



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-theses-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>

FACULTÉ DE MÉDECINE NANCY
N°

pour obtenir le grade de

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

VANESSA VOUAUX
née le 28 mars 1983

TITRE:

Examineurs de la thèse:

M le Professeur A. BENETOS

Président

M le Professeur F. GUILLEMIN

}

M le Professeur J-D. De KORWIN

} Juges

M le Professeur A. AUBRÈGE

$$\}$$

Directeur de la thèse:

M Le Docteur P. BOUCHÉ

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE

1^{re} 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 Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

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

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

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

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

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – 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)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

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

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

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

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

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

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

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

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

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

Docteur Anne-Christine RAT

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

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGÉ
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Athanase BENETOS,

Professeur de Médecine interne, de gériatrie et biologie du vieillissement.
Chef du service de médecine interne à orientation gériatrique CHU de
NANCY Brabois.

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la
présidence de cette thèse.

Nous avons été honorés de partager l'élaboration de ce travail avec vous.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre
gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN,

Professeur de santé publique,
Responsable du Centre d'Épidémiologie Clinique - Inserm de Nancy

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique de KORWIN,

Professeur de Médecine Interne. Chef de service de médecine interne CHU de NANCY

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Alain AUBRÈGE,

Professeur associé de médecine générale.
Médecin généraliste. Maître de stage.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Pascal BOUCHÉ,
Médecin Généraliste à Dombasle sur Meurthe
Maître de stage

Merci d'avoir accepté de diriger notre travail, merci pour ta bonne humeur
et pour ta disponibilité.

Trouve ici nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

A mon Papa, toi avec qui j'ai fait tant de choses, tu serais fier de moi aujourd'hui car je vais réaliser mon rêve, malheureusement lorsque je lèverai les yeux vers l'assistance tu ne seras pas là, en ce jour de Saint Luc tu me manques encore plus, toutes ces années d'effort et ce travail sont pour toi.

A ma maman et ma sœur, beaucoup de larmes et de tristesse mais nous avons fait front, aujourd'hui un peu de bonheur, merci d'avoir toujours été là.

A mes grands parents et toute ma famille.

A Delphine, Stéphanie, Michèle mes amies pour le meilleur et pour le pire.

A Jessica et sa famille chez qui j'ai toujours été bien accueillie

A la famille Bouché.

A tous les médecins urgentistes du centre Hospitalier de Lunéville: Dr Rosa, Dr Pierre, Dr Seidl, Dr Beltzung, Dr Antoine, Dr Grafiadis, Dr Lefevre, Dr Vautrin, Dr Azizi

A toute l'équipe paramédicale des urgences du Centre Hospitalier de Lunéville.

Aux Dr Rolland et Khouri pour les bons moments passés autour d'un café et leur soutien.

Aux services de médecine A et B avec qui j'ai vécu des moments forts.

A toutes les infirmières et aides de soignantes de nuit à qui j'ai souvent fait passer des moments difficiles.

A tout le centre hospitalier de Lunéville.

A Mrs les Dr Pierson et Adam pour leur gentillesse et leur bienveillance à mon égard.

A toute l'équipe du SSR de Flavigny sur Moselle.

A tous mes maîtres de stages: Dr Munier-Lorrain, Dr Dollard, Dr Battaglia, Dr Hennequin

A la Poste de Dombasle

A ma "consœur" qui se reconnaitra

Et à tous ceux qui ont croisé ma route , je dédie ce travail.

"L'absence est le plus grand de tous les maux"
Jean de La Fontaine

SERMENT

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

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

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

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

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

Table des matières

INTRODUCTION.....	17
I Le concept de fragilité.....	19
1 - Définition des modes de vieillissement.....	19
2 - Définition du concept de fragilité.....	20
3 - Explication physiologique de la fragilité.....	20
4 - Prise en charge de la personne âgée fragile.....	21
II Les établissements d'accueil pour personnes âgées.....	23
1 - Les hébergements définitifs.....	23
1.1 - Les foyers logements.....	23
1.2 - Les maisons de retraite.....	24
1.3 - Unité de Soins de Longue Durée.....	25
1.3.1 - Définition.....	25
1.3.2 - Population concernée.....	25
1.4 - Les petites unités de vie	25
1.4.1 - Population concernée.....	26
1.4.2 - Organisation.....	26
2 - Les hébergements temporaires.....	26
2.1 - Les missions.....	26
2.2 - Situation des Hébergements temporaires en France.....	27
3 - Évolution des capacités des établissements selon évolution des dépendances	27
4 - La réforme des EHPAD.....	30
5 - D' autres modes d'accueil parallèles.....	31
5.1 - L'hôpital de jour gériatrique.....	31
5.1.1 - Définition.....	31
5.1.2 - Leur mission est double.....	32
5.1.3 - Leur intérêt.....	32
5.1.4 - Leur organisation.....	33
5.1.5 - Le mode d'entrée en hôpital de jour et suivi.....	33
5.1.6 - Lien avec les médecins.....	33
5.1.7 - Les limites de la prise en charge.....	34
5.2 - Les accueils de jour.....	34
5.2.1 - Population concernée.....	34
5.2.2 - Modalités d'entrée.....	34
5.2.3 - Missions.....	35
5.2.4 - Objectifs de la prise en charge.....	35
5.3 - Les services de court séjour gériatriques.....	35
5.3.1 - Population concernée.....	35
5.3.2 - Leur mission.....	36
5.4 - services de soins de suite et de réadaptation.....	36
5.4.1 - Leur mission.....	37
5.4.2 - Modes d'entrée.....	37
6 - Des modes d'accueil émergeant.....	39
6.1 - L'accueil de nuit.....	39
6.2 - La garde itinérante de nuit.....	39
6.2.1 - Organisation.....	39
6.2.2 - Leur Mission.....	39
6.3 - L'accueil familial.....	40
7 - Structure de médicalisation à domicile.....	40
7.1 - Les services de soins infirmiers à domicile.....	41
7.1.1 - Population concernée.....	41

7.1.2 - Leur mission	41
7.1.3 - Motif de recours et soins réalisés.....	42
7.2 - L'hospitalisation à domicile.....	42
7.2.1 - Population concernée.....	42
7.2.2 - Type de prise en charge.....	43
7.2.3 - Motifs et soins réalisés.....	43
7.2.4 - Répartition sur le territoire.....	43
III Les moyens de coordination en ville.....	44
1 - Les réseaux de gérontologie.....	44
1.1 - Population concernée.....	44
1.2 - Leur mission	44
1.3 - Leur organisation.....	45
1.4 - Le lien avec les médecins généralistes.....	45
1.5 - Les limites.....	45
2 - Les CLIC.....	46
2.1 - Population concernée.....	46
2.2 - Organisation.....	46
2.3 - Les Missions	47
2.4 - Des activités différentes selon les lieux.....	47
IV étude descriptive de cas cliniques.....	48
1 - Ce que l'on sait.....	48
1.1 - La littérature.....	48
1.1.1 - Des passages aux urgences non justifiés.....	48
1.1.2 - Une rupture dans l'histoire personnelle.....	49
1.2 - Le Lunévillois.....	50
1.2.1 - Contexte général.....	50
1.2.2 - Les structures locales [36,37].....	51
2 - Présentation de l'étude.....	57
2.1 - Population.....	57
2.1.1 - Critères d'inclusion.....	58
2.1.2 - Critères d'exclusion.....	58
2.2 - Méthodologie	58
2.3 - Résultats.....	59
2.3.1 - Description.....	59
2.3.2 - Synthèse des résultats.....	85
2.3.3 - Tableaux synoptiques.....	87
2.4 - Discussion.....	89
2.4.1 - La méthode	89
2.4.2 - Anticipation de la crise en ambulatoire.....	90
2.4.3 - Le caractère inapproprié du passage aux urgences.....	91
2.4.4 - Discussion du projet de vie avec le patient.....	92
2.4.5 - Le rôle de la famille: connaître les possibilités d'accueil.....	94
2.4.6 - La pathologie aiguë: un facteur déstabilisant.....	95
2.4.7 - L'épuisement du conjoint.....	96
2.4.8 - Le rôle du médecin généraliste.....	97
2.4.9 - Les différents raisons rendant le maintien à domicile difficile.....	99
2.4.10 - Développement de la filière gériatrique.....	101
CONCLUSION.....	104
ANNEXES:.....	106
ABRÉVIATIONS.....	116
BIBLIOGRAPHIE.....	117

INTRODUCTION

Au cours de notre stage aux urgences de Lunéville, nous avons été souvent confrontés, dans les courriers médicaux, aux termes de "maintien à domicile impossible" à propos d'une personne âgée. Cependant cette expression recouvrait deux notions distinctes : un maintien à domicile *transitoirement* impossible (en raison d'une pathologie aiguë nécessitant des soins de spécialité), ou un maintien à domicile impossible *de manière définitive* (en raison d'une pathologie chronique invalidante avec des soins au quotidien devenant trop lourds et nécessitant une entrée dans un établissement). C'est à ce deuxième aspect que nous allons nous intéresser dans ce travail. Mais pourquoi recourir à un passage aux urgences, alors qu'une entrée en institution est souhaitée ? Aujourd'hui la circulaire ministérielle de 2002, reprise par celle de 2007 [1] prône l'amélioration de la filière gériatrique. Il s'agit d'offrir le parcours le plus adapté à une personne âgée lors d'un besoin de soins, et dans ce parcours les urgences n'apparaissent pas comme un lieu privilégié. En outre, le développement des réseaux de gérontologie (dont la vocation est pourtant au départ le maintien à domicile) permet de repérer, pour les patients qui en bénéficient, le moment où l'entrée en institution devient malheureusement nécessaire, et de préparer ainsi cette entrée et éviter au patient et à sa famille de se retrouver dans une situation de crise les conduisant aux urgences. Le rôle du médecin généraliste dans l'orientation des patients est primordial, et son rôle dans la filière gériatrique est valorisé [1]. En effet c'est lui qui connaît le patient et son environnement et peut le conseiller au mieux quant à un établissement. Cependant il n'est pas toujours aisé de repérer des signes précoces de difficultés à domicile, en raison par exemple du manque de temps lors des visites à domicile. C'est là que les intervenants de la filière trouvent leur place, le médecin pouvant solliciter un réseau de gérontologie, une hospitalisation de jour gériatrique pour faire le bilan de la situation, ou avoir recours au service de court séjour gériatrique, voire au service de spécialité de manière directe sans passer par les services d'urgences.

Ainsi à partir d'une série de dix patients adressés pour "maintien à domicile impossible" au service d'urgences de l'Hôpital de Lunéville

pendant une période de 6 mois, nous allons essayer de comprendre de quelle manière le passage aux urgences auraient pu être évité, et de voir quelle alternative de prise en charge à l'hospitalisation aurait pu être proposée. Nous développerons dans une première partie le syndrome de fragilité, afin de décrire quel type de personnes âgées sont concernées par ces situations où la transition entre l'institution et le domicile peut être anticipée, dans une seconde partie, nous aborderons les différents établissements pouvant accueillir des personnes âgées aussi bien en terme de prise en charge sanitaire que sociale. Dans la troisième partie nous verrons que le médecin généraliste peut s'appuyer sur des réseaux locaux afin de faciliter la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

I Le concept de fragilité

Afin de comprendre les passages inappropriés aux urgences , il convient d'appréhender le concept de *fragilité de la personne âgée* (frail elderly) développé dans les années 1980 aux États Unis. Il permet en effet de dépister les personnes qui sont le plus à risque d'institutionnalisation. On considère que 20 % des plus de 65 ans et que 46 % des plus de 85 ans sont fragiles. [2]

Il est nécessaire de dépister ces personnes, puis de proposer des actions de prévention afin d'éviter un état de dépendance irréversible.

1 - Définition des modes de vieillissement

Dans la littérature [2], on distingue trois modes de vieillissement différents :

- Le vieillissement réussi (successful aging) : absence ou atteinte minime des fonctions physiologiques ; cette population a des caractéristiques voisines de la population adulte.
- Le vieillissement habituel (usual aging) : il correspond à une atteinte physiologique au regard de l'âge, mais il n'existe aucune pathologie définie.
- Le vieillissement pathologique (pathological aging) : existence de pathologie(s) sévère(s) évoluée(s) entraînant un état de dépendance. Dans cette catégorie, tout événement aigu peut déclencher une crise qui sera à la fois sanitaire et sociale.

2 - Définition du concept de fragilité

Le concept de fragilité représente le passage entre le vieillissement habituel et le vieillissement pathologique. Il considère qu'il existe un état précaire de la personne, avec des réserves physiologiques altérées, et qu'un événement aigu peut entraîner un état de dépendance sévère. Ces personnes sont à risque élevé d'hospitalisation et d'institutionnalisation [3].

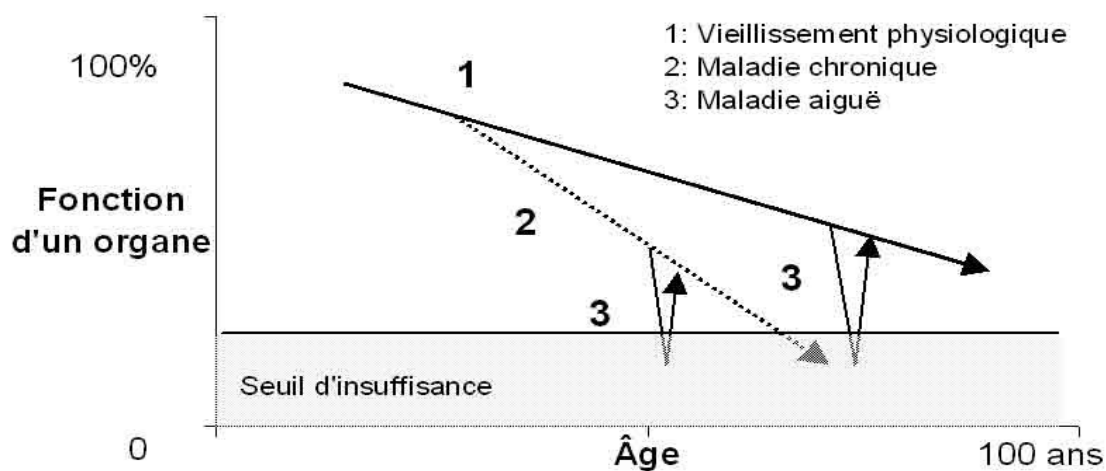
Ce sont précisément ces personnes qui sont le plus fréquemment adressées aux services d'urgence en cas de crise médico-psycho-sociale.[4]

Plusieurs auteurs ont proposé des échelles de fragilité ; celle de Fried et celle de Rockwood ont montré que les personnes âgées fragiles étaient à risque élevé d'institutionnalisation, risque jusqu'à neuf fois supérieur à celui des personnes non fragiles, selon Rockwood [5]. Ceci montre la nécessité de repérer ces personnes et de mettre en place des actions de prévention.

L'intérêt de repérer ces personnes fragiles est de leur proposer une évaluation gériatrique standardisée, ce qui permet d'utiliser au mieux la filière de soins, mais également d'améliorer leurs capacités fonctionnelles.[6]

3 - Explication physiologique de la fragilité

Les personnes fragiles présentent un seuil de réserve physiologique inférieur à celui des personnes du même âge ; ainsi tout événement aigu peut conduire à une situation difficile. Ceci est illustré par le phénomène de la cascade, qui illustre bien les phénomènes de décompensation des pathologies chroniques. Il convient donc de repérer ces problèmes chroniques et de bien les prendre en charge, avant de se trouver en situation d'insuffisance physiologique aiguë. Ce phénomène de cascade a été développé par Jean Pierre Bouchon en 1984 et connu sous le nom de la "théorie 1+2+3".



Théorie 1+2+3 de Bouchon [7]

4 - Prise en charge de la personne âgée fragile

Cette évaluation gériatrique standardisée, dont les différents tests se trouvent en annexe, peut être réalisée en hôpital de jour [8] qui constitue en fait le lieu le plus approprié pour sa réalisation, d'après l'étude réalisée au CHU de Bordeaux [8]. Cependant cette évaluation également peut être réalisée à domicile par une infirmière du réseau de gériatrie.

Les patients considérés comme fragiles par leur médecin traitant sont adressés en hôpital de jour pour des motifs qui sont les mêmes que ceux qui conduisent d'autres patients aux urgences.

Les motifs de prise en charge en hôpital de jour concernent des pathologies médicales, pour lesquelles un bilan complémentaire et un avis sont demandés : des troubles cognitifs, la prise en charge des chutes et des troubles de la marche, les bilans concernant les pertes d'autonomie et les altérations de l'état général, les problèmes sociaux.

Ainsi l'intérêt d'une évaluation gériatrique standardisée est-il de repérer ces personnes et de mettre en place les moyens permettant d'éviter leur passage aux urgences .

Le tableau suivant récapitule les différents éléments du syndrome de fragilité [2] et ses conséquences.

Facteurs favorisants	Signes et symptômes	Complications
- F – Facteurs génétiques - R – Regroupement de pathologies - A – Absence d'exercice - G – Grand âge - I – Insuffisance hormonale - L – Longue liste de médicaments - I – Immunodéficience - T – Troubles de l'alimentation - E – Entourage	• Fatigabilité • Asthénie • Anorexie • Déshydratation • Amaigrissement • Troubles de la marche et de l'équilibre	• Iatrogénie • Traumatismes • Pathologies intercurrentes • Hospitalisations • Perte d'autonomie, dépendance • Syndrome de glissement (<i>«failure to thrive»</i>) • Institutionnalisation • Décès
	↓ • Syndrome confusionnel • Chutes • Incontinence • Alitement • Escarres	

Tableau 1. Principales caractéristiques du syndrome de fragilité (adapté d'après 2).

Nous rappelons que la connaissance du syndrome de fragilité n'est utile que dans la mesure où elle permet de mettre en place des actions de prévention visant à éviter les complications qui nous intéressent, à savoir les hospitalisations et les institutionnalisations.

Intéressons nous maintenant aux différentes structures dans lesquelles les personnes âgées fragiles peuvent être accueillies.

II Les établissements d'accueil pour personnes âgées

Nous allons à présent nous intéresser aux établissements qui peuvent accueillir des personnes âgées, en distinguant les hébergements permanents, les hébergements temporaires, et les autres types alternatifs d'hébergement. Nous aborderons également deux modes de prise en charge médicalisée à domicile ; tout ceci afin de faire l'inventaire des différentes structures à solliciter dans un contexte de maintien à domicile précaire. En effet, les structures sont multiples, et il semble important de connaître le rôle de chacune d'elles. Nous citerons les décrets relatifs à certains modes d'hébergements afin d'illustrer l'évolution récente des modalités de prise en charge des personnes âgées.

1 - Les hébergements définitifs

Nous allons aborder les hébergements définitifs en commençant par les structures s'adressant aux personnes âgées les plus autonomes. Nous évoquerons des éléments d'évolution des capacités des établissements afin de comprendre l'intérêt de développer des structures alternatives.

1.1 - Les foyers logements

En 2007 [9] , il y avait 2 786 foyers-logements, représentant 16 % de l'accueil.

Les foyers - logements sont des groupes de logements autonomes qui offrent des équipements et des services collectifs. Ils sont destinés principalement à l'accueil des personnes âgées autonomes, plus de la moitié de ces établissements ayant en effet prévu dans leur règlement de

ne pas admettre de personnes dépendantes.

Leur nombre n'est pas toujours adapté aux besoins, car ils concernent une catégorie de personnes peu dépendantes. Or les personnes ne pouvant plus rester chez elles sont, en fait, de plus en plus dépendantes du fait de l'amélioration des soins dispensés à domicile.

1.2 - Les maisons de retraite

Les maisons de retraite sont des lieux d'hébergement collectif qui assurent une prise en charge globale de la personne, incluant l'hébergement en chambre (ou en logement), les repas et divers services spécifiques. Il existe des établissements publics rattachés ou non à un hôpital, des établissements privés à but lucratif, des établissements privés à but non lucratif.

Elles constituent la catégorie d'établissement d'hébergement pour personne âgée (EHPA) la plus importante en termes de structures (6 504) et de capacité d'accueil avec 471 102 lits, soit 68 % des places en EHPA [9]. Elles peuvent accueillir des personnes dépendantes, et la qualité de leur service s'est améliorée depuis la réforme des EHPAD que nous développerons plus loin.

On peut noter aussi le rôle important du secteur privé (à but lucratif ou non) qui détient près de 60 % des maisons de retraite [9] et offre près de la moitié des places disponibles.

Concernant les maisons de retraites à but lucratif, elles assurent certes des prestations hôtelières de qualité mais selon les études de la DREES [9] le taux d'encadrement médical y est moins important que dans les maisons de retraites publiques ; par ailleurs la méta-analyse de Vikram Comondore [10] portant sur des données canadiennes de 1965 à 2003 a montré que les maisons de retraite à but non lucratif offraient du personnel plus nombreux et plus qualifié, de manière significative par rapport aux maisons de retraite à but lucratif. Il s'agit certes d'une étude canadienne mais nous n'avons pas trouvé d'étude française comparable.

1.3 - Unité de Soins de Longue Durée

1.3.1 - Définition

Les USLD (Unités de Soins de Longue Durée) sont des établissements qui s'adressent à des personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie, dont l'état de santé requiert des soins médicaux constants. Il s'agit de structures appartenant au secteur sanitaire.

1.3.2 - Population concernée

Les USLD peuvent prendre en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces personnes nécessitent une surveillance médicale rapprochée, et la présence constante d'une infirmière ainsi que l'accès à un plateau technique sont nécessaires.

Les places offertes sont en recul de 17 % entre 2003 et 2007 [9], cette disparition de lits correspondant à la transformation de ces lits dans le cadre de la réforme des EHPAD.

1.4 - Les petites unités de vie

Elles ont été créées en 2005 par décret publié au journal officiel.[11]

1.4.1 - Population concernée

Elles sont destinées à accueillir des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou d'autres démences apparentées.

1.4.2 - Organisation

Elles se constituent de vingt cinq places, attachées ou non à un établissement pour personnes âgées dépendantes. Leur mode d'hébergement est variable : hébergement permanent, temporaire ou accueil de jour.

Cependant en parallèle de ces hébergements définitifs, à caractère *traditionnel*, se sont développés des accueils temporaires permettant de moduler la prise en charge des personnes âgées et de répondre à des situations aiguës.

2 - Les hébergements temporaires

Ces structures regroupent 131 établissements et 2400 lits , ce qui en fait un mode d'accueil marginal.[12]

2.1 - Les missions

Le décret n°2004-231 du 17 mars 2004 [13] relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées définit deux objectifs à l'accueil temporaire :

Il s'agit de permettre à la personne âgée de faire face à des difficultés passagères comme une rupture transitoire de prise en charge, ou une modification des besoins. L'hébergement permet alors de mettre en place les nouvelles aides. Les situations d'urgence comme une pathologie de l'aidant constituent également une bonne indication de recours à ces

structures.

Il s'agit également de proposer à l'entourage une structure afin de programmer des périodes de répit, afin de leur éviter un épuisement.

2.2 - Situation des Hébergements temporaires en France

Il s'agit d'un mode d'hébergement qui est amené à se développer, le nombre de places autorisées étant supérieur au nombre de places installées.[14]

En pratique ces structures dédiées uniquement à l'hébergement temporaire sont marginales en tant que telles, et sont en fait le plus souvent intégrées au sein d'une maison de retraite ou d'une USLD.

Intéressons-nous maintenant à l'évolution des capacités d'accueil de ces structures d'hébergement afin de comprendre l'enjeu de santé publique que représente la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

3 - Évolution des capacités des établissements selon évolution des dépendances

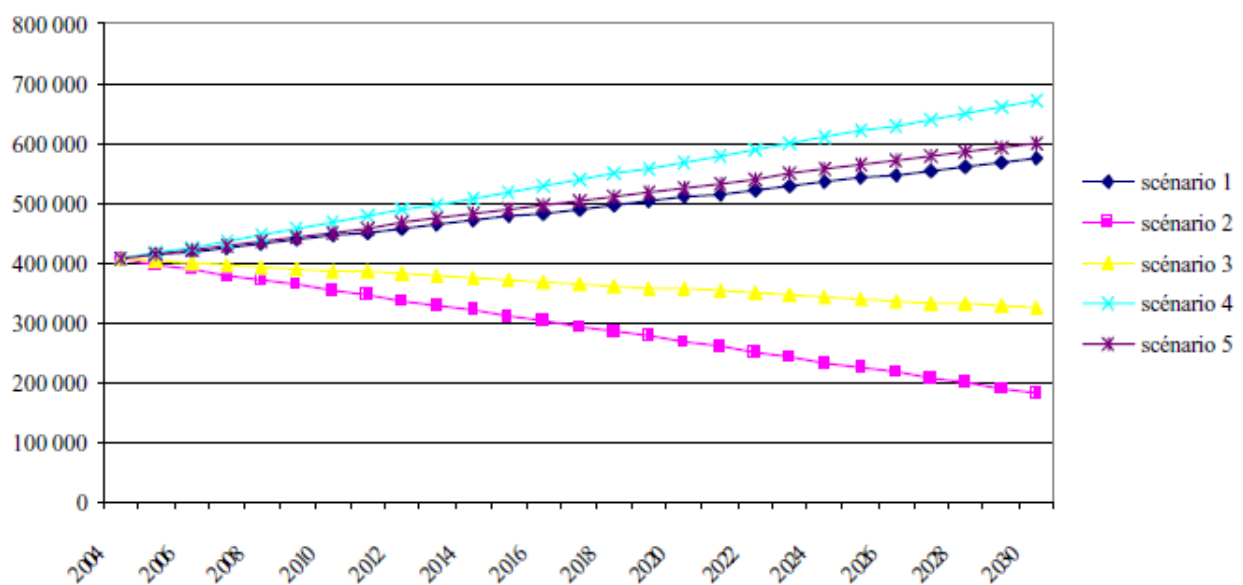
Les capacités des établissements se sont adaptées à l'évolution démographique. Entre 1996 et 2003, le nombre de places a augmenté de 4%, cette tendance s'est infléchie entre 2003 et 2007 avec une augmentation de 1,4 % seulement[9]. Par ailleurs ce sont les maisons de retraite qui ont vu leur capacité s'accroître au détriment des USLD, dont les lits ont été convertis en lits médicalisés au sein des maisons de retraites, dans le cadre de la réforme des EHPAD.

Cependant, pour évaluer le nombre de lits nécessaires à l'accueil des personnes âgées, il convient non seulement de tenir compte des projections démographiques, mais aussi de la politique de prise en charge des personnes âgées ; c'est à dire de savoir si on favorise le maintien à

domicile ou non. Ainsi l'INSEE a proposé plusieurs scénarios de prise en charge et a comparé les besoins en hébergements par rapport aux disponibilités actuelles.[12]

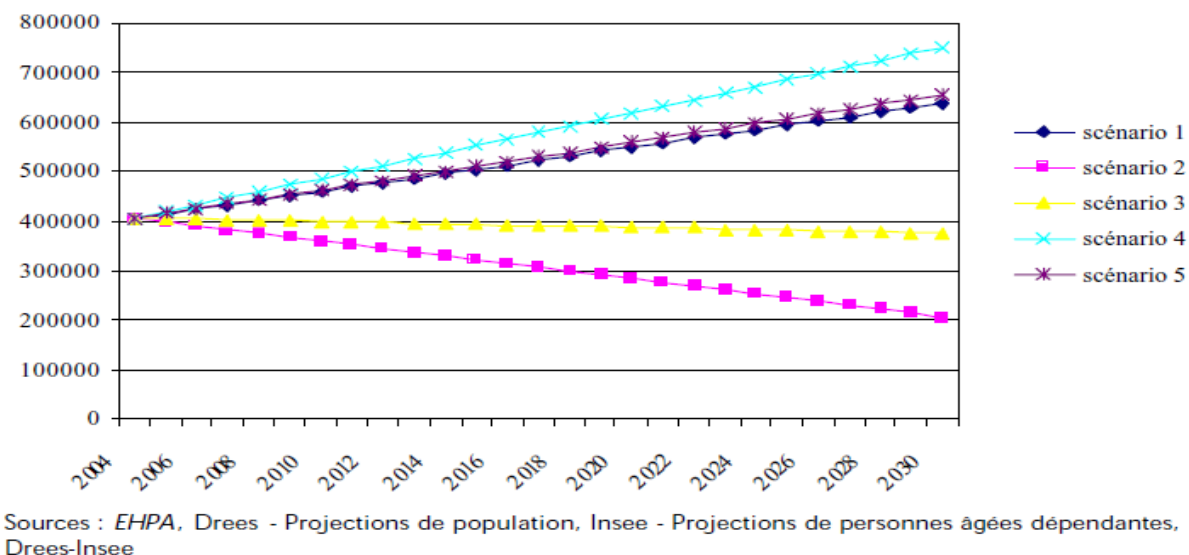
Le graphique suivant présente les résultats avec une hypothèse basse de population dépendante, puis une hypothèse haute. On s'aperçoit que l'aspect de la courbe est alors identique quelle que soit l'hypothèse retenue pour la population dépendante.

Graphique 2.4 - 1 : Évolution du nombre de places en établissement pour personnes âgées selon les cinq scénarios - Hypothèse basse des projections de personnes âgées dépendantes



Sources : EHPA, Drees - Projections de population, Insee - Projections de personnes âgées dépendantes
Drees-Insee

Graphique 2.4 - 2 : Évolution du nombre de places en établissement pour personnes âgées selon les cinq scénarios - Hypothèse haute des projections de personnes âgées dépendantes



- scénario 1: taux de résidence à domicile et en établissements de soins constants
- scénario 2: maintien à domicile accru de toutes les personnes âgées
- scénario 3: maintien à domicile accru des personnes âgées sauf les plus dépendantes
- scénario 4: résidence accrue en établissements des personnes âgées dépendantes,
- scénario 5: résidence accrue en établissements des personnes âgées très dépendantes

Ainsi si une politique favorisant le maintien à domicile est retenue, le nombre de places actuelles sera suffisant car les besoins seront en fait en diminution par rapport à l'offre actuelle.

En revanche, si une politique d'entrée en institution est retenue, il faudra augmenter le nombre de places actuelles, ce qui n'irait pas sans poser de problèmes car cette augmentation du nombre de places supposerait entre autres un recrutement de personnels soignants.

Ensuite en dehors du nombre de places, il convient de modifier le parc existant. En effet une politique favorisant les aides à domicile, en maintenant les personnes plus longtemps chez elles, entraîne un degré de dépendance plus élevé au moment d'une entrée en institution. Or, dans certaines régions, il existe des inadéquations entre l'offre de foyers de logements et les places en maison de retraite. C'est le cas en particulier du secteur du lunévillois, comme il est mentionné dans le compte rendu de l'assemblée générale du réseau de Gérontologie en juin 2009.

Cependant, afin de s'adapter à un degré croissant de dépendance au moment de l'entrée en institution, les pouvoirs publics ont mis en place une réforme visant à modifier les lits existant, il s'agit de la réforme des EHPAD.

4 - La réforme des EHPAD

La majorité des maisons de retraite, et une partie des logements foyers, accueillent de plus en plus de personnes âgées dépendantes, et donc des personnes ayant besoin d'une surveillance médicale et paramédicale.

Depuis 2001, en application de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, une nouvelle catégorie d'établissement est apparue : les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). En outre, le plan "Solidarité Grand Age", adopté en 2006 [15], et qui prévoit notamment le renforcement des dispositions permettant le maintien à domicile des personnes âgées, avait également pour objectif d'accroître la médicalisation des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes.

Progressivement, les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes doivent signer des conventions tripartites avec leur Conseil Général d'une part et l'Assurance Maladie d'autre part, devenant ainsi des EHPAD. Par cette convention ces établissements s'engagent sur les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier, de même que sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins.

Les EHPAD sont le plus souvent des maisons de retraite, parfois des logements - foyers, mais il peut également s'agir de structures appartenant au secteur sanitaire ; il s'agit alors de redéfinition de places d'USLD en longs séjours médico-sociaux.

Au début de ce travail nous avons abordé le concept de fragilité de la personne âgée , jusqu'ici nous avons vu uniquement des structures d'accueil. Nous allons à présent développer des structures qui peuvent, certes, héberger des personnes âgées mais qui permettent de prendre en charge sur le plan médical ces personnes âgées fragiles. En fin de chapitre nous aborderons une structure dont la vocation première a été détournée.

5 - D' autres modes d'accueil parallèles

5.1 - L'hôpital de jour gériatrique

Le premier hôpital de jour a été créé en 1971. Ils sont désormais une centaine en France, inégalement répartis sur le territoire.

5.1.1 - Définition

Il s'agit d'un lieu rattaché à un service hospitalier, c'est à dire d'une structure gériatrique ou de gerontopsychiatrie. Il a pour but de proposer une alternative à une hospitalisation "classique" [16]. Il s'agit donc d'une

structure sanitaire, contrairement aux accueils de jour qui sont des structures médico-sociales.

L'hôpital de jour constitue une interface entre la ville et l'hôpital, néanmoins leur existence n'est pas mentionnée dans la circulaire de 2007 [1] précisant l'organisation de la filière gériatrique.

5.1.2 - Leur mission est double

D'une part ils assurent l'expertise et l'évaluation de problèmes aigus et chroniques, ce qui nécessite un recours facile à un plateau technique. Ils représentent également un lieu privilégié pour la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée ; cependant il ne s'agit pas simplement de proposer une évaluation, mais également une prise en charge thérapeutique. Tout cela permet de fournir au médecin traitant un bilan complet qu'il n'a pas, par manque de temps, les moyens de réaliser, et d'améliorer ainsi la prise en charge de leur patient. Cela constitue une aide en cas de situations complexes, ou difficiles à gérer dans le cadre de la consultation de médecine libérale.

D'autre part ils peuvent assurer une mission de soins avec, notamment la réfection de pansements, ou certains soins en relais d'une hospitalisation traditionnelle.

Ces différentes actions sont d'autant plus intéressantes à mettre en place que le patient souffre de pathologies peu évoluées, avec possibilité de mettre en place des aides à domicile.

5.1.3 - Leur intérêt

Les hôpitaux de jour gériatriques permettent de réaliser une évaluation sans rupture avec le domicile du patient, la prise en charge étant étalée

dans le temps, ce qui permet de créer une séparation progressive entre l'aidant et l'aidé ,et ainsi de permettre une meilleure acceptation lorsque le suivi aboutit à un projet d'institutionnalisation.

5.1.4 - Leur organisation

- une salle de soins
- un bureau médical
- une salle d'activité thérapeutique
- une salle de kinésithérapie
- une salle d'ergothérapie
- une salle à manger
- une assistante sociale

5.1.5 - Le mode d'entrée en hôpital de jour et suivi

Les patients sont adressés par leur médecin traitant ou par un médecin hospitalier, avec possibilité d'accueillir des patients provenant d'une EHPAD.

Une fois l'entrée réalisée, un programme de prise en charge est réalisé par le médecin responsable ; ce programme est communiqué au médecin traitant.

5.1.6 - Lien avec les médecins

Un courrier ou un contact téléphonique est réalisé rapidement auprès du médecin traitant, aucune thérapeutique n'est prescrite, il s'agit d'une proposition faite, sauf contexte particulier de l'urgence ou traitement à visée cognitive.

5.1.7 - Les limites de la prise en charge

Les patients trop dépendants sur le plan physique sont exclus de ce dispositif en raison de la difficulté à les transporter. De même, les patients présentant des troubles du comportements évolués sont très difficiles à prendre en charge.

5.2 - Les accueils de jour

Le développement des structures d'accueil de jour est un des points importants du plan Alzheimer 2008-2012.[17]

Contrairement aux hôpitaux de jour, ce sont des structures médicosociales. La plupart des structures ne sont ouvertes que du lundi au vendredi.

5.2.1 - Population concernée

Il s'agit de patients atteints de maladie d'Alzheimer (ou apparentés), dont le diagnostic a été posé par un gériatre, un neurologue ou un psychiatre.

5.2.2 - Modalités d'entrée

Un dossier médical est réalisé en lien avec le médecin traitant. Les patients trop lourds en terme de dépendance physique ou nécessitant des soins médicaux lourds ne peuvent pas être admis, les patients qui ne peuvent vivre en communauté sont également non éligibles à la prise en charge en accueil de jour.

5.2.3 - Missions

Elles constituent des lieux permettant à la personne âgée de rompre son isolement et de recréer un lien social. Ce sont des structures de répit pour les aidants, qui leur permet ainsi de s'occuper un peu d'eux et d'éviter un épuisement.

Par ailleurs ces structures permettent de créer un premier contact avec une vie en collectivité, et peuvent donc être utile en cas de préparation d'une entrée en institution.

5.2.4 - Objectifs de la prise en charge

Il s'agit de favoriser le maintien d'une autonomie dans les gestes de la vie quotidienne, de permettre à la personne malade d'avoir une vie sociale, et de bénéficier d'un lieu propice à la stimulation cognitive. Enfin ce type de structure est un lieu d'écoute et de soutien aux aidants.

Contrairement aux hébergements temporaires, les places installées sont davantage en adéquation avec les places autorisées par les pouvoirs publics.[14]

5.3 - Les services de court séjour gériatriques

5.3.1 - Population concernée

Ces services s'adressent à des patients de 75 ans et plus, avec des pathologies chroniques invalidantes entraînant une dépendance physique et

psychique, et avec des problèmes sociaux surajoutés. Ils sont destinés aux patients dont la prise en charge ne relève pas d'un service spécifique d'"organes". Les circulaires relatives à l'organisation de la filière gériatrique prévoient l'ouverture de lits de courts séjour gériatrique dans les établissements possédant un service d'urgence.

5.3.2 - Leur mission

Elle consiste en la prise en charge d'une pathologie aiguë ou d'une décompensation de pathologie chronique, avec pour objectif le maintien de l'autonomie. Pour mener cette mission, il convient de réaliser des investigations en ayant recours à un plateau technique, ainsi qu'une évaluation globale du patient sur le plan médical et social afin de mettre en place des aides si nécessaire. Au delà de la prise en charge aiguë, il s'agit donc d'élaborer un projet de vie pour le patient.

5.4 - services de soins de suite et de réadaptation

C'est la circulaire DHOS n°2008-305 du 3 octobre 2008 [18] qui a permis la fusion des services dits de soins de suite avec les services de réadaptation, dans une seule unité devenant des structures de soins de suites et de réadaptation. Par ailleurs un accès direct depuis le domicile à la demande du médecin est possible après accord du médecin conseil.

Les SSR doivent assurer un rôle de récupération ou de maintien de l'autonomie, mais obligent là encore à l'élaboration d'un projet de vie. Dans le cadre de l'amélioration de la filière gériatrique, une nouvelle entité spécifique a été créée : les SSR gériatriques, qui accueillent des patients de 75 ans ou plus, en hospitalisation temporaire, ou en hôpital de jour. Ils sont proposés aux patients présentant des risques de décompensation d'une pathologie ou d'une polypathologie chronique, et qui risquerait de développer une dépendance difficilement réversible.

5.4.1 - Leur mission

Elle consiste d'une part à assurer les soins médicaux curatifs ou palliatifs, ou l'ajustement thérapeutique en rapport avec une pathologie qui peut être déséquilibrée, et d'autre part à assurer des soins de réadaptation pour limiter les handicaps.

Mais au delà ces missions thérapeutiques, les SSR gériatriques ont une mission de soutien et d'information aux aidants, de prévention de la dépendance, d'éducation thérapeutique, et de préparation à une réinsertion sociale.

5.4.2 - Modes d'entrée

Il existe trois possibilités d'entrée dans ces services : soit dans les suites d'une hospitalisation en court séjour, soit encore depuis une structure médicosociale , soit enfin depuis le domicile.

Dans ce dernier cas, on évite une hospitalisation, lorsqu' il s'agit d'une perte d'autonomie aiguë rendant le maintien à domicile difficile, mais ne nécessitant pas un recours à un service de médecine de spécialité. Cela permet également d'éviter un passage aux urgences injustifié, toujours déstabilisant pour une personne âgée fragile, ce qui nous intéresse au premier chef dans le cadre de ce travail.

Néanmoins les services de soins de suite et de réadaptation ne doivent pas servir de "zones tampons" en attendant une entrée en maison de retraite, si aucun objectif thérapeutique ne vient motiver le passage dans ce type de service.

Malgré tout, certains services acceptent des entrées directes en cas d'épuisement familial effectif ou prévisible. Dans tous les cas les délais d'attente sont longs, et une entrée doit se préparer.

5.5 - Les Unités d'Hospitalisations de Courte Durée

Il nous est apparu utile d'aborder ces services attachés au service d'accueil des urgences car on y retrouve fréquemment des personnes âgées en attente de prise en charge.

5.5.1 - Définition

Il s'agit d'une unité qui remplit deux fonctions [19] :

- C'est une unité d'hospitalisation où il est réalisé une démarche diagnostique et de soins, le patient devant y rester moins de 24 heures. Au décours de ce séjour, le patient doit, soit rentrer à domicile, soit être hospitaliser.
- C'est aussi une unité de surveillance pour les patients dont la situation clinique instable.

5.5.2 - Population concernée

Cette unité s'adresse aux personnes dont on sait que l'évolution clinique sera favorable dans les vingt quatre heures, autorisant ainsi leur sortie, mais aussi, les patients nécessitant des investigations complémentaires avant une orientation définitive.

Nous tenons à signaler que ces services n'ont pas pour vocation de résoudre les problèmes liés au maintien à domicile, néanmoins nous avons tenu à les définir car nous les abordons dans notre étude de cas. Les personnes âgées sont parfois orientées vers ces structures en raison d'un manque de lit d'aval, en attendant de trouver une orientation pertinente.

6 - Des modes d'accueil émergeant

6.1 - L'accueil de nuit

Encore peu développé, ce mode d'accueil s'adresse aux personnes présentant une altération du rythme nycthéméral [20], et permet aux aidants qui vivent avec les personnes dépendantes de se reposer la nuit et de conserver une activité professionnelle nocturne si c'est le cas. Les troubles du comportement sont toujours une source d'épuisement de l'aidant, mais ils sont encore plus gênants lorsqu'ils surviennent la nuit et ne permettent pas à ce dernier de se reposer.

6.2 - La garde itinérante de nuit

Elle s'adresse aux personnes qui nécessitent des soins en dehors des heures d'intervention des services à domicile, ou qui nécessitent une sécurisation la nuit. Il s'agit d'une prise en charge intermédiaire par rapport à la garde permanente, qui présente souvent un coût trop important.

6.2.1 - Organisation

Elle s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus, qui ont des besoins temporaires ou permanents. Les horaires concernés vont de 19 h 30 à 8 h 30. Le service est assuré également les dimanches et jours fériés. Il s'agit d'une structure ambulatoire qui se déplace au domicile des patients.

6.2.2 - Leur Mission

Le personnel assure une aide:

- au lever et au coucher
- aux transferts
- à l'habillage et au déshabillage
- à l'hygiène
- au repas
- à la sécurisation du domicile avec vérification de la fermeture des portes et du gaz.

C'est aussi une présence rassurante pour la personne ; enfin, la garde itinérante peut constituer la personne référente pour la mise en place d'une télé alarme.

6.3 - L'accueil familial

Il s'agit de proposer aux personnes âgées un accueil dans des familles préalablement agréées par le conseil général. C'est un mode d'accueil peu développé pour les personnes âgées : seuls 17 % des personnes accueillies en famille d'accueil sont des personnes âgées [20] ce qui représente à peine 3 % des modes d'accueil en institution[21].

Les familles accueillant des personnes âgées sont contrôlées et doivent remplir un cahier des charges respectant entre autres des normes d'hôtellerie. Les familles s'engagent également à aider la personne pour assurer son hygiène et les actes de la vie quotidienne, et enfin à la faire participer à la vie familiale.

Selon la revue de littérature menée sur le sujet par la fondation Méderic Alzheimer [20], il s'agit d'un mode de répit pour les aidants qui est particulièrement bénéfique, s'il est associé à un programme de prise en charge de l'aidant en parallèle, comme des soins spécifiques de détente.

7 - Structure de médicalisation à domicile

Dans certains cas, un patient dépendant ou sa famille souhaite néanmoins

une prise charge à domicile en parallèle d'une demande d'entrée en institution, dans ce cas deux possibilités existent les services de soins infirmiers à domicile et l'hospitalisation à domicile.

7.1 - Les services de soins infirmiers à domicile

Créés dans les années 1970, ils consistent à remplacer une hospitalisation traditionnelle, à retarder ou à se substituer à une institutionnalisation. Leur fonctionnement est géré par la caisse nationale d'assurance maladie, le nombre de place est fixé par arrêté préfectoral.

7.1.1 - Population concernée

Ils s'adressent initialement à des patients de 60 ans et plus ; cependant en 2002 plus des deux tiers des patients étaient âgés de plus de 80 ans. [22] Depuis 2004, leur mission a été élargie à des personnes de moins de 60 ans présentant soit un handicap soit une pathologie chronique ou une affection de longue durée. Les patients concernés sont tous dépendants, 20 % d'entre eux présentent des troubles cognitifs majeurs, et la quasi-totalité a besoin d'aide pour les transferts.

7.1.2 - Leur mission

Il s'agit d'effectuer (sur prescription médicale) des soins médicaux, et d'assurer une aide aux gestes essentiels de la vie quotidienne. Les SSIAD se composent d'aides soignantes qui assurent les soins de nursing, et d'infirmières salariées qui assurent essentiellement la coordination. Les soins infirmiers sont, eux, le plus souvent effectués par une infirmière libérale extérieure au SSIAD et choisie par le patient.

7.1.3 - Motif de recours et soins réalisés

Le motif principal de recours au SSIAD est la perte d'autonomie.[23]

Les principaux soins effectués sont les suivants :

- aide pour les soins d'hygiène et de confort , ceci concerne 99 % des patients

- aide au transfert 80 %

- aide psychologique et éducation de l'entourage 75 %

- aide à l'élimination 72%

- aide au suivi du traitement et à la prise médicamenteuse, réalisation de pansements et de soins dermatologiques, réalisation d'injection :71 %

7.2 - L'hospitalisation à domicile

Selon la définition telle qu'elle est présentée dans le code de santé publique [24], il s'agit d'une structure proposant une alternative à l'hospitalisation classique.

7.2.1 - Population concernée

Elle concerne des patients sans limite d'âge, présentant des pathologies graves (aiguës ou chronique)s pour lesquelles l'absence de prise en charge dans la structure entraînerait une hospitalisation traditionnelle. Concernant les personnes âgées, 56 % des patients sont inclus dans le secteur polypathologique.[25]

7.2.2 - Type de prise en charge

Il s'agit de prendre en charge des soins médicaux et paramédicaux lourds pour une durée déterminée mais renouvelable.

Elle peut être demandée par un médecin hospitalier mais aussi un médecin généraliste. Cependant malgré les volontés nationales de développement de l'HAD [15], seulement 30% des patients sont inclus par des médecins généralistes montrant ainsi la nécessité de développer ce mode de prise en charge.[25]

7.2.3 - Motifs et soins réalisés

Les 2 principaux motifs d'entrée en HAD [25] sont les soins palliatifs, qui représentent 32% des motifs, et la perte d'autonomie qui représente 23 % des demandes.

Les principaux soins réalisés sont des soins de pansements complexes , des soins de nursing lourds qui ne peuvent pas être pris en charge par un SSIAD uniquement, et des assistances respiratoires.

7.2.4 - Répartition sur le territoire

Elle est assez inégale, les HAD sont surtout effectuées en zone urbaine en raison de la facilité de réaliser les visites à domicile. Ce mode de prise en charge reste en revanche à développer en zone rurale. De fait, en milieu rural le recours à des personnels libéraux est davantage utilisé, d'où la nécessité de disposer d'une bonne couverture de soins à domicile dans ces zones déficitaires.

Le succès de l'hospitalisation à domicile nécessite un réseau social et familial fiable , un accord du patient et de sa famille , une implication forte du médecin généraliste ainsi que des conditions de logement qui permettent de réaliser cette HAD.

III Les moyens de coordination en ville

Nous venons de recenser les différentes structures d'accueil des personnes âgées, et nous avons vu qu'elle proposaient des solutions très diverses aux problèmes rencontrés. Cependant, afin d'organiser une prise en charge globale de la personne âgée, il apparaît nécessaire de coordonner les soins et de décloisonner les professionnels intervenants dans la prise en charge. Plusieurs structures répondent à ce besoin.

1 - Les réseaux de gérontologie

Les réseaux gérontologiques qui ont été créés en 2000 (et dont le rôle est clairement établi dans la circulaire du 18 mars 2002, ainsi que dans la circulaire du 15 mai 2007 [26] qui est un référentiel des réseaux de santé pour les personnes âgées), ont permis d'assurer un véritable maillage du territoire, en proposant une interface entre la ville et l'hôpital.

1.1 - Population concernée

Les personnes âgées de plus de 75 ans considérées comme des patients gériatriques, c'est à dire présentant plusieurs pathologies chroniques invalidantes entraînant une dépendance physique et/ou psychique. Les personnes dont le maintien à domicile est rendu difficile du fait de soins médicaux et de problèmes sociaux sont également concernées. Enfin les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées peuvent également bénéficier d'une prise en charge par un réseau.

1.2 - Leur mission

Le réseau doit assurer la coordination entre les différents acteurs des secteurs sanitaires et sociaux. Il s'agit d'une part de repérer les personnes en situation de fragilité. Cela passe généralement par un signalement qui

peut être fait par la famille, par le médecin traitant, ou par les APA. Il s'agit d'autre part d'élaborer une stratégie de prise en charge avec comme objectif un maintien à domicile. Pour ce faire il convient de réaliser un diagnostic à la fois médical, et social, avec parfois hospitalisation lorsque c'est nécessaire.

1.3 - Leur organisation

Les réseaux s'occupent de définir une aire géographique qui a été définie pour répondre de la manière la plus efficace aux besoins. Afin de fonctionner rapidement et de réaliser sa mission de coordination, le réseau doit posséder un annuaire de personnes dites "ressources", ce qui permet une mobilisation des différents acteurs et de proposer au médecin généraliste une réponse adaptée.

L'équipe du réseau est constituée d'un médecin gériatre, d'une infirmière coordinatrice, d'une assistante sociale, et d'une secrétaire.

1.4 - Le lien avec les médecins généralistes

Il est créé dès le début de la prise en charge, et après chaque visite à domicile des membres du réseau par contact téléphonique ou par internet, permettant ainsi une communication en temps réel mais aussi en dehors des heures de permanence du réseau ou des horaires de consultation du médecin généraliste. A noter que dans la plupart des cas le médecin généraliste doit adhérer au réseau.

L'intervention du réseau ne peut se faire qu'avec l'accord du médecin traitant qui lui seul connaît parfaitement le patient et son environnement.

1.5 - Les limites

Même si la mise en place des réseaux s'est accompagnée d'une campagne

de communication par voie postale auprès des médecins généralistes, il apparaît encore une méconnaissance de ses structures. En région parisienne, par exemple, 52 % [27] des médecins généralistes ne connaissent pas le rôle de ces réseaux. Plus près de nous il semblerait que la connaissance des missions des réseaux soient encore peu développées notamment dans le secteur Lunévillois. L'infirmière coordinatrice du réseau local nous a ainsi rapporté que les médecins (qui ne connaissaient pas bien la structure) sollicitaient souvent le réseau dans des situations d'urgence, pour lesquelles l'intervention du réseau n'était plus appropriée.

2 - Les CLIC

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination locale sont des structures locales dont la mise en place a été instituée par la circulaire de juin 2000.[28]

Il s'agit de lieux d'information, de guichets d'entrée unique destinés aux personnes âgées, quelle que soit la nature de la demande. Ils coordonnent les dispositifs existants. Ils peuvent être chargés de l'élaboration d'un plan d'aide pour les personnes âgées, sur la base d'une évaluation (physique, psychologique, financière, sociale et environnementale) dans leur lieu de vie par une équipe pluridisciplinaire médico-sociale.

2.1 - Population concernée

Ils s'adressent à des personnes de 60 ans ou plus.

2.2 - Organisation

Ils ont pour but de mettre en relation les dispositifs existants sur une aire géographique donnée, et gèrent un bassin de population de 7000 à 10.000 personnes en milieu rural, et de 15.000 personnes en milieu urbain.

2.3 - Les Missions

Ces missions recouvrent l'information des familles selon la notion de guichet unique, l'orientation de la personne âgée, l'évaluation des besoins de la personne âgée, la création d'un plan d'aide individualisé et l'information concernant l'aides aux aidants.

Les CLIC représentent un lieu d'information pour la personne âgée et sa famille, mais aussi pour les professionnels, à propos des démarches à accomplir et des possibilités d'aide en terme d'habitation et de prise en charge sanitaire. Il s'agit d'orienter la personne âgée, en lui permettant d'avoir accès aux prestations les plus adaptées, et de repérer les situations à caractère urgent pour lesquelles une prise en charge spécifique est nécessaire.

Afin d'évaluer les besoins de la personne aussi bien sur le plan social que médical, et de répondre au mieux aux difficultés rencontrées, une visite à domicile est effectuée. Pour cela il est nécessaire que le médecin généraliste participe à la prise en charge.

Néanmoins il ne s'agit pas simplement d'évaluer et de mettre une action en place, il convient de faire préciser par la personne âgée et son entourage quelles sont leurs attentes, et d'obtenir leur adhésion au projet proposé.

La prise en charge d'une personne âgée présentant une dépendance nécessite également de prendre en compte ses aidants et de les informer, de les former, et d'assurer ainsi un rôle de soutien.

2.4 - Des activités différentes selon les lieux

Les CLIC faisant partie intégrante de la filière gériatrique, des niveaux de labellisation les concernant ont été instaurés, qui permettent de fixer les missions des différents sites. Le but en est de réaliser un maillage du territoire, afin de répondre aux besoins des personnes âgées et de ne pas avoir de missions qui se superposent à celles des réseaux de gérontologie du même secteur géographique.

- niveau 1: mission d'accueil, d'écoute et de soutien aux familles
- niveau 2 : évaluation des besoins et élaboration d'un plan d'aide personnalisée
- niveau 3 : mise en œuvre du suivi et adaptation du plan d'aide en accédant à tous les services disponibles au profit de la personne âgée, au sein d'un partenariat formalisé, avec prise en compte des situations de crises.

L'objectif est là encore d'assurer un maillage efficace du territoire afin de proposer une offre adaptée aux personnes âgées.

IV étude descriptive de cas cliniques

1 - Ce que l'on sait

1.1 - La littérature

Les personnes de plus de 80 ans représentent 38 % des usagers des urgences [29], ce qui équivaut à la deuxième population fréquentant le plus les urgences, les 2/3 de ces personnes sont adressés aux urgences par un médecin.

1.1.1 - Des passages aux urgences non justifiés

Il existe un grand nombre de passages injustifiés aux urgences. Une étude menée au centre hospitalier de Pau [30] a montré que 16,7% des personnes âgées adressées aux urgences ne présentaient pas de critère de gravité, et que ces mêmes personnes âgées bénéficient d'un bilan social aux urgences de manière significativement plus fréquente par rapport aux patients

présentant des critères de gravité clinique. Ce qui montre qu'en dehors du problème médical, le problème social tient une place importante. Néanmoins, seul 1 % des patients avaient un problème social uniquement. Il faut noter également dans cette étude que ce sont les facteurs sociaux qui déclenchent l'hospitalisation en cas de problème bénins.

Une autre étude menée à Lyon [31] ne retrouvait quant à elle aucune entrée pour motif social uniquement. Ces 2 études ne montrant aucune différence significative concernant la pertinence du recours aux urgences entre les patients adressés par un médecin et ceux consultant d'eux mêmes. Nous allons donc nous intéresser dans ce travail aux patients uniquement adressés par leur médecin généraliste.

1.1.2 - Une rupture dans l'histoire personnelle

Il faut tout d'abord souligner que les personnes âgées sont une population dont la prise en charge est spécifique, et qu'une hospitalisation peut être déstabilisante pour elles, [32] que le passage en institution constitue une rupture dans leur vie de la personne et peut amener à un certain nombre de renoncements : perte de son domicile, passage d'un statut de propriétaire à un statut de locataire, perte de sa liberté avec entrée en collectivité. Ces situations revêtent rapidement une dimension psychologique avec sentiment d'abandon par la famille, une culpabilité d'être un poids pour les proches, une association de ce déménagement à l'idée du "dernier domicile" c'est à dire la confrontation à l'idée de la mort. [32]

Pourtant, pour faciliter l'entrée en établissement, des solutions sont possibles : certains établissements proposent des visites de pré-admission répétées au cours desquelles le patient vient découvrir son futur lieu de vie et rencontrer les membres de l'équipe. Il semble cependant que très peu de personnes âgées participent à ces visites.

Pour les patients avec une démence, il est possible, au travers des accueils de jour, de préparer à la perte du lien [29] avec le domicile et de mieux appréhender l'institution. L'accueil de jour fonctionne en effet comme une unité en dehors de l'EHPAD, mais avec une partie des locaux en commun. Si la majeure partie des personnes âgées entrant en maison de retraite arrivent de leur domicile [33], les autres proviennent de l'hôpital et ce

d'autant plus que ces patients sont adressées en USLD.

1.2 - Le Lunévillois

1.2.1 - Contexte général

Il s'agit d'un territoire étendu sur une superficie de 1451 km² [34], à forte composante rurale. La population est plus âgée que la moyenne départementale, avec une proportion de 26 % de personnes âgées à Cirey, à Vezouze et à Blâmont contre 24 % dans le reste du département.

Ce territoire étendu pose, pour les patients ruraux, le problème de la mobilité vers les centres hospitaliers, et vers les modes d'accueil de répit qui se trouvent souvent loin de leur domicile. Un projet concernant *la mobilité des personnes vulnérables* est en cours dans le pays du Lunévillois et fait partie des objectifs du cinquième schéma gériatrique 2009-2013. [35]

En outre le Lunévillois se caractérise, comparé au reste du département, par le plus fort taux d'absence de confort au domicile des personnes, avec un taux de 44,8%, allant jusqu'à 47,2% chez les personnes âgées propriétaires.[35]

De plus le manque de médecins en secteur rural rend plus difficile la prise en charge et la coordination des soins. Le réseau a ainsi dû créer un deuxième temps d'infirmier afin de mieux répondre aux besoins.

Enfin l'offre en établissements d'accueil est inadaptée dans ce secteur, en raison d'une trop forte proportion de foyers-logements. En effet Lunéville offre trois résidences qui accueillent des personnes autonomes. Or, à l'heure actuelle, en raison de l'allongement de la durée de maintien à domicile, les personnes âgées présentent un degré de dépendance trop important pour ce type de résidences au moment de leur institutionnalisation. Cela souligne la nécessité d'une réévaluation des besoins locaux. Une enquête a d'ailleurs été lancée pour connaître les besoins des plus de 60 ans et pour élaborer un projet de réflexion.

1.2.2 - Les structures locales [36,37]

Voyons à présent les structures existantes sur le territoire que nous étudions, ainsi que leur localisation afin de se rendre compte de l'accessibilité de celles-ci.

- **Les foyers logements** : 5 résidences dont 3 à Lunéville. Ils s'adressent aux personnes âgées les moins dépendantes et nécessitent un certificat d'autonomie.

- **Les maisons de retraites** : 10 maisons de retraite dont 2 à Lunéville qui sont rattachées au centre hospitalier, et comportant respectivement 148 et 74 lits.

- **Les unités de soins de longue durée** : elle sont 4, dont une rattachée au centre hospitalier de Lunéville et comportant 30 lits. Les autres se situant dans les principaux pôles gériatriques de Cirey-sur-Vezouze (29 places), Blâmont (53 places), et Baccarat (43 places).

- **Les unités dédiées Alzheimer** : 3 unités à Bayon qui totalisent 14 places, à Badonviller représentant 14 places, et à Gerbéviller.

- **Les hébergements temporaires** : il existe un seul établissement proposant uniquement ce mode d'accueil. Il n'y a que 5 places dédiées au territoire lunévillois ; elles se situent dans la commune d'Angomont (située à plus de 40 km de Lunéville dans la zone la plus rurale du territoire).

- **Les maisons de retraite proposant un hébergement temporaire** : seules 3 des 10 maisons de retraite proposent un tel mode d'accueil, néanmoins les établissements de Lunéville qui proposaient initialement ce mode d'accueil ont récemment supprimé cette prestation en raison d'une dérive de la part des familles. En effet la plupart de hébergements

temporaires se sont transformés en hébergements définitifs posant alors des problèmes pour l'accueil des autres résidents.

- **Les hospitalisations de court séjour** (service de médecine) au sein des EHPAD : elles représentent 7 places à Blâmont et 11 places à Baccarat, dont 6 lits de soins palliatifs. Il ne s'agit pas de courts séjours gériatriques, car ces services ne disposent pas de plateau technique spécifique, mais d'unités destinées à des patients qui nécessitent une surveillance accrue pour une période brève en raison d'une pathologie aiguë, en attendant le retour en lit d'EHPAD traditionnel.

- **Les hôpitaux de jour gériatrique** : 1 au sein du Centre Hospitalier de Lunéville, comportant 5 lits.

- **La consultation mémoire** au sein du centre hospitalier.

- **Les accueils de jour** : ce sont des structures destinées à accueillir les patients atteints de pathologies démentielles. Il en existe 3, représentant 25 places réparties sur le territoire lunévillois : 15 places à Bayon, 3 places à Badonviller , 2 à Einville-au-Jard, et 5 à Gerbéviller.

- **Les services de soins de suites et de réadaptation** : on recense 2 services.

- le service de Baccarat, comportant 90 lits qui accueille des patients avec un certain degré d'autonomie, le plus souvent suite de soins de chirurgie orthopédique, mais aussi parfois pour procurer un repos à l'aidant principal
- le service de Cirey-sur-Vezouze, qui comporte 32 lits pour des patients plus dépendants et requérant un niveau de soins plus important. Il comprend en effet des lits dédiés aux soins palliatifs et aux états végétatifs.

- **Garde Itinérante:** GARDE (Garde Aide et Réconfort à Domicile). Il s'agit d'une association située à Nancy et desservant tout le département. Elle assure entre autres une garde de nuit. Ce service de garde nocturne a certes un coût financier, mais qui est moins important qu'une garde de 24

heures.

- **Les familles d'accueil** : 12 familles représentant 17 places.

- **Les services de soins infirmiers à domicile** : ils sont trois, à Blainville, Baccarat et Einville.

- **Le Centre local d'information et de coordination local** : il est situé à Lunéville.

- **Le réseau de gérontologie** : Réseaulu. Il a été créé en novembre 2005, et se situe à Lunéville. Les usagers sont accueillis de 8h30 à 17 h, avec possibilité de laisser un message via internet.

- Le réseau est composé :

- d'un médecin coordonnateur,
- d'une ergothérapeute,
- de deux secrétaires,
- d'une assistante sociale,
- de 2 infirmières.

- Les partenaires du réseau sont :
- les 3 SSIAD,
- le CLIC,
- le centre hospitalier de Lunéville,
- l'hôpital de jour,
- les foyers logements de Lunéville,
- les 10 EHPAD,
- la maison de repos de Baccarat,
- l'Association GARDE

-**L'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée**: 4 lits dépendants du service des urgences du Centre Hospitalier de Lunéville.

Concernant les demandes en institution , un formulaire unique a été élaboré pour toutes les structures du lunévillois. Ce formulaire est disponible auprès du réseau de gérontologie, auprès du CLIC, et il est également téléchargeable sur le site du conseil général [38], ce qui permet au médecin traitant d'avoir toujours des formulaires disponibles et de gagner du temps pour les remplir. Il peut ensuite faxer les documents dans les différents structures , ce qui permet d'avoir une réponse plus rapide que lorsque l'on demandait aux familles de déposer les dossiers dans les différents établissements.

Ainsi, en dehors de l'absence d'un service de court séjour gériatrique, le secteur de Lunéville possède une offre assez variée de structures, offre que nous avons représentée sur la carte qui suit. Il est à noter le développement d'une consultation mémoire, et d'une orientation vers l'évaluation gériatrique du service de soins de suite et de réadaptation de Baccarat qui n'est pas mentionné sur la carte.

COLLECTIVITES

- PAIS - CLIC
- Services sénior - mairies CCAS

SOUTIENS A DOMICILE

- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- Services d'aide à domicile
- * Associations d'usagers

ACCUEIL DE JOUR

- En centre d'accueil jour
- En maison de retraite

STRUCTURES D'ACCUEIL

- Foyers résidences ou logements foyers (FPA)
- Maisons de Retraite (EHPAD)
- ⊙ Unités de Soins Longue Durée
- * Structures d'accueil spécifiques pour les malades souffrant de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés

HÔPITAUX ET CLINIQUES

- Hôpitaux et cliniques
- + Services d'accueil des urgences
- * Hospitalisation à domicile
- Hospitalisation de jour
- ▮ Hospitalisation de court séjour
- Soins de suite et réadaptation fonctionnelle
- ⊙ Unités de soins de longue durée
- k Consultation mémoire

SERVICES MEDICAUX ET SOCIAUX DESTINES AUX PERSONNES ÂGÉES SUR LE TERRITOIRE LUNEVILLOIS

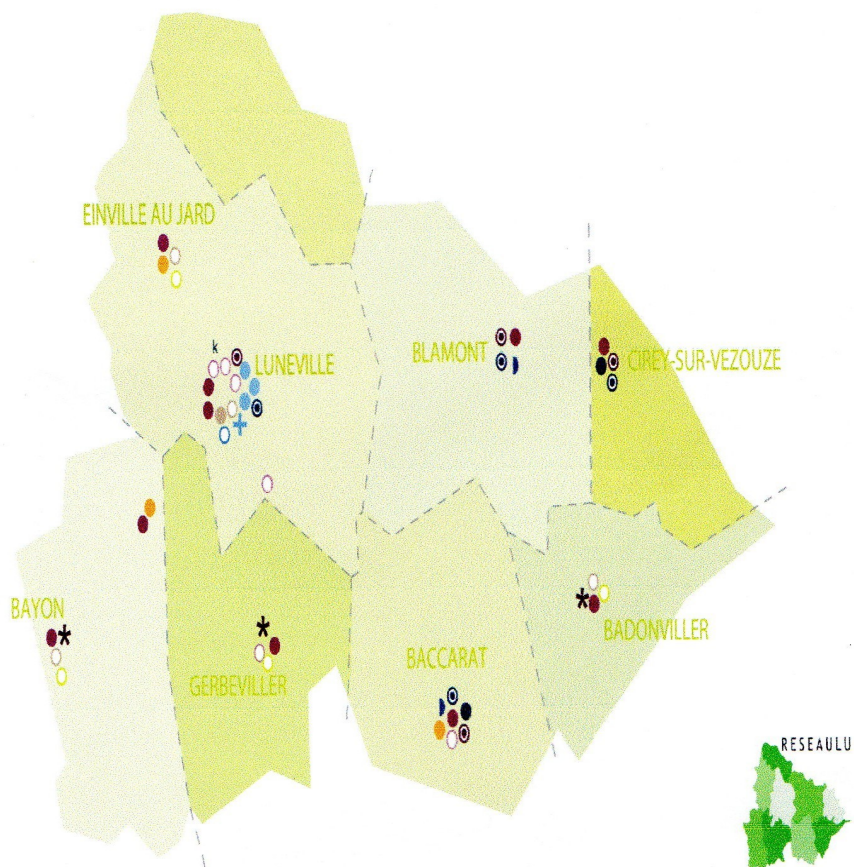
Les informations présentées sur cette carte n'ont pas un caractère publicitaire. Elles sont données à titre informatif et n'engagent en aucun cas la responsabilité du réseau. Seuls les adhérents du Réseaulu figurent dans cette liste.

INFORMATIONS

Réseaulu

14 rue de Sarrebourg
54000 LUNEVILLE
Tel. 03 83 74 38 91

► Effacer les éléments affichés sur la carte



Les structures sont concentrées autour de Lunéville, ce qui pose le problème de la mobilité des personnes sur ce territoire. Cependant , il existe un second centre un peu moins développé à Baccarat. Ainsi on confirme que les zones les plus rurales sont les moins pourvues en structures dédiées au les personnes âgées.

Comment expliquer alors pourquoi ces patients, qui ne nécessitent pas un recours aux urgences, sont adressés au service d'urgences pour un problème de maintien à domicile, et comment la situation aurait pu être anticipée.

2 - Présentation de l'étude

2.1 - Population

Nous avons choisi d'étudier 10 patients admis au centre hospitalier de Lunéville entre novembre 2009 et mai 2010.

Nous retiendrons les patients de plus de 75 ans avec au moins 2 pathologies chroniques, adressés par leur médecin traitant en journée. Nous excluons d'emblée les patients adressés le soir et le week-end car aucune prise en charge spécifique ne peut être menée aussi bien ville qu'aux urgences dans ces tranches horaires.

Les patients considérés doivent avoir dans le courrier initial les termes "maintien à domicile impossible". Ils doivent être considérés par les médecins urgentistes comme des usagers inappropriés du service des urgences, c'est à dire qu'ils ne doivent présenter aucune pathologie nécessitant une prise en charge en service de médecine traditionnelle. Une démarche sociale a été entreprise dès le passage aux urgences.

2.1.1 - Critères d'inclusion

- Patients âgés de 75 ans ou plus
- polypathologique ou pathologie chronique invalidante, ou encore polymédication (c'est à dire plus de 4 médicaments journaliers)
- adressés aux urgences par leur médecin traitant ou son remplaçant
- heure d'arrivée entre 9 h et 17h30
- arrivée en semaine uniquement
- le courrier de transfert doit comporter le critère de "maintien à domicile impossible"
- L'urgentiste considère que le patient ne présente aucune nécessité d'hospitalisation. Le caractère inapproprié du passage est essentiellement défini par l'absence d'action récente en vue d'un placement dans les jours voire les semaines précédentes. Ce critère résulte d'un jugement d'expert.

2.1.2 - Critères d'exclusion

- Patients non adressés
- Patients adressés par le SAMU ou un service de garde médicale
- Arrivée en soirée ou le week-end en raison de l'impossibilité de prise en charge sociale.

2.2 -Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive analytique de patients. Ces 10 patients sont recrutés à l'aide du logiciel "*Résurgences*" en formulant la requête suivante : patient de 75 ans et plus dont le dossier comporte la mention "maintien à domicile impossible". Après récupération des dossiers, les patients admis doivent répondre aux critères des horaires et de l'absence de pathologie aiguë motivant un transfert vers les services spécialisés (cette décision résulte du jugement de l'urgentiste au terme de la prise en charge).

Pour chacun de ces patients, nous relevons leur âge, l'heure d'arrivée, les antécédents médicaux, le contexte social, l'anamnèse, l'histoire récente du

patient, l'examen clinique, les investigations complémentaires, l'orientation proposée idéalement par l'urgentiste, l'orientation finale du patient, la discussion avec la famille et le médecin traitant, nous relevons enfin le temps de passage de ces personnes.

Le but étant de montrer à partir de ces différents cas que la situation de maintien à domicile impossible aurait pu être anticipée en amont du service des urgences, en ayant recours aux structures locales composant la filière gériatrique.

2.3 - Résultats

Comme il s'agit d'une étude analytique nous retranscrivons ici les 10 observations, en mentionnant également leur orientation au décours du passage aux urgences afin d'avoir une vue complète de la situation de ces personnes.

Nous résumerons dans un second temps les données essentielles sous forme de tableaux synoptiques.

2.3.1 - Description

Cas N°1

Patiente de 75 ans adressée pour une nouvelle chute ce jour dans la rue, après une fugue de son domicile. La patiente est accompagnée par sa fille.

Heure d'arrivée : 16h12

Les antécédents sont marqués par une maladie d'Alzheimer évoluant

depuis cinq ans, une hypertension artérielle, une ostéoporose.

Le traitement habituel comporte un anticholinestérasique, une supplémentation calcique, un biphosphonate, un inhibiteur de l'enzyme de conversion.

Le contexte social :

La patiente vit seule dans une maison, le traitement hebdomadaire est préparé par une infirmière, elle a une fille encore en activité professionnelle qui habite à quelques kilomètres.

Anamnèse :

La patiente a fugué en début d'après midi et a déambulé dans la rue. Elle a été victime d'une chute mécanique ayant nécessité un relevage par les pompiers, une consultation a été réalisée auprès du médecin traitant qui adresse la patiente aux urgences pour chutes à répétition.

Histoire récente :

Depuis plusieurs mois la patiente fugue régulièrement de jour comme de nuit, elle est passée deux jours auparavant dans un autre service d'urgence en raison d'une chute sur la voie publique. Sa fille considère qu' elle aurait dû être hospitalisée à cette occasion et ne comprend pas la prise en charge proposée l'avant-veille.

Examen aux urgences :

La patiente présente une désorientation temporospatiale connue, une anosognosie. L'examen clinique est normal. Il est décidé de ne pas réaliser d'examens supplémentaires en l'absence de problème somatique.

On discute à la fille de la patiente, elle est agitée, tendue.

Elle demande une institutionnalisation rapide, mais aucune demande n'a encore été faite, aucune prise en charge d'aides à domicile est en cours.

Elle nous rapporte que les voisins de sa maman sont inquiets en raison des fugues itératives.

Orientation proposée:

Un retour à domicile est proposé car il n' y a pas de lésions traumatiques, la situation évolue depuis longtemps.

Explication est donnée à la fille de l'absence d'indication à une hospitalisation, et du caractère inadapté des services hospitaliers pour sa maman. L'urgentiste lui propose de contacter le réseau gériatrique du secteur, les coordonnées sont fournies car le réseau est fermé et il n' y a plus d'assistante sociale sur le centre hospitalier.

Orientation réelle :

La fille accepte la prise en charge et accueillera sa maman quelques jours, cependant elle nous avoue qu'elle aurait préféré que sa maman se soit fracturé un membre, ce qui aurait conduit à une hospitalisation .
Un courrier est remis en mains propres pour information rapide du médecin traitant, injoignable ce jour-là

Temps de passage aux urgences : 2 h.

Analyse:

Il s'agit d'une patiente dont la pathologie est évolutive depuis plusieurs années avec une dégradation progressive des fonctions supérieures.

La patiente a toujours refusé de quitter son domicile pour l'instant. Les voisins assuraient une surveillance à distance.

Les troubles du comportement comme les fugues sont un motif de passage en institution chez les patients ayant des troubles cognitifs. La fille n'habite pas sur place et ne peut plus assurer un rôle de soutien familial, car la situation est maintenant trop évolutive. Les voisins ne peuvent plus assurer leur rôle de surveillance à distance, car les fugues sont trop rapprochées et ils ne leur semble probablement pas légitime de s'impliquer davantage en l'absence de lien de parenté.

Réalisé lors d'une évaluation en hôpital de jour gériatrique ou en

consultation mémoire, un repérage précoce des signes de gravité (et du danger que peut représenter cette patiente à domicile pour elle même) aurait permis d'anticiper les demandes d'admission en maison de retraite. De toute évidence il semble que cette patiente ne pourra bientôt plus rester à domicile, en raison des fugues, des chutes et des troubles sévères des fonctions supérieures.

En outre, l'intervention d'un réseau de gériatrie, pour évaluer l'habitat et réfléchir aux possibilités de sécurisation du domicile dans l'attente d'un accueil en EHPAD avec unités Alzheimer, aurait pu être demandée. Le médecin généraliste aurait également pu demander un accueil de jour pour préparer la patiente à l'institutionnalisation, car un changement de résidence est souvent vécu comme déstabilisant et comme aggravant les troubles des fonctions supérieures.

L'objectif de ces évaluations est d'anticiper une situation de crise pour la famille, d'autant que les fugues et surtout les chutes liées à la déambulation, avec nécessité d'une intervention par les pompiers, sont l'occasion d'une angoisse importante.

Cas N° 2

Patient de 83 ans adressé après un épisode de vomissements dans un contexte d'altération de l'état général depuis plusieurs semaines, ne pouvant rester à domicile malgré les aides en place. Le patient est accompagné de son épouse et de ses deux enfants.

Heure d'arrivée: 12 h 30

Les antécédents sont marqués par une maladie d'Alzheimer, un athérome carotidien, une hypertrophie bénigne de prostate.

Le traitement habituel comporte un anticholinestérasique, un antiagrégant plaquettaire, un alpha bloquant, un vasodilatateur, un complément

nutritionnel.

Contexte social :

Le patient vit à domicile avec son épouse, il bénéficie d'une prise en charge par le SSIAD de son secteur.

Les deux enfants travaillent et n'ont pas le temps d'aider leur mère.

Anamnèse

Le patient a présenté un épisode de vomissement cette nuit. Son épouse en est très inquiète.

Histoire récente

Le patient devient de plus en plus dépendant pour les actes de la vie quotidienne, son épouse est fatiguée et âgée, et ne peut plus s'en occuper malgré les aides et un passage infirmier quotidien.

Examen aux urgences:

Le patient est apyrétique, la saturation transcutanée en air ambiant normale, il existe une compréhension des ordres simples, l'examen retrouve la présence de ronchi, il n'y a pas de dyspnée, le reste de l'examen est normal.

Le bilan biologique ne retrouve pas syndrome inflammatoire.

Orientation proposée :

Un retour à domicile est préconisé avec une antibiothérapie et une surveillance infirmière.

On discute avec la famille. En dehors d'éléments de gravité immédiat, une proposition de traitement en ambulatoire est faite, les fils refusent catégoriquement cette proposition en raison de l'asthénie de leur maman également âgée, un contact avec l'assistante sociale est suggéré pour augmenter les aides et envisager le devenir.

Les enfants estiment qu'il est temps de ne plus laisser la situation se dégrader à domicile, ils admettent qu'il ont utilisé le prétexte du vomissement pour hospitaliser leur père.

Orientation réelle:

Finalement c'est une hospitalisation en médecine qui est décidée avec réalisation, dès l'entrée dans le service, d'une demande d'institution de type unité de soins de longue durée.

Temps de passage: 4 h 45

Analyse:

Ce patient présentant une maladie d'Alzheimer sans trouble du comportement mais avec une dépendance physique importante.

L'épouse a toujours refusé d'avoir des aides car pouvait assumer seule le quotidien. Les enfants n'ont jamais voulu s'ingérer dans la décision de leur maman. Leur maman ne se plaint jamais et la situation n'est donc pas apparue difficile pour le médecin traitant.

Maintenant que l'aidé présente une forte dépendance pour les actes de la vie quotidienne, dépendance qui rend nécessaire une aide permanente, on assiste à un épuisement physique et psychique de l'aidant. Le remplacement par des aides institutionnelles représente d'une part un surcoût financier, mais nécessite aussi l'acceptation de la présence permanente d'une tierce personne à son domicile.

Tout cela peut sembler difficile pour l'épouse qui n'a pas souhaité beaucoup d'aides jusqu'alors. Les enfants ont bien conscience des difficultés mais il existe une volonté d'indépendance dans cette famille. Les aidants professionnels sont en place mais insuffisants pour pallier au poids quotidien que doit supporter l'épouse, très âgée.

Il aurait été intéressant de proposer une évaluation gériatrique standardisée en hôpital de jour, ou par l'intervention du réseau à domicile afin d'éviter une situation de crise vécue comme insurmontable pour l'épouse, au cours d'une pathologie infectieuse pourtant bénigne.

Le repérage des difficultés, leur recherche systématique au travers du ressenti des intervenants à domicile, auraient peut-être permis en amont des urgences d'anticiper les demandes, et ainsi d'éviter une longue

hospitalisation en service de médecine. Ce séjour qui n'a pas d'autre but que d'attendre une place, constitue en lui-même un risque de perte d'autonomie pour les patients, car ces services sont souvent peu adaptés aux personnes âgées dépendantes.

Cas N°3

Patient de 96 ans adressé pour altération de l'état général au décours d'une pyélonéphrite récente, l'institutionnalisation a été évoquée mais aucun dossier en cours pour une entrée en USLD et SSR n'a été constitué. Le patient est accompagné de sa fille.

Heure d'arrivée : 15 h 10

Les antécédents sont marqués par une hypertension artérielle, une insuffisance cardiaque, un rétrécissement aortique, un stimulateur cardiaque, une fracture du col fémoral droit il y a dix ans.

Le traitement habituel comporte un antagoniste de l'angiotensine 2, un diurétique de l'anse, un inhibiteur calcique, un antiarthrosique.

Contexte social:

Le patient vit seul à domicile en dehors du département, il est actuellement en convalescence chez sa fille.

Anamnèse:

Le médecin rapporte une asthénie, un amaigrissement et des difficultés alimentaires après un épisode infectieux.

Histoire récente:

Le patient a été hospitalisé quelques semaines auparavant pour une pyélonéphrite, sa fille a accepté de l'accueillir chez elle. Il s'agit d'un patient avec une autonomie limitée mais ayant toujours refusé des aides.

Examen aux urgences:

Le patient ne décrit aucune douleur, une amyotrophie est constatée, l'examen ne retrouve pas d'anomalie.

Le bilan biologique réalisé ne retrouve pas de troubles hydroélectrolytiques, la fonction rénale est normale, on retrouve une normoleucocytose, la protéine C réactive est à 18.

Orientation proposée:

Un retour à domicile et une demande de convalescence en soins de suite et de réadaptation, ou une entrée en unités de soins de longue durée sont proposés afin d'évaluer les possibilités secondaires de maintien à domicile.

On discute avec la fille. Il lui est expliqué le caractère inadapté de la prise en charge en service de médecine et on lui propose un retour à domicile avec surveillance rapprochée par le médecin traitant.

On contacte le médecin traitant par téléphone pour discuter de la situation et de la prise en charge. Une proposition de visites quotidiennes et de mise en place est faite, avec mise en place des aides nécessaires, dans l'attente de l'accueil en structures soit en SSR, soit en USLD.

Orientation réelle : Un retour à domicile a lieu.

Temps de passage: 3 h 40

Analyse:

La dépendance de ce patient n'est pas nouvelle, ce patient avait toujours refusé les aides jusqu'à là et avait adapté son mode de vie à sa dépendance. C'est l'hospitalisation qui a déclenché une perte d'autonomie plus importante que prévue.

L'état clinique a été jugé stable par les médecins hospitaliers, la fille a été sollicitée pour accueillir son père. Il s'agit d'une altération de l'état général rendant le maintien à domicile précaire mais aucune nécessité de prise en

charge en hospitalisation traditionnelle.

Cependant ce patient présentait des ressources physiques diminuées avant l'hospitalisation qui ne permettent plus aujourd'hui un maintien à domicile dans des conditions satisfaisantes, par ailleurs l'aidant désigné n'a pas été préparé ni soutenu dans son nouveau rôle

Ici, le maintien à domicile difficile a été anticipé ou du moins envisagé, les demandes ont été abordées, mais n'ont pas été menées à bien. Quelques jours plus tard on se retrouve dans une situation d'urgence ressentie, par une famille qui est peut être dans ce cas insuffisamment préparée à son rôle transitoire d'aidant.

Ici aussi une évaluation sociale, et une discussion avant la sortie d'hospitalisation auraient pu être bénéfique. La sortie n'a pas été anticipée correctement par les médecins hospitaliers. C'est en quelque sorte le domicile de la famille qui sert de convalescence, alors que les proches n'y ont pas été préparés. Cependant, grâce à l'accès direct, le médecin généraliste aurait pu, après le retour à domicile, corriger l'orientation par une demande de séjour en SSR, puisqu'elle n'a pas été faite par l'hôpital.

Cas N° 4

Patiente de 80 ans adressée pour douleur de l'épaule droite depuis quinze jours, traitée par corticothérapie, notion de nausées concomitantes. La patiente arrive seule.

Heure d'arrivée : 9 h 34

Les antécédents sont marqués par une polyarthrose, un syndrome dépressif chronique, une hypertension artérielle.

Le traitement habituel comporte un inhibiteur de la recapture de la

sérotonine, une supplémentation calcique, un biphosphonate, une benzodiazépine, un antiarthrosique, une association antagoniste de l'angiotensine/diurétique.

Contexte social :

La patiente est veuve, vit à domicile avec deux fils âgés de 50 ans qui présentent un déficit mental léger et travaillent en centre d'aide par le travail (CAT) . Elle a aussi un fils et une fille qui travaillent et habitent à une dizaine de kilomètres de son domicile.

Anamnèse:

Elle décrit une douleur de l'épaule droite depuis quinze jours, considérée comme une tendinite de la coiffe des rotateurs et traitée par corticothérapie, avec peu d'amélioration.

Histoire récente

On retrouve un syndrome dépressif et une asthénie importante en raison de la charge de travail à domicile, et un certain isolement social.

Examen aux urgences:

Le médecin retrouve une douleur à la palpation de l'épaule droite sans limitation des amplitudes articulaires, la patiente rapporte des nausées matinales, le reste de l'examen est normal.

Le bilan biologique est normal.

Le bilan radiographique montre une omarthrose évoluée.

Orientation proposée

Il est proposé un retour à domicile avec majoration des antalgiques, le souhait de la patiente est d'ailleurs de rentrer à domicile.

On contacte la remplaçante du médecin traitant pour discuter de la prise en charge.

La remplaçante connaît bien la malade, mais refuse le retour à domicile.

En effet il ne s'agit pas d'un problème d'arthrose mais en fait d'un épuisement de la patiente, dont les deux fils sont agressifs par moment. Selon elle, il faut l'hospitaliser pour qu'elle se repose ; elle demande une hospitalisation en "lit-porte" pour quelques jours. Elle nous demande de prendre contact avec la fille de la patiente.

Discussion avec la fille

La fille de la patiente qui souhaite également une institutionnalisation, initialement temporaire. On appelle l'assistante sociale pour voir si un hébergement d'urgence est possible, sachant qu'aucune hospitalisation n'est jugée nécessaire en service de médecine.

Après plusieurs refus des maisons de retraite du secteur, un hébergement temporaire est trouvé, moyennant un financement, dans la maison de retraite du village où habite la patiente. On en fait l'explication à la patiente qui refuse initialement et ne comprend pas pourquoi elle ne peut pas rentrer chez elle. Elle pensait juste bénéficier d'une consultation et rentrer par la suite chez elle. Nous appelons à nouveau sa fille pour qu'elle donne des explications à sa maman. Cette dernière accepte finalement car il s'agit d'une maison de retraite proche de son domicile.

On contact à nouveau le médecin, qui est satisfait de la prise en charge, mais nous précisons qu'il s'agit d'un hébergement temporaire et qu'il va falloir trouver une solution à long terme pour la patiente et ses deux fils dépendants.

Orientation réelle:

La patiente a bénéficié d'une institutionnalisation temporaire.

Temps de passage aux urgences: 8 heures

Analyse:

Le problème dans ce cas n'est pas tellement un manque d'anticipation : la situation a bien été repérée comme précaire par le médecin généraliste.

Ce qui rend aujourd'hui la situation à domicile difficile, c'est l'existence de ce syndrome dépressif limitant les initiatives et entraînant des troubles somatiques à type de vomissements. La majoration de cette omarthrose limite également les actes de la vie quotidienne et entretient le syndrome dépressif.

La possibilité d'hospitalisation de répit et d'entrée en maison de retraite avait été abordée, mais la patiente avait finalement refusé en raison de la présence de ses fils qu'elle ne voulait pas abandonner. La patiente ayant refusé à plusieurs reprises de se laisser aider, c'est ici tout un travail de négociation qui aurait pu permettre à la patiente d'accepter une aide, des visites répétées à domicile d'une assistante sociale auraient par exemple été bénéfiques.

On remarque que cette malade bénéficie finalement d'une orientation adaptée, mais au prix d'un passage de 8 heures aux urgences dans un inconfort certain. De plus la patiente va certes être hébergée de manière temporaire, mais il n'y aura pas de modification de la situation à son domicile. Il conviendrait de lui proposer une institutionnalisation des adultes handicapés dont elle a la charge, afin de lui permettre de rester à son domicile.

D'après ce que nous avons pu comprendre, au travers de la discussion avec le médecin remplaçant, le problème principal était l'absence de solution pour les deux fils. Une solution temporaire comme celle qui a été finalement trouvée par les urgentistes, aurait tout à fait pu être proposée en ville et aurait eu le mérite d'une part de ne pas être imposée, de ne pas être discutée depuis un brancard en position allongée, c'est à dire en position de soumission pour la patiente et d'autre part aurait été proposée par des professionnels qu'elle connaissait.

Par ailleurs, une fois le problème de ses fils réglé, on pourrait proposer également une hospitalisation temporaire en SSR pour répit et rééducation de son épaule douloureuse.

Cas N°5

Patient de 79 ans adressé pour altération de l'état général dans un contexte de pneumopathie traitée à domicile depuis une semaine. Le patient arrive seul avec ses affaires de toilette.

Heure d'arrivée : 10 h 40

Les antécédents sont marqués par une séquelle de poliomyélite, une coronaropathie, une bronchopneumopathie chronique obstructive, des troubles cognitifs légers.

Le traitement habituel comporte un inhibiteur de l'enzyme de conversion, un antiagrégant plaquettaire, un β -bloqueur, un corticoïde inhalé, un anticholinergique inhalé, un antalgique de palier 1, une statine.

Contexte social:

Le patient vit avec son épouse à la maison, des aides à domicile sont en place.

Anamnèse:

Il est rapporté une pneumopathie de la base droite traitée par antibiothérapie depuis une semaine, mais il persiste une toux grasse matinale.

Histoire récente:

Le patient est dépendant pour les actes de la vie quotidienne, grabataire depuis plusieurs années. Il s'agit du deuxième épisode de pneumopathie en deux mois.

Examen aux urgences:

Le patient est apyrétique, les constantes sont normales, l'examen

pulmonaire retrouve quelques ronchi.

Le bilan biologique réalisé montre une régression du syndrome inflammatoire depuis l'antibiothérapie, pas d'autres anomalies biologiques.

Orientation proposée

Un retour à domicile est proposé avec poursuite de l'antibiothérapie car une hospitalisation en secteur de médecine est injustifiée devant l'absence de prise en charge spécifique et d'actes diagnostiques.

L'épouse est contactée, elle ne comprend pas le retour à domicile

On contacte le médecin traitant pour lui expliquer la situation. Ce dernier n'est pas vraiment d'accord avec la proposition car l'épouse est fatiguée, néanmoins il accepte. Il n'avait pas fait de demandes d'institution pour l'instant, car il jugeait les aides suffisantes et la situation stable.

Les urgentistes proposent de mettre en route une procédure sociale afin de réaliser une réévaluation des aides, un signalement auprès de l'assistante sociale de l'hôpital est réalisé.

Orientation réelle :
retour à domicile

Temps de passage aux urgences: 4 heures

Analyse:

Il s'agit d'un patient dont l'état général et l'autonomie sont limités depuis longtemps en raison des séquelles de poliomyélite. Ce patient bénéficie d'ailleurs d'une bonne prise en charge par un SSIAD. Cependant deux épisodes aigus infectieux sans gravité viennent déstabiliser la situation à domicile, et créent un état de stress pour l'épouse que nous sentons tendue et même agressive au téléphone.

La situation semblait stable au médecin jusqu'à ces deux épisodes de pneumopathie, qui ont surtout fragilisé l'épouse.

L'hospitalisation de ce patient et son passage aux urgences ne sont pas justifiés. En revanche, la répétition d'évènements aigus, dans un contexte lourd qui fatiguent l'aidant, aurait pu conduire à proposer une hospitalisation de répit en soins de suite et réadaptation, afin que le patient ne perde pas davantage d'autonomie. À défaut, une augmentation transitoire des aides aurait pu également être proposée, avant que la situation ne soit perçue comme totalement ingérable par son épouse.

Le médecin qui a constaté que la situation, qu'il jugeait stable à domicile, se dégradait, n'a fait aucune demande pour une entrée en institution alors que la situation n'est pas encore urgente et qu'il est encore temps de préparer le devenir du patient.

Cas N°6

Patiente de 86 ans adressée pour altération de l'état général, évoluant depuis un mois, avec découverte d'une adénopathie inguinale gauche.

Heure d'arrivée : 17 h

Les antécédents sont marqués par une coronaropathie de découverte fortuite, une ostéoporose, une hypertension artérielle, une incontinence urinaire ancienne.

Le traitement habituel comporte un antispasmodique urinaire, un antiagrégant plaquettaire, une statine, un β -bloqueur, une supplémentation calcique.

Contexte social

La patiente n'est pas mariée, elle vit avec sa sœur âgée de 90 ans dans une grande maison, en retrait du village.

Anamnèse:

Découverte il y a un mois d'une adénopathie inguinale gauche, accompagnée d'une asthénie. Il n'y a pas de bilan étiologique en cours.

Histoire récente:

Depuis quelques mois, aggravation de la dépendance pour les actes de la vie quotidienne, et défaut d'hygiène constaté à plusieurs reprises par le médecin. La patiente a toujours refusé que des aides à domicile soient mises en place, malgré le travail important que représente la gestion du domicile.

Examen aux urgences

La patiente est apyrétique, les constantes sont normales, l'examen retrouve une adénopathie inguinale gauche dure mais non douloureuse, les transferts et la marche sont normales, il n'y a pas de troubles de la compréhension.

Le bilan biologique réalisé est normal.

Orientation proposée :

Après discussion avec le médecin du service de médecine, un retour à domicile est envisagé avec nécessité de réaliser le bilan en ambulatoire. Une fiche de signalement auprès de l'assistante sociale est réalisée.

On contacte le médecin généraliste de la patiente, ce dernier pense que le retour à domicile n'est pas sécurisé : la sœur de la patiente est âgée et malade, il a réussi à convaincre la patiente et d'aller aux urgences, il faut donc qu'elle reste hospitalisée.

Orientation réelle:

La patiente sera hospitalisée hors du service de médecine de garde par défaut de places, dans un lit de chirurgie. Elle rejoindra le service adéquat dans un second temps.

Temps de passage aux urgences: 2 h

Analyse:

Il s'agit d'une situation précaire depuis longtemps, la personne est âgée et malade, vit avec sa sœur encore plus âgée, malade également, dans une zone où le réseau social est peu présent. Aucune aide n'a encore été mise en place en raison d'un refus de la patiente. Il existe un défaut d'hygiène, la négligence de la patiente envers sa santé est ancienne, comme en atteste la découverte fortuite de la maladie coronarienne. Le généraliste décrit en effet une patiente qui ne se plaint jamais et qui refuse de reconnaître qu'elle a besoin d'aide. Le mode de vie est très rural. Elle veut rester auprès de sa sœur.

Le maintien à domicile est jugé impossible en raison d'un défaut d'hygiène et d'un manque de sécurité à domicile. Le médecin souhaite par ailleurs faire un bilan étiologique de cette adénopathie suspecte : il s'agit probablement d'une pathologie néoplasique conduisant à une altération inexorable de l'état général.

L'obstacle principal à la prise en charge semble être le lien qui unit les deux sœurs : aussi aurait-on pu proposer un bilan conjoint ou une entrée en maison de retraite commune.

Par ailleurs, afin de réaliser un bilan somatique nécessaire mais pas urgent, aucun contact n'a été pris avec les médecins hospitaliers. La personne est donc hospitalisée par commodité via les urgences. Il est vrai que le lieu d'habitation ne facilite pas un accès aisé au plateau technique. Un bilan programmé aurait pu être envisagée en service de médecine, voire en hôpital de jour gériatrique, ou même en service de soins de suite, ce qui aurait permis de se pencher sur le devenir de la patiente et de sa sœur.

Cas N°7

Patient de 90 ans adressé par son médecin traitant pour maintien à domicile impossible en raison de l'hospitalisation de sa femme depuis 5 jours. Le patient arrive avec sa fille aînée.

Heure d'arrivée : 10 h 15

Les antécédents sont marqués par une cécité sur rétinopathie diabétique, un diabète de type 2, un adénome de prostate, un accident ischémique transitoire ancien.

Le traitement habituel comporte un inhibiteur de l'enzyme de conversion, un biguanide, un glinide, un alpha-bloqueur, un antiagrégant plaquettaire.

Contexte social

Le patient vit à domicile avec son épouse qui l'aide, pas d'autres aides en place car l'épouse est très autonome. Ils ont une fille qui habite près de chez eux.

Anamnèse

L'épouse du patient a présenté un accident vasculaire cérébral et est hospitalisée depuis cinq jours ; le patient, qui présente une déficience visuelle, ne peut rester seul.

Histoire médicale récente du patient:

Aucune.

Examen clinique:

Il est sans particularité, aucune doléance de la part de ce patient, qui ne présente pas de troubles cognitifs ni de limitation dans ses déplacements. Aucune investigation para-clinique n'est nécessaire.

Le médecin urgentiste contacte l'assistante sociale de l'hôpital pour trouver une solution d'hébergement en urgence. Malheureusement aucune

possibilité n'est trouvée à l'heure actuelle, et la famille refuse certaines maisons de retraite.

Le médecin généraliste est contacté. Il n'a aucune solution à proposer dans l'immédiat : la fille du patient a amené son père en consultation au cabinet et a demandé au médecin de proposer une solution immédiate. Le confrère a discuté avec la fille mais cette dernière ne veut pas prendre en charge son père, en raison de son activité professionnelle qui ne lui laisse que peu de temps. Une telle situation n'a jamais été abordée par le passé.

Le cadre de santé du service de cardiologie où est hospitalisé l'épouse est contacté, il accepte d'accueillir le patient dans ce service en tant qu'accompagnant, mais le lendemain seulement.

Orientation réelle

Le patient sera finalement adressé en unité d'hospitalisation de courte durée, en attendant une place dans le service où est hospitalisée sa femme.

Temps de passage aux urgences 6 h.

Analyse:

Il s'agit ici d'une situation difficile à anticiper en raison du caractère aigu de l'hospitalisation de l'épouse aidante, néanmoins cette situation potentielle n'avait pas été abordée et aucune solution n'avait été envisagée face à une telle éventualité.

Aucune demande d'entrée en institution n'avait été faite jusqu'à lors, en effet son épouse s'occupait de lui et était en parfaite santé. A présent il existe une rupture transitoire de la prise en charge habituelle, depuis l'hospitalisation inopinée de l'aidant principal. On note cependant qu'aucun dossier d'admission n'avait été rempli depuis cinq jours que l'épouse est hospitalisée. Pourtant le patient est dépendant de son épouse depuis longtemps en raison de sa cécité.

Une négociation avec la famille avant une telle situation aurait été bénéfique, afin que la situation soit la moins déstabilisante possible pour le

patient qui va être hospitalisé dans un service de spécialité sans aucun bénéfice. Il aurait fallu expliquer à la famille que les urgences ne permettent pas un accueil immédiat dans un établissement d'accueil.

Cas N°8:

Patient de 84 ans adressé par son médecin traitant pour une perte d'autonomie dans un contexte de maladie de Parkinson évolutive. Le patient arrive avec son épouse.

Heure d'arrivée: 14 h

Les antécédents sont marqués par un diabète de type 2, une maladie de Parkinson évoluant depuis cinq ans , une hypertension artérielle, une ostéoporose.

Le traitement habituel comporte un antiparkinsonien, un sulfamide hypoglycémiant, un diurétique de l'anse, un biphosphonate, un inhibiteur calcique.

Contexte social:

Le patient vit seul avec son épouse, ils ont un fils qui aide à la maison.

Anamnèse:

Il existe des difficultés à la marche, l'interrogatoire ne retrouve pas de notion de chute.

Histoire récente:

Le patient est de plus en plus dépendant en raison de l'évolution de sa maladie de Parkinson. Il est suivi par un neurologue mais n'a pas eu de consultation récente afin d'adapter le traitement.

Examen aux urgences:

Le patient est amimique, on confirme un syndrome parkinsonien évolué avec rigidité marquée.

Le bilan biologique réalisé retrouve une hyperglycémie à deux grammes, le reste est normal.

Orientation proposée

Un retour à domicile avec une consultation auprès du neurologue est envisagé il est proposé de compléter un dossier de demande d'admission en services de soins de suite avant la sortie.

On discute avec sa femme qui souhaite une hospitalisation en attendant une entrée en institution, car la situation est trop compliquée à domicile.

On contacte le médecin généraliste pour comprendre la situation. Les relations entre le mari et sa femme sont difficiles, la patiente n'accepte plus la perte d'autonomie de son mari. Il est difficile de programmer une hospitalisation et de demander un avis en neurologie. Par ailleurs les déplacements sont difficiles, car l'épouse ne conduit pas et ne peut pas accompagner son mari.

Orientation réelle:

Le patient bénéficiera d'une hospitalisation en service de médecine pour adaptation du traitement antiparkinsonien, car il n'y a pas d'autres possibilités d'accueil. Le service est averti de la demande d'institutionnalisation formulée par l'épouse.

Temps de passage aux urgences: 3 h

Analyse:

Nous sommes face ici à patient atteint d'une maladie de Parkinson, pour qui il n'y a pas eu d'évaluation récente de sa pathologie, et par conséquent pas de mise en place d'aides humaines nécessaires au domicile. De toutes façons le patient refusait toute aide extérieure, estimant que l'aide apportée par sa femme et son fils était suffisante ; c'est un ancien militaire au caractère assez autoritaire. Le maintien à domicile est rendu précaire en raison de sa grabatisation, et de la mauvaise compréhension de la

pathologie par l'épouse. De tout cela résulte une difficulté des deux à accepter la présence d'aides en dehors du contexte familial.

Une évaluation en hôpital de jour gériatrique aurait permis de faire les modifications thérapeutiques nécessaires, et d'engager une discussion avec son épouse, de lui donner un espace de parole pour exprimer ses difficultés au quotidien. Il semble que le manque d'explications par rapport à la pathologie explique en partie la crise, car l'épouse ne comprend pas la perte d'autonomie de son mari qui était un homme très actif. Là encore une discussion avec elle aurait pu lever des difficultés.

Cas N°9

Patient de 78 ans adressé pour coxalgie gauche avec altération de l'état général entraînant un maintien à domicile impossible. Le patient arrive avec son épouse.

Heure d'arrivée : 10 h 26

Les antécédents sont marqués par une cardiopathie hypertrophique, une hypertension artérielle, des difficultés à la marche secondaires à une cure de hernie discale, une insuffisance rénale chronique.

Le traitement habituel comporte un antalgique de palier 2, des sels de fer, un diurétique de l'anse, une supplémentation calcique, un antagoniste de l'angiotensine 2.

Contexte social:

Le patient vit à domicile avec son épouse, il n'y a pas d'aides en place en dehors d'un portage des repas.

Anamnèse:

Le patient rapporte une coxalgie gauche invalidante depuis deux mois, pour laquelle le bilan biologique est normal. Le bilan radiologique montre en revanche une coxarthrose sévère. Il existe une perte d'autonomie et un syndrome dépressif.

Histoire récente:

Depuis deux mois , apparition d'un syndrome dépressif associé à cette coxalgie. Son épouse a été hospitalisée quelques jours.

Examen aux urgences:

On retrouve une douleur à la mobilisation de la hanche gauche sans attitude vicieuse, la marche et l'appui sont précaires, les transferts sont néanmoins réalisables, le reste de l'examen est normal.

Le bilan biologique réalisé ne retrouve pas de syndrome inflammatoire, et pas d'hypercalcémie.

La radiographie confirme une coxarthrose

Orientation proposée:

Un retour à domicile est possible avec mise en place d'aides en relation avec l'assistante sociale, une demande d'admission en SSR est réalisée par le médecin urgentiste.

On appelle le service de soins de suite et de réadaptation, pour discuter avec le médecin coordonnateur et envisager une entrée rapide. Mais ceci est impossible à court terme car il existe un délai d'attente de plusieurs semaines.

Le service de chirurgie orthopédique est alors contacté. Le chirurgien refuse initialement de l'accueillir car il n'y a pas de thérapeutique envisagée et le bilan n'est pas urgent, mais on explique l'absence d'autres possibilités d'hébergement pour le patient.

Un contact téléphonique est réalisé avec le médecin traitant, qui est d'accord sur l'absence de critères de gravité médicale mais qui souhaite une hospitalisation. En effet le patient présente une asthénie importante et son épouse a bénéficié d'une hospitalisation récente. L'épouse souffre en fait d'un cancer du sein. La situation est difficile depuis longtemps en raison des troubles de la marche du patient et des déplacements en cannes anglaises, à moyen terme il convient de trouver une place en institution pour ce patient.

On discute avec l'épouse qui souhaite une hospitalisation pour son époux.

Orientation réelle:

Une hospitalisation est finalement acceptée en chirurgie orthopédique en l'absence d'autres possibilités.

Temps de passage 4 h 45.

Analyse:

Il y a dans ce cas un véritable problème médical aigu (la poussée d'arthrose qui aggrave la perte d'autonomie), cependant cette perte d'autonomie est ancienne et la prise en charge ne relève pas des urgences. Dans cette observation c'est la douleur et le fait que l'aidant principal soit fragilisé qui déclenche le passage aux urgences.

La douleur évoluant depuis longtemps , une demande d'accueil en SSR aurait pu être anticipée car c'est la structure qui semble la plus adaptée pour débiter une rééducation. Cependant le médecin n'a pas réussi à joindre son confrère hospitalier responsable des soins de suite et de réadaptation. Il n'est certes pas toujours facile de renouveler des appels par manque de temps au cours de la journée.

On peut cependant remarquer que, vu l'impossibilité de joindre le médecin spécialiste, un dossier d'admission aurait pu être rempli et faxé, ce qui aurait été une voie sûre et rapide de transmission de l'information par le biais du secrétariat qui l'aurait transmis à l'intéressé.

Cas N°10

Patiente de 81 ans adressée pour bilan après une chute et avec la notion de maintien à domicile précaire en raison de chutes itératives. La patiente arrive seule mais ses deux fils et leurs épouses arrivent plus tard.

Heure d'arrivée : 16 h 10

Les antécédents sont marqués par une hypothyroïdie, une ostéoporose, une hypertension artérielle, une fracture de la clavicule droite.

Le traitement habituel comporte une opothérapie thyroïdienne, un biphosphonate, une supplémentation vitamino-calcique, un antihypertenseur central, un inhibiteur calcique.

Contexte social:

La patiente vit seul à domicile avec des aide ménagères et un portage des repas.

Histoire récente:

Il est rapporté des chutes récidivantes depuis plusieurs mois, la patiente est retrouvée au sol par son aide ménagère pour la énième fois, une demande d'institutionnalisation est en cours.

Examen aux urgences:

On retrouve un état général conservé avec un équilibre instable et une marche à petit pas. Il n'y pas de déficit neurologique, l'examen cardiaque et pulmonaire est normal. Absence de douleur des membres.

Le bilan biologique réalisé est normal, il n'y a pas d'anémie, pas de trouble hydroélectrolytique, pas d'insuffisance rénale.

Orientation proposée:

Un retour à domicile est envisagé après un contact avec l'assistante sociale afin de savoir où en sont les demandes de maison de retraite.

On discute avec la famille qui refuse tout retour à domicile, craignant une nouvelle chute. La famille souhaite une hospitalisation dans l'attente de la réponse de la maison de retraite. Le médecin traitant est contacté, il a expliqué à la famille que les demandes étaient en cours mais il nous explique que la famille est inquiète et souffre d'être sollicitée sans cesse en raison des chutes.

Orientation réelle

Une hospitalisation en "lit-porte" est finalement retenue car aucune place n'est disponible dans les lits de médecine. Contact est pris avec l'assistante sociale pour faire le point sur les demandes en cours et mettre en route une demande d'admission en SSR en parallèle à une demande définitive.

Le lendemain, une place est disponible en médecine, un appel de l'assistante sociale confirme une entrée en maison de retraite quatre jours plus tard. L'information est donnée à la patiente qui souhaite rentrer à son domicile, mais finalement acceptera l'entrée en maison de retraite car elle est proche du domicile de ses enfants.

Temps de passage : 3h

Analyse:

Il s'agit ici de chutes à répétition, mais en fait il n'y a eu aucun bilan de ces chutes. Le maintien à domicile est ici difficile en raison des chutes à répétition avec risque de complication traumatique. Les chutes constituent un facteur anxiogène important pour les proches en raison des conséquences graves qui peuvent en découler. Il s'agit de créer un environnement de sécurité pour la patiente.

La patiente a toujours refusé une entrée en maison de retraite et n'est pas au courant des demandes en cours. Les enfants ont voulu respecter le souhait de leur mère de rester à domicile et ont fait les démarches en cachette.

Une hospitalisation de jour, ou une hospitalisation programmée pour bilan de chute et rééducation à la marche auraient été bénéfiques.

Cependant même si le bilan est réalisé, le placement en institution reste justifié aux yeux de l'entourage familial que cela rassure, et pour la sécurité de la patiente. C'est le passage aux urgences et l'hospitalisation qui apparaissent inadaptés, car les démarches sont en cours. Le passage aux urgences sert en fait à annoncer à la patiente l'absence de retour à domicile, ce qui est un peu coercitif.

2.3.2 - Synthèse des résultats

- **Présence de pathologie chronique invalidante**

La présence d'une pathologie neurologique dégénérative est retrouvée dans trois cas (1, 2 et 8); il s'agit de pathologies entraînant des troubles du comportement (cas n°1) ou des difficultés pour les gestes de la vie quotidienne (cas n°2 et 8). Ces troubles évoluent depuis plusieurs mois, c'est leur aggravation ou leur persistance qui motivent la demande de prise en charge.

En dehors des pathologies dégénératives, les chutes constituent une difficulté majeure (cas n°10).

La perte d'autonomie sans pathologie spécifique à son origine est retrouvée dans les cas 3 et 5. Enfin, dans le cas n°9; la perte d'autonomie est secondaire à une arthrose dégénérative.

- **Situation d'urgence ressentie**

La situation de crise et le caractère urgent de la prise charge sont définis par une crainte d'atteinte à l'intégrité physique de la personne (cas n°1 et 10), ou une impossibilité pour l'aidant à maintenir son rôle (cas n°2, 3, 5, 8, 9).

Il s'agit d'une rupture brutale de soutien informel dans le cas n°7 ; pour les 2 autres cas, c'est la capacité du patient à accepter une consultation hospitalière (cas n°4 et 6), qui déclenche le passage aux urgences : l'éventualité d'une institutionnalisation n'est alors pas évoquée au domicile mais aux urgences.

L'absence de solution d'accueil en établissement à moyen terme déclenche une crise dans les cas 3, 4 et 9. On retrouve néanmoins un cas (le n°10) pour lequel les demandes sont en cours, et où c'est l'absence de délai précis

qui rend la situation difficile.

L'absence d'accueil possible de la personne âgée chez un membre de la famille en dehors du conjoint joue en outre un rôle dans le passage aux urgences pour les cas 2, 4, 7 et 10.

- **Évaluation gériatrique**

Tous les patients présentent des critères permettant de les inclure dans le réseau de gériatrie, aucun n'a de suivi gériatrique.

- **Contact avec un médecin hospitalier**

Parmi les cas décrits, il n'y eu aucun contact avec un médecin hospitalier avant le transfert aux urgences.

- **Les obstacles à la prise en charge**

Lorsque la situation est repérée comme précaire, on retrouve un refus de prise en charge émanant du patient dans les cas n°1, 4, 6 et 10, mais aussi de la famille et surtout du conjoint (cas n°2). On retrouve également des difficultés de contact avec les structures dédiées, en raison de l'impossibilité de joindre le médecin coordonnateur (cas n°9), et l'absence de prise en charge rapide, c'est à dire en quelques jours (cas n°7).

- **Le réseau social**

Les patients de notre étude viennent en majorité accompagnés de leurs enfants (cas n°1, 2, 3, 7, 9 et 10) qui prennent part à la discussion du devenir.

Le cas n°6 est isolé, car il n'y a pas d'interlocuteur familial. L'épuisement de l'aidant principal est important, qu'il soit physique (cas n°2 et 9), ou psychologique (cas n°8).

- **Une prise en charge inadaptée**

Les patients sont tous considérés comme nécessitant une prise en charge en dehors du domicile, on constate que souvent ils sont hospitalisés finalement en service de médecine aiguë, malgré l'absence d'indication validée (cas 2, 6, 7, 8, 9, 10). Deux de nos patients (cas n°1 et 3) rentrent à domicile ; enfin le cas n°5 est orienté dans une structure d'hébergement temporaire.

2.3.3 - Tableaux synoptiques

- **Caractéristiques générales de la population**

	Age	Sexe	Mode de vie	Personne accompagnante	Aides à domicile	Heure d'arrivée
Cas n°1	75	F	seule	oui	non	16h12
Cas n°2	83	H	En couple	oui	oui	12h30
Cas n°3	96	H	Cohabitation avec sa fille	oui	non	15h10
Cas n°4	80	F	Seule, enfants à charge	non	non	9h34
Cas n°5	79	H	En couple	non	oui	10h40
Cas n°6	86	F	Avec sa sœur âgée	non	non	17h00
Cas n°7	90	H	En couple	oui	non	10h15
Cas n°8	84	H	En couple	non	oui	14h00
Cas n°9	78	H	En couple	non	non	10h26
Cas n°10	81	F	seule	oui	oui	16h10

• **Critères de prise en charge au sein d'un réseau de gériatrie**
[39]

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cas n°1	X				X			X		X
Cas n°2		X			X	X	X	X		
Cas n°3	X	X				X	X	X	X	
Cas n°4	X	X			X			X		
Cas n°5		X	X		X		X	X		
Cas n°6	X	X	X			X	X	X		
Cas n°7	X	X		X				X		
Cas n°8		X		X				X		
Cas n°9								X		
Cas n°10	X	X						X		X

- 1.Support social insuffisant
- 2.Sédentarité
- 3.Hygiène insuffisante
- 4.Déficiences sensorielles
- 5.Troubles des fonctions supérieures
- 6.Baisse des ressources nutritionnelles
- 7.Polypathologies, polymédication
- 8.Hospitalisation non programmée
- 9.Chute

2.4 - Discussion

2.4.1 - La méthode

Il nous avait été proposé initialement une étude prospective, mais nous avons préféré une méthode rétrospective afin d'étudier des cas que nous avons pris en charge.

Il s'agit d'une étude rétrospective et nous ne pouvons pas apprécier le contexte dans lequel ces patients ont été pris en charge : surcharge ou non de la part des urgentistes, qualité de la discussion avec les familles et avec les médecins généralistes. Cependant les contacts avec la famille et les médecins sont mentionnés dans tous les dossiers, ce qui souligne l'existence d'une communication entre la ville et l'hôpital, même si dans 9 cas sur 10 ce contact s'effectue sur initiative du médecin urgentiste.

Par ailleurs nous avons volontairement exclus les patients adressés pour maintien à domicile, mais pour lesquels il existait une pathologie médicale ou chirurgicale aiguë nécessitant une prise en charge spécialisée, même si le motif de recours était "altération de l'état général rendant le maintien à domicile impossible". En effet ces patients ne peuvent rester à domicile non pas par insuffisance d'aides ou par épuisement du réseau social, mais en raison du besoin de recours à un plateau technique spécialisé.

Nous avons également décidé de réaliser une étude descriptive qualitative et non quantitative en raison d'une part parce qu'il existe déjà des études concernant les passages inappropriés aux urgences, et d'autre part parce que, au cours de la période concernée (en tenant compte des critères d'inclusion), le nombre de patients à inclure aurait été trop limité.

Du fait du faible nombre de cas, nous n'avons pas pu étudier toutes les situations et nous ne pouvons pas dire si la population étudiée est représentative de la population âgée adressée aux urgences. Nous pouvons cependant tirer plusieurs enseignements de ces cas cliniques.

2.4.2 - Anticipation de la crise en ambulatoire

À travers ces cas, il apparaît qu'il faut prendre en compte plusieurs facteurs lorsque le maintien à domicile devient impossible, afin d'éviter des passages injustifiés aux urgences. Ces passages engendrent un inconfort pour le patient et un temps de séjour important, d'autant plus que le médecin urgentiste tente de proposer l'orientation la plus appropriée pour le patient.

- **Des pathologies sous-évaluées**

Pour anticiper une institutionnalisation il convient de repérer précocement les patients à risque, et de proposer une évaluation. La prise en charge spécialisée des maladies chroniques notamment neurologiques (cas n°1, 2, et 8) est importante pour maintenir la qualité de vie du patient. Elle permet d'éviter un épuisement de la personne aidante (cas 2, 8). En effet, même si le problème social exclusif est exceptionnel (cas n°7), c'est bien une rupture dans la prise en charge qui conduit tous ces patients aux urgences. Les pathologies chroniques retrouvées dans nos observations sont la maladie d'Alzheimer, la maladie athrosique et ostéoporotique, les maladies cardiovasculaires, les troubles de l'humeur, et les chutes. Ces pathologies sont précisément les principaux critères décrits comme contribuant à la fragilité dans la littérature [6]. Nous avons certes recruté des patients présentant des symptômes de fragilité, mais le type de pathologie ne faisait pas partie de nos critères. Ainsi tous nos patients étaient éligibles à une évaluation spécifique, et donc à une prise en charge adaptée qui leur aurait peut-être évité ce passage aux urgences.

Les pathologies aiguës (cas n°2 et 5) créent également des situations de décompensation même en l'absence de gravité, car elles surviennent sur un terrain de dénutrition (cas n°2) et sur un terrain de limitation des transferts. Ces deux circonstances contribuent également à rendre ces patients fragiles, sans constituer des pathologies clairement identifiées et nécessitent une prise charge adaptée.

- **Prendre du temps**

Par ailleurs il convient d'expliquer aux familles que les demandes vont forcément prendre du temps, d'où l'intérêt du temps de discussion (cas 3 et 10).

Quant au contact préalable entre les professionnels de santé intervenants, et en particulier la communication entre le médecin généraliste et les médecins hospitaliers, elle peut permettre de faciliter la prise en charge. Le médecin peut alors expliquer ses difficultés, et si le maintien à domicile est effectivement impossible, il peut prévoir une hospitalisation, mais qui sera cette fois programmée. Dans le cas n° 6, par exemple, la situation étant évocatrice d'une pathologie néoplasique, un tel contact permet de réaliser les démarches nécessaires à un changement de mode de vie, qui sera soit la mise en place de soins à domicile, soit une entrée en structure.

2.4.3 - Le caractère inapproprié du passage aux urgences

Afin de comprendre l'importance d'anticiper les difficultés rencontrées par les personnes âgées à domicile, évoquons brièvement leur passage aux urgences.

Le passage est inapproprié en raison d'une part du temps de passage de ces patients, et d'autre part de la discordance entre l'orientation souhaitée et l'orientation réelle. Cette discordance n'est pas due à une incompréhension des besoins du patient par le médecin urgentiste, mais par une insuffisance des structures d'aval. Le temps de passage apparaît long, allant de 2h à 8h, et ce temps s'allonge encore lorsqu'une demande d'accueil fait intervenir une assistante sociale, pour une structure hors prise en charge de soins aigus (comme on le voit dans les cas n°4, 6 et n°7).

Dans notre étude, seuls les cas 1 et 5 bénéficient d'une concordance entre l'orientation souhaitée par l'urgentiste et l'orientation réelle du patient : ce sont en fait des retours à domicile. Quand un accueil hors d'un service de médecine aiguë est demandé, il existe une réelle difficulté d'orientation.

L'accueil est également inapproprié : les urgences sont des lieux peu

adaptés à la personne âgée en raison de l'inconfort des brancards et de l'absence de temps nécessaire à leur écoute. Des recommandations élaborées par la société française de médecine d'urgence [40] recommande de dépister les personnes fragiles, et de les diriger vers le réseau de gériatrie. Mais il existe en outre un manque de formation spécifique au patient gériatrique conduisant à traiter les problèmes somatiques et à sous estimer les problèmes sociaux [41], ce qui entraîne une hospitalisation en secteur de médecine traditionnelle qui favorise encore la perte d'autonomie. Ainsi, on estime que 30% des patients perdent leur autonomie trois mois après une hospitalisation [42], d'où l'intérêt de bien repérer les besoins des patients et d'éviter une hospitalisation inutile lorsque le maintien à domicile est impossible.

Il convient donc d'éviter autant que possible le passage par les urgences et de favoriser un accès direct dans les services pour la prise en charge, conformément à la circulaire relative à l'amélioration de la filière gériatrique. Ceci est valable également pour les SSR, pour lesquels l'accès direct après accord du médecin conseil est à développer. Il faut noter toutefois que les demandes sont à réaliser très précocement en raison des délais d'attente.

Par ailleurs le recours aux urgences, quoiqu'en pensent les familles, n'est pas synonyme de porte d'entrée vers la structure la plus adaptée et ne facilite pas un accueil en maison de retraite (cas n°7). Les patients n°1 et 3, 5 rentrent à domicile, ce qui n'apporte rien à leur prise en charge. Le problème reste entier pour le médecin qui a adressé le patient, et qui va se trouver confronté à des familles qui ne comprennent pas la situation (cas n°3) ou qui vont être demandeuses de prise en charge rapide (cas n° 1 et 5).

2.4.4 - Discussion du projet de vie avec le patient

L'adhésion au projet d'entrée en établissement est nécessaire [32] afin que celle ci se déroule de façon sereine, à condition que le patient ne présente pas de trouble cognitifs majeurs. La situation difficile à domicile est bien

connue et évolue parfois de longue date, mais il arrive que le médecin se sente isolé face à une personne qui refuse l'idée d'une institutionnalisation.

- **le refus du patient**

C'est ce qui se passe pour le cas n°1 et 4, où chaque tentative de prise en charge a échoué. C'est aussi dans ces situations que l'intervention d'une assistante sociale, par l'intermédiaire d'un réseau, peut constituer un réel soutien pour le médecin. En effet, après rencontre avec l'infirmière coordinatrice du réseau, il apparaît que la réalisation de concertations pluridisciplinaires au domicile de patient, en présence de sa famille et de tous les professionnels participant à sa prise en charge, peut lui permettre de se rendre compte de la difficulté de son maintien à domicile. Ainsi ce type de réunion peut parfois permettre de réaliser des demandes d'admission le jour-même, permettant ainsi de gagner du temps.

- **un projet choisi par les tiers**

Dans trois cas ici (n°1, 4 et 10), le patient n'adhère pas au projet et refuse au moins initialement le projet (à noter cependant que dans le cas n°1 il existe une probable altération du jugement en rapport avec le syndrome démentiel). Pourtant dans ces trois cas le projet est abouti pour les familles. Il faut surtout préparer le patient à un changement de lieu de vie, car cette étape entraîne un certain nombre de renoncements, comme ne plus être propriétaire, ne plus vivre seul mais en collectivité, accepter une certaine dépendance vis à vis du personnel soignant. En outre l'entrée en institution est souvent vécue avec une certaine appréhension en considérant celle-ci comme l'idée du dernier déménagement et d'une certaine association à l'idée de mort. Les urgences avec leur manque d'intimité ne semblent pas le meilleur lieu pour discuter de tout cela et pour élaborer un tel projet. Par ailleurs les études ont montré que dans 37 % des cas ce changement de lieu apparaît imposé au patient par sa famille [43]. Une négociation aux urgences et par téléphone avec la famille comme dans le cas n°4 constitue un traumatisme pour la personne âgée.

2.4.5 - Le rôle de la famille: connaître les possibilités d'accueil

Les professionnels ont une impression d'abandon de la part des familles, en rapport probablement avec la diminution de personnes âgées cohabitant avec leurs enfants sous nos latitudes.

- **un nouveau rôle**

Dans nos exemples, les familles sont sollicitées pour pallier au manque de structures d'aval, mais pas forcément dans l'idée de représenter une solution définitive. Cet accueil est présenté plutôt comme une solution provisoire avant l'entrée en institution (cas n°1, 3, 4, 7, 10). Nous constatons que la réponse est négative dans les cas n°4, 7 et 10. Ceci contraste néanmoins avec la représentation qu'ont les français de la dépendance [44] : les français sont favorables à une aide de la famille, mais plutôt au domicile du patient qu'à l'accueil chez eux.

Cependant on ne peut pas conclure à un désinvestissement total des enfants envers leur parent, puisque ces derniers les accompagnent aux urgences (cas n° 1, 3, 7, 10) et ont réalisé des démarches administratives en vue d'un accueil en structure.

- **raréfaction des aidants**

Au cours des discussions avec les familles, il apparaît que l'accueil est impossible en raison d'une dépendance quelque fois trop lourde à accepter en urgence, et du fait que les enfants qui doivent assurer l'accueil sont encore en activité professionnelle. De fait, les études de la DREES [45] montrent que le profil de l'aidant est le plus souvent une femme sans activité professionnelle de 55 ans en moyenne. Cette classe d'âge qualifiée de "génération pivot" en raison de son double rôle (aider ses enfants pas encore autonomes et aider leur parent devant moins autonomes) sont très sollicitées à l'heure actuelle. Malheureusement ces aidants potentiels vont

probablement se raréfier en raison de la féminisation du travail, et de la courbe démographique ; cela rendra encore plus difficile la gestion des problèmes liés au maintien à domicile.

- **une volonté d'indépendance**

Au delà des réponses négatives de l'entourage, qui ne souhaite pas accueillir une personne âgée dépendante à domicile, une notion importante est à prendre en compte et concerne la volonté de la personne âgée de ne pas être une charge pour ses enfants. Ce concept d'indépendance [45] intergénérationnelle est d'autant plus marqué que le niveau socio-culturel est élevé et que l'on se trouve en zone d'habitat urbain. Notre lieu d'étude concerne une population plutôt rurale ; cependant seuls les cas (1 et 3) sont accueillis par un membre de leur famille, et encore ne sera-ce que de manière transitoire. Le cas n°2 illustre parfaitement ce concept d'indépendance puisque les enfants, malgré la perception des difficultés de leur mère, ont respecté sa volonté et son désir de s'occuper de son époux. A l'échelle nationale [46] on retrouve un gradient nord/sud avec de plus fort taux de cohabitation entre les personnes âgées et un membre de leur famille dans le sud de la France. Ce gradient nord/sud se retrouve également au niveau européen avec les pays nordiques où l'indépendance est une valeur forte, au contraire des pays méditerranéen où la cohabitation est encore importante.

Il ne faut pas considérer les familles comme des adversaires mais comme des partenaires, d'où la nécessité pour le généraliste de bien connaître le réseau familial de la personne âgée, pour ne pas être pris au dépourvu en cas de prise en charge en urgence.

2.4.6 - La pathologie aiguë: un facteur déstabilisant

Dans notre étude le pronostic vital, ou une certaine instabilité clinique, ne sont pas retrouvés, mais cela tient au mode de recrutement de nos patients. On ne peut pourtant pas dire qu'il n'existait pas de pathologies aiguës, mais

celle-ci sont généralement en cours de traitement et stabilisées (comme dans les cas n°3, 4, 5). Ceci s'oppose avec le sentiment d'urgence ressenti par les familles, ce qui peut s'expliquer par le caractère lourd au quotidien de certains de ces patients (cas n°3 et 5), ou à une certaine fragilité psychologique du patient avec une volonté de protection du bien-être de la part de la famille (cas n°4).

C'est pour ce type de patients qu'une réévaluation fréquente de leur état (en consultation de gériatrie ou en consultation de spécialité ou en hospitalisation programmée) est intéressante, afin que le conjoint ou la famille ne se sentant pas isolés aux difficultés de la vie quotidienne, ou brutalement confrontés à une crise qui n'aura pas été anticipée.

2.4.7 - L'épuisement du conjoint:

Outre les dépendances parfois lourdes des patients qu'il convient de repérer, il faut aussi s'inquiéter du retentissement à la fois psychologique et physique sur le conjoint, afin d'éviter une situation de crise comme dans les cas n°2, 5 et 8. Ici deux des patients sont atteints de pathologies neurologiques dégénératives (un patient souffrant d'Alzheimer et un patient atteint de Parkinson). Afin de soulager le conjoint on peut recourir pour commencer à des consultations spécialisées afin d'équilibrer les traitements, et de repérer des signes en faveur d'une entrée en institution inéluctable. Le cas n°5 est atteint d'une perte d'autonomie sévère sur séquelles de poliomyélite. On sait que la prise en charge des aidants [47] permet de retarder l'entrée en institution. Elle aurait plu trouver un intérêt ici. Néanmoins il existe des difficultés à cette prise en charge en raison de l'inégalité de la répartition des structures d'écoute sur le territoire, avec un net déficit en milieu rural (dont est issue la population étudiée ici).

- **Prise en charge des aidants**

Les conjoints aidants sont des sujets fragiles [48]. Les études ont en effet

montré qu'ils sont plus sujets aux pathologies psychiatriques, à type de syndrome anxio-dépressif, et qu'ils souffrent davantage de l'isolement. Par ailleurs ces sujets sont plus fréquemment atteints de pathologies cardiovasculaires. Ils consomment davantage de médicaments, et ont un taux de mortalité supérieurs aux personnes de leur âge. Cette fragilité des aidants s'accroît avec l'aggravation de la pathologie de leur conjoint, et conduit à une demande d'institution. Les aidants peuvent verbaliser leur angoisse au cours de groupes de paroles au sein des "consultations mémoire".

- **développer les structures de répit**

Il existe également la possibilité de prévoir des accueils de jour pour le malade, ce qui offre un répit de l'aidant et lui permet alors de s'occuper de lui. Des hospitalisations en SSR gériatriques (avec ou sans lits spécifiques Alzheimer selon les situations) peuvent également être proposées avant d'aboutir à un épuisement généralisé de l'aidant, pour qui le moindre événement sera vécu avec une angoisse importante. Cependant en raison de délais d'attente et du peu de places offertes, la demande doit en être faite le plus précocement possible.

Par ailleurs, rencontrer l'aidant en consultation sans son conjoint peut l'aider à verbaliser sa souffrance, pour éviter une rupture brutale. Le suivi de l'aidant fait d'ailleurs l'objet de recommandations par la HAS [49], qui préconise une consultation annuelle spécifique en plus des consultations semestrielles avec le patient aidé.

2.4.8 - Le rôle du médecin généraliste

Le rôle de médecin de famille est ici important dans l'évaluation du contexte social, familial et médical du patient [50]. En effet il connaît aussi sa famille et sait dans quelle mesure elle peut constituer un soutien. Il connaît bien le conjoint, le suit au quotidien et c'est dans cette relation de confiance que parfois des difficultés peuvent être évoquées et résolues.

- **la coordination des soins**

Son rôle de pivot dans la prise en charge de la personne âgée est certes mis en avant au travers des circulaires ministérielles concernant les personnes âgées, mais il est également souligné par les médecins eux-mêmes, puisque 72 % d'entre eux [51] considèrent que la coordination du parcours de la personne âgée est une de leurs fonctions. Parmi les patients que nous avons étudiés, aucun ne bénéficie d'une prise en charge coordonnée avec un recours à la filière gériatrique extra-hospitalière. Aucun de nos patients n'est d'ailleurs suivi par un réseau de gériatrie, alors qu'en pratique tous nos malades présentent des critères d'inclusion dans le réseau de gériatrie du lunévillois [39] et auraient pu bénéficier d'une évaluation.

- **la pression familiale**

Néanmoins le rôle du médecin généraliste est ici difficile, car il doit se positionner sur la question du bien-fondé médical de l'institution. Il peut ressentir une certaine pression exercée par l'entourage familial, comme dans le cas n°7.

Il n'est pas toujours aisé pour le médecin généraliste de s'opposer frontalement à son patient afin de lui expliquer la nécessité d'une démarche d'institutionnalisation (comme dans les cas n° 1, 4, 6 et 10). Ainsi, le recours au système hospitalier lui permet de trouver un soutien et de faire comprendre à son patient que la prise à domicile est devenue impossible.

- **l'absence de contact avec les autres professionnels**

Un autre point à commenter concerne l'absence de contact préalable entre le médecin généraliste et le médecin urgentiste. Il concerne tous nos patients ; or il existe un problème social sous-jacent, avec un contexte d'aides à domicile, ou un souci avec l'état de santé du conjoint, qui ne sont pas mentionnés dans le courrier d'admission. Le médecin urgentiste peut se trouver dans une situation où il sous-estime le problème, et risque alors de

proposer une orientation inadaptée. Pour que les différents acteurs se comprennent ;et pour que le médecin généraliste ne ressente pas un mépris de la part du médecin urgentiste, un contact semble intéressant, qui permettrait au généraliste de mieux expliquer ce qu'il attend de la prise en charge aux urgences.

On peut noter également une absence de contact téléphonique entre le médecin généraliste et les médecins des services de médecine. Pour les cas 2, 3, 6, et 9, un accès direct en service aurait pu se justifier afin de réaliser les investigations complémentaires et de faire le point sur la situation sociale. Cependant il n'est pas toujours aisé de contacter les médecins des structures d'accueil comme dans le cas n°9. Il faut répéter les appels téléphoniques , cela prend du temps et le médecin généraliste n'en a pas toujours suffisamment.

Toutefois, même en l'absence de contact téléphonique, des demandes peuvent être envoyées par fax, les dossiers de demandes d'admission étant disponibles soit au niveau des réseaux de gérontologie, soit au niveau du site du conseil général qui propose des formulaires uniques en ligne. Ces demandes une fois complétées sont lues par le médecin coordonnateur, qui valide ou non la demande le jour de la réception du fax. C'est par exemple ce qui se passe au niveau du service de soins de suite de Baccarat, où les demandes sont vues en temps réel et où la réponse est immédiatement communiquée au médecin traitant. Bien sûr ce type de demande doit être faite assez tôt car une prise en charge en 24 heures est exceptionnelle.

2.4.9 - Les différents raisons rendant le maintien à domicile difficile

Une étude menée en Belgique [43] met en avant quatre motifs principaux motivant une institutionnalisation. Il s'agit du besoin de soins plus appropriés, de problèmes de santé de l'aidant, des troubles du comportement, et du besoin d'aide supplémentaire pour les actes de la vie quotidienne.

- **les problèmes médicaux**

Les patients de notre étude présentent tous des problèmes médicaux

chroniques, néanmoins leur motif de maintien à domicile difficile n'est pas toujours identifié clairement ou n'est pas en rapport direct avec une pathologie précise.

Les motifs imprécis concernant une altération de l'état général (comme dans les cas n°2, 3, 5, et 9) sont en fait peu fréquents aux urgences.

Contrairement aux idées reçues, ils ne représentent en fait que 23 % des motifs d'admission [51]. Il s'agit donc probablement ici d'un biais de recrutement de nos patients. Néanmoins ce type de motifs semble poser davantage de problèmes sociaux que réellement médicaux. En effet, les cas n° 2 et 9 sont hospitalisés en raison de l'insuffisance de l'aidant, les cas n°3 et 5 peuvent rentrer à domicile en raison d'un entourage médical et familial suffisant. Ce type de motif "altération de l'état général ou perte d'autonomie" peut bénéficier d'une investigation en hôpital de jour gériatrique. Le problème d'un placement en institution sera alors traité de manière secondaire si nécessaire, ce qui évitera une hospitalisation délétère pour la personne.

Les autres motifs relevés ici concernent des chutes (cas n°1 et 10). Les chutes font partie des critères de fragilité et devraient déclencher une prise en charge spécifique chez ces personnes afin de préparer leur devenir [6].

À noter qu'en plus du problème de chute, le cas n°1 posait le problème de troubles du comportement à type de fugues. Certes cela rend le maintien à domicile difficile, mais il ne s'agit pas d'un phénomène nouveau.

C'est aussi le cas chez les patients présentant des événements aigus à répétitions (cas n°5); qui aurait également pu bénéficier d'une évaluation en amont ds urgences afin d'optimiser sa prise en charge.

- **le motif social**

Concernant le motif social , un seul cas ici est adressé en raison d'un problème spécifiquement social. Il s'agit du cas n°7 (mais la question se retrouve aussi évoquée dans le cas n°4 après une discussion téléphonique avec le médecin traitant). Dans la littérature, le recours aux urgences pour un motif exclusivement social est en fait très rare et concernerait 1 % des motifs de recours. En revanche le motif social est souvent un cofacteur [52] précipitant l'admission aux urgences.

Le cas n°7 est assez remarquable, car il illustre les difficultés liées à la prise en charge en cas de rupture de l'aide principale. Ce patient ne peut

pas rester seul à domicile en raison de sa cécité. Devant l'absence d'accueil temporaire dans un établissement, que peut on lui proposer d'autre ? Pourtant le passage aux urgences ne semble en rien améliorer la situation : au contraire le patient déjà déstabilisé par l'hospitalisation de son épouse va passer plusieurs heures aux urgences, puis passera une nuit en unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD), avant d'être accueilli en tant qu'accompagnant dans le service de cardiologie où est hospitalisée son épouse. Un contact avec l'assistante sociale et le cadre infirmier du service aurait abouti à la même prise en charge et aurait évité 24 heures d'hospitalisation inutile. Les contacts téléphoniques sont aisés au centre hospitalier de Lunéville qui a une vocation de centre hospitalier de proximité.

2.4.10 - Développement de la filière gériatrique

Même s'il existe une filière gériatrique constituée, il convient de la développer afin de décroïsonner davantage l'activité du médecin généraliste, confronté au maintien à domicile impossible et à la nécessité d'un recours à une institution.

- **améliorer la communication entre les professionnels**

Comment améliorer la prise en charge du maintien à domicile dans le secteur lunévillois ? Selon l'avis des urgentistes qui sont confrontés au problème, il faudrait améliorer la fluidité de la filière avec la création d'une astreinte téléphonique nanti d'un numéro de téléphone unique, grâce auquel les médecins généralistes confrontés à un problème de maintien à domicile pourraient prendre l'avis d'un confrère et programmer une hospitalisation. Ce type d'initiative est en cours au CHU de Nancy et au centre hospitalier de Toul avec le réseau Vill'Hôp, qui offre pour chaque service un numéro téléphonique unique, avec des heures de permanence définies, qui permet de joindre un médecin sénior. Concernant le problème des patients adressées en soirée et le week-end il est peut-être possible de mettre en place un système d'astreinte que les médecins généralistes

pourraient solliciter.

- **favoriser le recours au réseau**

Des relations privilégiées entre les généralistes et le réseau de gériatrie sont à développer plus avant. Même si l'information a été donnée au moment de la mise en place du réseau, il est essentiel de préciser à nouveau et à plusieurs reprises l'existence de cette structure. En effet, après discussion avec les membres des réseaux, ce sont surtout les jeunes médecins qui ont le plus besoin d'être informés sur l'existence et le rôle du réseau. L'intérêt de cette structure est d'autant plus grand que le territoire est étendu et que les patients concernés sont difficiles à déplacer, du fait de leur manque de mobilité, vers les structures hospitalières. Les limites du maintien à domicile sont bien mieux définies pour les patients pris en charge par le réseau de gériatrie. En cas de problème aigu ou urgent, l'intervention du réseau est immédiatement possible et permet de réorienter le patient directement, soit en renforçant les aides, soit en l'adressant en service de soins de suite et de réadaptation. Un partenariat entre les urgentistes et le réseau de gériatrie est en cours à Lunéville, où il n'existe pas d'équipe mobile de gériatrie.

- **favoriser l'accès direct en service de soins de suite et de réadaptation**

Concernant l'accès en service de soins de suite et de réadaptation, il faudrait favoriser plus encore les accès directs, qui ne passent pas par une hospitalisation « traditionnelle ». Le service de soins de suite et de réadaptation de Baccarat, par exemple, accueille majoritairement des personnes issues de leur domicile (20%) avec des possibilités d'hospitalisation de répit pour les aidants, à conditions que les séjours soient prévus longtemps à l'avance. Dans cette structure, il est possible de réaliser des évaluations gériatriques, grâce à la présence d'un médecin gériatre, et de bénéficier d'une évaluation par une neuropsychologue. Ainsi la question du devenir du patient peut-elle être étudiée plus calmement et

plus complètement qu'aux urgences.

Enfin le service de soins de suite et de réadaptation de Baccarat tient une place importante dans la filière, en permettant également des hospitalisations de couples. De cette manière, par exemple, l'aidant principal peut-il être accueilli pour une convalescence après avoir subi une intervention de chirurgie programmée, avec son conjoint dépendant, dont il ne sera donc pas séparé.

CONCLUSION

La remise en cause du maintien à domicile est un moment important dans le parcours d'une personne âgée, et ne devrait pas se décider et s'organiser au sein d'un service d'urgences. Tout concourt à recommander au médecin généraliste d'anticiper cette entrée en réalisant très en amont des évaluations gériatriques standardisées en hôpital de jour gériatrique, afin de procéder aux adaptations thérapeutiques nécessaires, et de proposer aux familles la solution de prise en charge la plus adaptée. Certes la diversité des structures n'est pas toujours aisée à comprendre, il existe néanmoins des moyens de coordination entre ces structures et le médecin généraliste comme nous l'avons abordé au travers des réseaux de gériatrie qui permettent de faciliter les démarches.

Par ailleurs nous avons vu que la décision de l'institutionnalisation, certes formulée par le médecin traitant; est essentiellement une demande de la famille, le patient ne la souhaitant pas ou ne se prononçant pas. Il est donc important en médecine générale de rencontrer les acteurs familiaux de la prise en charge, de discuter précocement avec eux de leur difficulté, avant d'arriver à un épuisement total du conjoint aidant ou de sa famille.

Concernant les structures d'accueil, un accès en urgence est toujours difficile, les demandes doivent être précoces et réalisées dans plusieurs établissements. Des hospitalisations de répit en service de soins de suite et de réadaptation sont possibles, et offrent un compromis dans l'attente de la solution plus définitive. Les accueils de jour et les hébergements temporaires constituent eux aussi une possibilité de soulagement permettant aux aidants de s'occuper d'eux-mêmes. Ces places sont encore peu nombreuses mais sont en cours de développement.

Dans certains cas cependant le passage par les urgences semble inévitable, si aucune structure ne peut accueillir le patient et qu'un risque pour sa sécurité est réel. Même dans ce cas, l'appréciation aux urgences est difficile puisque seule une partie du problème est visible. Le manque de temps d'écoute est également un des éléments faisant des urgences un lieu inapproprié pour la discussion du devenir du patient. Les passages aux

urgences entraînent souvent une hospitalisation des patients même lorsque le problème est en fait principalement social. La filière gériatrique existe et se développe , il est important de favoriser les relations entre la ville et les structures, afin de proposer aux patients la filière la plus adaptée à leur besoin.

Il serait ainsi intéressant de recenser l'ensemble des personnes âgées adressés aux urgences de Lunéville et de repérer celles qui présentent des critères de fragilité, afin de savoir si elles bénéficient d'une prise en charge spécifique au sein de la filière gériatrique.

ANNEXES:

ÉVALUATION GÉRONTOLOGIQUE STANDARDISÉE

Mini-GDS

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ? | ☐ <u>Oui</u> | ☐ Non |
| 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | ☐ <u>Oui</u> | ☐ Non |
| 3. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ? | ☐ Oui | ☐ <u>Non</u> |
| 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | ☐ <u>Oui</u> | ☐ Non |

Si réponse soulignée est cochée = 1 point

SCORE TOTAL : ____ / 4

Interprétation :

- Si score total supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression
- Si score total égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression



Mode de vie

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

CADRE DE VIE

- **Lieu de vie :** ☐ Urbain ☐ Rural ☐ Isolé
- **Logement :** ☐ Appartement ☐ Maison ☐ Autre : _____
☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Logé(e) gratuitement
- **Accès au bâtiment :** ☐ Escalier ☐ Plain-pied
- **Accès au logement :** ☐ Escalier ☐ Ascenseur ☐ Rampe d'accès ☐ Pas d'étage (plain-pied)

ERGONOMIE DES LIEUX / EQUIPEMENT DES LIEUX

Evaluation de l'ergonomie des lieux pour les déplacements, les transferts ou les activités de la vie journalière, **évaluation de l'équipement des lieux :**

CUISINE : ☐ Ergonomie adaptée ☐ Difficultés observées :

Equipement présent (micro-ondes, réfrigérateur, **cuisinière gaz ?**) :

Aménagement spécifique présent :

SALLE DE BAIN : ☐ Ergonomie adaptée ☐ Difficultés observées :

Equipement présent :

Aménagement spécifique présent (douche, baignoire, barre d'appui) :

CHAMBRE : ☐ Ergonomie adaptée ☐ Difficultés observées :

Equipement présent :

Aménagement spécifique présent (lit médicalisé, potence, fauteuil garde-robe):

WC : ☐ Ergonomie adaptée ☐ Difficultés observées :

Aménagement spécifique présent (rehausseur WC, barre d'appui):

SALON / SEJOUR : ☐ Ergonomie adaptée ☐ Difficultés observées :

Equipement présent :

Aménagement spécifique présent :

ENTRETIENS ET COURSES

- **Fait ses courses :** ☐ Seul ☐ Accompagné(e) par : _____ ☐ Non, effectuées par : _____
- **Entretien du logement :** ☐ Seul ☐ Avec aides ☐ Non
- **Entretien du réfrigérateur :** ☐ Seul ☐ Avec aides ☐ Non
- **Contenu du réfrigérateur :** ☐ + 3 aliments frais ☐ - 3 aliments frais ☐ Présence d'aliments périmés

Commentaires : *précisez par ex. les besoins d'aménagement, les demandes de la personne ou de l'entourage sur le cadre de vie, les éléments qui indisposent Monsieur ou Madame :* _____

Fiche administrative et sociale

ETAT CIVIL

- Nom / prénom : _____ Nom de jeune fille : _____
Date de naissance : _____ Age : _____ Commune de naissance : _____
- Adresse : _____
- Code postal : _____ Commune : _____ Téléphone : __/__/__/__/__ ou __/__/__/__/__

MOTIF DE LA DEMANDE / OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE

ENTOURAGE, SOUTIEN SOCIAL, VIE SOCIALE

- Situation matrimoniale : _____ Nombre d'enfants : _____
- La personne vit : ☐ Seule ☐ En couple ☐ Autre, préciser : _____
- Famille et entourage** : liste et coordonnées des personnes référentes :

Nom / Prénom :	Lien de parenté :	Adresse / CP Ville :	Numéro(s) de téléphone :
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__
			__/__/__/__/__ __/__/__/__/__

Personne de confiance désignée par le patient parmi les personnes citées ci-dessus : _____

- La personne voit sa famille ou ses amis au moins une fois / semaine : ☐ Oui, qui ? _____ ☐ Non
- Il existe une personne qui peut aider quotidiennement si besoin : ☐ Oui, qui ? _____ ☐ Non
- La personne a un animal de compagnie : ☐ Oui ☐ Non
- La personne a un passe temps favori : ☐ Oui ☐ Non

AIDES SOCIALES

- Caisse d'assurance maladie** : _____ Adresse : _____
Numéro de SS : _____
- Mutuelle** : _____ Adresse : _____
N° adhésion : _____ Date de validité : _____
- Caisse de retraite principale** : _____ Adresse : _____
Montant perçu par la personne de la caisse (facultatif) : _____ € / an ou _____ € / mois
Ancienne profession (fonction occupée par la personne ou son conjoint dans le passé) : _____



MNA

Nom : _____ Prénom : _____ Date : _____ Evalueur : _____

Age: _____ Poids, kg: _____ Taille en cm: _____ Hauteur du genou, cm: _____

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit?
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?
0 = anorexie sévère
1 = anorexie modérée
2 = pas d'anorexie ☐

B Perte récente de poids (<3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids ☐

C Motricité
0 = du lit au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile ☐

D Maladie aiguë ou stress psychologique
lors des 3 derniers mois?
0 = oui 2 = non ☐

E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère
1 = démence ou dépression modérée
2 = pas de problème psychologique ☐

F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Score de dépistage (sous-total max. 14 points) ☐ ☐
12 points ou plus normal pas besoin de continuer l'évaluation
11 points ou moins possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
0 = non 1 = oui ☐

H Prend plus de 3 médicaments
0 = oui 1 = non ☐

I Escarres ou plaies cutanées?
0 = oui 1 = non ☐

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?
0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas ☐

K Consomme-t-il?
• Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐
• Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui ☐ non ☐
• Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille oui ☐ non ☐
0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 oui ☐ ☐

L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?
0 = non 1 = oui ☐

M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)
0,0 = moins de 3 verres
0,5 = de 3 à 5 verres
1,0 = plus de 5 verres ☐ ☐

N Manière de se nourrir
0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté ☐

O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)
0 = malnutrition sévère
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
2 = pas de problème de nutrition ☐

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?
0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure ☐ ☐

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
1,0 = CB > 22 ☐ ☐

R Circonférence du mollet (CM en cm)
0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 ☐

Evaluation globale (max. 16 points) ☐ ☐ ☐

Score de dépistage ☐ ☐

Score total (max. 30 points) ☐ ☐ ☐

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points risque de malnutrition ☐
moins de 17 points mauvais état nutritionnel ☐



Logo
réseau

Estimation AGGIR

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

Activités réalisées par la Personne Seule	Toutes les cases des adverbes doivent être renseignées				S : spontanément T : Totalelement C : correctement H : habituellement		Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales
	O = Oui S	T	N = Non C	H	Code	Code final	
Transfert	☐	☐	☐	☐			La personne ne fait jamais l'activité analysée seule, même partiellement, même difficilement. Il faut faire faire, faire à sa place, ou refaire Si réponse OUI : coder C Si réponse NON : renseigner les 4 adverbes Une seule réponse NON parmi Les 4 adverbes = B Sinon = A <u>Code final si sous-variables</u> * Cohérence : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AA, BA, BB = B * Orientation : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AA, BA, BB = B * Toilette : AA = A CC = C Autres = B * Habillage : AAA = A CCC = C Autres = B * Alimentation : AA = A CC, BC, CB, AC, CA = C Autres = B * Elimination : AA = A CC, BC, CB, AC, CA = C Autres = B
Déplacement à l'intérieur	☐	☐	☐	☐			
Toilette							
Haut	☐	☐	☐	☐			
Bas	☐	☐	☐	☐			
Elimination							
Urinaire	☐	☐	☐	☐			
Fécale	☐	☐	☐	☐			
Habillage							
Haut	☐	☐	☐	☐			
Moyen	☐	☐	☐	☐			
Bas	☐	☐	☐	☐			
Cuisine	☐	☐	☐	☐			
Alimentation							
Se servir	☐	☐	☐	☐			
Manger	☐	☐	☐	☐			
Suivi du traitement	☐	☐	☐	☐			
Ménage	☐	☐	☐	☐			
Alerter	☐	☐	☐	☐			
Déplacements à l'extérieur	☐	☐	☐	☐			
Transport	☐	☐	☐	☐			
Activités du temps libre	☐	☐	☐	☐			
Achats	☐	☐	☐	☐			
Gestion	☐	☐	☐	☐			
Orientation							
Dans le temps	☐	☐	☐	☐			
Dans l'espace	☐	☐	☐	☐			
Cohérence							
Communicat°	☐	☐	☐	☐			
Comportement	☐	☐	☐	☐			

Groupe ISO – Ressources

Défini par
Le système informatique



Logo
réseau

5 mots de Dubois

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

ETAPE D'APPRENTISSAGE

Rappel spontané

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| ☐ | Boisson
Limonade |
| ☐ | Ustensile de cuisine
Passoire |
| ☐ | Véhicule
Camion |
| ☐ | Bâtiment
Musée |
| ☐ | Insecte
Sauterelle |

Rappel avec indice

- | |
|--------------------------|
| ☐ |
| ☐ |
| ☐ |
| ☐ |
| ☐ |

Score d'apprentissage : ____ / 5

Tâche interférente

ETAPE DE MEMOIRE

Rappel spontané

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| ☐ | Boisson
Limonade |
| ☐ | Ustensile de cuisine
Passoire |
| ☐ | Véhicule
Camion |
| ☐ | Bâtiment
Musée |
| ☐ | Insecte
Sauterelle |

Rappel avec indice

- | |
|--------------------------|
| ☐ |
| ☐ |
| ☐ |
| ☐ |
| ☐ |

Score de mémoire : ____ / 5

SCORE TOTAL : ____ / 10



Timed Up & Go test / Test Unipodal

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

Up & Go test

Inviter la personne à :

- Se lever d'un fauteuil avec accoudoirs :
- Traverser la pièce - distance de 3 mètres :
- Faire demi-tour :
- Revenir s'asseoir :

Fait : 1

Ne fait pas : 0

Non réalisable


☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

- Temps nécessaire : _____ secondes.

- Score : _____ / 4

Interprétation : risque de chute si score ≤ 1 et temps de réalisation > 20 secondes.

On note également les lenteurs d'exécution, les hésitations, une marche trébuchante.

Commentaires : _____

Test Unipodal

Demander à la personne de rester en appui sur 1 pied sans aide pendant au moins 5 secondes.

Oui

Non

Non réalisable

- Pied droit :

☐
☐
☐

- Pied gauche :

☐
☐
☐

Test de l'horloge

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

Compter 1 point pour chacun des items réussis :

Nombres présents : _____ / 1

Nombres dans le bon ordre : _____ / 1

Nombres en position correct : _____ / 1

Deux aiguilles présentes : _____ / 1

Heure indiquée : _____ / 1

Le nombre cible des minutes : _____ / 1

Proportions correctes des aiguilles : _____ / 1

SCORE TOTAL : _____ / 7



Nom : _____ Prénom : _____
Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

« Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.

Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. »

Réponse correcte : noter 1
Réponse incorrecte : noter 0

ORIENTATION

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? En quelle année sommes-nous ?
Si la réponse est incorrecte ou incomplète, En quelle saison ?
posez les questions restées sans réponse En quel mois ?
dans l'ordre suivant : Quel jour du mois ?
Quel jour de la semaine ?

Sous-total : ____ / 5

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

Quel est le nom du cabinet (hôpital, centre) où nous sommes ?.....
Dans quelle ville se trouve-t-il ?.....
Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?..
Dans quelle région est situé ce département ?.....
A quel étage sommes-nous ?

Sous-total : ____ / 5

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

Cigare
Fleur
Porte
(Faites répéter les 3 mots)

Sous-total : ____ / 3

ATTENTION ET CALCUL

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

100 – 7 = 93.....
93 – 7 = 86.....
86 – 7 = 79.....
79 – 7 = 72.....
72 – 7 = 65.....

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?

Sous-total : ____ / 5

RAPPEL

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

Cigare.....
Fleur.....
Porte.....

Sous-total : ____ / 3

LANGAGE

- Montrer un crayon : **Quel est le nom de cet objet ?**
- Montrer une montre : **Quel est le nom de cet objet ?**
- Ecoutez bien et répétez après moi : **Pas de MAIS, de SI, ni de ET**
- Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : **Ecoutez bien ce que je vais vous dire :**
Prenez cette feuille de papier avec votre main droite.....
Pliez-la en deux.....
Et jetez-la par terre.....
- Tendre au patient la feuille de papier ci-jointe sur laquelle est écrit en gros caractères « **FERMEZ LES YEUX** » et dire au patient : **Faites ce qui est écrit**.....
- Tendre au patient une feuille de papier et un stylo en disant : **Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière**.....

Sous-total : ____ / 8

PRAXIES CONSTRUCTIVES

- Tendre au patient une feuille de papier ci-jointe et lui demander : **Voulez-vous recopier ce dessin ?**.....

Sous-total : ____ / 1

SCORE TOTAL (1 à 30)

TOTAL : ____ / 30



ABRÉVIATIONS

APA: allocation personnalisée d'autonomie
CLIC: centre local d'information et de coordination
DHOS: direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DREES: direction de la recherche, des études , de l'évaluation des statistiques
EGS: évaluation gérontologique standardisée
EHPA: établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GARDE: garde aide et réconfort à domicile
GDS: geriatric depression scale
HAD: hospitalisation à domicile
HAS: haute autorité de santé
HDJ: hospitalisation de jour
INSEE: institut national de la statistique et des études économiques
MMSE: mini mental status examination
MNA: mini nutritionnel assessment
SSIAD: services de soins infirmiers à domicile
SSR: soins de suite et de réadaptation
UHTCD: unité d'hospitalisation de très courte durée
UPATOU: unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences
USLD: unités de soins de longue durée

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à l'amélioration de la filière gériatrique (Bulletin officiel du 15 juin 2007).
- [2] Trivalle C. Le syndrome de fragilité en gériatrie. Med Hyg. 2000;2323:2312-2315. <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=20925>, consulté le 22 juin 2010.
- [3] Gonthier R. Le concept de fragilité: pourquoi est-il essentiel. Revue Geriatr. 2000;3,135-138.
- [4] Urgences médicosociale sociales. In:Bertrand F, Pras P, Tardiaux PM, dir. Urgences du sujet âgé. Paris: Masson; 2006.p.21-31.
- [5] Fortin MP, Krolak-Salmon P, Bonnefoy M. Analyse descriptive et comparative des différents modèles de fragilité. In: Chassagne P, Rolland Y,Vellas B, dir. La Personne âgée fragile. Paris: Springer; 2009.p.11-25.
- [6] Arveux I, Faivre G, Lenfant L, Manckoundia P, Mourey F, Camus A, et al. Le sujet âgé fragile. Revue Geriatr. 2002;27:569-581.
- [7] Debray M. La personne âgée malade: particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques 2004,www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/geria/vieillissement/59/lecon59.htm, consulté le 28 juin 2010.
- [8] Moras JB, Dechamps A, Martin V, Joyeux S, Onifade C, Traissac T, et al. Qualité de vie des personnes âgées après une hospitalisation de jour pour évaluation gérontologique standardisée. Revue Geriatr. 2010;35:101-109.
- [9]DREES. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 Au 31 décembre 2007.www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er689.pdf, consulté le 08 juin 2010.
- [10] Comondore V, Devereaux PJ, Zhou Q, Stone S,Busse J, Ravindran N et al. Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing

homes:systematic review and meta-analysis .BMJ. 2009;339;381-384
www.bmj.com/cgi/reprint/339/aug04_2/b2732, consulté le 22 Juillet 2010.

[11] Décret « Petites Unités de Vie» (JORF du 14 février 2005).

[12] Commissariat Général du Plan. Prospective des besoins d'hébergement en établissements pour les personnes âgées dépendantes.
www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000490/index.shtml, consulté le 10 mai 2010.

[13] 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 (JORF n°66 du 18 mars 2004).

[14] Plan Alzheimer 2008-2012. Cartographie des places créées en 2008.
www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Cartographie_des_places_crees_en_2008.pdf, consulté le 28 juin 2010.

[15] Plan Solidarité - Grand Age 2007-2012.
www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf, consulté le 20 juin 2010.

[16] Durand - Gasselin B. Association pour la promotion des Hospitalisations de Jour pour Personnes Âgées: Les hôpitaux de jour gériatriques en France. Revue Geriatr. 2002;27:319-322.

[17] Plan Alzheimer 2008-2012.
www.plan-alzheimer.gouv.fr/medias/m/cms/article/alzheimer/0/9/9/9/90/plan-alzheimer-2008-2012.pdf, consulté le 20 juin 2010.

[18] Circulaire DHOS n°2008-305 du 31 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de services de soins de suite et de réadaptation (JORF 20 avril 2008).

[19] SFMU. Recommandations de la Société Francophone de Médecine

d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. JEUR 2001 ; 14 : 144 - 152.

[20] Fondation Méderic Alzheimer. Analyse et revue de la littérature française et internationale sur l'offre de répit aux aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Fondation_Meric_Alzheimer-Analyse.pdf, consulté le 22 juin 2010.

[21] DREES. L'accueil familial de personnes âgées et handicapées septembre 1999. www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er031.pdf, consulté le 14 août 2010.

[22] Ministère du Travail. Les patients en SSIAD : le coût de leur prise en charge et de leur déterminant septembre 2009. www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf, consulté le 3 juillet 2010.

[23] Ministère de la Santé. Les services de soins infirmiers à domicile et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées . Étude n°350 www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er350.pdf, consulté le 3 juillet 2010.

[24] Article R.6212-4 du Code de la Santé Publique.

[25] Micheli E, Mazen E, Marilier S, Terrade MA, Manckoundia P, Da Silva S, et al. Place de l'hospitalisation à domicile dans la filière gériatrique: étude rétrospective de 48 patients âgés pris en charge en hospitalisation à domicile. Revue Geriatr. 2009;34:87-93.

[26] Référentiel national d'organisation des réseaux de santé «personnes âgées». Annexe de la circulaire DHOS/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007(Bulletin Officiel, n°2007-6 du 15 juillet 2007).

[27] URML Ile de France: Enquête perte d'autonomie 2004. www.urml-idf.org/urml/JPA_04/JPA_04.pdf, consulté le 8 juin 2010.

[28] Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (Bulletin officiel n°2000-25).

[29] DREES. Les usagers des urgences: Premiers résultats d'une enquête nationale. www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf, consulté le 08 juin 2010.

[30] Juge-Boulogne A, Kervino C, Drode M, Sauvanier M, Revel V, De La Fournière F, et al. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences: enquête rétrospective au centre hospitalier de Pau .Revue Gériatr. 2001;26:713-718.

[31] Petitot C, Chapuis F, Touzet S, Fournier G, Bonnefoy M. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire:une enquête prospective. Revue Geriatr. 2008;33:761-769.

[32] Moulias R, Hervy MP, Ollivet C, Mischlich D. Alzheimer et maladies apparentées, traiter, soigner et accompagner au quotidien. Paris: Masson; 2005.

[33] DREES. La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées: situation au 31 décembre 2003. www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er485/er485.pdf, consulté le 8 juin 2010.

[34] Réseau de gérontologie Sud Lorraine. Assemblée Générale de Réseaulu du 22 juin 2009. www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Reportage_AG_2009_Reseaulu.pdf, consulté le 09 juin 2010.

[35] Conseil général de Meurthe et Moselle. Cinquième schéma gérontologique 2009-2013. www.cg54.fr/fileadmin/Documents/Arborescence/Personnes_agees/Schema_gerontologique_2009-2013.pdf, consulté le 20 mai 2010.

[36] Conseil général de Meurthe et Moselle. Personnes âgées Hébergement. www.cg54.fr/cg54/pages/fr/74.htm, consulté le 20 mai 2010.

[37] Réseau de gérontologie Sud Lorraine. www.geronto-sud-lorraine.com/images/carte_reseaulu.swf, consulté le 29 juin 2010.

- [38] Conseil Général de Meurthe et Moselle. Personnes âgées. www.cg54.fr/cg54/pages/img/dossierpreinscriptionluneville.pdf, consulté le 13 août 2010.
- [39] Réseau de gérontologie sud lorraine. Critères de fragilité de la personne âgée. www.geronto-sud-lorraine.com/lien-stats.html, consulté le 09 juin 2010.
- [40] SFMU. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences texte court de la conférence de consensus. Revue Geriatr 2004; 29:151-159.
- [41] Cornette P, Swine C, Malhomme B, Gillet JB, Meert P, D'Hoore W. Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of a predictive tool. Eur J Public Health. 2006;16:203-208.
- [42] Martin-Sanchez FJ, Fernandez-Alonso C, Merino C. The geriatric patient and emergency care. An Sist Sanit Navar. 2010; 33:163-172.
- [43] Dagneaux I, Vercruysse B, Degryse J. Motifs d'institutionnalisation des personnes âgées: une enquête auprès des médecins généralistes. La Revue de Médecine générale. 2008;255:295-297. www.ssmg.be/new/files/RMG255_295-297.pdf, consulté le 15 juin 2010.
- [44] DREES. Dépendance des personnes âgées et handicap: les opinions des français entre 2000 et 2005. www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er491/er491.pdf, consulté le 08 juin 2010.
- [45] DREES. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels: une projection à l'horizon 2040. www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er160.pdf, consulté le 08 juin 2010.
- [46] Fontaine R, Gramain A, Wittwer J. Les configurations d'aide familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe. Économie et Statistique. 2007; 403-404: 97-113. www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/estat_0336-1454_2007_num_403_1_7090, consulté le 10 mai 2010.

[47] Novella JL, Morrone I, Jochum C, Jovenin N, Blanchard F. Prévenir le syndrome d'épuisement de l'aidant du sujet âgé dépendant pour un meilleur maintien à domicile. *Revue Geriatr.* 2001;26:143-148.

[48] Belmin J, Chassagne P, Fricourt P, Gonthier R, Jeandel C, Nourhashemi F, Pfitzenmeyer P. *Gériatrie collection pour le praticien.* Paris: Masson; 2009.

[49] HAS. Maladies d'Alzheimer et apparentées: suivi médical des aidants naturels. Recommandations. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels_-_recommandations.pdf, consulté le 15 juin 2010.

[50] WONCA Europe 2002. La définition européenne de la médecine générale -médecine de famille. www.woncaeurope.org, consulté le 22 juin 2010.

[51] DREES. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er649.pdf, consulté le 15 juin 2010.

[52] Dagneaux I. Motifs d'hospitalisation des personnes âgées par les médecins généralistes: données issues d'une enquête. *La Revue de Médecine générale.* 2009;262:150-152.
www.ssmg.be/new/files/RMG262_150-152.pdf, consulté le 15 juin 2010.

Abstract

Institutionalization of elderly people is a real problem when nothing is prepared. However many actions are possible to anticipate a crisis situation at home, to do this the general practitioner have to be careful about frail people and propose them an evaluation, admission files should be filled prematurely, the caregiver burden need to be evaluated and hospitalisation of respite should be proposed to avoid an emergency room consultation when the situation become difficult. We studied elderly people at the Lunéville Hospital, where some people come for institutionalisation. A geriatric network was created and efficient but is unemployed by doctors. From ten cases of people aged of 75 and more at Lunéville Hospital, we tried to prove that the situation could have been anticipated. The results show that a lack of time and places in institution lead patients to emergency. Opposition of patients and family complicate the general practitioner's work. Furthermore no patient of the study is included in specific program for old people, this people could have been addressed to the geriatric day hospital which is interesting for patients and caregivers. According to the emergency doctors communication between general practitioner and hospital practitioner and a better use of the geriatric healthcare system should be developed to improve the support of elderly people when they need more support.

RÉSUMÉ

L'institutionnalisation des personnes âgées devient un problème lorsque celle-ci est décidée en urgence. Cependant de nombreuses actions peuvent être mises en place afin d'anticiper la situation, pour ce faire le médecin généraliste doit repérer les personnes âgées fragiles et leur proposer une évaluation adaptée. Par ailleurs, des dossiers d'admission doivent être remplis précocement, le syndrome du fardeau de l'aidant pris en charge et des hospitalisations de répit proposées afin d'éviter des passages inappropriés aux urgences. Nous avons étudié des personnes âgées adressées au Centre Hospitalier de Lunéville pour une entrée en institution. Dans ce secteur un réseau de gériatrie a été créé mais apparaît sous-employé par les médecins. A partir de ces 10 patients âgés de plus de 75 ans adressés aux urgences, nous avons essayé de voir que la situation aurait pu être anticipée. Les résultats montrent que le manque de temps, de places dans les établissements d'accueil peuvent conduire aux urgences, le refus du patient et de sa famille pose également problème au médecin traitant. Cependant aucun de ces patients ne bénéficie d'une prise en charge spécialisée qui aurait été bénéfique à la fois à eux-mêmes et à leurs aidants.

TITLE IN ENGLISH

Impossible maintenance at home: anticipate the situation of old people in ambulant
analytical study of 10 cases in the emergency of the Lunéville Hospital.

Keywords: elderly people, frail, institutionalization, emergency room

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE-ANNÉE 2010

MOTS CLÉS: personnes âgées, fragiles, institutionnalisation, urgences

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

9, avenue de la Forêt de Haye

B.P. 184

54505- VANDŒUVRE-LÈS-NANCY CEDEX