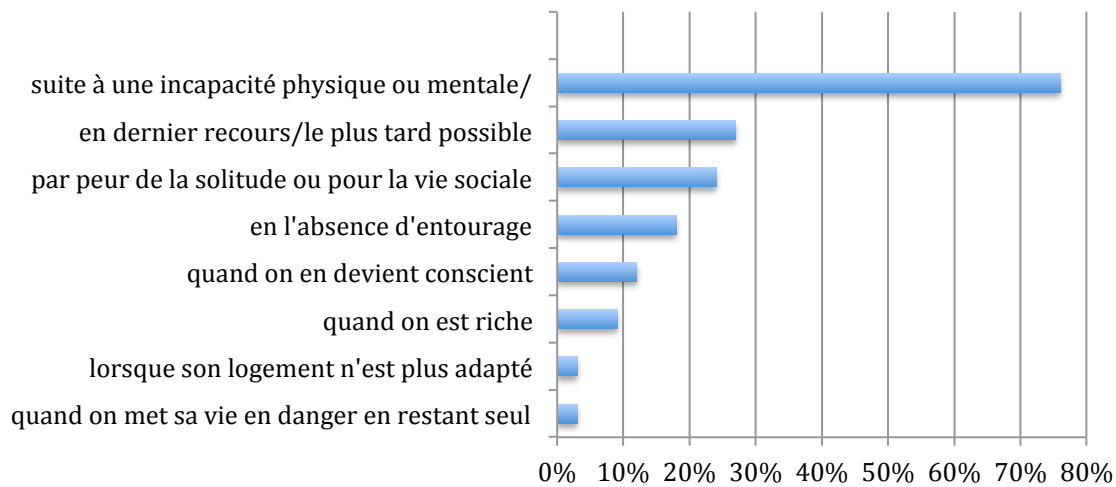


Figure 17 : Pourcentage d'aidants ayant avancé chaque argument à la question « Selon vous, quand va-t-on en maison de retraite ? » Certains patients ont donné plusieurs arguments.

Pensez-vous que votre proche a passé un bon séjour?

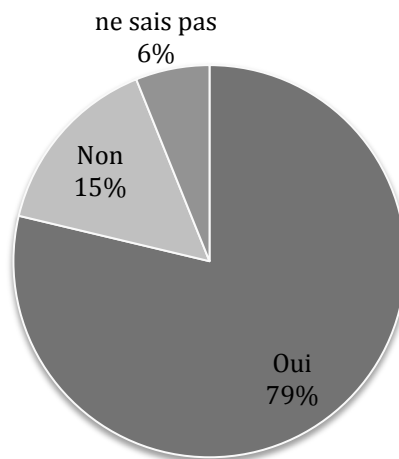


Figure 18 : réponses des aidants à la question « pensez vous que votre proche a passé un bon séjour ? »

Le principal argument en faveur du mauvais séjour ou du séjour mitigé est la présence d'autres résidents et le manque d'intégration du patient avec eux. « à cause des autres résidents » « des autres malades » « ne s'est pas intégré » « peu de personnes sont convalescentes avec toute leur tête »

e. Parcours dans la filière de soins

i. Taux de réhospitalisation non programmée

3 patients ont été réhospitalisés dans les 30 jours suivant leur sortie d'hospitalisation soit un taux de réhospitalisation non programmée précoce de 9,1%. Parmi ces 3 patients, un séjour est jugé évitable car le motif d'hospitalisation est deux fois maintien au domicile impossible et aurait pu être évité par une entrée définitive en EHPAD. (Après le séjour en hébergement temporaire, la personne n'est restée que 2 jours au domicile avant d'être reconduite aux urgences.) Soit un taux de réhospitalisation évitable à 30 jours de 3%.

ii. Taux d'entrée définitive en EHPAD

Un mois après la fin de l'hébergement temporaire, 13 patients soit 39,4% sont en EHPAD de manière définitive.

	Hébergement définitif dans le même EHPAD que celui qui a organisé l'hébergement temporaire	Hébergement définitif dans un EHPAD différent de celui qui a organisé l'hébergement temporaire
Sans retour à domicile ni hospitalisation	4	6
Après retour à domicile	0	1
Après réhospitalisation	1	1

Figure 19 : répartition des patients selon le mode de sortie vers l'EHPAD définitive.

6. L'aidant et le médecin généraliste

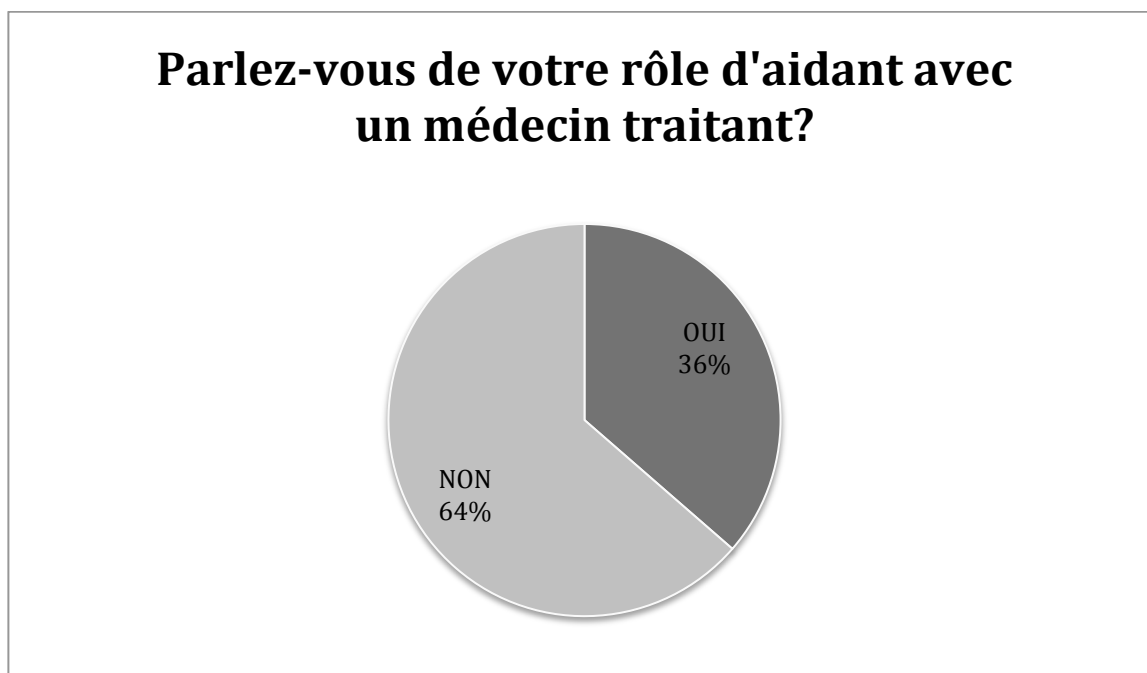


Figure 20 : pourcentage d'aidants ayant répondu à la question « Parlez-vous de votre rôle d'aidant avec un médecin traitant ? »

Arguments avancés par les aidants :

Les aidants qui parlent de la situation avec un médecin généraliste :

- 7 ont expliqué que cela leur permet de s'exprimer et d'être écouté. « j'en discute, ça fait du bien » « ça me soulage »
- 5 ont dit qu'ils recevaient du médecin une aide dans les démarches administratives pour leur proche. « il m'aide pour les démarches » « il m'a aidé à prendre une décision » « m'aide dans les papiers »
- 2 en ont parlé pour bénéficier d'une prise en charge médicale pour eux même « pour avoir des médicaments pour dormir » « pour avoir un arrêt de travail »

Les aidants qui ne parlent pas de leur situation :

- 14 aidants expliquent ne pas avoir besoin de s'exprimer sur le sujet « je me débrouille » « je n'en ai pas besoin » « ce n'est pas du tout un problème » « je vais bien »
- 4 jugent le médecin non disponible pour les écouter « il n'a pas le temps » « peu réceptif »
- 2 aidants sont leur propre médecin traitant
- 1 aidant pense que le médecin ne pourra rien lui apporter « qu'est ce que vous voulez qu'il y fasse ? »

Discussion

a. Effectif et échantillon:

i. Echantillonnage

Depuis la mise en place du dispositif au 01/10/2014, 189 patients ont bénéficié de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation à la date du 25/11/2016. Notre étude a porté sur 6 mois, pendant lesquels 52 patients ont bénéficié du volet hébergement temporaire.

Tous les patients qui ont bénéficié du dispositif pendant les 6 mois de notre étude ont été inclus montrant la sélection des patients au niveau des services en conformité avec le protocole PAERPA.

Nos critères d'exclusion étaient le décès du patient lors du séjour en hébergement temporaire, l'absence d'aidant identifiable et une aide apportée inférieure à 2 heures par mois. Avec ces critères, nous avons donc sélectionné les patients les plus dépendants. La moyenne des GIR de notre échantillon est de 3,6 contre la moyenne des exclus à 4,6.

ii. Effectif

Après application des critères d'inclusion et d'exclusion et du taux de non réponse, l'effectif final de notre étude est de 33. Ce chiffre ne permet pas la réalisation de comparaison statistiquement significative mais donne un bon aperçu de l'impact de ce dispositif dans l'expérimentation PAERPA. Il aurait été intéressant de prolonger la phase de recrutement pour obtenir un échantillon plus important. Sur cette période, sur les séjours qui ont aboutis à un retour à domicile, 4,7% des séjours hospitaliers de personnes âgées de plus de 75 ans (résidant dans la métropole du grand Nancy et ayant été hospitalisées dans les services partenaires du dispositif) se sont soldés par la mise en place de l'hébergement temporaire à la sortie de MCO (52 séjours sur 1108). Ce pourcentage semble plutôt faible, nous ne connaissons pas le nombre de patients ayant refusé le dispositif après proposition mais on peut imaginer que certains patients remplissant tous les critères n'ont pourtant pas été sélectionnés. Les causes peuvent être multiples : les médecins n'ont peut-être pas fait appel à l'assistante sociale ou ils disposaient facilement de structures en aval ? Les EHPAD partenaires ne disposaient plus de place en hébergement temporaire à ce moment ? Les équipes hospitalières n'ont peut-être pas encore intégré la notion du risque de perte d'autonomie et n'utilisent le

dispositif hébergement temporaire en EHPAD qu'en cas de perte d'autonomie déjà avérée.

iii. Taux de participation

10 aidants n'ont pas souhaité répondre à notre questionnaire ou n'ont pas été joints, le taux de réponse de notre étude s'élève ainsi à 76,7%, ce qui paraît correct au vu des références bibliographiques retrouvées au sein de la littérature. L'étude sur les aidants familiaux en France réalisée par BVA pour Fondation Novartis a recueilli 1 023 réponses sur 1 986 aidants soit un taux de réponse à 51,5%(21) et l'étude française handicap santé volet aidant informel (HSA), a recueilli 67% de réponses au questionnaire sur les 7 267 liens aidé-aidant (42).

Le degré de dépendance moyen selon la grille AGGIR des patients dont les aidants ont refusé de répondre ou n'ont pas été joignables est de 4,4 soit plus faible que la moyenne des inclus. Le degré de dépendance amplifiant la charge ressentie(18), il est possible que les aidants, étant moins sollicités par leur proche moins dépendant, n'ont pas souhaité faire partie de l'étude ou n'ont pas rappelé lorsqu'un message leur était laissé.

b. Profils des aidés et des aidants

Dans la littérature, de nombreuses études s'intéressent au profil des aidés et des aidants et au retentissement de cette aide sans filtre d'âge. Peu d'études se concentrent

sur la description et la comparaison des aidants âgés s'occupant de patients de plus de 75 ans avec des aidants plus jeunes ou des non-aidants(43). Il existe des études concernant la maladie d'Alzheimer et les répercussions sur l'entourage mais sans précision de critères d'âge.

Nous nous sommes en particulier intéressés aux études issues de 2 panels français qui regroupent des statistiques sur plus de 5 000 aidants : l'étude Handicap-Santé auprès des aidants de l'entourage (HSA) et l'étude sur les aidants familiaux en France réalisée par BVA pour Fondation Novartis. Il est cependant à prendre en compte que ces 2 études se sont intéressées à tous les aidants et non aux aidants de personnes âgées fragiles. La DRESS a élaboré plusieurs documents statistiques à partir de l'étude HSA, un document concerne les aidants des personnes de plus de 60 ans : « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie »(18). Ce sont les résultats de cette étude que nous utiliserons dans la discussion en sachant que seulement 67% des patients inclus dans cette étude ont plus de 75 ans (le reste a entre 60 et 74ans). L'étude BVA a permis également des comparatifs car certains résultats ont été interprétés en fonction de l'âge des patients et nous avons utilisé la catégorie 75 ans et plus pour les comparer avec notre étude(21)(44)(45).

i. Profils des aidés : Les aidés sont majoritairement des femmes très âgées et ont un degrés de dépendance important.

La moyenne d'âge des patients de notre étude est de 88,5ans, ce chiffre élevé confirme le vieillissement de la population et montre que malgré un âge avancé, les soins de suite et de réadaptation ne sont pas systématiquement pertinents d'un point de

vue médical mais qu'il existe cependant une nécessité d'accompagnement social personnalisé au domicile.

La majorité des aidés de notre étude, 81,8%, sont des femmes. Dans la littérature(19), on retrouve que pour une même classe d'âge, quelque soit le type d'aide (professionnelle, par l'entourage ou mixte), l'aidé est principalement une femme (58 % des femmes âgées de 75 ans ou plus sont aidées contre 37 % d'hommes(19)). Ainsi, avec le vieillissement démographique, plus la population avance en âge, plus elle est aidée et plus elle se féminise. La moyenne d'âge élevée de notre échantillon peut expliquer notre résultat qui est donc cohérent avec les études.

Le GIR moyen est de 3,6 et montre un degré de dépendance important. Cela est en partie expliqué par nos critères d'exclusion et le profil des non répondants puisque le GIR moyen des patients exclus est de 4,6 et celui des non répondants à 4,4. Il faut également rappeler qu'il s'agit de patients en perte d'autonomie, fragiles, suite à un événement aigu traité lors d'une hospitalisation et que le GIR a été calculé à la fin de l'hospitalisation ou au début de la prise en charge en EHPAD. Nous n'avons pas évalué le degré de dépendance selon la grille AGGIR à la fin de la prise en charge en EHPAD ou après le retour à domicile mais on peut imaginer qu'il tendrait à s'améliorer. Toutefois, les patients semblent tout de même avoir dépassé le stade du risque de perte d'autonomie.

Une constatation s'impose d'emblée : les GIR des patients bénéficiant du PAERPA ont dépassé le stade du risque de perte d'autonomie et sont déjà dépendants.

ii. Profil de l'aidant

La moyenne d'âge des aidants de notre échantillon est de 67,7ans. Ce chiffre paraît plus élevé que la moyenne de 59 ans calculée chez les aidants des personnes de plus de 60 ans de l'étude HAS.(18) Cependant, notre population n'est pas la même : il s'agit de patients très âgés, fragiles et en perte d'autonomie. Il est donc logique que leurs aidants (principalement les conjoints ou les enfants des patients) soient aussi plus âgés. Dans les études s'intéressant en particulier aux pathologies de la personne très âgée (type maladie d'Alzheimer et apparentées) la moyenne d'âge des aidants est elle aussi plus élevée(44). Cette transition est d'ailleurs soulignée dans la littérature et posera à l'avenir sans doute problème. En effet, le nombre de patients dépendants augmente mais le nombre d'aidants potentiel diminue suite à de nombreux facteurs (taux de fécondité plus bas, investissement professionnel des seniors et en particulier des femmes, éloignement géographique entre enfants et parents...) (46)(47).

Il apparaît que 66,7% des aidants de notre échantillon sont des hommes. Dans la littérature, la majorité des aidants sont des femmes tous âges confondus de l'aidé (53% pour l'étude HSA et 60% dans le panel Novartis). Cependant, on peut noter que plus

l'aidé est âgé et plus l'aidant a tendance à être un homme jusqu'à inversion des tendances, notion retrouvée dans l'étude Novartis (55% des aidants sont des hommes si l'aidé a plus de 75 ans) ainsi que dans la littérature internationale(48). Notre moyenne d'âge des aidés étant élevée, nous pouvons donc en partie expliquer le résultat. Une autre explication serait que les équipes médico-sociales ont plus tendance à s'intéresser à la situation des aidants hommes possiblement en relation avec les représentations de notre société où ce sont en général les femmes qui s'occupent des soins de leur proche.

Dans notre échantillon, les aidants sont les enfants dans 66,7% des cas, et le conjoint dans 24,2% des cas. Ces chiffres sont en cohérence avec la littérature (qui retrouve respectivement 52% et 32% lorsque l'aidé est âgé de plus de 75ans) si on prend en compte la moyenne d'âge élevée des aidés de notre échantillon qui suppose une part plus importante de veufs/veuves.

27,7% de nos aidants ont encore une activité professionnelle contre 37% dans la littérature, cette légère différence est tout a fait explicable du fait de l'âge moyen avancé des aidants de notre échantillon.

Par rapport à la littérature, nos aidants :

- Ont une moyenne d'âge élevé
- Sont plus souvent des hommes
- Sont plus souvent les enfants des aidés
- Ont moins souvent une activité professionnelle

Expliqué par le profil des patients plus âgés et plus dépendants de notre étude.

Il est difficile de comparer le volume horaire consacré à l'aide puisque nous n'avons pas pu chiffrer cette donnée lorsqu'il s'agissait de binôme aidants/aidés vivant sous le même toit. La littérature retrouve une aide moyenne de 1h40 par jour mais souligne que 37% des aidés interrogés n'ont pas répondu à la question lorsqu'ils cohabitaient avec leur aidant et les nombres d'heures d'aide non renseignés ont été attribués par imputation multiple. Il nous semble donc peu judicieux de le comparer à notre résultat de 54 minutes par jour puisqu'il s'agit de la moyenne pour les aidants ne cohabitant pas avec leur aidé et que un de nos critères d'exclusion était une aide apportée inférieure à 2h par mois.

Lorsqu'ils ne cohabitent pas ensemble, l'éloignement géographique entre l'aidé et l'aidant semble moins important que celui retrouvé dans la littérature. Rappelons que dans notre étude, 42,2% des aidés vivent avec l'aidant et 21,2% habitent à moins de 10 minutes. Notre résultat peut sans doute être expliqué par le fait qu'il s'agit d'un territoire urbain. Un des critères d'inclusion étant que le patient fasse partie de la métropole du grand Nancy.

Lorsque le binôme aidant/aidé cohabite, il est plus difficile d'évaluer la charge de l'aidant en nombre d'heures.

42% de nos aidants cohabitent avec l'aidé et 21% habitent à moins de 10 minutes.

iii. Types d'aides apportées par les aidants : les aidants sont très sollicités pour les activités de la vie quotidienne.

Les aidants de notre étude semblent plus sollicités pour apporter leur aide dans la vie quotidienne que dans la littérature.

	Etude HSA	Notre étude
courses	47%	90,9%
Tâches ménagères	41%	57,6%
Soins corporels	21%	30,3%
Tâches administratives	34%	97%
Distribution des traitements médicamenteux	NC	18%

Figure 21: tableau comparatif de l'implication des aidants dans la vie quotidienne.

Ceci peut en partie être expliqué par notre fort taux d'aidant-aidé habitant ensemble. De même, rappelons que l'étude HSA a élaboré ses statistiques à partir des aidants des patients de plus de 60 ans et que du fait de nos critères d'inclusion et d'exclusion, nos patients sont plus âgées et plus dépendants, ils ont donc probablement besoin d'être encore plus assistés dans les actes de leur vie quotidienne.

iv. Retentissement sur les aidants

1. La charge ressentie

Dans notre étude nous avons souhaité décrire les relations d'aide entre les personnes aidées et leur aidant, ainsi que les conséquences de cette aide sur les conditions de vie des aidants. Il nous a semblé plus intéressant de mesurer le « fardeau

subjectif » que pouvait ressentir l'aidant ce pourquoi nous n'avons pas souhaité utiliser d'échelle de mesure du fardeau telle que la grille de Zarit⁽⁴⁹⁾ trop chronophage. Nous avons pu ainsi privilégier d'autres questions à propos du dispositif en lui-même, avec notamment des questions ouvertes à réponses courtes.

67,7% des aidants de notre étude ont déclaré ressentir une charge en s'occupant de leur proche. L'étude HSA retrouve 43%. Notre résultat plus élevé peut être expliqué par plusieurs arguments. En premier lieu, un plus fort taux d'implication de nos aidants dans les actes de la vie quotidienne (voir ci dessus) favorise le fait d'une charge ressentie plus importante. En second lieu, on peut souligner que lorsque l'aidant n'est pas le conjoint, la charge ressentie semble plus importante (37,5% des aidants conjoints ressentent une charge contre 80% lorsque l'aidant est un autre proche). Probablement que les conjoints ont moins tendance à ressentir et surtout à s'autoriser à s'exprimer (culpabilité) sur cette charge à la différence des autres proches et en particulier des enfants. Dans notre étude, nous avons un fort taux d'aidants qui sont les enfants en raison de l'âge élevé des patients. Enfin, ces aidants, qui ressentent une charge, ont peut-être davantage demandé une prise en charge sociale et sollicité les assistantes sociales dans les services hospitaliers.

2. Le retentissement sur l'aidant de l'aide apportée

	Panel HSA(18)8) <i>(chez les aidants de personnes de plus de 60 ans)</i>	Panel Novartis	Notre étude
fatigue morale	25%	49%	69,7%
fatigue physique	27%	57%	54,5%
sommeil	18%	NC	39,4%
Loisirs, sorties, vacances	25%	70%	48,5%
Vie professionnelle	24%	49%	55,6%
Vie familiale	NC	35%	15,2%

Figure 22 : tableau comparatif du retentissement de l'aide apportée sur les aidants.

Ces résultats sont en accord avec le fort taux d'implication dans la vie quotidienne des aidants de notre étude et sont en lien avec le fait que les patients inclus sont plus âgés et plus dépendants.

Une des limites de l'étude est de ne pas avoir interrogé les aidants sur les bénéfices qu'ils retirent à s'occuper de leur proche. La satisfaction qu'ont les aidants à s'occuper de leur proche est pourtant mise en évidence dans la littérature, le rôle d'aidant n'étant pas uniquement ressenti comme une charge négative (44)(50).

Par rapport à la littérature, nos aidants :

- Sont plus sollicités pour les activités de la vie quotidienne
- Ressentent plus souvent une charge
- Décrivent davantage de retentissement sur leur santé

Expliqué par le profil des patients plus âgés et plus dépendants de notre étude.

c. Les aidants et le médecin traitant

Dans notre étude, seuls 36,4% des aidants déclarent parler de leur situation d'aidant à un médecin généraliste (le leur ou celui de l'aidé) et en attendent une relation d'écoute ou d'aide administrative. 12,1% jugent le médecin non disponible ou peu compétent pour les aider mais 42,4% déclarent ne pas avoir besoin de discuter de leur rôle en avançant surtout l'argument qu'ils ne ressentent pas de besoin d'aide ou d'écoute allant même jusqu'à dire qu'« être aidant n'est pas un problème. ». Cet argument semble en contradiction avec le nombre important d'aidants qui ont dit ressentir une charge en s'occupant de leur proche. Ces éléments contradictoires laissent apparaître que les aidants, soit n'ont pas conscience que leur implication auprès de leur proche peut les épuiser et a un retentissement sur eux-mêmes, soit qu'ils refusent de considérer comme un problème leur implication (Education ? culpabilité ? Devoir ? ou tout simplement acte d'amour ?).

Le rôle majeur du médecin généraliste est mis en avant dans la littérature. Son action envers les aidants en terme de bénéfices apportés est insuffisamment exploré(51). Le suivi des aidants par le médecin généraliste est rarement étudié mais les aidants ont tendance à trouver que le médecin généraliste manque de formation dans leur prise en charge (52). Dans une thèse sur les aidants des patients du dispositif PAERPA(53), la question des attentes des aidants envers leur médecin traitant a été étudiée, 36,8% des aidants ont répondu n'avoir aucune attente et autant souhaitaient que leur médecin les écoute plus et leur accorde plus de temps. Les autres études s'intéressent plus volontiers au recours aux professionnels de santé de manière globale et non au médecin généraliste en particulier. On retrouve que seuls 43% des aidants parlent de leurs difficultés à un professionnel de santé (23) et que 67% pensent que les professionnels de santé ne font pas attention à l'état de santé de l'aidant.(20) Pourtant la littérature confirme à quel point les aidants ont besoin d'un suivi médical régulier, en plus de souffrir d'atteinte psychologique (stress, dépression..) ils développent plus de maladies organiques (hypertension artérielle...) que les non-aidants du même âge.(54)(55)(56)

Le parcours pour arriver à une prise en charge optimale de l'aidant par le médecin généraliste semble encore long. Nous avons d'un côté des patients qui ne ressentent pas le besoin de parler de leur situation et de l'autre, des médecins généralistes peu formés. Des études complémentaires sur le point de vue des médecins mais surtout des aidants seraient intéressantes.

d. Le dispositif « hébergement temporaire » dans PAERPA : annonce et perception par les aidants

La plupart des aidants sont satisfaits du niveau d'information reçu. En revanche, on peut se demander si les patients ont bien compris le dispositif puisque 30,3% soit 10 patients n'ont pas eu de réaction selon leur proche à la proposition de l'hébergement temporaire. L'argument principal avancé était que les patients étaient très désorientés voire atteints de démence selon les aidants. Si effectivement les patients sont atteints de troubles de l'orientation temporo-spatiale au point de ne pas se rendre compte dans certains cas qu'ils sont hospitalisés ou en EHPAD, cela ne semble pas en adéquation avec la volonté du dispositif PAERPA de s'adresser à des personnes encore autonomes. Le même constat était ressorti d'une thèse s'intéressant à l'opinion et aux attentes des patients intégrés dans la mise en place du projet PAERPA en Mayenne : certains patients n'avaient pas pu répondre aux questions pour cause de troubles cognitifs, ne semblaient pas avoir compris le principe du plan personnalisé de santé et beaucoup ne se souvenaient plus avoir signé un document de consentement(28).

La majorité des aidants déclarent avoir accepté eux-mêmes seuls le dispositif ou avoir accepté puis convaincu leur proche. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce résultat. Il est possible que le patient, dans une situation de pathologie aiguë préfère se reposer davantage sur son aidant, lui faisant toute confiance ainsi qu'à l'équipe médicale. Ensuite, l'aidant est peut-être motivé par l'acceptation du dispositif qui lui apporte une solution immédiate de prise en charge pour son proche mais aussi pour lui-

même. Enfin, il est possible que l'aidant prenne ce rôle de décisionnaire et son implication dans la décision comme quelque chose de positif, le sens de l'engagement étant vécu comme positif d'après certaines études(44)(57).

Il est à noter que selon l'aidant et selon son propre ressenti, la première personne qui leur a parlé du dispositif était l'assistante sociale dans 75,8% et un médecin dans seulement 15,2%. On peut s'interroger sur ce point. Les médecins hospitaliers ont-ils dans un premier temps contacté l'assistante sociale (pour vérifier la possibilité de places disponibles par exemple ?) avant d'informer le patient d'un tel dispositif ? Sont-ils habitués à privilégier la discussion sur des sujets médicaux plutôt que sociaux avec leur patient ? Ont-ils informé le patient sans la présence de l'aidant ? L'aidant a-t-il surtout retenu l'entretien dédié aux mesures sociales avec l'assistante sociale ? Il serait intéressant d'interroger les médecins hospitaliers et les assistantes sociales sur leur ressenti.

En revanche, plusieurs aidants nous ont dit avoir consulté leur médecin traitant avant d'accepter le dispositif. Des études vont dans ce sens en montrant la confiance qu'ont les aidants envers leur médecin généraliste et que lorsque l'information est donnée par le médecin traitant, cela augmente de manière significative l'acceptation des dispositifs d'aides aux aidants(58)(51).

84,8% des aidants et 68,2% des patients (qui ont émis un avis) ont eu un ressenti positif du dispositif lorsque celui ci leur a été présenté. L'hébergement temporaire est surtout apparu comme une solution de transition bénéfique entre l'hôpital et le domicile et d'organisation de la suite de la prise en charge.

Le dispositif et les aidants :

- Satisfaction du niveau d'information reçue
- Dans 76% des cas par l'assistante sociale
- Accepté majoritairement par l'aidant qui convaint le patient
- Rôle du médecin traitant dans l'acceptation du dispositif

Une nouvelle fois, inadéquation entre la population visée par le PAERPA et la population de notre étude, déjà en perte d'autonomie.

67% déclarent qu'ils auraient accepté le dispositif s'il avait été payant mais de nombreux aidants soulignent le prix élevé des EHPAD. Ce chiffre montre que l'hébergement temporaire a vraiment été perçu comme utile puisque malgré le coût, les aidants l'auraient accepté.

L'hébergement temporaire a duré en moyenne 16,2 jours. Pendant ce temps, 72,7% des aidants ont ressenti un répit (psychologique et/ou physique) et 45% tirent toujours un bénéfice de ce répit un mois après la fin de l'hébergement temporaire (pour les patients qui sont rentrés à domicile). Pour 21,2%, le dispositif leur a permis de découvrir des solutions quant à la prise en charge future de leur proche, ce qui les a rassurés sur l'avenir (hébergement temporaire ou définitif). Le dispositif a donc apporté des bénéfices à l'aidant lors de la prise en charge du patient en elle-même mais également à moyen terme. Il est à noter que les mauvaises expériences l'ont été lorsqu'il existait un sentiment de culpabilité important de laisser son proche et ce d'autant plus lorsque l'aidé et l'aidant étaient conjoints.

27,3% des aidants y ont vu un moyen de faire rentrer de manière définitive l'aidé en EHPAD. A travers les réponses, on peut voir que ce projet était souvent déjà envisagé avant l'hébergement temporaire qui n'a été que le facteur déclenchant de la prise de décision. Le dispositif étant accueilli positivement comme une transition proposée par les professionnels de santé vers un hébergement définitif, cela pouvait enlever une part de culpabilité aux aidants de « placer » leur proche d'autant plus que 76% des aidants pensent que leur proche a passé un bon séjour.

Enfin, ce dispositif a permis de faire découvrir les EHPAD aux aidants et 75,8% ont changé d'opinion par rapport à ces établissements : parmi eux 60% de manière favorable soulignant le plus souvent la présence du personnel et 40% de manière défavorable principalement à cause des autres résidents qui renvoient une image négative du vieillissement et de la dépendance qu'ils projettent sans doute sur leur

proche ou eux-mêmes. Cette confrontation difficile avec le réel est d'autant plus forte que d'après l'étude de Kleinspehn-Ammerlahn sur une population âgée de 70 à 104 ans , les patients se sentaient en moyenne 13 ans plus jeune que leur âge biologique(59) et ils déclarent une perte d'autonomie moindre que celle évaluée par les médecins(33). Les patients résidant en EHPAD sont toutefois en moyenne plus dépendants que les patients du même âge au domicile(60). Malgré cette expérience de découverte, la peur des EHPAD chez les patients mais aussi chez leurs aidants semble encore présente, l'aidant voyant l'entrée définitive en EHPAD comme l'ultime solution(61). Cette tendance est confirmée par les résultats à la question « selon vous, quand va-t-on en maison de retraite ? » puisqu'aucun patient n'a répondu simplement « par choix » ou « par envie ». La plupart y voient une solution lorsque la dépendance est trop importante et comme un choix de dernier recours.

Les EHPAD = des équivalents de domicile mal connus et redoutés

L'image négative du vieillissement et de la dépendance renvoyée par les autres résidents place l'EHPAD comme une solution ultime tant chez l'aidé que chez l'aidant.

e. Le dispositif et l'aidé

i. Taux de réhospitalisation

Nous avons observé un taux de réhospitalisation non programmée à 30 jours de 9,1%. Pour confirmer la tendance de diminution du nombre de réhospitalisations chez

les PAERPA en comparaison avec le taux de réhospitalisation de 14,2% du suivi de cohorte de patients français âgés de plus de 75 ans, il faudrait réaliser une étude sur un plus grand effectif afin d'augmenter la puissance du test statistique.

Notre taux de réhospitalisations évitables est de 3% mais il est peu intéressant de le comparer aux études sur le sujet(14)(15)(16) puisque notre effectif est trop faible et que un patient à lui seul change le pourcentage de manière très importante. Il faut tout de même souligner que ces études décrivent le taux de réhospitalisation des patients qui pouvaient rentrer à domicile directement à la suite de leur hospitalisation et que notre étude a sélectionné des patients qui ne pouvaient pas rentrer à domicile directement. A notre connaissance aucune étude ne s'est intéressée aux taux de réhospitalisation avec une transition Hôpital-EHPAD. Nous pouvons donc imaginer que la sortie avec relais EHPAD ne présente pas « de perte de chance » pour le patient par rapport à une sortie directe de MCO ou de MCO puis SSR puisqu'elle n'est pas associée à un taux de réhospitalisation non programmée plus important. Il serait toutefois intéressant de confirmer cette tendance avec une étude comportant un effectif plus grand mais pour cela, il faut attendre un développement du dispositif puisque en incluant tous les patients qui en ont bénéficié depuis sa mise en place, on obtiendrait un effectif de 189 patients (à la date du 25/11/2016).

Taux de réhospitalisations non programmées à 30 jours = 9,1%

Taux de réhospitalisations évitables = 3%

Prometteur mais programme trop jeune pour affirmer des différences statistiquement significatives.

=> Le relais en EHPAD ne présente pas de perte de chance par rapport au parcours habituel.

ii. Taux d'entrée définitive en EHPAD

Nous avons observé un fort taux d'entrée définitive en EHPAD dans le mois qui a suivi la fin de l'hébergement temporaire. Dans la littérature 78 % des patients sont retournés à leur domicile à l'issue d'un hébergement temporaire(33). Dans notre étude, 39,4% sont entrés de manière définitive dans les 30 jours. Le séjour en EHPAD temporaire a été selon beaucoup d'aidants une solution de transition vers l'EHPAD définitive. On peut retrouver dans les réponses aux questions ouvertes que de nombreux aidants étaient dans l'attente de décider d'une entrée définitive et que le dispositif leur a permis d'effectuer les démarches en vue de cette entrée en institution. L'hospitalisation semble apparaître comme le facteur qui a déclenché la décision finale, l'entrée en institution devenant une « urgence » ressentie. Dans ce cas, l'hébergement temporaire peut alors adoucir la transition, à la fois pour l'EHPAD et pour les familles et le patient : chacun a pu faire connaissance pendant l'hébergement temporaire.

iii. Le retour à domicile

Même en cas de mauvaise expérience de l'aidé en hébergement temporaire, Il est à noter un aspect positif : 9,1% des patients ont demandé moins d'aides à l'aidant dans la vie quotidienne et ont fait des efforts pour augmenter leur autonomie selon l'aidant par « crainte de devoir retourner en EHPAD ».

PAERPA et l'EHPAD temporaire : une étape pour dédramatiser l'entrée définitive et une stimulation pour rester à domicile.

Conclusion et perspectives

L'objectif principal de l'étude était de décrire l'impact sur les aidants de l'expérimentation d'un hébergement temporaire de patients à la sortie d'une hospitalisation. Il en ressort que 72,7% des aidants ont ressenti un répit (psychologique et/ou physique) pendant que leur proche était en hébergement temporaire et 45% tirent toujours un bénéfice de ce répit un mois après la fin de l'hébergement temporaire (pour les patients qui sont rentrés à domicile). Dans ce travail, nous avons souhaité évaluer le ressenti de manière subjective avec des questions ouvertes sur les particularités du dispositif (mise en place, perceptions par les aidants et leur proche) mais il serait également intéressant de déterminer ce bénéfice ressenti de manière objective en interrogeant les aidants avant le dispositif, 1 mois après puis à distance avec un outil validé de type échelle du fardeau de Zarit. Cela pourrait confirmer l'impact positif du dispositif en montrant une diminution du fardeau ressenti.

Le dispositif a été plutôt bien accepté lors de sa présentation tant chez les aidés que chez les aidants. Il a été jugé utile puisque plus de 2/3 des aidants l'auraient accepté même s'il avait été payant.

En comparant le nombre de bénéficiaires par rapport au nombre de séjours hospitaliers à critères identiques (patients de plus de 75 ans résidant dans la métropole du grand Nancy) sur la même période, on peut imaginer que d'autres patients auraient pu bénéficier du dispositif. De plus, les patients ont dépassé le risque de perte

d'autonomie et sont déjà pour beaucoup dans celui de la dépendance. Les équipes hospitalières n'ont peut-être pas encore pris toute la mesure de cette nouvelle prise en charge où l'on passe du soin à la prévention de la dépendance. La phase opérationnelle du dispositif PAERPA a débuté depuis octobre 2014 dans la métropole du grand Nancy. Le dispositif connaît une montée en charge mais le ciblage actuel des populations n'est pas encore assez précis tant l'urgence de la prise en charge de la dépendance se fait sentir. Le dispositif d'hébergement temporaire mérite de voir son organisation repensée afin d'obtenir une optimisation de la prise en charge qualitativement et quantitativement. En effet, même en l'absence de financement de l'hébergement temporaire, une majorité de familles déclarent qu'elles y auraient eu recours. A terme, si le PAERPA concerne réellement des populations à risque de perte d'autonomie, il serait envisageable de concevoir des hébergements temporaires plus courts dans le temps. Le dispositif jouerait ainsi toute sa place d'information et de revalorisation du choix d'un EHPAD dans un parcours de vie pour un nombre plus élevé de familles.

A notre connaissance, une seule étude a porté sur l'avis des personnes âgées en perte d'autonomie à propos de la mise en place du plan personnalisé de santé mais pas sur l'hébergement temporaire à la sortie de l'hospitalisation(28). Il serait intéressant de réaliser une étude en interrogeant directement la personne âgée sur son ressenti au moment de la proposition (lors du séjour hospitalier) puis pendant le séjour d'hébergement temporaire et à distance de celui ci. Cela permettrait de connaître l'avis et les conséquences du dispositif sur le patient selon son propre point de vue. Cependant, cette étude pourrait être difficile à réaliser si les personnes ne peuvent répondre à l'enquête du fait de problèmes cognitifs.

Les statistiques concernant le profil des aidés et des aidants de notre étude sont globalement proches des statistiques de la littérature si on ajuste par rapport à l'âge et au degré de dépendance plus important des patients de notre étude.

Un des 2 objectifs secondaires de notre étude était de connaître la trajectoire des patients après leur hospitalisation. Il en ressort que le taux de réhospitalisation non programmées à 30 jours semble conforme voire inférieur (mais non statistiquement significatif) à la littérature avec un taux de 9,1%. Le dispositif apparaît donc comme positif car il évite une hospitalisation d'« attente » du SSR et ne conduit pas à une « perte de chance » par rapport au SSR puisque le taux de réhospitalisation n'est pas augmenté. Il serait intéressant de confirmer cette tendance avec une étude comportant un effectif plus grand mais pour cela, il faut attendre un développement du dispositif puisque, en incluant tous les patients qui en ont bénéficié depuis sa mise en place, on obtiendrait un effectif de 189 patients (à la date du 25/11/2016).

Enfin, l'autre objectif secondaire était de savoir si, et comment, les aidants parlaient de leur rôle avec un médecin généraliste. Notre étude montre, conformément à la littérature, que peu d'aidants parlent de leur situation aux médecins généralistes principalement parce qu'ils n'en ressentent pas le besoin selon eux. On peut également se demander si l'aidant ne considère pas la situation de son proche comme prioritaire par rapport à la sienne. Il est pourtant certain que le généraliste pourrait apporter un soutien à ces aidants. Les réponses des aidants de notre étude nous font penser qu'ils attendent de leur médecin, en plus d'un soutien moral, de l'aide dans les démarches administratives et sociales. Il existe des plateformes d'aide aux aidants composées d'**une équipe** comprenant généralement d'un(e) **coordinateur(trice)** et d'un(e) **psychologue**

accueille l'aidant et analyse la demande en vue d'une évaluation de la situation et des besoins mais un dépliant synthétique expliquant ces démarches pourrait être élaboré pour le médecin à l'intention des aidants. Ce dépliant pourrait amorcer la discussion sur le retentissement de l'aide sur l'aidant...

Le médecin traitant est le « pivot » central du dispositif car c'est lui qui prendra en charge la personne âgée lors de son séjour en EHPAD puis lors de son retour à domicile. Grâce au dispositif, il pourra s'appuyer sur un réseau et une coordination dédiée pour un meilleur accompagnement de son patient. Une thèse a été réalisée en avril 2015 sur l'avis des médecins généralistes concernant le dispositif PAERPA et la mise en place des PPS, il en ressort que les médecins généralistes étaient globalement plutôt satisfaits. Après 2 ans de mise en service du dispositif, il serait intéressant de refaire une étude qualitative sur le ressenti des médecins traitants dont les patients ont bénéficié de l'hébergement temporaire (ont-ils suivi leur patient en EHPAD, à leur retour à domicile ?) avec un volet sur leur prise en charge de l'aidant.

BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE, Statistique Publique. Tableau de l'économie française. 2016; pp24-26.
2. Blanpain N, Chardon O. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. 2010;(1320).
3. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. 2016; p262.
4. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Enseignement du 2eme cycle, polycopié national, Autonomie et dépendance. 2009; p5.
5. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. 2013. p7
6. DREES. Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des français entre 2000 et 2005. mai 2006;(491) p2.
7. INSEE. L'enquête Handicap-Santé. 2008.
8. Davin B, Paraponaris A, Verger P. Entre famille et marché : déterminants et coûts monétaires de l'aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire. 2009;(26):pp 190-204.
9. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Rapport de la commission des comptes de la Sécurité Sociale : Résultats 2011. 2012; p 116.
10. Cours des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. 2012.
11. Réseau QualiSanté, Carton A, Gaultier A, Moret L. Note d'analyse - Revue de pertinence des journées d'hospitalisation. 2013
12. Haute Autorité de Santé. Comment réduire le risque de réhospitalisation évitables des personnes âgées? 2013.

13. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*. juill 2008;37(4):416-22.
14. Witherington EMA, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Qual Saf Health Care*. févr 2008;17(1):71-5.
15. Van Walraven C, Jennings A, Forster AJ. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *J Eval Clin Pract*. déc 2012;18(6):1211-8.
16. Halfon P, Egli Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Med Care*. nov 2006;44(11):972-81.
17. COFACE - Confédération des Organisations Familiales de l'Union Européenne. Charte européenne de l'aidant familial. 2009.
18. Soullier N, DREES. Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie. 2012.
19. Soullier N, DRESS. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. 2011.
20. BVA, Fondation Novartis. Les aidants familiaux en France. 2010.
21. Sliman G. Principaux enseignements de la phase de constitution du premier panel national des aidants familiaux. mars 2009;(1):26.
22. Association Française des Aidants. Résultats de l'enquête nationale à destination des aidants. 2013.
23. Thomas P, Novartis, France Alzheimer. L'entourage familial des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Etude Pixel. 2002.
24. Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes

Handicapées et à la Famille. Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012.

2008.

25. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Les nouvelles mesures de la loi pour les personnes âgées [Internet]. [cité 19 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/les-nouvelles-mesures-de-la-loi>

26. Haute Autorité de Santé. Synthèse des recommandations de bonnes pratiques. Maladies d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. 2010.

27. Journal Officiel de la République Française. Décision du 20 décembre 2011 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie. févr 21, 2012.

28. Martin F. Enquête sur l'opinion et les attentes des personnes intégrées dans la mise en place du projet PAERPA en Mayenne. Th D : médecine générale : Angers : 2015.

29. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002-2 janv 2, 2002.

30. Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles - Article 1. 2004-231 mars 17, 2004.

31. Légifrance. Circulaire DGCS/SD3A n o 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.

32. Volant S, DRESS. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. 2014.

33. Prévot J, DRESS. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. 2009.

34. CNSA. Etat des lieux et préconisation sur l'hébergement temporaire des

personnes âgées et des personnes handicapées. 2011 oct.

35. Warren S, Kerr JR, Smith D, Schalm C. The impact of adult day programs on family caregivers of elderly relatives. J Community Health Nurs. 2003;20(4):209-21.

36. Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille. Plan Solidarité Grand Age. 2006.

37. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 2015-1776 déc 28, 2015.

38. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Plan maladies neuro-dégénératives. 2014.

39. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : les projets PAERPA. 2014.

40. Agence Régionale de Santé de Lorraine. PAERPA - feuille de route 2014-2016 Actions phares en Lorraine. 2014.

41. Réseau Gériatologique du Sud Lorrain. Les prestations dans le cadre de PAERPA. 2014.

42. DREES. Handicap santé « aidants informels » (HAS), présentation des pondérations de l'enquête. 2008.

43. Greenwood N, Smith R. The oldest carers: A narrative review and synthesis of the experiences of carers aged over 75 years. Maturitas. déc 2016;94:161-72.

44. Thomas P, Hazif-Thomas C, Billon R. Vulnérabilité et ressources des aidants informels d'adultes malades ou dépendants : suivi sur 20 mois. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. oct 2011;11(65):198-204.

45. Thomas P, Hazif-Thomas C, Billon R, Renaut S, Ankri J. Quelles difficultés dans la vie quotidienne pour les aidants informels d'adultes handicapés vivant sur le territoire métropolitain en 2009? sept 2010;(167).

46. Bontout O, Colin christel, Kerjosse R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. 2002.
47. Wittwer J. L'aide aux personnes âgées dépendantes à domicile face à la raréfaction des aidants familiaux. mars 2011;22(1):2-4.
48. The Princess Royal Trust for Carers. A Survey of the Experiences of Older Carers. 2011
49. Zarit S., Zarit J. The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview. University Park PA, Pennsylvania State University; 1987.
50. Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. The Gerontologist. 4 janv 2015;55(2):309-19.
51. Dufour N. Les interventions dédiées aux aidants familiaux de patients déments par le médecin généraliste : revue de la littérature. - 112 Th D : médecine générale : Rouen : 2013.
52. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? A systematic literature review. Scand J Prim Health Care. 2009;27(1):31-40.
53. Pralet F. Evaluation de la prescription médicamenteuse des aidants conjoints ou concubins de personnes âgées en risque de perte d'autonomie vivant à domicile. - 121 Th D : médecine générale : université de Lorraine : 2014
54. Shaw WS, Patterson TL, Ziegler MG, Dimsdale JE, Semple SJ, Grant I. Accelerated risk of hypertensive blood pressure recordings among Alzheimer caregivers. J Psychosom Res. mars 1999;46(3):215-27.
55. Treasure J. Review: exploration of psychological and physical health differences between caregivers and non-caregivers. Evid Based Ment Health. 2 janv

2004;7(1):28-28.

56. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. JAMA. 15 déc 1999;282(23):2215-9.

57. Beach SR, Schulz R, Yee JL, Jackson S. Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the caregiver health effects study. Psychol Aging. juin 2000;15(2):259-71.

58. Donath C, Gräßel E, Großfeld-Schmitz M, Menn P, Lauterberg J, Wunder S, et al. Effects of general practitioner training and family support services on the care of home-dwelling dementia patients - Results of a controlled cluster-randomized study. BMC Health Serv Res. 18 nov 2010;10(1):314.

59. Kleinspehn-Ammerlahn A, Kotter-Grühn D, Smith J. Self-perceptions of aging: do subjective age and satisfaction with aging change during old age? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. nov 2008;63(6):P377-385.

60. DREES. Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. 2013 juill.

61. Vallee A. Le rôle des aidants naturels face à l'entrée en institution d'un proche âgé dépendant. Éthique Santé. mars 2015;12(1):14-21.

Annexe 1 : grille AGGIR

Nom et prénom
M. Sec. Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Date de l'évaluation

Fiche récapitulative AGGIR

Activités réalisées par la personne seule		Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalelement C = Correctement		Code final	Code	Code final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.
		S	T	C	H						
1. Transferts		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Codage intermédiaire Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON). Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H. ▪ Si aucun adverbe n'est coché codez A. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) ▪ Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) ▪ Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B. Code final si sous-variables ▪ Cohérence : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B ▪ Orientation : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B ▪ Toilette : - AA = A ; - CC = C ; - Autres = B ▪ Habillage : - AAA = A ; - CCC = C ; - Autres = B ▪ Alimentation : - AA = A ; - CC, BC, CB = C ; - Autres = B ▪ Élimination : - AA = A ; - CC, BC, CB, AC, CA = C ; - Autres = B
2. Déplacements à l'intérieur		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Toilette	haut	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	bas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4. Élimination	urinaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	fécale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5. Habillage	haut	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	moyen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	bas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6. Cuisine		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
7. Alimentation	se servir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	manger	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
8. Suivi du traitement		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
9. Ménage		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
10. Alerter		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
11. Déplacements à l'extérieur		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
12. Transports		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
13. Activités du temps libre		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
14. Achats		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
15. Gestion		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
16. Orientation	dans le temps	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	dans l'espace	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
17. Cohérence	communication	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	comportement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Groupe iso-ressources

Défini par le système informatique

Annexe 2 : groupes GIR

Groupe GIR	Situation de la personne
GIR 1	Personne confinée dans un lit ou un fauteuil dont les fonctions physiques et mentales sont gravement altérées. Personnes en fin de vie. Besoin d'une présence continue
GIR 2	Personne dans l'incapacité de se déplacer dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour ses activités de la vie courante. Personne dont les fonctions mentales sont altérées mais qui est capable de se déplacer.
GIR 3	Personne qui a conservé ses capacités mentales et partiellement ses capacités locomotrices mais qui a un besoin d'aide quotidien pour les soins corporels
GIR 4	Personne qui a partiellement ses capacités physiques, qui peut se déplacer à l'intérieur de son logement mais qui a besoin d'aide pour la toilette et pour s'habiller.
GIR 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
GIR 6	Personne autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Annexe 3 : convention cadre

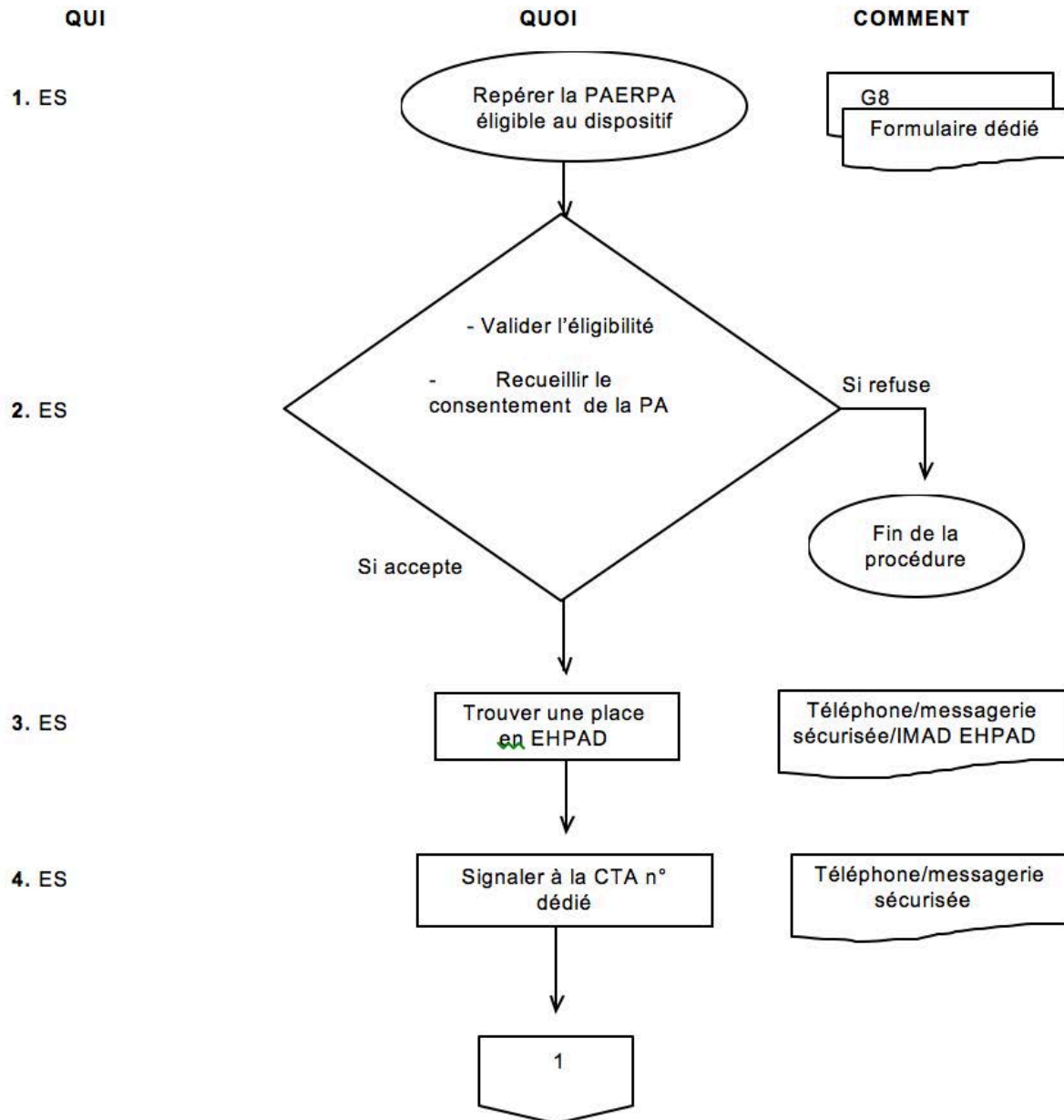
Fiche Action N°25 Définir et formaliser les conditions de recours à l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation + assurer un financement de la prise en charge <i>Référent : ARS de Lorraine – CG 54</i>	
Axe stratégique	Axe 3 : Optimiser la prise en charge globale de la personne âgée et assurer la fluidité de son parcours
Objectif opérationnel	Objectif 3.4 : Assurer une continuité de prise en charge à l'entrée et sortie d'hospitalisation depuis le domicile ou l'EHPAD
Constats / Diagnostic	- Méconnaissance du dispositif de l'hébergement temporaire - Taux d'utilisation de l'hébergement temporaire - Un taux d'équipement en hébergement temporaire dans la moyenne mais une offre éclatée entre de nombreux établissements
Description de l'action	Mettre en place un dispositif d'accueil en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation : - Désigner les EHPAD expérimentateurs de l'accueil temporaire, des capacités et taux d'occupation actuels des établissements en hébergement permanent et temporaire - Désigner les établissements de santé pouvant proposer à leurs patients un recours en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation - Définir les modalités de sollicitation des EHPAD par les établissements de santé - Définir le nombre de lits « vides » à réserver à l'accueil de PAERPA dans chaque établissement expérimentateur - Assurer un suivi des places disponibles dans les EHPAD expérimentateurs et transmettre Principes de l'accueil en hébergement temporaire : - Adressage depuis un établissement de santé par un médecin - Ne peut être réalisé à l'initiative de l'aidant, ni d'un professionnel social ou paramédical. - Durée de l'hébergement : 30 jours maximum
Identification des acteurs à mobiliser	EHPAD expérimentateurs à définir CHU Autres établissements de santé à définir CTA
Moyens nécessaires	Coût total : 698 010€ ▪ 2014 : 101 760,00 € ▪ 2015 : 198 750,00 € ▪ 2016 : 397 500,00 €
Calendrier prévisionnel	- 2014 : environ 64 séjours - 2015 : environ 125 séjours - 2016 : environ 250 séjours
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Indicateurs de mise en œuvre - Nombre d'EHPAD ayant signé une convention pour



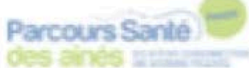
	l'hébergement temporaire - Nombre de patients ayant bénéficié du dispositif - Durée de séjour des patients dans l'EHPAD dans le cadre du dispositif d'hébergement temporaire PAERPA <u>Indicateurs de résultat</u> - Destination des patients après le séjour en hébergement temporaire dans le cadre du dispositif PAERPA - Taux de remplissage des places d'hébergement temporaire - Nombre moyen de journées d'hospitalisation (indicateur national n°5) - Taux de ré hospitalisation toute cause à 30 jours en MC (indicateur national n°4)
Points de vigilance Pré-requis	

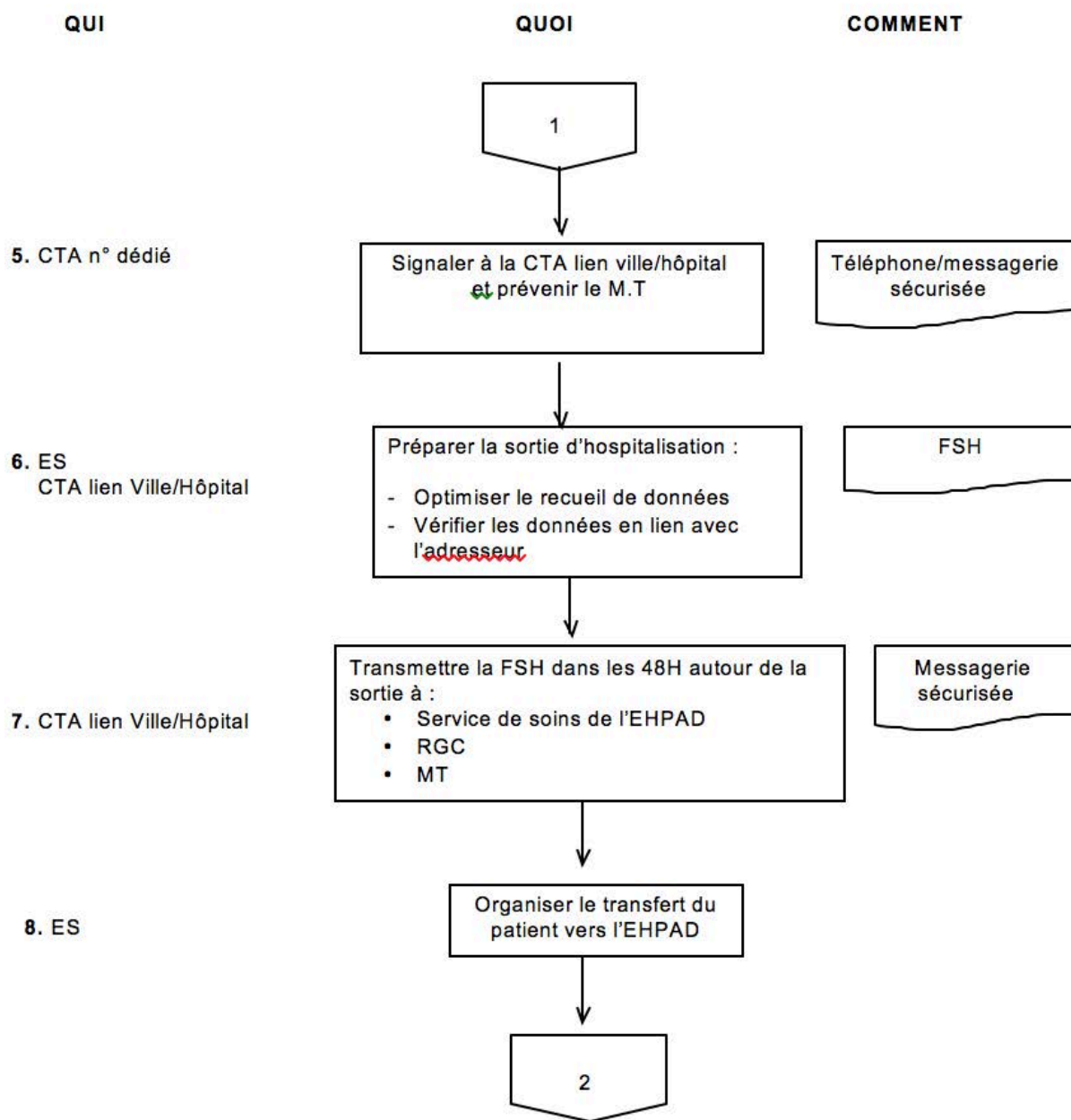
Annexe 4 : procédure de sortie d'hospitalisation court séjour vers un hébergement temporaire en EHPAD avant retour à domicile

DOSSIER DU PATIENT 	PROCÉDURE DE SORTIE D'HOSPITALISATION COURT SÉJOUR VERS UN HÉBERGEMENT TEMPORAIRE EN EHPAD AVANT RETOUR À DOMICILE	Date de diffusion : Version N°2 Fiche action N°25 Page 1/3
--	---	---



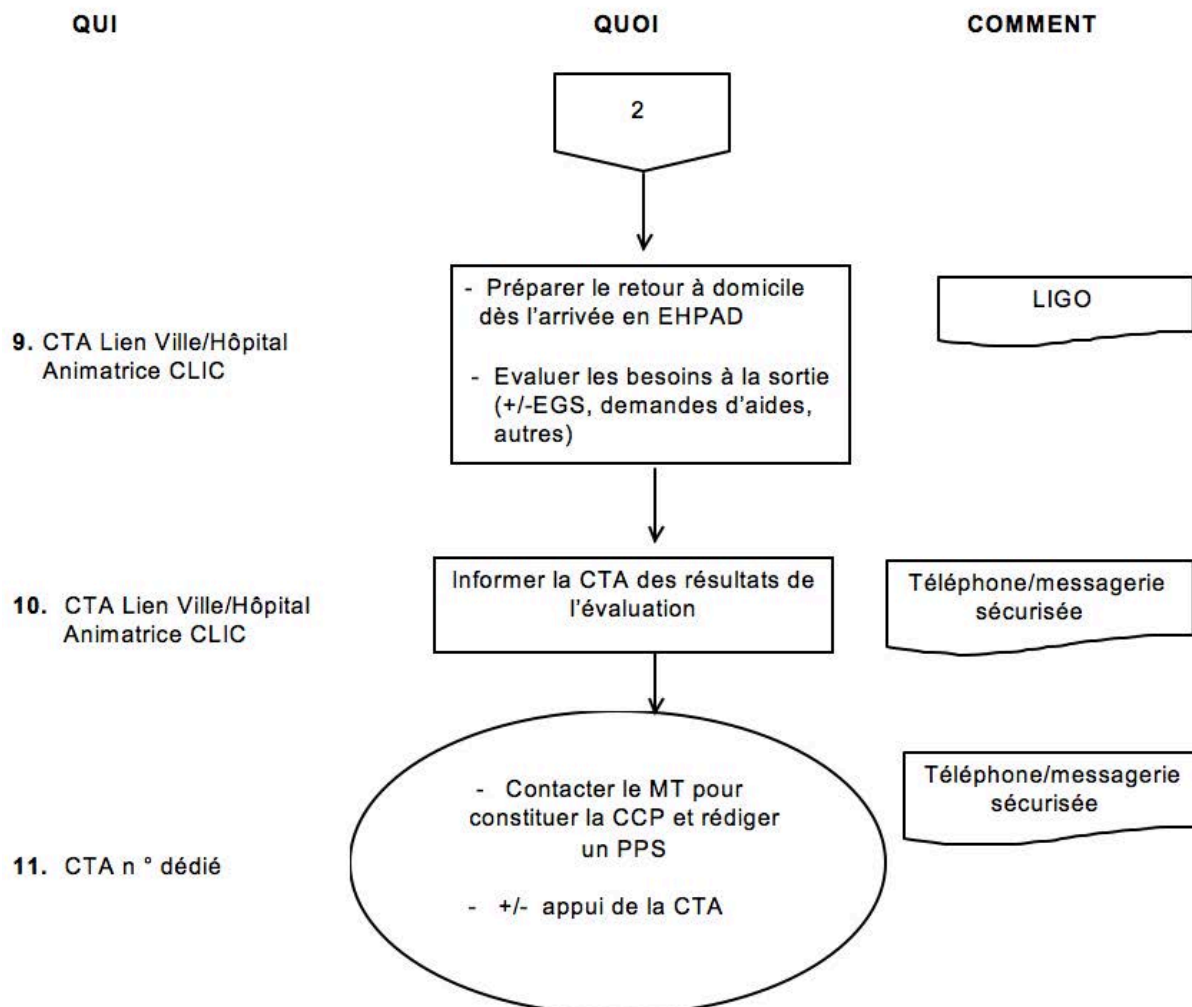
Rédigé par : Coordination Territoriale d'Appui Date : 03/03/2015	Relu par : Comité Opérationnel PAERPA Fonction : Groupe Opérationnel de Mise En Œuvre du projet PAERPA Date : 05/03/2015	Validé par : Agence Régionale de Santé de Lorraine Fonction : Pilotage du projet PAERPA Date : 05/03/2015
---	--	---

DOSSIER DU PATIENT 	PROCÉDURE DE SORTIE D'HOSPITALISATION COURT SÉJOUR VERS UN HÉBERGEMENT TEMPORAIRE EN EHPAD AVANT RETOUR À DOMICILE	Date de diffusion : Version N°2 Fiche action N°25 Page 2/3
--	---	---



Rédigé par : Coordination Territoriale d'Appui Date : 03/03/2015	Relu par : Comité Opérationnel PAERPA Fonction : Groupe Opérationnel de Mise En Œuvre du projet PAERPA Date : 05/03/2015	Validé par : Agence Régionale de Santé de Lorraine Fonction : Pilotage du projet PAERPA Date : 05/03/2015
---	--	---

DOSSIER DU PATIENT 	PROCÉDURE DE SORTIE D'HOSPITALISATION COURT SÉJOUR VERS UN HÉBERGEMENT TEMPORAIRE EN EHPAD AVANT RETOUR À DOMICILE	Date de diffusion : Version N°2 Fiche action N°25 Page 3/3
--	---	---



Rédigé par : Coordination Territoriale d'Appui Date : 03/03/2015	Relu par : Comité Opérationnel PAERPA Fonction : Groupe Opérationnel de Mise En Œuvre du projet PAERPA Date : 05/03/2015	Validé par : Agence Régionale de Santé de Lorraine Fonction : Pilotage du projet PAERPA Date : 05/03/2015
---	--	---

Annexe 5 : Questionnaire aidants

Bonjour, nous réalisons actuellement une thèse de médecine générale sur les aidants des personnes âgées qui ont bénéficié d'un séjour en maison de retraite temporaire. C'est le cas de à la maison de retraite à la date du Pouvez vous répondre à un questionnaire d'une vingtaine de minutes sur votre rôle d'aidant auprès de cette personne ?

1. Sexe aidant :
2. Quel est votre âge ?
3. Quel lien avez vous avec cette personne ?
 - ☐ conjoint
 - ☐ enfant (fils/fille)
 - ☐ père, mère
 - ☐ frère ou sœur
 - ☐ autre parent (nièce/neveu, belle fille/gendre, cousin)
 - ☐ ami ou voisin
 - ☐ autre:
4. Quelle est la distance géographique entre vous en temps de trajet ?
 - ☐ j'habite avec la personne que vous aidez
 - ☐ ... minutes de trajet
5. Comment aidez vous cette personne dans son quotidien ?
 - ☐ Courses
 - ☐ Soins corporels
 - ☐ Tâches administratives
 - ☐ Tâche ménagères
 - ☐ Préparation des médicaments
 - ☐ Autres...
6. Depuis combien de temps aidez-vous cette personne?..... mois/ années
7. Combien de temps aidez-vous cette personne en moyenne sur une semaine?
 - ☐ de manière discontinue: moyenne de heures/semaine
 - ☐ chaque jour car j'habite avec cette personne

8. Considérez-vous que le fait de vous occuper et d'aider votre proche, a un retentissement sur:
- ☐ Votre sommeil
 - ☐ Votre forme physique (fatigue ?)
 - ☐ Votre santé physique (HTA, déséquilibre de diabète...)
 - ☐ Votre humeur et votre santé psychique (angoisse, stress...)
 - ☐ Vos loisirs et vacances
 - ☐ Votre vie de famille
 - ☐ Votre travail / retraité ?
9. Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre proche ? Oui/non/nsp
10. Qui vous a parlé en premier de l'expérimentation de la maison de retraite temporaire avant le retour à domicile ?
- ☐ La personne concernée directement
 - ☐ L'assistante sociale
 - ☐ L'équipe soignante : infirmier, aide soignante
 - ☐ Un médecin
11. Qu'avez vous pensé de ce dispositif quand on vous l'a proposé ?
- ☐ Plutôt positif
 - ☐ Plutôt négatif
12. Pensez vous avoir eu suffisamment d'information par rapport au dispositif ?
- Si réponse est non, sur quoi auriez vous aimé être informé ?
13. A votre avis, auriez vous accepté ce dispositif s'il avait été payant ? oui/ non/ NSP
14. Pourquoi ?

15. Comment a réagit votre proche à la proposition de l'EHPAD ?

- ☐ Plutôt bien
- ☐ Plutôt mal
- ☐ Pas de réaction

16. Au final, selon vous, qui a décidé d'accepter l'EHPAD temporaire ?

- ☐ Votre proche
- ☐ Votre proche et vous
- ☐ Vous puis vous avez convaincu votre proche
- ☐ Vous et votre proche étiez contre au départ mais quelqu'un vous a convaincu :
équipe hospitalière / médecin traitant / connaissances ...

17. Vous êtes-vous senti soulagé de savoir votre proche en EHPAD temporaire ? oui /non
/ NSP

18. Selon vous, qu'est ce que cela vous a apporté ou au contraire en quoi ce dispositif ne
vous a pas soulagé pendant que votre proche était en maison de retraite
temporaire ?

19. A quelle fréquence êtes-vous allé lui rendre visite ?

20. Selon vous, quand va-t-on en maison de retraite ?

21. Pensez-vous que votre proche a passé un bon séjour ?

22. Votre avis sur les maisons de retraite a-t-il changé ? Oui/non/NSP

En quel sens votre avis a changé?

23. Diriez vous que cette prise en charge vous a rassuré sur l'avenir de votre proche ?

Oui/non/nsp

24. Selon vous, un mois après la fin du séjour, que vous a apporté l'expérimentation par rapport à votre rôle d'aidant ?

25. Parlez vous de votre rôle d'aidant à votre médecin traitant ? oui/non

Si oui : de quoi parlez vous ? que cela vous apporte-il ?

Si non : pourquoi ?

RESUME DE LA THESE :

Contexte et objectif : Les aidants familiaux participent activement au maintien à domicile des personnes âgées mais peuvent être épuisés. L'expérimentation PAERPA propose la prise en charge d'un séjour temporaire en EHPAD à la suite d'une hospitalisation avant retour à domicile pour les personnes âgées ne pouvant rentrer directement à domicile mais ne nécessitant pas de séjour en SSR. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact d'un tel dispositif sur l'aidant. Les objectifs secondaires sont de déterminer le profil des patients et de leurs aidants, le recours au médecin généraliste et le taux de réhospitalisation à 30 jours.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude épidémiologique prospective quantitative et qualitative. Nous avons inclus et interrogé par téléphone tous les aidants des patients de plus de 75 ans dans la métropole du grand Nancy ayant bénéficié du dispositif durant le premier semestre 2016 à l'exclusion des patients décédés pendant le séjour, des patients aidés par un aidant informel moins de 2h par mois ou n'ayant pas d'aidant informel identifiable.

Résultats : 52 patients ont bénéficié du dispositif pendant le premier semestre 2016, 9 ont été exclus selon nos critères, 3 aidants ont refusé de répondre et 7 n'ont pas été joint soit un nombre final d'aidant interrogé de 33. La moyenne d'âge des aidants est de $67,7 \pm 11,5$ ans et 69,7% sont des hommes. 67,7% déclarent ressentir une charge en s'occupant de leur proche. 72,7% des aidants ont ressenti un répit lors du séjour de leur proche en EHPAD et 45% en tirent toujours un bénéfice 1 mois après le retour à domicile du patient. Le taux de réhospitalisation à 30 jours est de 9,1%. 64% des aidants ne parlent pas de leur rôle d'aidant avec un médecin généraliste.

Conclusion : Cette étude montre un bénéfice pour l'aidant de l'hébergement temporaire en EHPAD des patients âgés en risque de perte d'autonomie après hospitalisation.

TITRE EN ANGLAIS

Impact of temporary accomodation of ederly people at risk of loss of autonomy after hospitalization within nursing homes on caregivers

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2017

MOTS CLEFS : (1) personnes âgées (2) aidants (3) PAERPA (4) hébergement temporaire

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

VU

NANCY, le 16 janvier 2017
Le Président de Thèse

NANCY, le 18 janvier 2017
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9429

NANCY, le 30 janvier 2017

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE :

Contexte et objectif : Les aidants familiaux participent activement au maintien à domicile des personnes âgées mais peuvent être épuisés. L'expérimentation PAERPA propose la prise en charge d'un séjour temporaire en EHPAD à la suite d'une hospitalisation avant retour à domicile pour les personnes âgées ne pouvant rentrer directement à domicile mais ne nécessitant pas de séjour en SSR. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact d'un tel dispositif sur l'aidant. Les objectifs secondaires sont de déterminer le profil des patients et de leurs aidants, le recours au médecin généraliste et le taux de réhospitalisation à 30 jours.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude épidémiologique prospective quantitative et qualitative. Nous avons inclus et interrogé par téléphone tous les aidants des patients de plus de 75 ans dans la métropole du grand Nancy ayant bénéficié du dispositif durant le premier semestre 2016 à l'exclusion des patients décédés pendant le séjour, des patients aidés par un aidant informel moins de 2h par mois ou n'ayant pas d'aidant informel identifiable.

Résultats : 52 patients ont bénéficié du dispositif pendant le premier semestre 2016, 9 ont été exclus selon nos critères, 3 aidants ont refusé de répondre et 7 n'ont pas été joint soit un nombre final d'aidant interrogé de 33. La moyenne d'âge des aidants est de $67,7 \pm 11,5$ ans et 69,7% sont des hommes. 67,7% déclarent ressentir une charge en s'occupant de leur proche. 72,7% des aidants ont ressenti un répit lors du séjour de leur proche en EHPAD et 45% en tirent toujours un bénéfice 1 mois après le retour à domicile du patient. Le taux de réhospitalisation à 30 jours est de 9,1%. 64% des aidants ne parlent pas de leur rôle d'aidant avec un médecin généraliste.

Conclusion : Cette étude montre un bénéfice pour l'aidant de l'hébergement temporaire en EHPAD des patients âgés en risque de perte d'autonomie après hospitalisation.

TITRE EN ANGLAIS

Impact of temporary stay in nursing homes after hospitalization on caregivers of elderly people at risk of loss of autonomy

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2017

MOTS CLEFS : (1) personnes âgées (2) aidants (3) PAERPA (4) hébergement temporaire

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex