

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2019

N°63

**THESE**

**PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE  
DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat

Mention Médecine Générale

**PAR**

STINGIC Valérie

Née le 11/12/1988 à COLMAR

**Titre de la Thèse**

**Patients hospitalisés en court séjour gériatrique au centre pour personnes âgées (CPA)  
de Colmar pour maintien à domicile difficile.  
Description des caractéristiques médico-psycho-sociales.  
Etude prospective observationnelle descriptive menée sur trois mois (février à mai 2016).**

Président de Thèse : Professeur Georges KALTENBACH

Directeur de Thèse : Docteur Jean-Marc MICHEL



**1 Président de l'Université** M. DENEKEN Michel  
**1 Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean  
**Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard  
**Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc  
**(1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie  
**(1989-1994)** M. VINCENDON Guy  
**(1994-2001)** M. GERLINGER Pierre  
**(3.10.01-7.02.11)** M. LUDES Bertrand  
**1 Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert  
**1 Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)**  
**Directeur général :**  
M. GAUTIER Christophe



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séiamak      Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

PO191

ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01	Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01	Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	<b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô • CS	Pôle de l'Appareil locomoteur Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô • NCS -	Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RPô • CS	Pôle de Biologie Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô • NCS -	Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô • CS -	Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	<b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô • NCS -	Pôle de l'Appareil locomoteur Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô • NCS -	Pôle de Pathologie thoracique Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô • NCS -	Pôle Tête et Cou - CETD Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRPô • CS -	Pôle de Biologie Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRPô • CS	Pôle de Biologie Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre (option biologique)	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques
CLAVERT Philippe P0044	NRPô • CS	Pôle de l'Appareil locomoteur Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirch traumatologique)	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie)
COLLANGE Olivier PO193	NRPô • NCS -	Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	<b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô • CS	Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRPô • NCS -	Pôle de Psychiatrie et de santé mentale Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô • CS -	Pôle de Pathologie thoracique Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRPô • CS -	Pôle Tête et Cou - CETD Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô • NCS -	Pôle Tête et Cou - CETD Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RPô • CS -	Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô • CS -	Pôle de Biologie Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRPô • CS -	Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô • NCS -	Pôle de l'Appareil Locomoteur Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô • NCS -	Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô • NCS -	Pôle de l'Appareil locomoteur Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô • CS -	Pôle de Biologie Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	<b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô • NCS -	Pôle de Pathologie thoracique Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RPô • CS -	Pôle d'Imagerie Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô • NCS -	Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô • CS -	Pôle de Pathologie thoracique Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	<b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire

<i>NOM et Prénoms</i>	<i>CS*</i>	<i>Services Hospitaliers ou Institut / Localisation</i>	<i>Sous-section du Conseil National des Universités</i>	
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	<b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	<b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno P0091	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01	<b>Anatomie</b>
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.01	Hématologie: transfusion

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRPô • NCS	Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRPô • NCS	Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô • NCS	Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRPô • NCS	Pôle de Pathologie thoracique Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRPô • NCS	Pôle de Gynécologie-Obstétrique Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	<u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô • CS	Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	<u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RPô • CS	Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRPô • CS	Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRPô • NCS	Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô • NCS	Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô • CS	Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô • NCS	Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô • CS	Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô • CS	Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô • CS	Pôle d'Imagerie Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRPô • NCS	Pôle de Gynécologie-Obstétrique Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	<u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; <u>Radiothérapie</u> Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRPô • CS	Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô • CS	Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry -		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô • NCS	Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô • NCS	Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	<u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	<u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô • NCS	Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	<u>Anesthésiologie-réanimation</u> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô • NCS	Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRPô • CS	Pôle Tête et Cou Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRPô • CS	Pôle de Pathologie thoracique Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô • CS	Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine		Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô • NCS	Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie



NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô • NCS -	Pôle de Biologie Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPô • CS -	Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie PO196	NRPô • CS -	Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRPô • NCS -	Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô • CS -	Pôle d'Imagerie Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRPô • CS -	Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô • NCS -	Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô • NCS -	Pôle de Santé publique et Santé au travail Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.4	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô • CS -	Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô • CS -	Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô • CS -	Pôle de Psychiatrie et de santé mentale Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	<b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô • NCS -	Pôle Tête et Cou - CETD Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô • NCS -	Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRPô • NCS -	Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RPô • CS -	Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RPô • NCS -	Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô • CS -	Pôle de l'Appareil locomoteur Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô • CS -	Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô • NCS -	Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô • CS -	Pôle Tête et Cou - CETD Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô • CS -	Pôle d'Imagerie Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô • NCS -	Pôle de Santé publique et Santé au travail Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô • NCS -	Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô • NCS -	Pôle de Psychiatrie et de santé mentale Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô • NCS -	Pôle de Biologie Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô • CS -	Pôle de Gériatrie Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô • CS -	Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRPô • NCS -	Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.2	Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie

<i>NOM et Prénoms</i>	<i>CS*</i>	<i>Services Hospitaliers ou Institut / Localisation</i>	<i>Sous-section du Conseil National des Universités</i>
-----------------------	------------	---	---

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

## **A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES**

CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

**MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)**

AGIN Arnaud M0001	Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003	Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109	Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARGEMI Xavier M0112	Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : <b>Maladies infectieuses</b>
Mme AYME-DIETRICH Estelle	Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03	Option: pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110	Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	<b>Physiologie</b>
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo à 31.12.2018)	Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008	Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091	Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099	Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092	Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113	Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto	Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012	Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	<b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014	Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016	Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017	Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018	Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	<b>Bactériologie</b> -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019	Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021	Pôle de Biologie -Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024	Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025	Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027	Institut de Physiologie / Faculté de Médecine Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032	Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura	Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline	Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114	Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : <b>Réanimation</b>
HUBELE Fabrice M0033	Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034	Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101	Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)



NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
JEHL François M0035		Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		Institut d'Histologie / Faculté de Médecine Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	Pôle de Santé Publique et Santé au travail Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo à 31.08.2018)		Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	<b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
LERMITTE Benoît M0115		Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		Institut de Physiologie / Faculté de Médecine Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01	<b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0061		Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme SABOU Alina M0096		Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02	Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069		Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070		Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		Institut d'Immunologie / HC Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01	<b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

### **B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)**

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

### **B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	-------	------------------------------

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**  
**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELMÉ Anne-Elisabeth		Médecine générale

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**

**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGNER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

Dr ASTRUC Dominique	NRPô • CS	Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô • CS	Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô • CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô • CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô • CS	Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô • CS	Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô • CS	Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô • CS	Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô • Resp	Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô • CS	Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô • CS	Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô • CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô • CS	Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô • NCS Resp	Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô • CS	Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

---

## **F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES**

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)**  
BOUSQUET Pascal  
PINGET Michel
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**  
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)  
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)  
MULLER André (Thérapeutique)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**  
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)

---

## **F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)**

M. SOLER Luc                      CNU-31                      IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

---

## **F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE**

<p>Dr BRAUN Jean-Jacques Pr CHARRON Dominique Mme GUI Yali Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès Dr JENNY Jean-Yves Mme KIEFFER Brigitte Dr KINTZ Pascal Dr LAND Walter G. Dr LANG Jean-Philippe Dr LECOCQ Jehan Dr REIS Jacques Pr REN Guo Sheng Dr RICCO Jean-Baptiste</p>	<p>ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016) Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018) (Shaanxi/Chine) (2016-2017) Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015) Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018) IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017) Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018) Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017) Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018) IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018) Neurologie (2017-2018) (Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017) CHU Poitiers (2017-2018)</p>
---	--

(\* 4 années au maximum)

---

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

### Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

### HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : *Hôpital de HautePierre* : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- *Hôpital de l'Elsau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

## RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*



## REMERCIEMENTS

A mon directeur de thèse Monsieur le Docteur Jean-Marc MICHEL

*Merci à vous de m'avoir épaulé et aiguillé durant ce travail de longue haleine. Merci d'avoir été présent quand j'en avais besoin et de m'avoir transmis votre savoir et votre bienveillance. Vous m'avez fait découvrir et aimer la gériatrie, donc pour tout cela un GRAND MERCI !!!*

*Monsieur le Professeur Georges KALTENBACH*

*Vous me faites un grand honneur de présider ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de toute ma gratitude.*

*Monsieur le Professeur Thomas VOGEL*

*Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et pour le temps accordé à la lecture de mon travail. Je vous prie de croire à mon immense gratitude.*

*Monsieur le Professeur Emmanuel ANDRES*

*Merci à vous d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de mon plus grand respect.*

*Monsieur le Professeur Frédéric BLANC*

*Merci pour l'attention que vous porterez à mon travail recevez toute ma gratitude.*

*A Docteur Noel pour ta gentillesse et ton courage, Docteur Anthony pour ton humanité, Docteur Charolais pour ton dévouement et ta disponibilité et toute l'équipe des Lilas ainsi que des autres services du CPA. Merci pour cette bonne entente et cette entraide que vous avez su apporter.*

*Merci à tous mes maîtres de stage qui ont su me montrer et me transmettre l'art de leur discipline.*

*Merci à toi ma sœur mon pilier. C'est en grande partie grâce à toi que je suis devenue la femme épanouie que je suis aujourd'hui. Merci de m'avoir supportée toutes ces années et de m'avoir suivie dans mes lubies alimentaires favorisant << soi-disant la mémoire >>, grâce à toi je ne boirai plus jamais de lait de soja. Tu as su m'accompagner durant ces moments difficiles mais tu as aussi su être là pour me permettre de m'évader. Ton soutien et ton aide étaient pour moi indispensables. Tu occupes une grande place dans mon cœur mais ça tu le sais déjà MILLE MERCIS !!!*

*A mes chers parents je vous remercie d'avoir toujours cru en moi. Vous étiez autant investis que moi tout au long de ce cursus. Ma réussite c'est à vous que je la dois. Maman, Papa je vous aime infiniment.*

*A toi Yonca et à toute ta famille, le CPA m'a donné la chance de te rencontrer, j'ai ainsi trouvé une sœur de cœur et une deuxième famille. Merci simplement d'être là.*

*A mes chères mousquetaires Perrine et Steph sans qui l'aventure n'aurait pas été la même !  
Merci pour les fous-rires que l'on a eu, à nos interminables soirées de révisions, mais*

*également à nos soirées crêpes-purée-spaghettis, à nos voyages et à tous ces moments forts que l'on a traversés ensemble. <<persteval !>>un jour <<perstéval>> toujours !*

*A mes belles rencontres de la fac. Jessica merci pour ta joie de vivre, Céline, Justine, Caro, Amélie, Astrid, Arnaud, Uly, Nathalie ... et tous ceux que j'oublie (ne m'en voulez pas) merci d'avoir été là.*

*Merci Mme Lichtenauer merci pour l'aide que vous m'avez apporté.*

*A toi Dam pour ta précieuse relecture et ton soutien.*

## TABLE DES MATIERES

<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>13</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>14</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>17</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....	<b>20</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>21</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>25</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS</b> .....	<b>27</b>
<b>1. DÉFINITIONS</b> .....	<b>27</b>
1.1 DÉFINITION DE LA PERSONNE ÂGÉE .....	27
1.2 DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE .....	27
1.3 DÉFINITION DU MAINTIEN A DOMICILE .....	28
<b>2. ACTIONS POLITIQUES POUR FAVORISER LE MAINTIEN A DOMICILE</b> .....	<b>29</b>
<b>3. AVANCEES LEGISLATIVES</b> .....	<b>30</b>
3.1 PROJET PAERPA : (PARCOURS DE LA PERSONNE AGEÉ EN PERTE D'AUTONOMIE) .....	30
3.2 LOI RELATIVE A L'ADAPTATION DE LA SANTE AU VIEILLISSEMENT (ASV) .....	33
<b>4. EPIDEMIOLOGIE ET PROJECTIONS</b> .....	<b>35</b>
<b>5. PRESENTATION DE LA REGION ET DE SES SERVICES</b> .....	<b>37</b>
5.1 PRESENTATION DE LA REGION D'ETUDE : LE TERRITOIRE DE SANTE 3 D'ALSACE (T3) ET SES PARTICULARITES .....	37
5.2 DESCRIPTIF DE L'OFFRE EXTRA HOSPITALIERE DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES .....	38
5.2.1 L'offre sanitaire hospitalière et extrahospitalière .....	38
5.2.1.1 Les médecins généralistes .....	38
5.2.1.2 Les infirmières libérales .....	39
5.2.1.3 L' Hospitalisation A Domicile (HAD) : .....	39
5.2.1.4: Les Courts Séjours Gériatriques .....	40
5.2.1.5: Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) polyvalents et gériatriques .....	40
5.2.1.6 Les Unités Cognitivo Comportementales (UCC) .....	40
5.2.2 Les structures et équipes d'expertises .....	41
5.2.2.1 Les Hôpitaux De Jour (HDJ) .....	41
5.2.2.2 Les Equipes Mobiles de Gériatrie(EMG) du TS3 .....	41
5.2.2.3 L' Equipe Mobile de Psychiatrie de l'Age Avancé(EMPAA) .....	42
5.2.2.4 L'EMSP ASPER (Equipe Mobile de Soins Palliatifs) .....	42
5.2.3 Les dispositifs .....	43
5.2.3.1 Le Réseau d'Appui aux médecins Généralistes (RAG) .....	43
5.2.3.2. La MAIA .....	44
5.2.4 Offre dans le secteur médico-social, social et associatif .....	45
5.2.4.1 Les Services de Soins Infirmiers à Domicile ( SSIAD ) .....	45
5.2.4.2 Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) .....	45
5.2.4.3 Le FANAL .....	45

5.2.4.4 L'Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA ) .....	46
5.2.4.5 Accueil De Jour (ADJ) .....	46
5.2.4.6 Les Pôles gérontologiques du Conseil Départemental du Haut-Rhin .....	47
5.2.4.7 Les services sociaux des établissements sanitaires et d'hébergement .....	47
5.2.4.8 Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD ) .....	47
5.2.4.9 : Les EHPAD : (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes) .....	48
a) Hébergement Permanent.....	48
b) L'Hébergement Temporaire .....	48
c) L'Hébergement Temporaire d'Urgence (HTU).....	49
d) Unité d'Hébergement Renforcée (UHR).....	49
5.2.4.10 Les Foyers Logements.....	50
5.2.4.11 Les Petites Unités de Vie (PUV) .....	50
5.2.4.12 : Plateforme de répit pour les aidants .....	50
5.2.4.13 L'Association France Alzheimer .....	51

## **DEUXIÈME PARTIE : L'ETUDE..... 52**

<b>1 OBJECTIFS .....</b>	<b>52</b>
<b>2 MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>52</b>
2.1 DESCRIPTION DE L'ETUDE.....	52
2.2 POPULATION ETUDIEE .....	52
2.3 RECUEIL DES DONNEES .....	53

## **TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS..... 56**

<b>1. DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES MEDICO-PSYCHO-SOCIALES DE LA POPULATION ETUDIEE .....</b>	<b>56</b>
1.1 CARACTERISTIQUES DU PATIENT .....	56
1.1.1 Caractéristiques démographiques.....	56
1.1.2 Les comorbidités.....	57
1.1.3 Le profil des patients .....	58
1.2 CARACTERISTIQUES SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES.....	59
1.2.1 Entourage du patient.....	59
1.2.2 Les Aides humaines et matérielles à domicile avant l'hospitalisation.....	60
1.2.3 Environnement et activités du patient .....	61
1.3 AUTONOMIE .....	62
1.3.1 Le GIR.....	62
1.3.2 L'échelle ADL-KATZ .....	62
1.3.3 L'échelle IADL.....	63
1.4 CARACTERISTIQUES FINANCIERES ET JURIDIQUES.....	63
1.4.1 L'APA et l'ALD .....	63
1.4.2 Protections juridiques.....	64
1.5 PARCOURS DES PATIENTS.....	64
1.5.1 Mode d'admission .....	64
1.5.2 Devenir .....	65
<b>2. FOCUS SUR LES 3 PATIENTS ADMIS UNIQUEMENT POUR DES MOTIFS SOCIAUX .....</b>	<b>67</b>
2.1 PATIENT 1 MOTIF : DEFAILLANCE DE L'AIDANT PRINCIPAL.....	67
2.2 PATIENT 2 : MOTIF CONJUGOPATHIE .....	68
2.3 PATIENT 3 : MOTIF MALTRAITANCE.....	69

## **QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION..... 70**

<b>1. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS HOSPITALISES POUR MADI.....</b>	<b>70</b>
1.1 CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET ENTOURAGE DU PATIENT .....	70
1.2 DES PATIENTS AUX NOMBREUSES COMORBIDITES, POLYPATHOLOGIQUES.....	71
1.3 DES PATIENTS POLYMEDIQUES .....	72
1.4 DES PATIENTS CHUTEURS .....	73
1.5 DES PATIENTS EN PERTE D'AUTONOMIE NECESSITANT UNE AIDE A DOMICILE .....	74
1.6 DES PATIENTS DENUTRIS.....	74
<b>2.LES FREINS AU MAINTIEN A DOMICILE .....</b>	<b>75</b>
2.1 LE MANQUE DE REEVALUATION DU PLAN D'AIDE.....	75
2.2 PEU D'EVALUATION DES TROUBLES COGNITIFS.....	75
2.3 REPERAGE INSUFFISANT DES PERSONNES AGEES FRAGILES.....	76
2.4 UNE OFFRE FOURNIE DEVANT ETRE MIEUX STRUCTUREE .....	77
<b>3.FACTEURS FAVORISANT LE MAINTIEN A DOMICILE .....</b>	<b>78</b>
3.1 LES AIDANTS.....	78
3.2 LE MEDECIN GENERALISTE .....	79
<b>4.LES EVOLUTIONS SUR LE TERRITOIRE.....</b>	<b>80</b>
4.1 EVOLUTION DU RAG EN PRAG.....	80
4.2 LE GROUPEMENT HOSPITALIER TERRITORIAL 11 (GHT11).....	81
4.3 LES COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE (CPTS).....	82
4.4 LA TELEMEDECINE .....	83
<b>5. DISCUSSION SUR LA METHODOLOGIE ET LES LIMITES DE L'ETUDE .....</b>	<b>85</b>
5.1 PUISSANCE.....	85
5.2 LA DUREE D'INCLUSION.....	85
5.3 LIEU DE L'ETUDE .....	85
5.4 CARACTERE PROSPECTIF DE L'ETUDE.....	86
5.5 LES CRITERES D'INCLUSION .....	86
<b><u>CONCLUSION.....</u></b>	<b><u>87</u></b>
<b><u>ANNEXES .....</u></b>	<b><u>91</u></b>
<b>ANNEXE 1 : GRILLE AUTONOMIE GERONTOLOGIQUE GROUPES ISO-RESSOURCES (AGGIR) .....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXE 2 : LE PPS (PLAN PERSONNALISE DE SOINS).....</b>	<b>92</b>
<b>ANNEXE 3 : BROCHURE EMPAA .....</b>	<b>93</b>
<b>ANNEXE 4 : BROCHURE DU RAG .....</b>	<b>94</b>
<b>ANNEXE 5 : ENTRETIEN AVEC MME IMHOFF PILOTE DE LA MAIA DE COLMAR .....</b>	<b>95</b>
<b>ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE.....</b>	<b>98</b>
<b>ANNEXE 7 : BROCHURE DU PRAG .....</b>	<b>104</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE.....</u></b>	<b><u>105</u></b>



## TABLE DES ILLUSTRATIONS

### Liste des figures :

FIGURE 1: LES DIFFERENTS ACTEURS DE LA CCP.....	31
FIGURE 2: LES DIFFERENTES MISSIONS DE LA CTA.....	32
FIGURE 3: STRUCTURE PAR AGE DE LA POPULATION PROJETEE DU GRAND EST EN 2013,2018 ET 2027, EN MILLIERS .....	36
FIGURE 4: LES ACTEURS MEDICAUX , PARAMEDICAUX ET MEDICO SOCIAUX AUTOUR DES PA.	38
FIGURE 5: EVOLUTION DE L'OFFRE EN ETABLISSEMENTS SUR L'ALSACE DE 2011 A 2016 .....	51
FIGURE 6: REPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR AGE.....	56
FIGURE 7: REPARTITION DES COMORBIDITES .....	57
FIGURE 8: CLASSIFICATION DE L'INDICE DE MASSE CORPORELLE SELON L'OMS.....	58
FIGURE 9: MODE DE VIE.....	60
FIGURE 10: AIDES FORMELLES ET INFORMELLES AU MAINTIEN A DOMICILE .....	61
FIGURE 11: ECHELLE ADL-KATZ .....	63
FIGURE 12: REPARTITION DE L'APA .....	64
FIGURE 13: MODE D'ENTREE DES PATIENTS.....	65
FIGURE 14: DEVENIR DES PATIENTS .....	66
FIGURE 15: GOOD PALLIATIVE-GERIATRIC PRACTICE ALGORITHM .....	73
FIGURE 16: LES MISSIONS DE LA PRAG.....	81

## **GLOSSAIRE**

ADL: Activities of Daily Living

ADJ : Accueil De Jour

ACFA : Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASPA : Aide Sociale à la Personne Agée

ASV : Adaptation de la Société au Vieillissement

BPCO : Broncho- Pneumopathie Chronique Obstructive

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et Santé Au Travail

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIRS\_G : Cumulative Illness Rating Scale\_Gériatric

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

DMP : Dossier Médical Partagé

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DP : Dossier Pharmaceutique

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

EDMC : Evaluation Multi Dimensionnelle

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

EMPAA : Equipe Mobile de Psychiatrie de l'Age Avancé

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

ETP : Education Thérapeutique

GHT : Groupement Hospitalier Territorial

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie

HCC : Hôpitaux Civils de Colmar

HDJ : Hôpital De Jour

HTU : Hébergement Temporaire d'Urgence

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

MA : Maladie d'Alzheimer

MAD : Maintien A Domicile

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

MNA :Mini Nutritionnal Assesement

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OMS : Organisme Mondial de Santé

ORSAL : Observatoire Régional de Santé d'Alsace.

PA : Personnes âgées

PAERPA : Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Soins

PRS : Projet Régional de Santé

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

PS : Personnel Soignant

PSI : Projet de Soins Individuel

PTA : Plateformes Territoriales d'Appui

PUV : Petites Unités de Vie

RAD : Retour A Domicile

RAG : Réseau d'Appui aux médecins Généralistes

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

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

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SICODOM : Système d'Information pour la Coordination des soins à Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers et d'Aide au Domicile

SMAF : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TS3 : Territoire de Santé 3

UCC : Unité Cognitivo- Comportementale

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

URPS : Union Régionale des Professionnels de santé

USIC : Unité de Soins Intensifs en Cardiologie

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VL : Visite Longue

VSM : Volet de Synthèse Médicale

## INTRODUCTION

Le vieillissement de la population de par les progrès de la médecine est un constat indéniable de ces dernières années. Les conséquences qui en découlent, telles que le manque de places en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et l'engorgement des urgences doivent être prises en considération.

L'Alsace est une région particulièrement impliquée dans la prise en charge des personnes âgées. Un profond remaniement du système de santé a été mis en œuvre ces dernières années et des changements à venir sont encore en cours d'élaboration afin de le mettre en adéquation avec cette évolution sociétale.

Cette prise en charge s'avère être un enjeu éthique, sociétal, politique et économique :

-Un enjeu éthique car la demande la plus souvent exprimée par les personnes âgées est la volonté de rester chez soi. 90 % des personnes de 60 ans et plus vivent à domicile et l'immense majorité d'entre elles souhaite y rester le plus longtemps possible (1).

-Un enjeu sociétal car actuellement les mœurs ont évolué et de nombreux foyers ont tendance à se disperser. Les familles vivent de manière recomposée ; les aînés sont seuls et ne vivent plus dans un foyer commun.

-Un enjeu politique et économique. Le Projet Régional de Santé alsace (PRS) 2012-2016 a défini comme sa priorité N°6 «favoriser l'autonomie des personnes âgées et permettre leur maintien à domicile >>. Les principaux objectifs cités sont de retarder l'entrée en dépendance par la prévention des risques liés à l'âge , assurer la coordination et la continuité des soins à domicile et développer l'aide aux aidants pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées (2). Le PRS de 2018-2028 a pour but de faire évoluer le système dans une logique de parcours afin d'améliorer l'accès aux soins (3).



Du fait du manque de moyens mis à disposition et du souhait profond des personnes âgées de rester à domicile il s'avère essentiel de regrouper les ressources dans ce projet, le défi étant de protéger l'autonomie de nos aînés et de soutenir leur santé et leur qualité de vie à domicile.

Etant moi-même confrontée à ce type de problématique en tant qu'interne aux urgences et au pôle de gériatrie clinique des hôpitaux civils de Colmar (Centre pour Personnes Agées), j'ai souhaité réaliser une étude prospective observationnelle descriptive à l'aide d'un questionnaire, avec pour objectif de comparer les différentes caractéristiques médico-psycho-sociales des patients hospitalisés pour Maintien A Domicile Impossible (MADI ) afin de déterminer un <<profil>>de cette population. Dans un second temps nous verrons si l'indication de l'hospitalisation était pour des raisons médicales et /ou sociales, et si elle avait un caractère évitable pour les situations purement sociales.

Ainsi cette étude aura pour but d'améliorer le repérage des patients à risque de MADI et donc d'anticiper la survenue de ces situations complexes menant à des hospitalisations inappropriées.

Des axes de réflexion seront abordés afin de compléter notre prise en charge quotidienne en soins primaires de ces patients dans le but d'éviter ces situations de rupture qui sont souvent néfastes.

## PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS

### *1. Définitions*

#### **1.1 Définition de la personne âgée**

Cette définition n'est pas consensuelle, il en existe plusieurs du fait qu'elle s'est adaptée progressivement à l'allongement de l'espérance de vie.

En 1980 l'OMS considère qu'une personne devient âgée à partir de 60 ans.

En 1985 le National Institut on Aging aux Etats – Unis les distingue en 3 catégories : les <<young old >> : de 65 à 75 ans, les<< old old>> de 75 à 85 ans et les << oldest old>> de 85 ans et plus.

Selon C DELBES, chercheur à la Fondation Nationale de Gérontologie, la vieillesse est associée à l'âge où apparaissent des limitations de l'autonomie et la dépendance.

Sur la courbe du handicap de la population française (enquête Handicaps Incapacités Dépendance réalisée par l'INSEE en 1998-1999), la dépendance n'augmente fortement qu'à partir de 75 ans.

C'est pourquoi la notion de vieillesse après 75 ans est précisément la notion des gériatres

.

#### **1.2 Définition de la dépendance**

Est considérée comme dépendante toute personne qui présente une impossibilité partielle ou totale pour effectuer sans aide les actes de la vie quotidienne, qu'elle soit physique psychique ou sociale, et de s'adapter à son environnement (4).

Une personne dépendante a besoin de l'aide d'un tiers pour effectuer les actes de la vie quotidienne comme s'habiller, se déplacer, se nourrir, etc. La dépendance est donc liée non

seulement à l'état de santé physique et psychique de l'individu, mais aussi à son environnement matériel.

Plusieurs outils permettent de l'évaluer, comme les échelles Activities of Daily Living (ADL)/ Instrumental Activities of Daily Living (IADL) ainsi que la grille Autonomie Gériatrie Groupe Iso Ressources (**AGGIR**) qui classe le degré de dépendance dans les GIR 1 à 6 (ANNEXE 1).

Les GIR 1 et 2 regroupant les personnes les plus dépendantes .

Cette définition permet de définir l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (**APA**).

### **1.3 Définition du maintien à domicile**

L'expression peut avoir une connotation négative si l'on prend le mot maintenir dans le sens premier, à savoir tenir sans bouger.

Cependant le mot maintien vient du latin *manutere* qui signifie tenir avec la main.

« Maintenir » intègre donc aussi la notion de soutenir, d'« empêcher de tomber ».

On pourra donc plus facilement parler de <<**soutien**>>à domicile.

Ainsi le terme maintien à domicile présuppose une volonté de la personne âgée qui présente une dégradation de son état de santé, ou une situation de handicap à rester chez elle grâce au soutien de la collectivité (**aides humaines, financières ou matérielles**).

C'est une solution qui répond aux vœux de la personne de rester à domicile.

Elle permet le développement du secteur de l'aide à domicile pourvoyeur d'emplois sans coûter aussi cher que le développement d'infrastructures.

La notion de maintien à domicile impossible a vu le jour en 2002, elle fait référence à un problème social qui aurait pu être traité en amont par une structure mobile (5).

## ***2. Actions politiques pour favoriser le maintien à domicile***

Dans les années 1960 le vieillissement de la population commence à interpeler les pouvoirs publics. Cela va donner naissance à diverses avancées législatives.

En 1962 Pierre **Laroque** rédige un rapport qui rappelle le principe de citoyenneté des personnes âgées et leur intégration dans la vie sociale (6). Il a permis de mettre en avant certains problèmes comme par exemple des conditions de vie des personnes âgées et de proposer des solutions gouvernementales .

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

La politique de vieillesse en France a subi un profond remaniement suite à l'épisode de la canicule de 2003.

C'est ainsi que va naître en 2004 la **Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie** (CNSA).

Elle réalise le financement global des aides aux personnes dépendantes, et assure une mission d'expertise.

En 2004, le **plan « Vieillesse et Solidarité »** tient à assurer la pérennisation du dispositif de l'APA par la stabilisation de la contribution de l'Etat aux départements.

Il tient également à soutenir le maintien à domicile par l'augmentation du nombre de places de SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile), d'accueils de jour et d'hébergement temporaire.

En 2006, le **plan « Solidarité Grand Age »** présente comme objectifs le développement des services d'aide à domicile et le soutien des aidants familiaux ainsi que de nouvelles formes de logements (par exemple les résidences services ).

En 2008, le premier **plan Alzheimer** (2008-2012) a pour but de développer dans le cadre du maintien à domicile les structures de répit tels les accueils de jour, les structures d'hébergement temporaire .Il consolide les droits des aidants et leur formation. Dans cette lignée, le projet de <<Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) voit le jour en 2011.

### ***3. Avancées législatives***

#### **3.1 Projet PAERPA : (Parcours de la Personne Agée en Perte d'Autonomie)**

Cette idée de parcours est venue des travaux menés par le HCAAM (Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie) en 2010 et 2011 (7) qui met l'accent sur la nécessité d'amélioration de la coordination du secteur médical et social.

En effet il existe une offre abondante, variée et de qualité mais mal articulée par méconnaissance réciproque des acteurs et absence de coordination d'ensemble.

En 2013 la HAS (Haute Autorité de Santé) va mettre en œuvre le projet PAERPA.

Ce projet concerne les personnes âgées de 75 ans et plus, pouvant être autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social.

L'objectif est d'augmenter la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées. Il vise aussi à adapter les pratiques au parcours de santé et de créer des conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs (8).

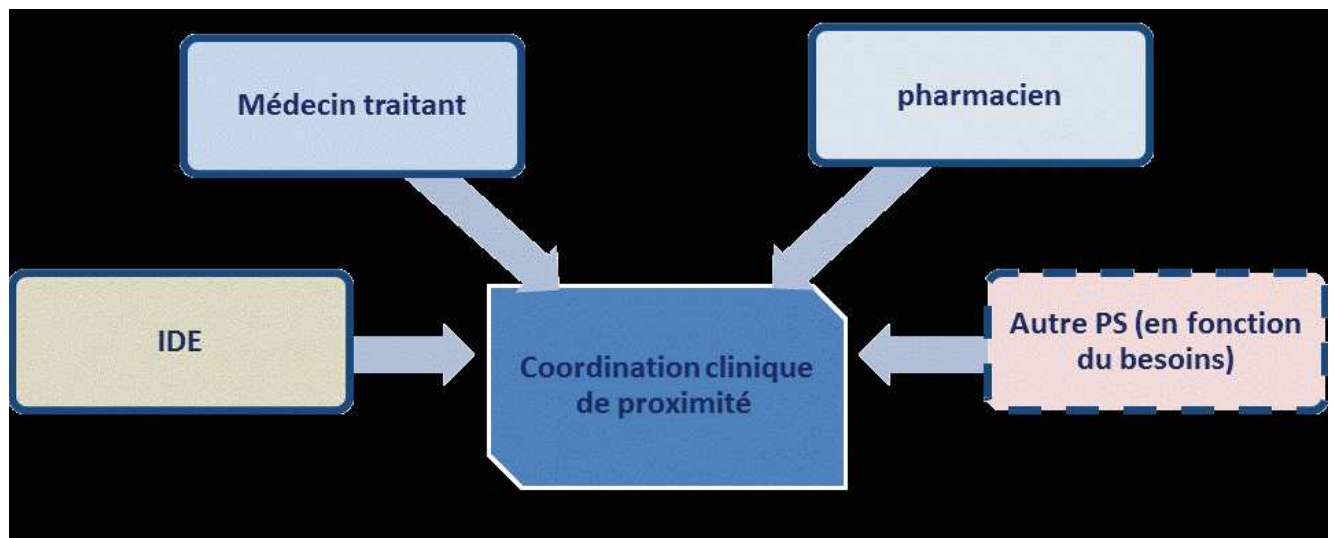
Plusieurs niveaux de coordination ont été conçus.

Tout d'abord la Coordination Clinique de Proximité (**CCP**).

Elle se compose d'un médecin traitant ainsi que de professionnels libéraux (infirmières libérales, pharmaciens, kinésithérapeutes) (9).

Leurs priorités : repérer les quatre facteurs de risque d'hospitalisation en urgence évitables qui sont la iatrogénie, la dénutrition, la dépression et les chutes ; afin de réduire le nombre de passages aux urgences inadéquat et prévoir ainsi plus d'hospitalisations programmées.

Cela, au travers de l'élaboration d'un PPS (Plan Personnalisé de Soins) regroupant un volet médical et social (ANNEXE 2).



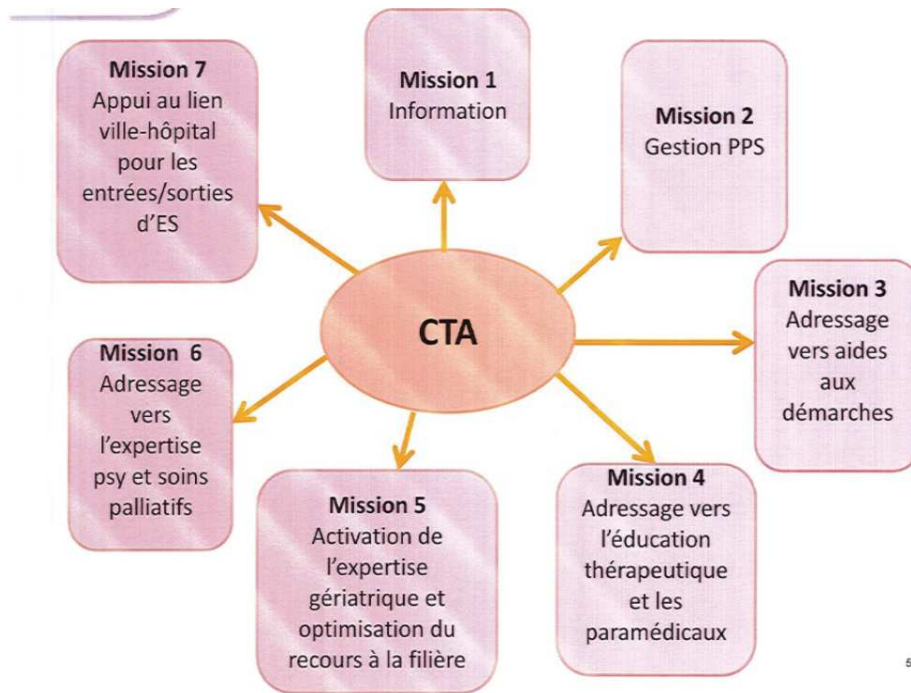
**Figure 1: Les différents acteurs de la CCP**

Il y a ensuite la CTA (Coordination Territoriale d'Appui).

Celle-ci n'entraîne pas la création d'une nouvelle structure mais **repose sur les systèmes de coordination et d'intégration existant** déjà sur le territoire (Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) , réseaux, filières, MAIA).

Elle intervient sur la sollicitation des professionnels, des malades ou de leurs aidants.

Ses missions sont d'informer, d'orienter vers les bonnes ressources du territoire, activer des aides, aiguiller vers des programmes d'ETP (Education Thérapeutique), activer une expertise gériatrique ou psychiatrique, assurer le lien ville –hôpital (10).



**Figure 2: Les différentes missions de la CTA**

### Les Plateformes Territoriales d'Appui PTA :

Les missions sont proches du CTA mais avec un élargissement de la coordination de l'ensemble des parcours complexes sans limitation d'âge.

Les PTA sont centrés sur le premier recours.

C'est uniquement le médecin traitant qui déclenche la mesure.

Différents **systèmes d'informations** ont été développés afin d'optimiser les échanges entre les établissements, les professionnels de santé et le secteur social : le PPS (Plan Personnalisé de Soins), DLU (Dossier de Liaison d'Urgence), VSM (Volet de synthèse Médicale) et à moyen terme le DMP (Dossier Médical Partagé).

Des outils facilitent la communication : le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources sanitaires sociales et médico-sociales), la messagerie sécurisée.

Ce projet a fait l'objet d'une évaluation qualitative (11).

Il en ressort que celui-ci se heurte aux logiques traditionnelles de fonctionnement isolé des secteurs sanitaires, médico-social et social.

Le développement des outils numériques s'avérait nécessaire mais est insatisfaisant. En effet nombre d'entre eux restent inaboutis et il en résulte des problèmes de convergence des outils existants. Des problèmes de rémunération des libéraux ont également été décriés dans un article de l'Egora (12).

D'autres aspects ont été néanmoins prometteurs tels que le renforcement des SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) et SSIAD (Services de Soins Infirmiers et d'Aide au Domicile), ainsi que le déploiement de l'hébergement temporaire d'urgence dans les EHPAD.

Finalement le projet PAERPA a été un précurseur et un acteur de la mise en œuvre des orientations des dispositifs de la loi relative à l'Adaptation de la Santé au Vieillessement (ASV).

### **3.2 Loi relative à l'Adaptation de la Santé au Vieillessement (ASV)**

Cette loi du 28 décembre 2015 a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement en répondant aux attentes des personnes en matière de logement, transport, vie sociale et citoyenne et accompagnement.

Ce projet de loi va dans le bon sens en proposant un changement de regard sur le vieillissement et des mesures d'anticipation de la perte d'autonomie.

La principale avancée fut la **revalorisation de l'APA** (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

L'APA peut être attribuée aux personnes qui vivent chez elles (APA à domicile) ou qui vivent en établissement (APA en établissement).



L'APA à domicile a pour objectif de permettre à son bénéficiaire de continuer à vivre chez lui malgré sa perte d'autonomie.

Les plafonds de l'APA à domicile ont été significativement revalorisés au 1<sup>er</sup> mars 2016 afin de donner plus d'aides à ceux qui en ont besoin.

Un bonus de 400 euros pour les GIR 1, 250 euros pour les GIR 2, 150 euros pour les GIR 3 et enfin 100 euros pour les GIR 4 (13).

Cela a pour conséquences :

- Une augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile pour les personnes âgées qui en ont le plus besoin (concrètement cela représente une heure d'aide à domicile supplémentaire par jour pour les personnes les plus dépendantes et une heure par semaine pour les autres) (14) ;
- Une réduction du niveau de participation financière (le « ticket modérateur ») (jusqu'à 60 % pour les plans d'aide entre 350 et 550 euros et 80 % pour ceux supérieurs à 550 euros) ;
- Une exonération de toute participation financière de l'ensemble des bénéficiaires de l'ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées) (minimum vieillesse).

Le deuxième axe d'avancée fut la **reconnaissance** du statut de **proches aidants**.

L'article 51 reconnaît que ce statut peut être attribué à un proche ayant un lien de parenté ou non du moment qu'il entretient des liens étroits et stables et qu'il lui vient en aide pour les actes de la vie quotidienne à titre non professionnel.

Cette reconnaissance a généré de nouveaux droits et notamment le **droit au répit** intégré à l'APA.

Une allocation annuelle pouvant atteindre 500 euros est versée par l'APA et pourra servir à financer :

- L'accueil de la personne aidée dans un accueil de jour ou de nuit,
- Un hébergement temporaire en établissement ou en accueil familial,
- Un relais à domicile.

Cela peut également faire foi lors de l'hospitalisation d'un aidant.

Une autre réforme concerne le congé soutien familial qui devient **congé proche aidant**.

La loi élargit la liste de proches au-delà du cercle familial. Elle s'applique aux salariés ayant au moins deux ans d'ancienneté. Ils ne sont ni rémunérés par l'employeur ni indemnisés par la sécurité sociale.

Le troisième axe se retrouve dans la finalisation du **plan national d'adaptation du domicile**.

Le but étant de permettre à davantage de personnes âgées d'aménager leur domicile à leur perte d'autonomie en leur donnant accès aux aides techniques.

Les logements foyers sont rebaptisés résidence autonomie, et modernisés. Ils constituent un intermédiaire entre le domicile et l'institution.

Ainsi différents moyens ont été mis en œuvre afin de faciliter le maintien à domicile et retarder au plus l'entrée en institution.

#### ***4. Epidémiologie et projections***

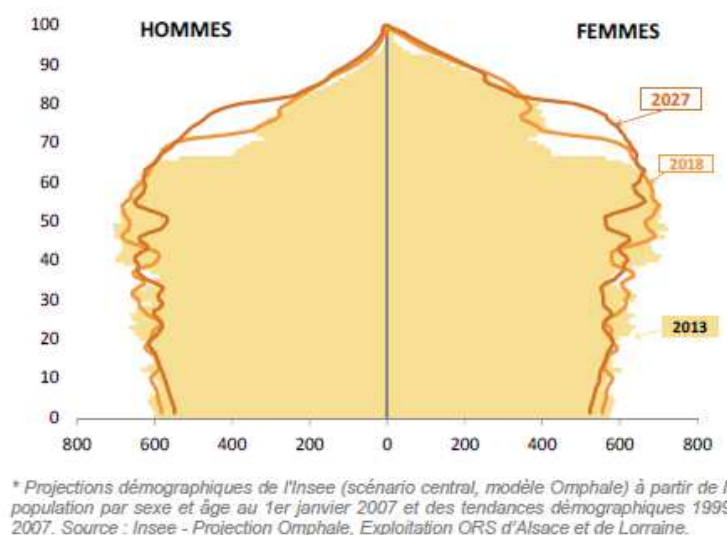
Au premier janvier 2016 la région Grand EST compte **5.6 millions d'habitants** d'après l'INSEE (15).

Le vieillissement est une conséquence de l'accroissement de l'espérance de vie et de l'arrivée aux âges élevés de la génération du baby-boom. Près du **quart de la population** du Grand EST sera âgé de **65 ans ou plus en 2030**. L'espérance de vie à 65 ans en 2014 dans le Haut-

Rhin est de 18.8 années pour les hommes et 22.5 années pour les femmes (selon les données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en 2015) (16). En 2013 parmi la population âgée de plus de 75 ans la région Grand EST comptabilisait 47,5 % vivant en couple ou avec un enfant, 9.5 % vivant en institution, 4.2 % ne vivant pas seule et enfin 38.8 % vivant seule (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) 2014)(17). Ainsi nous pouvons voir qu'il y a une grande partie de nos aînés qui vivent seuls.

Selon l'INSEE cette avancée en âge devrait conduire à un **accroissement de la population dépendante**. Celle-ci augmenterait de 23% entre 2005 et 2020 en Alsace. La région compterait 5 500 personnes âgées <<dépendantes >>de plus qu'en 2005 (soit 3100 dans le Bas-Rhin et 2400 dans le Haut -Rhin) (18). En 2014, le nombre de personnes tributaires de l'APA sur 100 personnes de 75 ans et plus est de 20.6 % pour la région Grand EST contre 20.5 % pour la France Métropolitaine (source DREES 2015)(17).

La région grand EST concentre donc un fort taux de personnes âgées dépendantes. La prise en charge de ces patients engendre un besoin croissant en offre de soins adaptés.



**Figure 3: Structure par âge de la population projetée du Grand Est en 2013,2018 et 2027, en milliers**

## *5. Présentation de la région et de ses services*

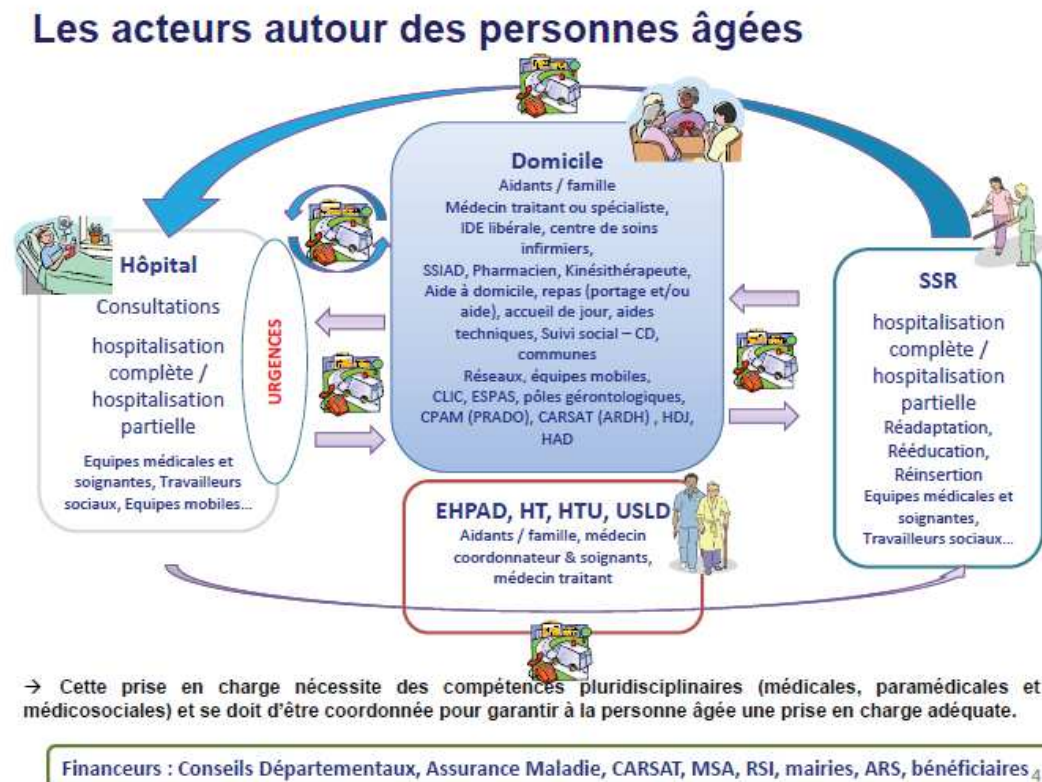
### **5.1 Présentation de la région d'étude : Le Territoire de Santé 3 d'Alsace (T3) et ses particularités**

En 2016 le Territoire de Santé 3 d'Alsace s'étendait de Guebwiller à Obernai incluant Colmar et Sélestat.

Il compte 377353 habitants pour 2420.2 km<sup>2</sup> en 2013 (19). Le pourcentage de personnes de 75 ans et plus est proche de la moyenne nationale (8.2% contre 8.7%). Il va doubler d'ici 2020.

Rapporté au nombre de personnes âgées, le territoire est relativement **moins bien doté en consultation gériatrique**, mais mieux doté en lits d'hospitalisation Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en Hôpitaux De Jour (HDJ) et Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) (20).

## 5.2 Descriptif de l'offre extra hospitalière de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées



**Figure 4: Les Acteurs médicaux, paramédicaux et médico sociaux autour des PA**

### 5.2.1 L'offre sanitaire hospitalière et extrahospitalière

Ils ont tous pour vocation de favoriser le maintien à domicile.

#### 5.2.1.1 Les médecins généralistes

Ils ont un rôle central en matière de coordination du parcours de soins de la personne âgée. On en dénombre 365 sur le T3 soit une densité de 96.3 dont 48 % étant âgés de 55 ans et plus selon les sources de la DREES au 01/01/2014. Cette densité est inférieure à celle de la France métropolitaine qui est de 106.9. Se surajoute le problème de départ à la retraite non compensé par l'arrivée des nouveaux médecins en nombre nettement insuffisant.

### ***5.2.1.2 Les infirmières libérales***

Leur mission est de permettre le maintien à domicile en apportant des soins personnalisés et adaptés à la personne et à son milieu de vie. Elles assurent une coordination étroite avec le médecin généraliste et permettent ainsi d'avoir une continuité des soins.

Leur densité sur le T3 est de 128.7 (contre 151.3 en France métropolitaine) selon la DREES en janvier 2014.

### ***5.2.1.3 L' Hospitalisation A Domicile (HAD) :***

Hospitalisation à part entière permettant des **soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés au domicile du malade**, caractérisés par la **complexité et la fréquence des actes**. L'HAD intervient sur prescription médicale sur une durée limitée mais renouvelable. L'équipe se compose de médecins, IDE, ergothérapeutes, psychologues.

L'HAD ne doit pas être intégralement assimilée à un séjour à l'hôpital, puisqu'elle n'héberge pas la personne et n'assure ni la présence permanente ni les moyens techniques et humains de l'hôpital. Elle intègre en revanche des préoccupations différentes : l'évaluation et l'adaptation du domicile aux besoins de soins, la prise en compte de l'environnement et de l'entourage dans les soins, la coordination avec les professionnels sanitaires et sociaux de la ville (médecins traitants, professionnels de santé libéraux, services à domicile, services sociaux), ce qui en fait un dispositif unique en son genre (21).

Elle intervient au domicile et dans les établissements de soins. Joignables du lundi au vendredi, ils interviennent sur appel des médecins traitants ou des services hospitaliers.

#### ***5.2.1.4: Les Courts Séjours Gériatriques***

Le recours se fait par hospitalisation directe ou par le passage aux urgences.

Il concerne toutes personnes âgées ayant présenté une décompensation de sa pathologie chronique ou la survenue d'une pathologie aigüe. Ils permettent d'avoir une prise en charge globale du patient tant sur le plan médical que social.

#### ***5.2.1.5: Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) polyvalents et gériatriques***

Ce sont des services où sont admises des personnes âgées qui nécessitent des soins de rééducation suite à une pathologie médicale ou chirurgicale. Leur admission se fait par demande informatisée à l'aide de l'outil **Via Trajectoire** .

Le but étant de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.

**Le nombre de lits** en hospitalisation complète soins de suite et de réadaptation est nettement **plus élevé à Colmar** qu'en moyenne régionale (la densité lissée est de 157.3 pour 102.6 en Alsace soit 53 % de plus)(22).

#### ***5.2.1.6 Les Unités Cognitivo Comportementales (UCC)***

Ce sont des SSR spécialisées dans la prise en charge de personnes **présentant une maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés**, ayant des troubles du comportement important.

Cela implique l'intervention de personnel spécifique : psychologue, psychomotricien ergothérapeute... L'un des objectifs de l'UCC est de **réduire l'usage des psychotropes** au profit d'activités de socialisation et de stimulation cognitive. Ces unités constituent un lieu de vie sécurisé où le patient peut déambuler librement.

## ***5.2.2 Les structures et équipes d'expertises***

### ***5.2.2.1 Les Hôpitaux De Jour (HDJ)***

Ils interviennent lors de situations diagnostiques complexes et permettent d'avoir recours à un plateau technique hospitalier.

Le public concerné sont les patients âgés de plus de 60 ans.

L'accès aux soins se fait quel que soit le niveau de dépendance physique ou psychique.

Leurs missions sont multiples, à savoir : expertiser les troubles mnésiques, les troubles psychiatriques, effectuer des bilans médicaux (malaise, chutes, anémie, transfusion, amaigrissement...), des bilans d'autonomie (mise en place d'aides, aménagement du domicile), effectuer une rééducation, suivre des plaies chroniques.

### ***5.2.2.2 Les Equipes Mobiles de Gériatrie(EMG ) du TS3***

C'est une équipe pluridisciplinaire composée de gériatres, d'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), d'ergothérapeutes et d'une neuropsychologue. Leur mission est d'améliorer la prise en charge des personnes âgées.

Ces équipes donnent un avis gériatrique au chevet du patient où qu'il se trouve. **Le quart des interventions est extrahospitalier** (23).Le délai d'intervention en extrahospitalier est de quinze jours. La demande peut être activée par le médecin généraliste, le cas échéant par d'autres professionnels toujours en accord avec le médecin traitant.

Elles proposent des alternatives au recours aux urgences et à l'hospitalisation.

Il existe deux antennes : une à Colmar depuis 2007 et l'autre à Sélestat depuis fin 2010.



### ***5.2.2.3 L'Equipe Mobile de Psychiatrie de l'Age Avancé(EMPAA )***

Elle est basée sur le centre hospitalier de Rouffach et intervient auprès de personnes âgées présentant des troubles mentaux ou psycho-comportementaux. La rencontre de la personne âgée se fait dans son environnement habituel (domicile ou EHPAD) en présence des acteurs de son quotidien.

Le but étant d'évaluer et favoriser l'accès aux soins psychiatriques, d'expertiser les troubles psycho-comportementaux et enfin d'anticiper les situations de crise afin d'éviter une hospitalisation en urgence. Ils interviennent du lundi au vendredi sur prescription médicale sur l'ensemble du T3 ainsi qu'une partie du T4 (ANNEXE 3).

### ***5.2.2.4 L'EMSP ASPER (Equipe Mobile de Soins Palliatifs)***

L'équipe se compose d'un médecin, d'une infirmière, d'une assistante sociale, d'un psychologue et d'une secrétaire. La demande peut être faite par le médecin comme par la famille du patient. Elle concerne les personnes malades en soins palliatifs, c'est à dire porteurs << d'une maladie incurable et évolutive >>Elle permet aux patients du T3 de bénéficier d'un **accompagnement et de soins palliatifs à domicile** (ou en EHPAD). L'équipe évalue les besoins médicaux (douleur), psychologiques et sociaux des patients et de leur entourage. Le suivi se fait généralement jusqu'au décès.

### 5.2.3 Les dispositifs

#### 5.2.3.1 Le Réseau d'Appui aux médecins Généralistes (RAG)

Les réseaux ont pour mission de garantir l'accès aux soins et de coordonner des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé et d'autres professionnels.

Depuis la réforme de janvier 2016, la mission du RAG est d'effectuer un **rôle d'appui** aux professionnels de premier recours (notamment les médecins traitants) pour la **coordination des cas complexes** concernant toutes les problématiques rencontrées avec leurs patients de **plus de 60 ans**. Il est représenté par 10 antennes réparties sur toute l'Alsace. Les 4 antennes principales sont basées à Bischwiller/Haguenau-Strasbourg-Colmar-Mulhouse. Les antennes



secondaires se trouvent à Saverne-Molsheim-Sélestat-Thann-Altkirch-Saint-Louis (24) avec 11 coordonnateurs, et font appel à des gériatres hospitaliers. Le RAG ne dispense aucun acte de soins ni aucune prestation sociale. Il peut être amené à apporter des renseignements et conseils concernant l'offre disponible sur le territoire, orienter vers le partenaire approprié, intervenir auprès du patient pour coordonner l'action des différents partenaires.

Le coordonnateur peut s'il le juge nécessaire organiser une réunion de coordination afin de réaliser un plan personnalisé de santé si le patient le requiert. Ce plan se compose de 2 volets : un plan d'aide et un plan de soins.

Les médecins généralistes ou tout autre intervenant ayant pris contact avec celui-ci sont habilités à contacter le RAG via un numéro de téléphone unique : 03 67 30 03 67 (ANNEXE 4) ouvert du lundi au vendredi, intervenant dans les 3 jours ouvrés. Le RAG est appelé à

évoluer à nouveau pour proposer un service de type Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) en Alsace.

### 5.2.3.2. La MAIA

La MAIA est issue du plan Alzheimer, il s'agissait initialement de la Maison de l'Autonomie et de l'Intégration des malades d'Alzheimer qui est devenue une Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie.

C'est une **méthode de travail** au service des autres partenaires, avec une offre de service qui est la **gestion de cas**. Elle permet l'articulation des secteurs sanitaires avec les secteurs médico-sociaux (ANNEXE 5).

Elle a pour but de faciliter le parcours de la personne âgée afin d'éviter les ruptures.



Le dispositif concerne les personnes de plus de 60 ans qui souhaitent rester à domicile mais dont la situation est complexe c'est-à-dire qu'elle présente un problème d'ordre médical avec un problème d'autonomie fonctionnelle et décisionnelle ; un plan d'aide insuffisant, inadapté ou simplement refusé et enfin un aidant limité, épuisé ou inexistant.

On dénombre environ 350 MAIA sur toute la France dont 9 (+2 en création) réparties sur l'Alsace (cf. schéma).

### ***5.2.4 Offre dans le secteur médico-social, social et associatif***

#### ***5.2.4.1 Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)***

Ils s'adressent aux personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans (GIR 1 à 4), dans le Haut-Rhin on en comptabilise 29. Leurs rôles sont multiples :

-ils veillent à contribuer au maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation de dépendance.

-Ils tentent d'éviter les hospitalisations et retardent l'entrée en EHPAD.

L'équipe est dirigée par une infirmière coordonnatrice et se compose d'IDE et d'aides-soignantes. On en compte une dizaine sur le territoire. Le SSIAD de Colmar comptabilise **5 places d'urgence**. La revalorisation de l'APA par la loi ASV a permis leur déploiement.

#### ***5.2.4.2 Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)***

C'est un service qui intervient au domicile des personnes âgées de plus de 60 ans. On en dénombre 24 dans le département. Il se compose d'aides à domicile et d'auxiliaires de vie pour **un accompagnement des actes de la vie courante**. Ils interviennent 7 jours sur 7 jusqu'à 3 fois par jour. Ils peuvent être financés par l'APA et les caisses de retraites. (Il y a notamment les groupes APAMAD , ADHAP ,ASAD sur le T3).

#### ***5.2.4.3 Le FANAL***

C'est un service de garde itinérante de nuit. Il s'adresse aux personnes âgées ou en situation de handicap.

C'est un accompagnement aux gestes de la vie quotidienne comme le coucher, la toilette ou même un passage de sécurité. Il permet de se rapprocher au mieux des habitudes de vie de la

personne comme un coucher plus tardif ou un soutien aux aidants en assurant la présence d'un professionnel.

Les interventions peuvent être planifiées ou ponctuelles. La durée de l'intervention est généralement de 20 minutes et les **horaires sont de 19h à 2h** avec possibilité d'intervention au-delà sur demande.

#### ***5.2.4.4 L 'Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA )***

Leur mission est d'accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés au domicile afin de les aider à trouver des repères et à stabiliser leurs acquis.

L'équipe de Colmar se compose d'une IDE coordinatrice, d'un ergothérapeute, d'une psychomotricienne et de plusieurs assistantes de soins en gérontologie. L'intervention se fait sur prescription médicale, le **nombre de séances est limité à 15** à raison de 1 à 2 séances par semaine du lundi au vendredi. Il existe également une antenne à Sélestat.

#### ***5.2.4.5 Accueil De Jour (ADJ)***

Il s'adresse prioritairement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Les personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie physique peuvent également y avoir recours.

Sa mission est de maintenir, stimuler, voire restaurer l'autonomie de ces personnes, favoriser leur vie sociale et soutenir les familles en leur proposant des temps de répit hebdomadaire.

Les accueils ont lieu **1 à 2 jours par semaine** en moyenne, de 9h à 17h et le transport est organisé par l'ADJ. Actuellement le Haut-Rhin comptabilise 234 places d'accueil de jour.

#### ***5.2.4.6 Les Pôles gérontologiques du Conseil Départemental du Haut-Rhin***

Ils se composent de 13 sites administratifs répartis sur le territoire et concernent toute personne retraitée. Leurs missions générales : accueillir, évaluer, accompagner, suivre et orienter ces personnes.

Leurs missions spécifiques au maintien à domicile sont :

- d'évaluer la dépendance et le besoin d'aide dans le cadre de l'APA ;
- de mettre en œuvre et coordonner des plans d'aides, l'aménagement du cadre de vie ;
- de déclencher l'aide aux aidants si nécessaire.

#### ***5.2.4.7 Les services sociaux des établissements sanitaires et d'hébergement***

Ils sont présents dans tous les services d'hospitalisation et d'hébergement des établissements. Ils ont un accès au droit et peuvent aider pour les démarches administratives comme par exemple l'obtention de l'APA. Ils organisent également les sorties d'hospitalisation et élaborent un plan d'aide ainsi qu'un plan de financement. Ils peuvent organiser les transferts vers des établissements sanitaires ou médicaux sociaux en utilisant l'outil Via Trajectoire .Ils exercent parfois une action de protection de majeurs vulnérables.

#### ***5.2.4.8 Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD )***

Elles concernent les personnes qui nécessitent un **suivi médical rapproché** (actes médicaux itératifs avec plateau technique minimal exigé). De la période 2004 à 2011, L'agence régionale de l'hospitalisation a modifié son schéma régional. 757 places d'USLD ont fait

l'objet d'une requalification en places d'EHPAD (25). Il en existe 4 sur le T3 souvent constitués par des EHPAD hospitaliers.

#### **5.2.4.9 : Les EHPAD : (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes)**

##### **a) Hébergement Permanent**

Ces structures concernent les **personnes âgées dépendantes** ne pouvant plus ou ne souhaitant plus vivre à leur domicile. Elles ont pour but d'accueillir ces personnes et de leur proposer des prestations hôtelières, des soins et des activités de loisir.

Leur admission se fait sur dossier ou sur l'application Via Trajectoire.

Le **Haut –Rhin** est particulièrement **bien desservi en EHPAD** puisque 50 % des communes se trouvent à moins de 3 minutes d'un EHPAD (26). On en comptabilise actuellement 74 dans le Haut-Rhin soit 7037 places d'hébergement permanent.

##### **b) L'Hébergement Temporaire**

Ce dispositif permet la prise en charge temporaire de personnes âgées vivant habituellement au domicile. Le public concerné est représenté par les personnes âgées de 60 ans et plus dont le maintien à domicile n'est plus possible momentanément ou qui souhaitent être hébergées en EHPAD sur une courte durée. L'accueil est **limité dans le temps (90 jours par an au maximum recommandés)** au sein de places spécialement autorisées dans les EHPAD. La demande se fait sur dossier dans l'application Via Trajectoire et la prise en charge n'est partielle que sous certaines conditions. Plusieurs EHPAD dans le bassin de population de Colmar disposent de telles places :

L'EHPAD de la Roselière à Kunheim, le Petit château de Beblenheim, l'EHPAD des Fontaines à Horbourg-Wihr et la clinique du Diaconat de Colmar. Au total cela représente 145 places.

### c) L'Hébergement Temporaire d'Urgence (HTU)

Utilisé dans le cas d'un besoin urgent d'une prise en charge temporaire d'une personne âgée vivant habituellement à domicile. **L'admission se fait sous 48 h.** Le public concerné sont les personnes âgées dépendantes dont le maintien ou le **retour à domicile est temporairement impossible** compte tenu de leur niveau de dépendance, de l'absence d'aide à domicile nécessaire, de l'environnement rendu subitement inadapté, de la défaillance de l'aidant principal ou lorsque le retour à domicile est définitivement compromis dans l'attente d'une solution pérenne. Sont exclues les personnes nécessitant une prise en charge hospitalière, ou les personnes GIR 5 et 6. La demande se fait sur appel du médecin ou d'un autre professionnel. Le délai de réponse est de 48h (27). Sur le T3 nous disposons d'une place au Petit château de Beblenheim et une place à l'EHPAD des Fontaines.

### d) Unité d'Hébergement Renforcée (UHR)

C'est un lieu d'hébergement aménagé dans les EHPAD qui accueille nuit et jour des **personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée** entraînant des troubles du comportement. On comptabilise 12 places au sein du Centre Départemental de Repos et de Soins (CDRS) à Colmar. Les personnes qui y sont accompagnées ont vocation, dans la mesure du possible, à **retourner dans leur lieu de vie habituel** (leur domicile ou l'EHPAD) une fois les troubles du comportement atténués.



#### **5.2.4.10 Les Foyers Logements**

Ces logements se destinent à un public valide aux revenus modestes et cherchant un logement ayant un cadre sécurisant. Ces structures proposent des logements de type F1 ou F2 accessibles et adaptés au grand âge, assortis d'équipement ou de services à caractère facultatif (type salle de réunion, blanchissage, etc). En règle générale, une gérante animatrice est présente 8 heures par jour. Un service de restauration pour le repas de midi est parfois proposé. On en comptabilise 209 dans la région Grand EST dont 23 dans le Haut-Rhin (d'après la DREES le 31/12/2015).

#### **5.2.4.11 Les Petites Unités de Vie (PUV)**

Les Petites Unités de Vie sont des structures de petite taille (une vingtaine de places). Elles s'adressent à des personnes valides ou dépendantes qui ne veulent plus vivre chez elles. Elles se composent de logements privatifs avec des espaces communs favorisant les échanges. L'enjeu étant de maintenir voire renforcer l'autonomie en faisant participer les résidents à la vie matérielle de la communauté. Du personnel y est présent 24h sur 24. On comptabilise 128 places en 2016 dans toute l'Alsace dont 44 dans le Haut-Rhin. (22)

#### **5.2.4.12 : Plateforme de répit pour les aidants**

Sa mission est d'écouter, de soutenir, d'informer, d'orienter les aidants, de les aider à maintenir une vie sociale et de leur organiser un répit.

Elle concerne tout aidant d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Il existe la plateforme **RIVAGE** dont l'équipe se compose de coordonnateurs, de psychologues et d'aides médico-psychologiques. Il existe trois plateformes dans le secteur : une à Mulhouse, une à Colmar et une à Sélestat.

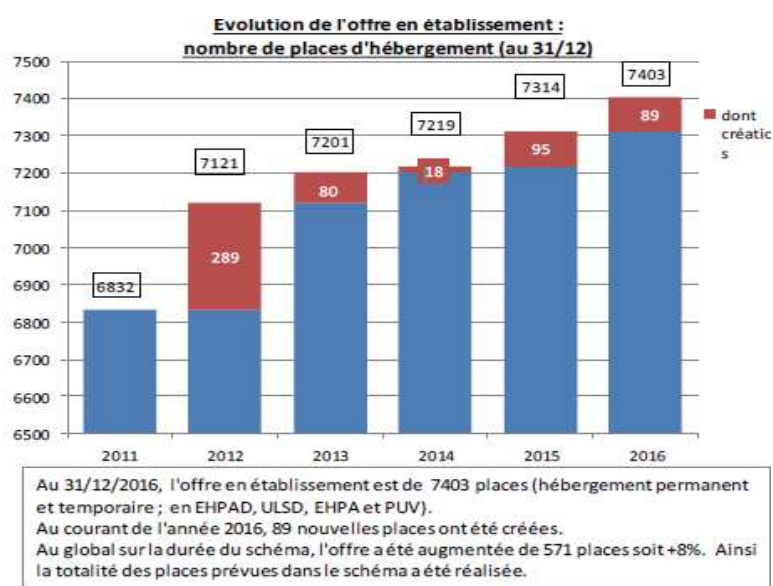
Elle rencontre l'aidant à son domicile ou sur son lieu de travail. Ce sont des actions ponctuelles mais le suivi se fait sur du long terme sur tout le T3.

La plateforme **ADAGE** à Rouffach (Aide aux aidants d'un proche âgé dépendant) dont l'équipe est un peu plus conséquente. Elle se compose d'un psychiatre, d'un gériatre, d'un psychologue, d'un neuropsychologue, d'un cadre de santé, d'une IDE, de médiateurs familiaux et d'assistantes sociales. Ce dispositif s'articule sur deux axes : un axe de prévention de l'épuisement de l'aidant et un axe thérapeutique qui vise à faciliter l'accès aux soins des aidants. Pour ce faire, sont organisées des réunions d'information débat sur la maladie d'Alzheimer et ses formes apparentées, des groupes de paroles et des entretiens individuels dans des centres médico psychologiques.

#### 5.2.4.13 L'Association France Alzheimer

A pour vocation d'écouter, conseiller, informer et orienter les familles.

Elle propose une formation des aidants (connaissance des systèmes...), des groupes de paroles, des entretiens individuels, des visites à domicile, des séjours de répit, des cafés mémoires et enfin des virades pour les aidants isolés (28).



**Figure 5: Evolution de l'offre en établissements sur l'Alsace de 2011 à 2016**

## DEUXIÈME PARTIE : L'ETUDE

### *1 Objectifs*

L'objectif principal est de déterminer les différentes **caractéristiques médico psycho-sociales** des personnes âgées hospitalisées en court séjour gériatrique pour maintien à domicile impossible. Ainsi ces caractéristiques pourront mettre en avant un profil de patient <<à risque>> qui pourra être plus facilement repéré en médecine générale et des solutions de maintien à domicile pourront être proposées en amont.

L'objectif secondaire est de relever si l'hospitalisation était réalisée pour des raisons médicales, sociales, ou les deux. Dans le cas des hospitalisations pour des raisons uniquement sociales, nous verrons si celles-ci étaient **justifiées et évitables**. Cela permettra de mettre en avant les structures insuffisamment exploitées.

### *2 Matériel et méthode*

#### **2.1 Description de l'étude**

Il s'agit d'une étude **observationnelle descriptive prospective** anonymisée menée sur 3 mois (de février à mai 2016) à l'aide d'un questionnaire réalisé au service de court séjour gériatrique du pôle gériatrique des Hôpitaux civils de Colmar.

#### **2.2 Population étudiée**

Etaient inclus les patients :

- Âgés de plus de 70 ans ;
- Hospitalisés en service de court séjour gériatrique ;
- Pour maintien à domicile impossible et dont le terme **MADI** apparaît soit en motif principal soit en motif secondaire dans le dossier médical.

Il devait être mentionné explicitement dans le courrier adressé par le médecin traitant, le médecin hospitalier ou par l'urgentiste. Lorsque ce motif n'était pas clairement identifié initialement mais qu'il s'est avéré être la cause de l'hospitalisation après évaluation par le gériatre alors ce patient a également été inclus à l'étude.

Il n'a pas été nécessaire de calculer spécifiquement le nombre de sujets à inclure au préalable, du fait du caractère descriptif de l'étude.

Nous avons inclus des patients sur une période de 3 mois, du 25 février 2016 au 23 mai 2016.

### **2.3 Recueil des données**

Les patients à inclure ont été identifiés par les gériatres et internes des services de court séjour gériatrique du centre pour personnes âgées de Colmar.

Nous avons réalisé ensuite le recueil des caractéristiques médico-psycho-sociales de ces patients au moyen d'un **questionnaire** (ANNEXE 6) à partir des données du dossier ou en interrogeant directement les patients et leurs proches quand cela s'avérait possible.

Celui-ci reprenait en revue 5 volets :

#### **-Volet 1 : les caractéristiques du patient**

-> **démographiques**: (âge, sexe)

-> les **comorbidités** calculés à l'aide du score Cumulative Illness Rating Scale\_Gériatric (**CIRS\_G**) qui fournit une quantification de la sévérité des maladies organiques dans 14 systèmes. Pour chaque système le degré de sévérité est coté de 0 à 4 (0 = pas de trouble, 1 = trouble léger n'affectant pas l'activité normale, 2 = trouble modéré affectant l'activité normale et pour lequel un traitement est nécessaire mais le pronostic est bon, 3 = trouble sévère invalidant ou handicapant pour lequel un traitement est urgent et le pronostic est réservé, 4 = incapacité très sévère, traitement urgent ou inexistant, pronostic grave). Il permet d'en ressortir le **CIRS COMPOSITE** qui correspond au nombre d'items  $\geq 2$  (29).

Nous avons rajouté les items : pathologies cancéreuses, cognitives, ophtalmiques et syndrome confusionnel qui n'étaient pas distinctes dans le score CIRS\_G.

->les données subjectives sur leur santé (perception de leur état de santé, épuisement)

->les antécédents ayant un retentissement important (chute, perte de poids, ralentissement de la vitesse de marche)

->le **motif d'hospitalisation** et le diagnostic final retenu.

### **-Le volet 2 : caractéristiques sociales et environnementales**

-> l'**entourage** du patient, les éventuels conflits préexistants

->Les **aides** déjà mises en places, le recours aux structures médico-sociales (RAG –MAIA-EMG ) et l'**aménagement du domicile** .

### **-Le volet 3 : autonomie**

->Le **GIR** qui évalue le niveau de dépendance

->L'échelle **ADL** de Katz qui permet d'évaluer l'autonomie pour les activités de base de la vie quotidienne

->L'échelle **IADL** qui permet d'étudier l'autonomie dans les activités instrumentales de la vie quotidienne c'est-à-dire celles qui sont gouvernées par les fonctions cognitives (téléphoner, cuisiner, faire les courses...)

### **-Le volet 4 : aspect financier et juridique**

->recours à l'**APA** ou autres aides financières

->s'ils bénéficient d'une **affection longue durée (ALD)**

->protection juridique : **tutelle, curatelle** ce qui sous-entend la nécessité d'une assistance ou d'une représentation dans les actes de la vie civile.

**-Le volet 5 : parcours du patient :**

->son **devenir c'est-à-dire** si il a été institutionnalisé ou si au contraire un retour à domicile a été possible

->**renforcement des aides** dans le cas où le retour à domicile fut réalisable.

Nous avons ensuite recensé toutes ces données à l'aide d'un tableur Excel afin d'en extraire les analyses statistiques.

## TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS

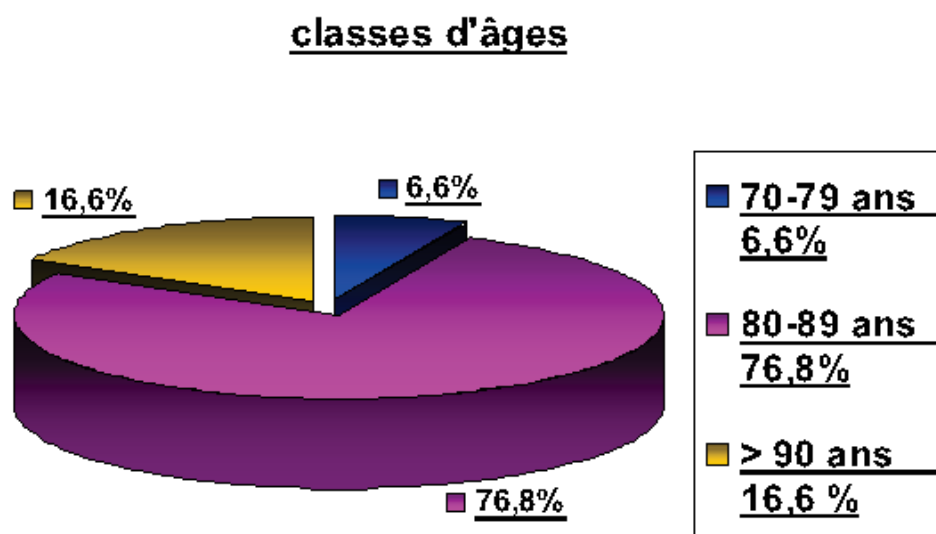
### *1. Description des caractéristiques médico-psycho-sociales de la population étudiée*

#### 1.1 Caractéristiques du patient

##### *1.1.1 Caractéristiques démographiques*

L'unité des Lilas 1<sup>er</sup> est une unité de 25 lits située au sein du centre pour personnes âgées à Colmar .Durant la période du 25 février 2016 au 23 mai 2016 nous avons pu recenser 165 admissions dont 30 patients admis pour <<maintien à domicile impossible>>. Ainsi **18 % des hospitalisations** contiennent le motif de MADI. **La durée moyenne de séjour était de 18.43 jours.**

La moyenne d'âge était de **85.7ans**. Celle des femmes était de **87.3 ans**, celle des hommes **83.7 ans**. Le ratio (M/F) est de **0.76** avec **56,6 % de femmes**. Le motif était purement social pour **3 patients (conjugopathie, maltraitance, défaillance de l'entourage)**. Les motifs d'hospitalisation les plus fréquemment retrouvés sont : les **chutes (13 patients)**, les **troubles du comportement (8 patients)** et l'**altération de l'état général (6 patients)**.



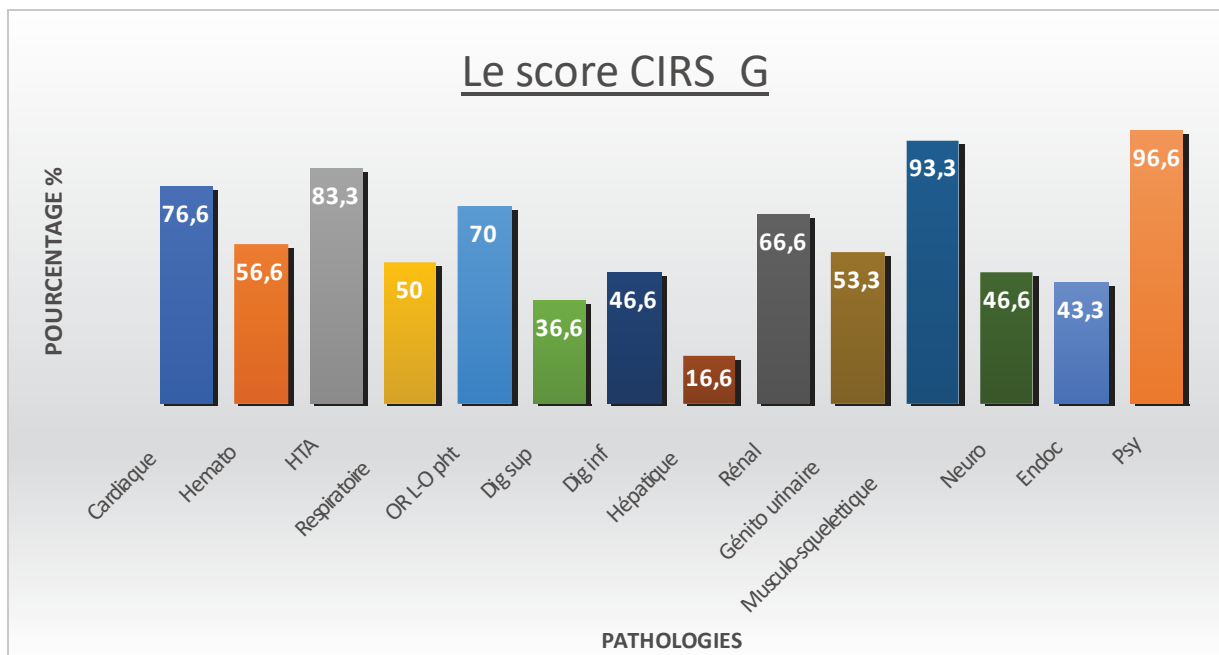
**Figure 6: Répartition des patients selon leur âge**

### 1.1.2 Les comorbidités

Le score CIRS-G a permis de mettre en avant deux pathologies en tête de liste : les **pathologies psychiatriques** avec **96.6%** de patients atteints et les **pathologies ostéo articulaires** : **93.3 %** ; elles se retrouvent devant l'HTA 83.3% et les pathologies cardiaques 76.6 %.

Le CIRS-G total est en moyenne de **15**. Le CIRS composite est en moyenne de **4**. Cela veut dire qu'en moyenne 4 systèmes sont atteints de manière à affecter l'activité normale.

Ce sont globalement des patients polypathologiques ayant une ou plusieurs comorbidités sévères.



**Figure 7: Répartition des comorbidités**

Parmi le groupe **36 %** sont atteints d'une **pathologie cancéreuse** et **73.3 %** présentent des **troubles cognitifs**. **46.6 %** ont présenté un **état confusionnel** à l'admission.



Le Mini Mental State (MMS): nous retrouvions 4 patients qui avaient un score >20 sur 30, 8 avaient un score situé entre 10 et 20 sur 30 et 2 avaient un score <10 sur 30. Il n'était pas connu pour **16** patients.

La polyopathie se traduit par la prise d'un nombre moyen de traitements élevé **7.4**, parmi eux **,53.3 %** avaient au moins **un psychotrope** et **33%** avaient un traitement anticoagulant.

### *1.1.3 Le profil des patients*

Sur les 30 patients, 16 ne pouvaient pas s'exprimer sur le ressenti de leur état de santé par rapport à celui de leurs congénères, 6 patients se trouvaient en moins bonne santé, **7 trouvaient leur santé équivalente** et 1 seul se trouvait en meilleure santé.

Concernant l'Indice de masse corporelle (IMC) selon l'OMS nous retrouvons **2 patients en insuffisance pondérale**, 15 patients ayant un IMC normal, **8 patients en surpoids**, **2 en obésité stade I**, **1 en obésité stade II**, et **1 en obésité stade III**. Parmi l'échantillon la **moitié a perdu du poids de manière involontaire** (en moyenne 4.9 kg) cette dernière année. Seulement 3 patients avaient un complément nutritionnel oral avant l'hospitalisation.

Classification en fonction de l'indice de masse corporelle	
Insuffisance pondérale	< 18.5
Éventail normal	18.5 - 24.9
Surpoids	≥ 25.0
Préobésité	25.0 - 29.9
Obésité	≥ 30.0
Obésité, classe I	30.0 - 34.9
Obésité, classe II	35.0 - 39.9
Obésité, classe III	≥ 40.0

**Figure 8: Classification de l'indice de masse corporelle selon l'OMS.**

A l'interrogatoire, **19** patients ont clairement exprimé un sentiment **d'épuisement** ; **11 patients ont ressenti un ralentissement de la vitesse de marche** mais cet item était difficilement exploitable du fait de la faible mobilité de la majorité des patients.

**63%** ont un **antécédent de chute** ces 3 derniers mois et seulement 1 patient pratique une activité physique régulière (une heure de marche par jour).

Sur la totalité du groupe, **12 patients** avaient une **incontinence urinaire et fécale**, 8 une incontinence uniquement urinaire et 10 n'étaient pas incontinents.

## **1.2 Caractéristiques sociales et environnementales**

### ***1.2.1 Entourage du patient***

Dans cet échantillon, 11 personnes vivaient en milieu urbain ,15 en milieu semi-urbain et 4 en milieu rural. 10 patients vivaient seuls, **19 avec leur conjoint** et **1 avec sa fille**.

Cela revient à dire que seulement le tiers vivait seul et parmi eux uniquement 1 patient n'avait aucun aidant.

**26 d'entre eux** avaient un **entourage (autre que le conjoint) présent**. Cet entourage vivait principalement à proximité. Seulement **5 familles étaient en situation conflictuelle**.

La majorité des aidants évoquent un épuisement (**25 sur 29**).

### Mode de vie

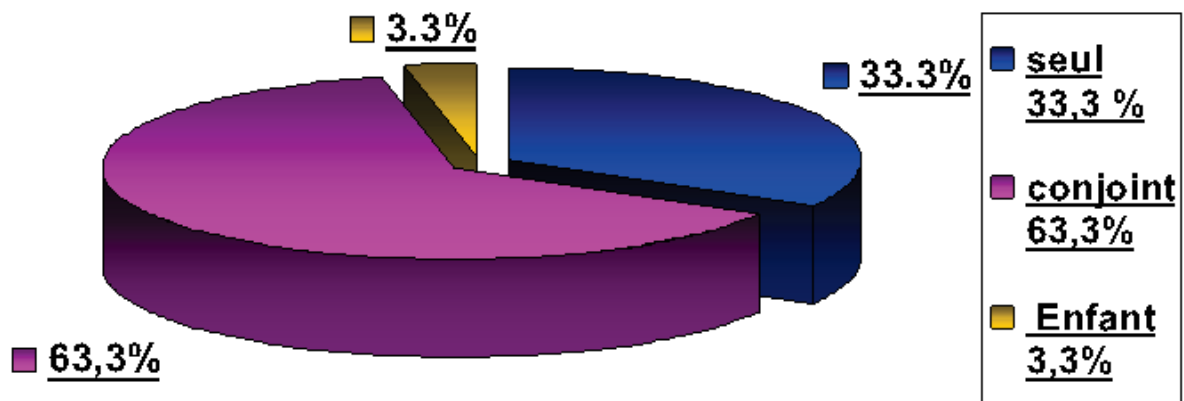


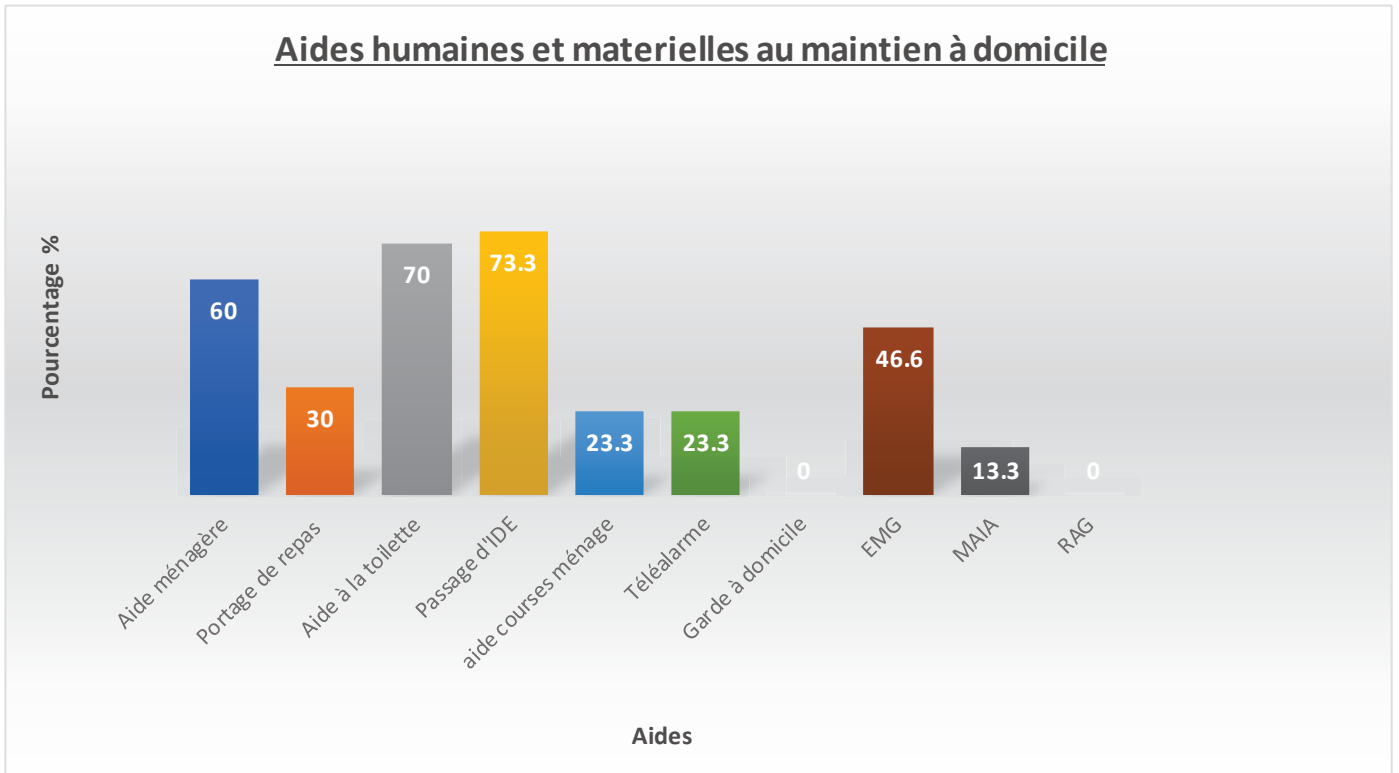
Figure 9: Mode de vie

#### *1.2.2 Les Aides humaines et matérielles à domicile avant l'hospitalisation*

Seulement 2 patients n'avaient recours à aucune aide formelle avant l'hospitalisation. Le passage d'une IDE à domicile, l'aide à la toilette et l'aide-ménagère étaient les trois principales ressources retrouvées. Il y avait ensuite le portage de repas puis les aides informelles (courses et entretien domestique). On ne retrouve que 23.3 % de patients équipés de téléalarme or 63.3 % des patients avaient un antécédent de chute dans l'année.

Aucun des 30 patients n'avait eu recours au système de garde de nuit ; **12** patients étaient suivis en **hôpital de jour (HDJ)** avant l'hospitalisation et **2** bénéficiaient du passage de l'équipe spécialisée Alzheimer (ESA).

**L'Equipe mobile de gériatrie** était la plus souvent sollicitée (majoritairement aux urgences) avec **46.6%** d'interventions recensées. La **MAIA** n'était que faiblement représentée à hauteur de **13.3 %**. Seulement 3 patients étaient connus par la MAIA avant l'hospitalisation. Le Réseau d'appui aux médecins généralistes (RAG ) n'a fait l'objet d'aucune demande.



**Figure 10: Aides formelles et informelles au maintien à domicile**

### *1.2.3 Environnement et activités du patient*

Le domicile n'a **pas été aménagé** dans **58%** des cas. Dans le cas où il a été aménagé, 66% ont fait appel à un ergothérapeute.

Seulement **13 % des patients** se déplacent à l'**extérieur** de leur domicile, aucun d'entre eux n'a eu recours à des activités culturelles ou sociales et **76 %** ont recours à une **aide à la marche**.

## 1.3 Autonomie

### 1.3.1 Le GIR

Celui-ci **n'était pas connu** avant l'hospitalisation dans **70%** des cas.

Parmi les 9 patients dont le **GIR** était connu, 2 d'entre eux avaient un GIR = 1. Ce sont des personnes qui ont perdu toute leur autonomie.

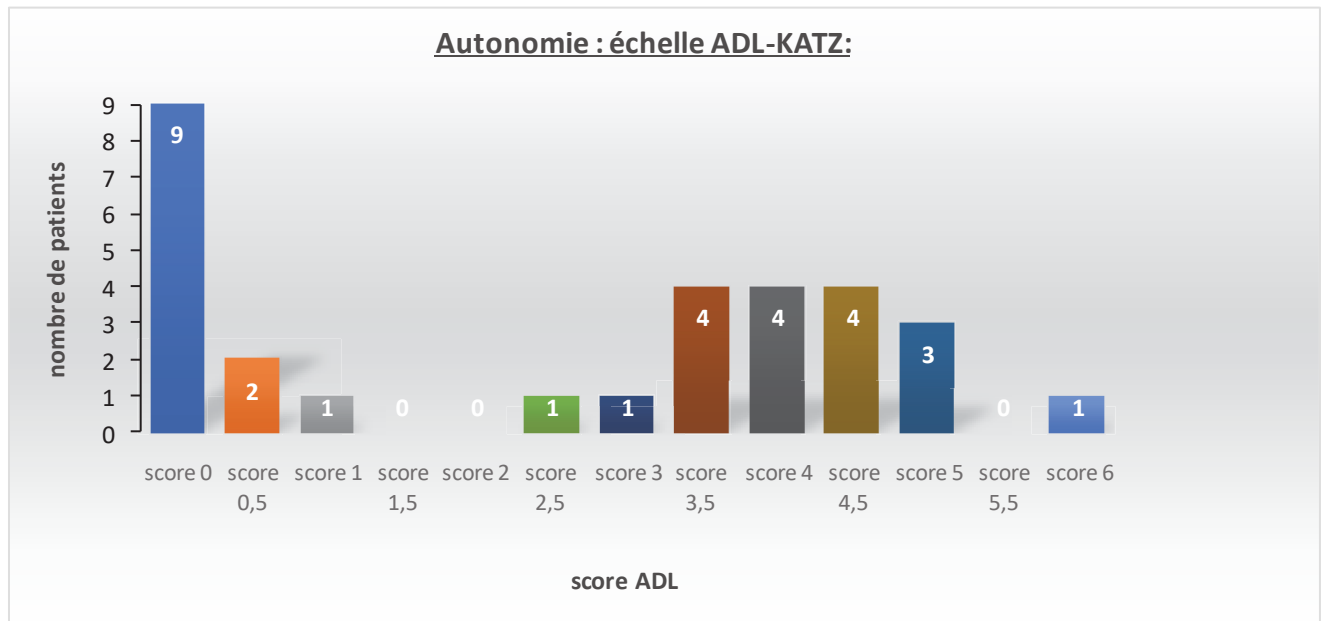
1 patient avait un GIR = 2 soit une perte d'autonomie élevée (cognitive et/ou motrice).

4 patients avaient un GIR = 3 c'est-à-dire qu'ils avaient une autonomie partiellement altérée et enfin 2 patients avaient un GIR = 4. Ces patients présentaient des troubles locomoteurs ou nécessitaient des aides pour les activités corporelles et le repas.

### 1.3.2 L'échelle ADL-KATZ

Plus le score est bas, plus le patient est dépendant. Dans notre cas nous retrouvons **9** patients ayant un score de **0**, 2 patients ayant un score de 0.5 et respectivement un patient ayant un score de 1, de 2.5 et de 3. Un seul avait un score de 6/6 (aucune dépendance), 3 avaient un score de 5 et 4 patients avaient respectivement un score de 4.5, 4 et 3.5 ;

**28** patients avaient besoin d'une aide partielle ou totale à la **toilette et à l'habillement**.



**Figure 11: Echelle ADL-KATZ**

### *1.3.3 L'échelle IADL*

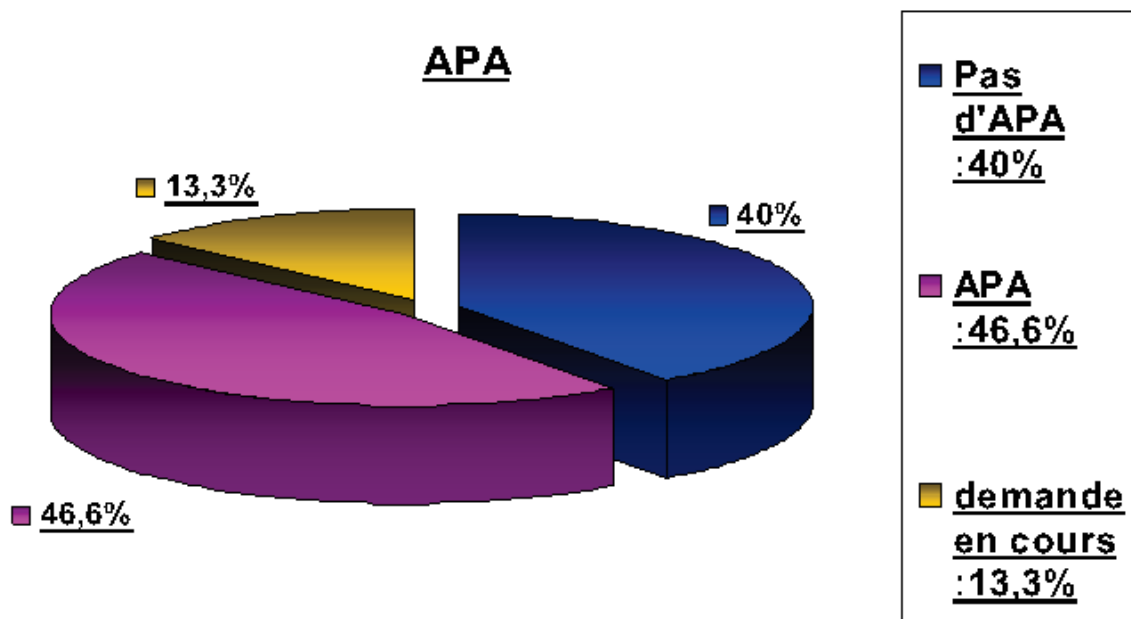
Permet d'évaluer la capacité du patient à réaliser des gestes de la vie quotidienne, à utiliser certains matériels. Echelle de 0 à 8, plus le score est proche de zéro plus l'autonomie est altérée. Dans notre cas on retrouvait **16** patients ayant un score à **0**, **8** ayant un score de 1, 4 un score de 2 et enfin 2 un score de 3. Tous les patients étaient dépendants pour le ménage et la totalité des patients qui avaient un IADL = 1 étaient autonomes uniquement pour l'utilisation du téléphone.

## **1.4 Caractéristiques financières et juridiques**

### *1.4.1 L'APA et l'ALD*

Cette prestation est délivrée selon le niveau de dépendance du patient.

L'étude nous montre que **40 %** de l'échantillon n'avait **pas recours à l'APA**, 46.6% en étaient bénéficiaires et 13.3 % avaient une demande en cours. Seulement 3 patients avaient une autre aide financière. La **totalité** des patients avait au moins une **ALD**.



**Figure 12: Répartition de L'APA**

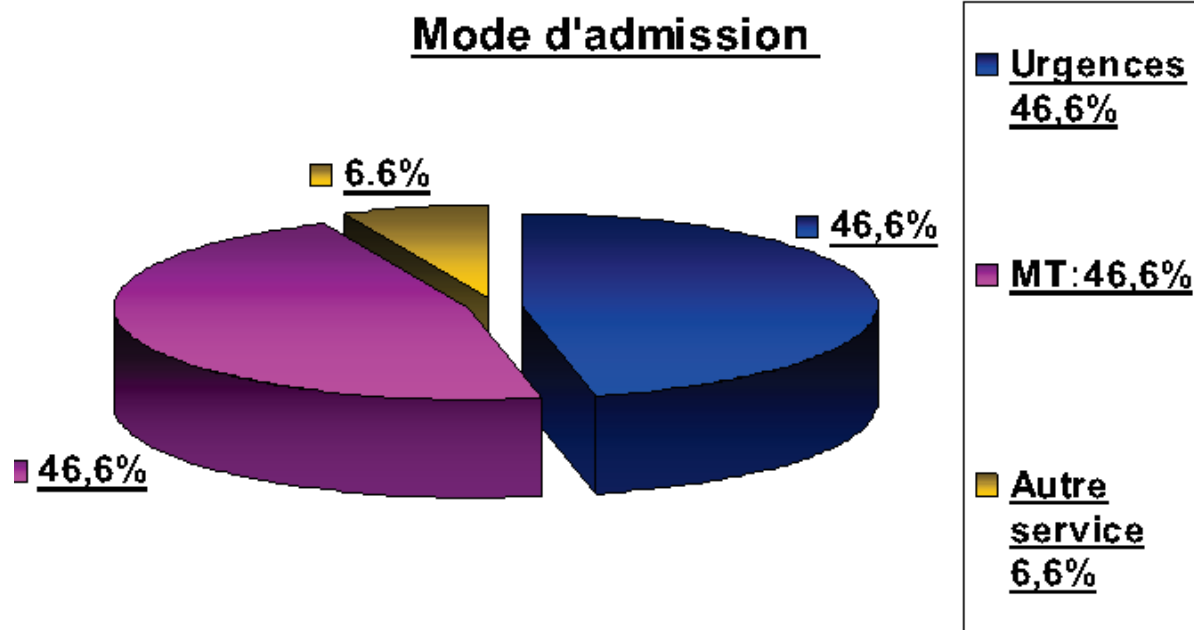
#### *1.4.2 Protections juridiques*

Seulement **2** patients étaient sous **tutelle**. L'altération de leurs facultés mentales ou corporelles nécessitait l'intervention d'une tierce personne pour gérer les actes civils. Lors du calcul du MMS nous retrouvions tout de même **8** patients qui avaient des troubles cognitifs modérés pour lesquels une démarche devra être entreprise à l'avenir.

### **1.5 Parcours des patients**

#### *1.5.1 Mode d'admission*

**14** patients ont été adressés par les **urgences**, **5** patients ont bénéficié du passage de l'EMG aux urgences ; **14** ont été adressés par le **médecin traitant** et parmi eux **12** ont été directement admis au service du court séjour gériatrique, les **2** autres sont passés par les urgences. Enfin **2** patients ont été adressés par d'autres **services**. Seulement **3** patients étaient connus par la **MAIA** avant l'hospitalisation.

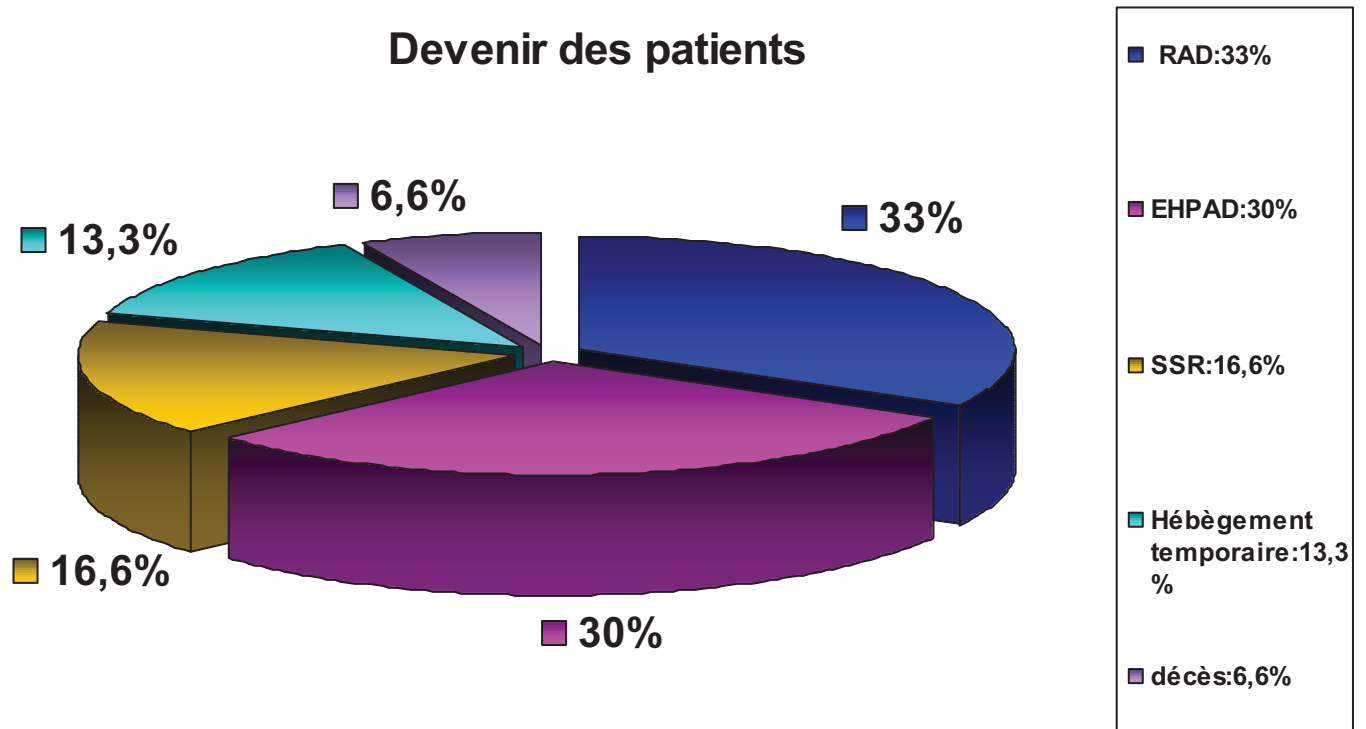


**Figure 13: Mode d'entrée des patients**

### *1.5.2 Devenir*

Il y a un taux quasiment équivalent de **retour à domicile (RAD)** (33.3%) que d'institutionnalisation en **EHPAD** (30%). 16% ont été admis en SSR et 13.3% en **hébergement temporaire**. On retrouve un taux de 6.6% de décès. Parmi ceux qui sont retournés à domicile, **4 patients** ont eu une **majoration des aides** dont 3 **patients** ont eu une **majoration des aides associée** à un ou plusieurs passages en **HDJ** et **1 patient** a eu une majoration des aides d'emblée associée à un passage en **Accueil de jour (ADJ)** ; 1 patient a eu une majoration d'aide et un passage de la **MAIA** ; 1 patient a eu uniquement des passages en ADJ et un uniquement l'intervention de la MAIA. Concernant l'ordonnance, **15 patients** ont eu une simplification de leur traitement, **10** une simplification et un ajout, **3** uniquement un ajout et **2** pas de changement.





**Figure 14: Devenir des patients**

## ***2. Focus sur les 3 patients admis uniquement pour des motifs sociaux***

### **2.1 Patient 1 Motif : Défaillance de l'aidant principal**

Il s'agissait d'une femme de 84 ans dont le mari a été hospitalisé précipitamment enUSIC (unité de soins intensifs de cardiologie) et qui n'avait pas d'enfants. Elle vivait dans une maison aménagée par un ergothérapeute. Elle présentait des troubles cognitifs à type de démence mixte d'origine vasculaire et neurovégétative. Le score de MMS était à 14/30 en 2011. Les autres antécédents principaux étaient une sclérose en plaque, un accident ischémique transitoire et un carcinome du sein droit actuellement traité par hormonothérapie. Elle était suivie deux fois par mois en HDJ du CPA essentiellement pour de la rééducation. Elle se déplaçait avec un déambulateur. Elle bénéficiait du passage du SSIAD de manière quotidienne pour une aide à la toilette et à l'habillage, d'un portage de repas et d'une aide-ménagère deux fois par semaine. Son mari s'occupait de la préparation des médicaments, des courses et de la gestion administrative et financière. Son GIR était évalué à 3 en 2009.

Son IMC était de 35 kg/m<sup>2</sup> mais elle avait perdu 5.5 kg de manière involontaire ces 3 derniers mois. Son score ADL était de 1/6 et l'IADL de 0/8. Son traitement se composait de 9 molécules. Elle a finalement été institutionnalisée et son traitement a été simplifié.

Dans ce cas nous pouvons voir qu'elle bénéficiait déjà de nombreuses aides. Il eut été intéressant d'avoir recours aux structures d'hébergement temporaire d'urgence (mais le nombre de places disponibles est très limité sur le territoire). De plus les troubles cognitifs de la patiente associés à sa perte d'autonomie ne lui permettaient pas d'être hébergée dans n'importe quelle structure. Finalement il est difficile de dire que l'hospitalisation était évitable dans ce cas de figure bien que le motif fût uniquement social. Il eut été intéressant de voir si la question de l'institutionnalisation a été abordée auparavant par le médecin traitant.

## 2.2 Patient 2 : Motif Conjugopathie

C'était une femme de 90 ans hospitalisée suite à une violente dispute avec son conjoint. Elle vivait avec son mari dans une maison non aménagée, ne parlait plus à ses enfants depuis quelques années et présentait comme principales pathologies une ACFA, une dépression, et une BPCO. Des chutes à répétition récentes ont été révélées. Elle a été particulièrement agitée durant son hospitalisation. A l'issue de celle-ci on lui a diagnostiqué une démence vasculaire accompagnée de trouble du comportement. Elle prenait 7 médicaments tous les jours (dont un anticoagulant). Un traitement neuroleptique (Loxapine) a été ajouté du fait de ses troubles du comportement. Son IMC était de 19 kg/m<sup>2</sup>, elle avait perdu récemment 6 kg.

Elle ne bénéficiait que du passage d'une IDE 2 fois par mois pour réaliser son INR.

Son score ADL était à 6, elle était parfaitement autonome en ce qui concerne les soins d'hygiène. Le score IADL était quant à lui à 2/8. Elle nécessitait une aide pour le ménage, les courses et la préparation des médicaments. Elle n'avait pas d'APA.

Elle est finalement retournée à domicile avec un renforcement du plan d'aide et une prise en charge en hôpital de jour. Une mise sous protection juridique a été conseillée par le psychiatre. On se retrouve face à un cas où le patient n'avait pas recours à suffisamment d'aides (financières et humaines). De plus son état était sous-évalué puisque sa démence n'était pas diagnostiquée avant cette hospitalisation. C'était un cas délicat à aborder pour le médecin généraliste pour différentes raisons : tout d'abord son positionnement par rapport au patient et les troubles du comportement de celui-ci rendaient son adhésion et sa prise en charge difficile, ensuite par manque de temps pour solliciter et articuler toutes les ressources nécessaires. Le recours à une structure telle que l'équipe mobile de gériatrie qui se déplace également à domicile aurait pu permettre une prise en charge globale des différentes problématiques (troubles cognitifs, dénutrition, chutes, perte d'autonomie). Le renforcement du plan d'aide qui en découlait aurait pu permettre d'éviter cette hospitalisation qui n'avait pas de motif médical urgent.

### **2.3 Patient 3 : Motif Maltraitance**

Il s'agissait d'un homme de 84 ans grabataire et mutique du fait de sa maladie d'Alzheimer à un stade sévère. Il vivait à domicile avec son épouse et son fils qui avait des problèmes d'alcoolisme chronique. Le patient avait été adressé par son médecin en raison d'une suspicion de maltraitance de la part de son fils qui lui aurait coupé la pulpe des doigts. Les faits se sont produits alors que le fils se trouvait en état d'ébriété. Les autres antécédents majeurs étaient une arythmie cardiaque paroxystique, une hypertension et des pneumopathies à répétition. Il n'avait qu'un traitement anti-hypertenseur et des compléments nutritionnels. Il présentait des fausses routes à répétition (son IMC était de 23 kg/m<sup>2</sup>). Son GIR était à 1, le score était nul à l'échelle ADL et IADL. Les aides en place étaient une IDE et une auxiliaire de vie qui passaient matin et soir pour la toilette et les médicaments, le kiné deux fois par semaine et une aide-ménagère une fois par semaine. Il était déjà connu par l'EMG qui suspectait des troubles du comportement vis-à-vis du fils. Durant l'hospitalisation un signalement a été envoyé au procureur. Il a finalement transité par le service de SSR, une mesure de protection a été ouverte ainsi qu'un renforcement des aides.

Ce cas est discutable car finalement toute la problématique réside autour du fils. Il y avait déjà de nombreuses démarches réalisées (aides en place, intervention de l'EMG). Néanmoins la mesure de protection juridique n'a été enclenchée que tardivement. Il eut été opportun de recueillir l'avis de son fils afin de voir si un épuisement était ressenti et éventuellement l'orienter vers des structures d'aide à l'aidant comme les plateformes de répit si cela s'avérait être le cas. De fait, cette hospitalisation aurait pu également être évitée.

## QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION

### *1. Caractéristiques des patients hospitalisés pour MADI*

Notre étude révèle un profil qui s'apparente à un **homme ou une femme** d'âge moyen aux alentours de **85,7 ans** ayant plusieurs **comorbidités** avec en tête de liste des pathologies **psychiatriques et ostéoarticulaires**, dont 63 % ont des antécédents de **chute** ; **73.3% d'entre eux** ont des **troubles cognitifs** (modérés à sévères). Ils ne se trouvent pas forcément en mauvaise santé. On note dans 50 % des cas une **perte de poids** récente. Ils ne sont **pas isolés** et prennent en moyenne **7.46 traitements par jour**. Ils ont **déjà des aides en place** dans 93% des cas mais 40% ne bénéficiaient pas de l'APA. On retrouve un certain degré de **dépendance** avec un score **ADL à zéro** pour le tiers de l'échantillon et un score **IADL à zéro** pour plus de la moitié de la population étudiée.

#### **1.1 Caractéristiques démographiques et entourage du patient**

Nous retrouvons une **proportion quasi équivalente d'hommes et de femmes** avec une légère supériorité en faveur des femmes (56.6 %) qui est en adéquation avec l'espérance de vie dans le Haut-Rhin (17). Leur âge moyen était de **85,7 ans**. Contrairement aux idées reçues, ces patients étaient rarement isolés. Les deux tiers de l'échantillon **ne vivaient pas seuls** et seulement un patient parmi les dix restants n'avait pas d'entourage proche. Ce constat fut également retrouvé dans la thèse menée à Bordeaux sur les maintiens à domicile difficiles où dans 50 % des cas l'aidant principal habitait au domicile du patient ou dans un domicile proche (30).

## 1.2 Des patients aux nombreuses comorbidités, polypathologiques

Le score CIRS\_G a mis en évidence quelques pathologies prépondérantes : les **pathologies psychiatriques, les pathologies musculosquelettiques, l'HTA et les pathologies cardiaques.**

Le CIRS composite est en moyenne de 4. Ainsi 4 domaines étaient atteints, de manière modérée au minimum. Cela recoupe les données de l'enquête Insee-Credes sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 qui ont montré que la poly pathologie était la règle chez les personnes très âgées : 93 % des 70 ans et plus avaient au moins 2 maladies, et 85 % au moins 3 maladies, les plus fréquentes étant les affections cardiovasculaires et ostéoarticulaires. L'étude épidémiologique (Barnett 2012) a montré que l'association d'une **morbidity psychiatrique** avec une **morbidity somatique** concernait environ un tiers des sujets atteints de poly pathologie (31). Notre étude a révélé un taux plus important de pathologies psychiatriques 96.6 %. Cela résulte de la prise en compte de la dépression dans cet item. En effet de nombreux travaux ont mis en évidence un lien entre polypathologie et dépression (31)(32).

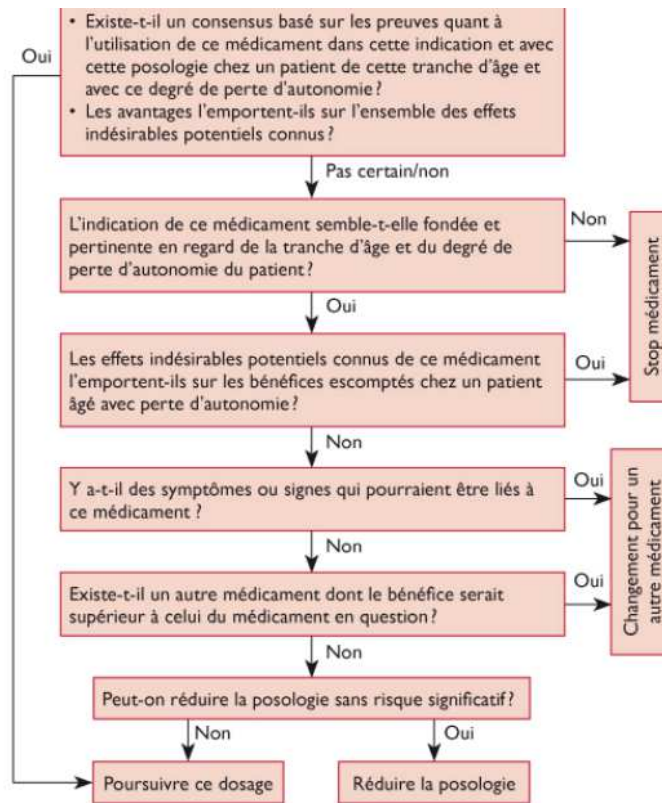
L'utilisation de l'échelle CIRS\_G prête à discussion. Cette échelle présente l'avantage d'avoir une bonne performance inter et intra examinateur, d'où une bonne fiabilité et reproductibilité. Elle est adaptée aux personnes âgées. Cependant elle a l'inconvénient d'évaluer plusieurs pathologies dans la même catégorie. Par exemple un diabète de type 2 et un antécédent de cancer du sein ne donneraient qu'une note car étant dans la même catégorie <<endocrinologie>>. Il faut également faire remarquer que cette échelle nécessite un certain apprentissage pour qu'elle puisse être reproductible (33). Le score ne prédit d'ailleurs pas le risque de ré-hospitalisation (34). L'utilisation du score de comorbidité de CHARLSON porte aussi à discussion car il est le plus utilisé dans la littérature médicale mais il reste lui aussi non spécifique d'une pathologie. Nous avons rajouté les items pathologies ophtalmologique, cancéreuse et cognitive afin d'avoir des données plus précises de l'état du patient. Ainsi nous

avons pu mettre en lumière que les maladies cancéreuses sont en plein essor, 36 % de l'échantillon étant atteint de telles pathologies. Près de deux cancers sur trois surviennent chez les personnes âgées de 75 ans et plus (35). L'oncogériatrie s'avère être une discipline d'avenir encore peu développée.

Les atteintes ophtalmologiques sont très fréquentes, de l'ordre de 56 % et peuvent avoir des conséquences néfastes sur la qualité de vie voire être responsables d'un handicap. Il eut été bénéfique de voir combien avaient un suivi ophtalmologique récent. La pathologie démentielle sera développée ultérieurement.

### **1.3 Des patients polymédiqués**

La polyopathie engendre une polymédication incontournable. Le nombre moyen de traitements était de **7.46** dont **53.3 %** avaient au moins **un psychotrope** et **33%** avaient un anticoagulant. La polymédication chez la personne âgée est clairement associée à un risque augmenté d'effets indésirables, de surdosages, d'interactions médicamenteuses et d'erreurs de prise (36). Réduire la prescription de psychotropes reviendrait à réduire le risque de chute et cela est d'autant plus important que le tiers présente un anticoagulant. Il existe une surprescription concernant les plaintes anxieuses et les troubles du sommeil. La prescription des antidépresseurs doit être plus adaptée. Il s'agit de prescrire ces traitements aux patients qui présentent une dépression avérée et non une simple <<déprime >>. Il y a donc un travail diagnostique à approfondir vis-à-vis des médecins traitants. Le <<Good Palliative-Geriatric Practice algorithm>> illustre un type de démarche de réflexion concernant la simplification ou la modification d'une ordonnance (Figure 14) .Le principe étant de trouver le juste milieu entre une prescription adaptée à l'âge du patient avec une simplification des mesures préventives sans basculer vers une forme d'abandon thérapeutique. Ainsi en menant cette démarche et en expliquant au patient le pourquoi de nos actes les modifications seraient mieux établies et de ce fait mieux acceptées.



**Figure 15: Good Palliative-Geriatric Practice algorithm**

#### 1.4 Des patients chuteurs

Dans notre étude nous retrouvons 53 % des patients ayant un antécédent de chute durant les 3 derniers mois. En parallèle il apparaît que dans 58% des cas le domicile n' a pas été aménagé. Ce constat peut en partie expliquer ce nombre élevé de chutes.

De plus, peu d'entre eux étaient équipés d'une téléalarme (7 patients).

Cette situation nous amène d'autant plus à nous interroger sur le **renforcement des mesures de prévention des chutes au domicile.**



### **1.5 Des patients en perte d'autonomie nécessitant une aide à domicile**

Le score ADL-KATZ était de zéro pour 30 % de la population étudiée, et **93.3 % de l'échantillon avaient besoin d'une aide partielle ou totale pour la toilette et l'habillage.**

Le score IADL était de zéro pour 53.3 % des patients .L'échantillon était peu autonome pour réaliser les soins d'hygiène et les actes de la vie quotidienne .

Ces patients avaient besoin d'un accompagnement quotidien par une tierce personne afin d'effectuer ces soins .La prestation **APA domicile** est un excellent reflet de cette demande puisqu'elle est mobilisée pour financer le recours à un intervenant à domicile .

Ce constat est en adéquation avec les résultats de la DREES qui évoquent une **augmentation des bénéficiaires de l'APA à domicile de 5 % sur la période de 2010 à 2015 (37).**

L'enquête de l'INSEE de 2011 met en avant une progression du nombre de personnel soignant intervenant à domicile. Nous retrouvons une évolution de 94 % de l'emploi d'aide à domicile dans le Haut-Rhin de 2005 à 2020 (18). L'emploi progresse au rythme de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. D'après l'INSEE le maintien à domicile génèrerait plus de 45 000 emplois en 2020 (38).

### **1.6 Des patients dénutris**

**La moitié de l'échantillon a perdu en moyenne 4.9 Kg de manière involontaire durant l'année précédant l'hospitalisation** ,alors que si l'on se réfère à l'IMC seulement 2 patients sont en insuffisance pondérale selon les critères de l'OMS. On dénombre uniquement 3 patients qui avaient un complément nutritionnel oral instauré avant l'hospitalisation. Le calcul de l'indice de masse corporel que nous avons utilisé est nécessaire au repérage de la dénutrition mais n'est pas suffisant. La littérature recommande d'utiliser le **Mini Nutritional Assessment (MNA)** outil validé apportant des informations sur les causes de dénutrition, mais l'objectif ici n'est pas de détailler l'état nutritionnel précis de ces patients.

## ***2. Les freins au maintien à domicile***

### **2.1 Le manque de réévaluation du plan d'aide**

Compte tenu du degré de dépendance des patients, seuls 46.6 % d'entre eux étaient bénéficiaires de l'APA à l'admission. **Sur les 10 patients qui sont retournés à domicile, 9 ont eu une majoration de leur plan d'aide.** Cette constatation reflète le manque de réévaluation du plan d'aide au domicile ou au cours de précédentes hospitalisations dans d'autres services de spécialité, où il peut arriver que les dimensions psycho-sociales du patient âgé soit occultées au profit uniquement de la dimension médicale.

### **2.2 Peu d'évaluation des troubles cognitifs**

La maladie d'Alzheimer touche 20 % des sujets de plus de 75 ans (39). Le maintien à domicile difficile est fortement associé à une pathologie démentielle. Dans notre étude 73.3 % des patients admis pour <<MADI>> avaient des troubles cognitifs. **Le MMS n'était pas connu pour 16 d'entre eux soit 53 % de l'échantillon.** De plus les MMS recueillis étaient souvent issus d'hospitalisations antérieures. Cela met en évidence un défaut d'évaluation des troubles cognitifs par le médecin généraliste. Cette évaluation est capitale puisqu'elle est à la source de nombreuses actions : renforcement du plan d'aide, aménagement du domicile, mesure de protection, soutien de l'aidant... On peut l'expliquer par diverses hypothèses : la réalisation du MMS en ville est chronophage et peut être difficile à réaliser sur le temps imparti d'une consultation (40), la revalorisation de la cotation des visites en Visites Longues VL est insuffisamment exploitée pour le moment. L'absence de thérapeutique démotive certains médecins (30). L'annonce du diagnostic de démence est délicate et au vu de la relation entretenue entre le médecin et son patient, le recours aux consultations mémoire est parfois retenu comme l'alternative de choix mais cela nécessite l'accord de la personne. Le patient est souvent dans le déni, soit il ne veut pas l'entendre, soit il n'en est plus capable. Enfin nous notons également un manque de formation des médecins généralistes. Selon une enquête

DREES 2014, sur un échantillon national de médecins généralistes suivant au moins une personne âgée dépendante, 56% déclaraient avoir suivi une formation sur la maladie d'Alzheimer(41). Les médecins sont insuffisamment sensibilisés à la spécificité de la discipline gériatrique et en particulier à cette problématique.

### **2.3 Repérage insuffisant des personnes âgées fragiles**

La fragilité est difficile à définir. On s'accorde à dire selon la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) qu'elle est représentée par la **diminution des réserves fonctionnelles avec une altération des mécanismes d'action au stress**.

C'est un processus continu de vulnérabilité croissante qui prédispose au déclin fonctionnel et conduit finalement à la mort. De ce fait, les réserves disponibles baissent inexorablement. Elle constitue un marqueur de risque de mortalité, de perte d'autonomie, de chutes, d'hospitalisation et d'institutionnalisation. L'évaluation des personnes âgées repérées comme fragiles mais non dépendantes (classées GIR 5 ou 6 par la grille AGGIR) consiste à rechercher la présence des facteurs somatiques, fonctionnels, psychologiques et sociaux associés au risque de perte d'autonomie (42). La politique d'action sociale de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail Alsace-Moselle (CARSAT) a pour but de favoriser la prévention de la perte d'autonomie des retraités relevant des GIR 5 et 6. Dans ce cadre, la CARSAT Alsace Moselle vise à leur faciliter l'accès à des actions collectives de prévention multithématiques sur le sommeil, la prévention des chutes, l'alimentation, la stimulation de la mémoire...qui constituent des signes précurseurs de fragilité (43).

Selon les **critères de FRIED** nous pouvons recenser plusieurs items qui sont : la perte de poids involontaire depuis 1 an (de plus de 5 %) , l'épuisement ressenti par le patient, la diminution de la vitesse de marche, la diminution de la force musculaire et enfin la sédentarité. Si on dénombre plus de 3 items, alors la personne est considérée comme fragile. Un score entre 1 et 2 : pré fragile et un score de zéro : robuste (44). Dans notre étude, la

moitié des patients ont perdu du poids de manière involontaire, quasiment tous se sentaient épuisés, 36 % ressentaient une diminution de leur vitesse de marche (mais le résultat est sous-estimé car une partie de l'échantillon n'avait pas d'avis sur la question car ils ne se déplaçaient que très peu). Les deux derniers items n'étaient pas exploités dans le questionnaire. L'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) constitue une aide précieuse pour réaliser ce type d'évaluation. Dans notre étude elle a été sollicitée cinq fois aux urgences. Cet accès facilité à l'**EMG** constitue un avantage considérable au sein de l'hôpital civil de Colmar. Ils peuvent réaliser une **évaluation gériatrique standardisée (EGS)** afin d'identifier rapidement les personnes à risque d'hospitalisation. En consultation la fragilité peut être cernée à l'aide de six questions : Est-ce que la personne vit seule ? A-t-elle perdu du poids involontairement ? Est-elle plus fatiguée ? A-t-elle plus de difficultés à se déplacer ? Se plaint-elle de sa mémoire et enfin sa vitesse de marche s'est-elle ralentie ?

Cependant si le concept de fragilité apparaît séduisant sur le plan intellectuel, il souffre encore d'une absence de critères de définition consensuels et reste encore difficile à définir (45).

#### **2.4 Une offre fournie devant être mieux structurée**

Le médecin généraliste se retrouve face à une offre florissante de structures de soins dont les spécificités se recoupent parfois, sans être réellement informé de leurs constitutions. Le gouvernement a pris conscience de cette mauvaise lisibilité en termes d'offres de soins sur le territoire. Le **schéma de l'autonomie 2018-2022** présente comme axe de travail le développement de la cohérence entre l'offre de proximité et la logique de parcours, le but étant d'articuler les acteurs sur le territoire. La MAIA est particulièrement impliquée dans cet objectif et organise des rencontres entre partenaires afin de favoriser les échanges. Elle a également conçu un **référentiel du <<qui fait quoi ?>>** où la majeure partie des acteurs sont non seulement recensés mais également définis. Dans notre étude, nous pouvons voir que certaines structures comme le RAG ou la garde de nuit n'ont pas du tout été sollicités.

Certains médecins connaissent encore mal les ressources de l'aide au domicile et le coût pour l'utilisateur, si bien qu'ils ne sont pas en mesure de les informer utilement (46). Une coordination de la communication entre les médecins traitants et les organismes de soins est primordiale. Un **Système d'Information pour la Coordination des soins à Domicile (SICODOM)** est en pleine expansion. Initialement développé dans le Haut-Rhin en 2018, il commence à être répandu dans le Bas-Rhin. Son utilisation nécessite l'accord du patient. Le logiciel est exploitable en visite à domicile depuis un Smartphone ou un ordinateur portable. Son objectif est de contribuer à améliorer la coordination de tous les acteurs du domicile du territoire en favorisant ainsi le décloisonnement entre la médecine de ville et l'hôpital mais aussi entre les secteurs sanitaires médico-sociaux et sociaux (47). D'autres outils numériques ont été déployés comme un **annuaire des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales (ROR)**, **le dossier médical partagé (DMP)** et **le dossier pharmaceutique (DP)**. Ils ont fait l'objet d'investissements importants, mais leur mise en œuvre a été retardée et souvent inaboutie (48).

### *3. Facteurs favorisant le maintien à domicile*

#### **3.1 Les aidants**

Ils constituent un pilier essentiel au maintien à domicile. La loi du 11 février 2005 reconnaît juridiquement l'aidant avec un aménagement du temps de travail. Celle du 20 avril 2007 a institué le congé de soutien familial. La loi du 28 décembre 2015 définit le statut de proche aidant et leur attribue des droits. L'aidant peut percevoir une rémunération s'il opte pour le statut de salarié. Les aidants sont de fait davantage exposés aux risques d'épuisement, d'isolement et de solitude par rapport à l'entourage familial, social et professionnel. Ils sont majoritairement représentés par les conjoints et les enfants (49). Notre étude a révélé que les patients hospitalisés pour <<MADI>> étaient **rarement isolés** et que finalement il y avait peu de conflits familiaux (16%). Cependant nous retrouvons systématiquement un **épuisement de**

**l'aidant.** Celui-ci présente fréquemment un syndrome anxiodépressif ainsi qu'un isolement. Nous aurions pu utiliser **l'échelle de Zarit** afin d'évaluer la charge émotionnelle, physique et financière que représentait la prise en charge de leur proche (50). Le résultat a une valeur indicative de l'épuisement de l'aidant et permet de l'orienter vers des structures d'aides et de répit. A Colmar il existe une plateforme de répit et d'accompagnement pour les aidants appelée **RIVAGE**, qui permet non seulement de soulager l'aidant en l'orientant vers des solutions de répit (accueil de jour, hébergement temporaire) mais également de répondre à ses questions et de le former sur l'alimentation, l'hygiène, la manutention. Le nombre d'aidants potentiels devrait diminuer d'ici 2040 avec une estimation de 2.3 aidants potentiels pour un homme et de 2 pour une femme (51). Il paraît important de soutenir les aidants et de prévenir les conséquences d'un éventuel épuisement et ce d'autant plus que le nombre d'aidants par personne aidée va diminuer et donc leur charge augmenter(52). En Europe, certains pays comme l'Allemagne, le Luxembourg et la Finlande présentent des programmes de service de **répit pour les familles, à un rythme d'un week-end par mois** (53).

Au Québec il existe un système de **baluchonnage** qui consiste à accueillir un professionnel de santé durant plusieurs jours pour s'occuper de la personne en perte d'autonomie dans son propre domicile .Le droit du travail français a empêché la transposition de ce modèle (54).

### **3.2 Le médecin généraliste**

Il constitue le pivot central entre tous les acteurs qui gravitent autour du patient, son rôle étant d'articuler au mieux les différents intervenants afin d'aboutir à une prise en charge optimale du patient. Il a pour vocation de **coordonner les soins**. Cela nécessite une bonne connaissance des partenaires ainsi qu'une bonne communication avec les autres pourvoyeurs de soins et notamment l'hôpital. Dans notre étude nous pouvons voir que les échanges entre le service de court séjour gériatrique et les médecins traitants se font facilement, puisque 46 % des patients ont directement été admis sur appel des médecins généralistes au service de court séjour sans

passer par les urgences. Au moment des sorties les gériatres prennent le soin d'établir une fiche de liaison afin qu'il n'y ait pas de rupture dans la prise en charge du patient en attendant la lettre de sortie définitive.

Le généraliste doit également de par son rôle de **prévention**, anticiper les situations de rupture et aborder les projets de vie comme l'entrée en institution avec les patients avant qu'ils ne soient plus en mesure de le faire. Il connaît bien l'entourage et sait dans quelle mesure il peut constituer un soutien pour le patient. Son positionnement est parfois difficile dans la mesure où il doit évaluer la question du bien-fondé médical. Dans certains cas l'hospitalisation s'avère être le seul recours pour faire comprendre au patient que le retour au domicile est impossible.

#### *4. Les évolutions sur le territoire*

##### **4.1 Evolution du RAG en PRAG**

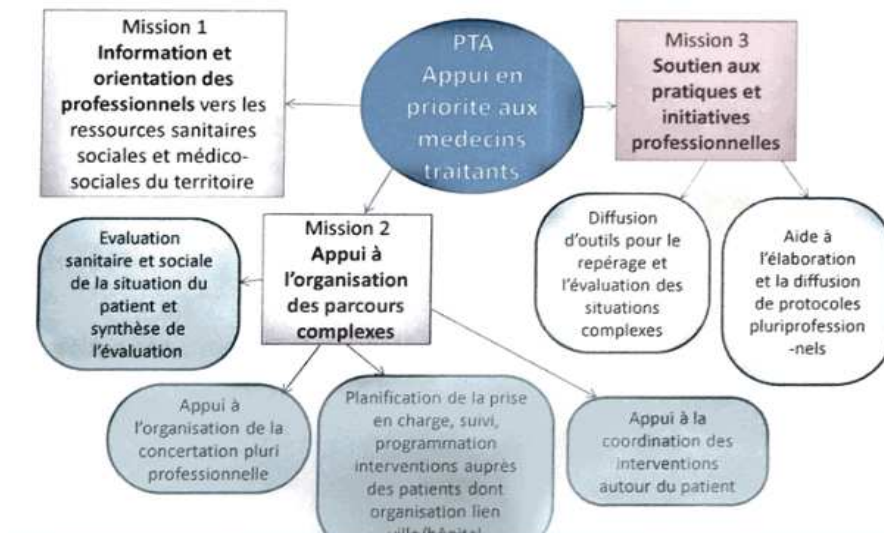
Le 15 mai 2018 le RAG (Réseau d'Appui aux médecins Généralistes) est devenu PRAG (Plateforme du Réseau d'Appui aux médecins Généralistes) porteur de la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) elle-même issue de l'article 74 de la LMSS.

La mission dévolue à la PRAG consiste à apporter une assistance rapide aux médecins généralistes (ou à un partenaire en accord avec le médecin traitant) qui en font la demande pour toutes problématiques (**parcours de santé complexe**) concernant les patients **quel que soient leur âge**, pathologie ou handicap (24).

Le champ de compétence s'agrandit avec un **élargissement de la coordination à l'ensemble des parcours complexes sans limitation d'âge**. Le coordonnateur de la PRAG est un interlocuteur privilégié et unique pour aider à résoudre rapidement les situations complexes rencontrées. Pour le médecin traitant la PRAG constitue un gain de temps médical avec une

intervention sur mesure mais il reste néanmoins le pivot et maître de toutes les préconisations faites par la PRAG (ANNEXE 7).

## Schéma de présentation des missions



**Figure 16: Les missions de la PRAG**

### 4.2 Le Groupement Hospitalier Territorial 11 (GHT11)

L'arrêté du premier juillet 2016 fixe la composition du **GHT 11** centre Alsace (55). Il reprend le contour de l'ancien TS3 s'étendant de Sélestat- Obernai à Guebwiller. Il est composé de 10 établissements publics (dont les HCC de Colmar) qui se sont regroupés afin de mettre en œuvre un projet commun : le **Projet Médical Partagé**. Ainsi nous pouvons voir qu'une véritable prise de conscience a été réalisée dans le sens de l'amélioration de la lisibilité des actions menées de par la cohésion des établissements. Une réflexion a été établie sur la filière **de prise en charge de la personne âgée**. Plusieurs axes d'amélioration ont été présentés :

- fluidifier le parcours de la personne âgée en milieu hospitalier à partir des urgences et/ou de services de court séjour. Des actions de **recensement des différents interlocuteurs susceptibles d'agir dans l'urgence (la nuit et les week-end)** sont en cours d'élaboration ;



- réflexion sur le projet de **garde itinérante de nuit** qui serait pensé comme un SSIAD de nuit (ouvert de 19h à 23h), il pourrait être complémentaire de l'hébergement temporaire d'urgence ;
- améliorer la prise en charge des personnes âgées en réorganisant les urgences avec les équipes mobiles gériatriques et les équipes mobiles psychiatriques, de façon à éviter les attentes et à améliorer la filière en aval ;
- renforcer l'accès à la prévention, organiser et développer la prévention dans tous les champs de compétence gériatrique ;
- améliorer le repérage de la fragilité ;
- développer et faciliter l'accès à l'**expertise gériatrique** (consultations gériatriques externes et interservices, EMG, hôpitaux de jour, télémédecine, ...) ;
- développer l'expertise sur le vieillissement des personnes en situation de handicap et en risque de sur-handicap ;
- renforcer et optimiser la **filière Alzheimer et maladies apparentées** ;
- intégrer la gériatrie dans la **filière oncologique** et dans le domaine des soins palliatifs.

### **4.3 Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**

Dans le cadre de travaux sur la **loi de modernisation de notre système de santé (LMSS)**, les professionnels de santé ont rappelé l'importance qu'ils attachent à la promotion des soins de proximité et à l'amélioration de l'organisation des parcours des patients. En réponse la LMSS a défini les **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** (56).

Ce sont des **équipes projets**, s'inscrivant dans une approche populationnelle dont le but est d'organiser la réponse à un besoin de santé sur un territoire. Le CPTS rassemble des professionnels de santé regroupés sous forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires assurant des soins de premier ou deuxième recours. Elle rassemble aussi des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Les regroupements de professionnels de santé répondant à la définition de pôle de santé deviennent automatiquement des CPTS. Tous ces professionnels se réunissent de leur propre initiative pour élaborer et suivre des projets.

La LMSS a prévu différentes démarches de projet (GHT, CPTS ...) qui contribuent à faire évoluer l'offre en santé au service des parcours, de la qualité et de la sécurité des prises en charge, de la réduction des inégalités territoriales de santé.

Dans le même esprit la **concertation** <<grand âge et autonomie >> débutée en octobre 2018 a pour but d'appeler les citoyens à formuler des propositions concrètes sur Make.org en répondant à la question <<comment mieux prendre soin de nos aînés ? >>. Cela permettra d'aboutir sur un projet de réforme d'ampleur (57).

Ces démarches n'ont cependant, ni exactement le même objet, ni le même délai de mise en œuvre. Il est essentiel que les travaux effectués dans l'un ou l'autre cadre soient menés en cohérence sans cependant que la multiplicité des démarches constitue un frein à l'avancée de chacune d'entre elles.

#### 4.4 La Télémédecine

En plein essor, cette discipline a été définie dans l'article 78 de la loi <<Hôpital Santé patient Territoire >> comme étant une << **forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication** >> (58). Le GHT11 présente la télémédecine comme une filière de développement.

Son principe est de mettre en rapport un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical avec un patient.

Pour ce faire le patient et le professionnel médical doivent être équipés de moyens techniques adaptés (tablettes, ordinateur ...)

On distingue différents actes de télémédecine :

**-la téléconsultation** : qui donne lieu à une consultation médicale ;

**-la télé expertise** : qui permet à un professionnel médical de solliciter l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux ;

**-la télésurveillance** : qui permet d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ;

**-la télé assistance** : qui permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

La traçabilité des actes s'avère nécessaire dans le dossier du patient.

Les cinq grands objectifs sont :

-améliorer l'accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire ;

-impulser une meilleure coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social en ambulatoire ;

-mieux articuler le premier et le second recours afin d'améliorer la lisibilité et la visibilité du parcours de santé ;

-diminuer le recours aux urgences et les transports inadéquats ;

-prendre en compte les besoins et attentes du patient, en facilitant le maintien à domicile ou en établissement médico-social des personnes en situation de perte d'autonomie ou souffrant de maladie chronique.

L'un des chantiers prioritaires national étant d'articuler le champ sanitaire et médico-social dans les structures médico-sociales ou en HAD. En Alsace, un des enjeux du déploiement de la télémédecine est d'assurer la continuité de la prise en charge gériatrique. Pour ce faire le souhait général est de développer un réseau de télémédecine **entre les EHPAD de la région et les professionnels de santé externes aux établissements y compris les centres de**

**régulation.** Les bénéfices attendus sont d'éviter le déplacement des patients fragiles, faciliter l'accès aux soins sur le territoire et de permettre aux résidents d'accéder à une consultation spécialisée à distance par visioconférence. Le projet télémédecine en EHPAD a été abordé sur une étude menée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux. Les retours étaient positifs et ils annoncent même un avenir prometteur avec une ouverture sur le secteur libéral notamment pour les SSIAD et l'HAD(59).

Pour le moment, sur le territoire, la télémédecine a surtout été développée dans le domaine de la radiologie avec le service de partage d'image (SIMRAL), et dans les disciplines spécialisées tels que la néphrologie et la neurologie. Le numérique et ses usages sera un des moyens d'améliorer le système dans un futur proche.

## *5. Discussion sur la méthodologie et les limites de l'étude*

### **5.1 Puissance**

L'une des limites de l'étude est sa **faible puissance** du fait d'un effectif peu Important (30 dossiers). En effet, une étude incluant davantage de patients pourrait permettre la mise en évidence de différences statistiquement significatives.

### **5.2 La durée d'inclusion**

La durée d'inclusion **de 3 mois** (de février à mai) n'incluant pas la période des grandes vacances, n'a pas permis de mettre en évidence d'éventuels **facteurs saisonniers** potentiellement responsables d'une augmentation des hospitalisations pour maintien à domicile difficile.

### **5.3 Lieu de l'étude**

Notre étude a été menée au service de court séjour gériatrique du pôle gériatrique des Hôpitaux Civils de Colmar. On retrouvait des patients essentiellement issus d'un milieu semi

–urbain (53.3%) et d'un milieu urbain (33 %). Il eut été opportun de mener une étude comparative concernant les hospitalisations pour maintien à domicile difficile dans le département du Bas-Rhin et notamment avec un centre hospitalier universitaire (CHU). Ainsi nous pourrions voir s'il y a une différence de profil de patients hospitalisés pour ce motif en **CHU et en non CHU**, si le parcours, les freins et les facteurs favorisant le maintien à domicile étaient similaires sur un bassin différent.

#### **5.4 Caractère prospectif de l'étude**

Les études prospectives portent à la fois sur le présent et sur le futur.

Cette étude a été menée à l'aide d'un questionnaire, les patients ont été suivis pendant un temps donné et les informations recueillies au fur et à mesure. Cela a permis de recueillir des **données subjectives** sur le ressenti des patients et de leur entourage. L'autre avantage est de pouvoir récupérer un maximum d'informations puisque le questionnaire a été posé en temps réel, contrairement aux études rétrospectives où les informations manquantes ne sont pas récupérables puisque le seul support est le dossier médical.

Il eut été bien de savoir si les patients ont été hospitalisés récemment pour le même motif de MADI et ainsi de voir si ce motif de consultation était redondant.

#### **5.5 Les critères d'inclusion**

Le fait d'inclure les patients pour lesquels le motif de MADI n'apparaissait pas initialement dans le dossier médical mais pour lesquels les gériatres du service jugeaient qu'il s'agissait d'un MADI après évaluation du cas peut induire un **biais de sélection**. En effet, cela implique une dimension subjective qui peut parfois engendrer des erreurs.

## CONCLUSION

Réaliser ce travail au début de notre vie professionnelle a été riche d'enseignements. Cela nous invite à avoir une **approche plus globale** de l'accompagnement des personnes âgées à domicile. La durée moyenne de séjour des hospitalisations pour le motif de MADI a été considérablement allongée dans notre étude puisqu'elle est passée de 13.5 jours à 18 jours.

Il est donc primordial pour le médecin traitant de pouvoir les détecter et d'instaurer les aides nécessaires en amont afin d'éviter au maximum ce type d'hospitalisation.

L'objectif premier de cette étude était d'en ressortir un <<**profil**>> de patient hospitalisé pour MADI afin de permettre un repérage précoce de ce type de patient par le médecin traitant. L'étude a ainsi montré qu'il s'agissait indifféremment d'un **homme ou d'une femme de 85,7 ans. Ils étaient poly pathologiques, polymédiqués et dépendants. Nous retrouvions principalement des troubles des fonctions supérieures souvent associés à des troubles psycho-comportementaux, une dénutrition, des troubles ostéoarticulaires et des chutes à répétition. Moins de la moitié d'entre eux bénéficiaient de l'APA** et les aides initialement mises en place n'étaient plus adaptées à leur situation.

L'objectif secondaire a permis de révéler que le **motif** d'hospitalisation pour la majorité des cas était médico-social. Il n'était que **rarement purement social**. Dans ce cas précis, nous avons tenté d'évaluer si l'hospitalisation était évitable. La réponse à cette question portait à discussion. Il s'avérait que l'hospitalisation était jugée évitable dans deux cas (celui de la conjugopathie et de la maltraitance) sur les 3 étudiés.

Ces cas ont permis de montrer que **certaines aides étaient inexploitées** et que l'évaluation régulière de l'entourage et du souhait du devenir du patient est essentielle pour éviter ces situations de rupture.

Pour l'aider dans ces situations complexes, le médecin a accès à de nombreuses structures d'expertises et d'aides. La lisibilité de ces structures, toujours plus nombreuses, n'est pas évidente. En effet le déploiement de la **politique de parcours (PAERPA )** a mené au développement de **différents écosystèmes** locaux pour lesquels les fonctions se retrouvent redondantes . C'est dans cette optique de cohésion et d'harmonisation des pratiques que vont naître les CPTS ainsi que les nouveaux objectifs du GHT11 et notamment le projet médical partagé.

Le développement de la **télémédecine** apporte également une aide considérable pour favoriser le maintien à domicile puisqu'elle permet de décloisonner le système et de donner un accès aux soins, même aux patients grabataires et ceux ayant de grandes difficultés à se déplacer.

Il serait intéressant de suggérer la mise en place d'une **consultation obligatoire de prévention à 75 ans** (basée sur le même principe que les consultations obligatoires de pédiatrie), où le médecin généraliste ferait le point sur l'autonomie de son patient, son traitement et ses choix de vie future. Pour ce faire le praticien pourrait s'aider d'un support informatique préconçu où il renseignerait le **GIR, le MMS, la liste des médicaments et les souhaits du devenir du patient**. Le patient pourrait lui aussi avoir accès à un questionnaire où il remplirait différents items pouvant permettre au médecin traitant de détecter une fragilité. Cette consultation, sans doute plus longue qu'une consultation standard, pourrait être rémunérée au même titre qu'une consultation longue.

Elle permettrait aux patients de préparer au mieux leur futur.

De même il est enrichissant de **s'inspirer de ce que font nos pays voisins** car il est clair que la prise en charge des personnes âgées est inégalement développée entre les pays.

Prenons l'exemple de la **Suède** qui a été confrontée très tôt au problème de vieillissement.

Elle a instauré en l'an 2000 les **visites préventives des personnes de 75 ans et plus vivant à domicile dans le but de leur présenter des services offerts par la commune et de donner des conseils** concernant l'alimentation, l'activité physique et les aides technique simples pour éviter les accidents domestiques. Les municipalités offrent des **services de transport** à toutes les personnes incapables d'utiliser les transports publics. Ces services permettent de se déplacer en taxi ou en véhicule spécialement adapté à un prix comparable à celui d'un transport public. Le nombre de déplacements reste cependant limité par la municipalité (60).

Aujourd'hui les tensions sont multiples dans le domaine du maintien à domicile de la personne âgée : mauvaise attractivité des métiers relevant de l'aide à domicile (niveau de rémunération, épuisement des professionnels, difficultés de recrutement des associations, coordination des professionnels, lien ville –hôpital, reste à charge pour les usagers, financement de besoins croissants et donc de nouvelles recettes à dégager par la gouvernance) même si d'importants progrès ont été réalisés, y compris localement .

Dans cette ère où les changements socioculturels amènent à une évolution des modes de vie qui tendent vers un isolement des aînés, il s'avère primordial d'envisager de nouvelles formes de prise en charge afin de préserver au mieux leur dignité.



VU  
Strasbourg, le 11-4-2019  
Le président du Jury de Thèse  
Professeur G. KALTENBACH

  
Professeur G. KALTENBACH  
Professeur

VU et approuvé  
Strasbourg, le 16 AVR. 2019  
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg  
Professeur Jean SCHILLA



## ANNEXES

### *Annexe 1 : Grille Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources (AGGIR)*

L'APA est attribuée pour les quatre premiers échelons de dépendance, selon l'évaluation de la grille AGGIR, utilisée comme grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie. Elle sert donc de base à l'attribution de l'APA.

**Sont GIR 1:** les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, et pour qui une présence continue d'intervenants est indispensable.

**Sont GIR 2:** les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas complètement altérées, pour qui une prise en charge est nécessaire pour la plupart des activités de la vie courante, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Elles peuvent se déplacer dans leur logement. Elles ne peuvent pas ou partiellement, faire leur toilette ou s'habiller seules.

**Sont GIR 3:** les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement, et plusieurs fois par jour, des aides pour leur autonomie partielle. Elles ne peuvent pas, ou seulement partiellement, faire leur toilette ou s'habiller seules. La majorité d'entre elles n'assument pas l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.

**Sont GIR 4:** les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement, la plupart s'alimentent seules. Ce groupe comprend aussi celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

**Sont GIR 5:** les personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

**Sont GIR 6:** les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

## Annexe 2 : Le PPS (Plan personnalisé de soins)

## PAERPA – Le PPS

La personne et ses contacts utiles				Nom :	
				Prénom :	
				Date de naissance : / /	
				Sexe :	
				N° Sécurité sociale :	
				Poids :	
Numéro du PPS		Date de la version en cours		ALD :	
Coordonnateur du PPS		Profession :		Nom :	
Informations sur la personne				Numéro de sécurité sociale	
Adresse de la personne				Mesure de protection	
				<input type="checkbox"/> Oui Laquelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Aidant		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre : Nom(s) :		Recherche d'hébergement en cours	
		Tél. : email :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Référénts familiaux/amicaux		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre : Nom(s) :		Financement : APA / CARSAT / Autre	
		Tél. : email :		<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non	
Personne de confiance		Tél. : email :		Directives anticipées	
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Caisse de retraite		Nom : <input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)		Mutuelle	
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle :	
Contacts utiles					
	Nom	Téléphone	email	Participants à l'élaboration du PPS : mettre une X	
Médecin traitant					
Infirmier libéral ou coordonnateur SSIAD					
Pharmacien d'officine					
Kinésithérapeute					
Autre professionnel :					
Infirmière ETP					
Géronte					
SSIAD/SAD/SPASAD					
Coordonnateur d'appui (réseau, équipe mobile)					
Tuteur / curateur					
Travailleur social et son service					
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

## Annexe 3 : Brochure EMPAA

**L'équipe pluridisciplinaire émane du dispositif spécialisé de psychiatrie de l'âge avancé du pôle Lauch-Thur-Doller**

**Chef de pôle :** Dr. Joël OBERLIN  
**Psychiatre - praticien hospitalier référent :**  
 Dr. Stéphane BRENGARTH  
**Cadre de santé référent :**  
 Christine SCHOELCHER  
**Psychologue :** Géraldine PIERRON  
**Infirmières :** Heidi BIEHLMANN  
 Chantal HEDOUIN  
 Sophia MULLER  
**Assistante de service social :**  
 Marie-Claire HASSENFORDER

**Horaires d'ouverture  
du lundi au vendredi de 9h à 17h**

**Où nous contacter :**  
 Téléphone : 03 89 78 74 40  
 Télécopie : 03 89 78 74 86  
 Courriel : empaa@ch-rouffach.fr

T / contact@ch-rouffach.fr / 03 89 78 74 40



### **Equipe Mobile de Psychiatrie de l'Age Avancé (EMPAA)**

"Le Rempart"  
 Maison Saint-Jacques  
 2, rue du Maréchal Lefebvre  
 68 250 ROUFFACH  
**Tél : 03 89 78 74 40**



### **Nos missions**

**L**a santé psychique des personnes âgées et de leur entourage peut être mise en jeu du fait de l'avancée en âge.

L'EMPAA permet d'intervenir précocement dans les situations de crise et d'adapter les soins psychiques au plus près des besoins de la personne âgée à domicile en :

- renforçant ses capacités d'adaptation,
- préservant au maximum l'autonomie et l'inscription sociale,
- garantissant la stabilité environnementale et affective,
- soutenant les aidants familiaux et/ou professionnels.

**L'EMPAA constitue un dispositif dynamique au coeur des réseaux de soins et d'accompagnement des personnes âgées. Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié de la prise en soins.**

### **L'offre de soins**

L'EMPAA est accessible pour toutes les demandes relatives à la santé psychique des personnes âgées et de leur entourage.

Elle concerne les cantons du pôle Lauch-Thur-Doller (Cernay, Guebwiller, Masevaux, Saint-Amarin, Soultz, Thann et Wittenheim) et les cantons d'Ensisheim, Neuf-Brisach et Rouffach.

L'EMPAA intervient suite à un contact préalable avec le médecin traitant et les partenaires déjà impliqués.





## Annexe 4 : Brochure du RAG



**Un patient de plus de 60 ans pose une difficulté de prise en charge, suite à une situation devenue aiguë ou à une rupture intervenue dans son environnement habituel ?**

Le coordonnateur du RAG propose, **SOUS 72 HEURES OUVREES**, un plan d'intervention adapté à la situation (équipe mobile de gériatrie, Orient'âge, gestion de cas des MAIA, services sociaux...)

**COMMENT CELA FONCTIONNE ?**

Pour bénéficier des services du RAG, il vous suffit de contacter la **plateforme d'appui aux médecins généralistes** :

- > **N° de téléphone UNIQUE : 0 367 300 367**  
(numéro dédié aux médecins généralistes)
- > par courriel à : [plateforme@alsacegeronto.com](mailto:plateforme@alsacegeronto.com)

**UN N° UNIQUE, UN SERVICE PERSONNALISÉ...**



**Tél : 0 367 300 367**  
(prix d'un appel local)

**Courriel : [plateforme@alsacegeronto.com](mailto:plateforme@alsacegeronto.com)**

**Adresse :**  
122, rue du Logelbach  
BP 80469  
68020 COLMAR Cedex

**Fax : 03.51.08.19.22**

**[www.alsacegeronto.com](http://www.alsacegeronto.com)**  
Twitter : @alsacegeronto



En partenariat avec

**l'URML Alsace et l'Agence Régionale de Santé d'Alsace.**







**SERVICE D'APPUI AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

pour une réponse rapide à toutes les problématiques concernant des patients de plus de 60 ans

[www.alsacegeronto.com](http://www.alsacegeronto.com)



**Le RAG s'engage à fournir une réponse rapide et efficace pour toute situation problématique concernant des patients de plus de 60 ans.**

Le RAG est un réseau de santé spécifiquement dédié aux médecins généralistes.

Il est composé d'une dizaine de coordonnateurs (infirmiers) répartis sur l'ensemble de la région Alsace.

**ENGAGEMENT DU RAG**

- > **Faciliter la tâche du médecin généraliste au quotidien** en l'assistant, en le soutenant et en lui fournissant une réponse rapide.
- > **Conforter la place du médecin généraliste au cœur de la coordination du parcours de santé de ses patients.**
- > **Permettre au médecin généraliste de rester maître des décisions qu'il prend et de la coordination qu'il pilote.** Le RAG n'intervient que dans la limite de la mission confiée.
- > **Assurer le bilan et la traçabilité des actions mises en place.**

**INFORMATIONS, CONSEILS ET ORIENTATIONS**

Le RAG a développé une expertise fine des offres existantes sur le territoire et contribue à améliorer leur lisibilité. Il vient en appui au médecin généraliste, qui, ainsi épaulé, préserve son temps médical.



Qu'il s'agisse de **renseignement, de conseil, d'orientation, les compétences du RAG concernent notamment :**

- > les offres de services disponibles sur le territoire de proximité (EHPAD, hébergement temporaire, services d'évaluation...),
- > l'accès à des matériels spécifiques,
- > les possibilités de formation pour un meilleur repérage et une meilleure gestion des situations complexes,
- > les aides financières mobilisables par les patients et leur entourage,

**INTERVENTION ET COORDINATION**

Le RAG coordonne l'action des différents partenaires afin de stabiliser la situation du patient, avant de passer le relais.

Exemples de situations :

- > **Patient de 60 ans** ou plus présentant une poly-pathologie complexe, nécessitant un suivi important de son traitement médicamenteux et de ses examens médicaux.
- > **Patient isolé de 75 ans** venant de faire une chute à domicile et ne disposant d'aucune aide matérielle ou humaine.
- > **Patiente de 82 ans**, autonome, résidant au 3<sup>ème</sup> étage d'un immeuble sans ascenseur et venant de se faire une entorse.
- > **Patient désorienté**, sans aidant, oubliant ses rendez-vous pour des consultations et des examens.
- > **Aidant hospitalisé** avec personne âgée seule à domicile, nécessitant rapidement une solution en attendant le retour à domicile de l'aidant.



## *Annexe 5 : Entretien avec Mme IMHOFF pilote de la MAIA de Colmar*

### **Pourriez-vous me présenter la MAIA ?**

La MAIA est issue du plan Alzheimer initialement.

C'est une **méthode de travail** au service des autres partenaires, avec une offre de services qui est la gestion de cas.

Elle a pour but de faciliter le parcours des personnes âgées afin d'éviter les ruptures et d'essayer de les accompagner et d'améliorer leur parcours.

### **Elle concerne qui ?**

La MAIA concerne les personnes atteintes de **MA et autres maladies apparentées** à partir de **60 ans ou avant si la MA s'est déclarée à un âge jeune.**

Ce sont des patients qui souhaitent rester à domicile mais dont la situation est complexe et liée à différents critères, gérés par la gestion de cas.

### **En chiffre ça représente quoi ?**

Tout le territoire sera couvert par des MAIA, d'ici la fin de l'année il y en aura environ **350** sur toute la France (dont une qui ouvrira à Strasbourg).

(En tant que pilote Mme IMHOFF porte les projets des groupes de travail pour l'ensemble des partenaires que ce soit dans le sanitaire, le médico-social ou le social.)

### **Qui peut faire appel à la MAIA ?**

Tout le monde peut faire appel à la MAIA.

Les partenaires remplissent **un script d'analyse** (pour être sûr que la situation remplisse les 3 critères), pour la famille ou le médecin traitant, c'est la secrétaire de la MAIA qui le remplit.

### **Une méthode, 2 axes**

Il y a 2 axes dans la méthode MAIA qui sont complémentaires.

Il y a la **gestion de cas**, toutes les situations difficiles auxquels les gestionnaires seront confrontés et il y a **les pilotes** qui vont ensuite recueillir ces difficultés et les traiter lors des instances de concertations où sont réunis les partenaires et les solutions sont vues ensemble.

### **1)premier axe Le gestionnaire de cas**

Il y a des critères d'intervention pour les gestionnaires de cas :

#### 3 critères

Pour prendre en charge un patient il faut qu'il cumule ces **trois critères** (cela veut dire que la situation est complexe et que le MAD peut être compromis)

-Altération **de l'autonomie décisionnelle** (troubles cognitifs, problèmes psychiatriques, addiction) et **de l'autonomie fonctionnelle** (difficultés à se faire à manger, marcher, faire les courses, s'habiller, se laver)

-**Aides inexistantes ou insuffisantes** –ou **plan inadapté** car lié à une problématique, à un instant<< t >>qui a évolué.

-**Isolement** ou **aidant épuisé** ou **éloigné** géographiquement.

Le gestionnaire de cas peut suivre jusqu'à 35 dossiers en file active (172 dossiers suivis par la MAIA colmarienne en 2017).

(35 cas par gestionnaire, pas de possibilité d'en gérer plus car ce sont des situations extrêmement compliquées qui prennent énormément de temps, qui nécessitent de la coordination, d'intégrer d'autres services : MT, IDE, services d'aide)

Il faut accepter qu'il y ait des refus : 70% des personnes orientées présentent des refus d'aide ou de soins, il faut les convaincre elles sont souvent dans le déni. A cela se rajoutent les addictions (alcool, drogue), les problèmes psychiatriques, l'aidant qui culpabilise et s'épuise ou la superposition de deux projets différents (la PA qui veut rester à domicile et les enfants qui veulent la mettre en EHPAD). Sera prise en compte en priorité la volonté de la PA.

Si elle refuse cette proposition mais qu'on estime qu'elle se met en danger, on va travailler l'acceptation avec cette personne par différentes étapes pour qu'elle puisse cheminer dans ce projet (visiter les établissements, lui faire comprendre, passer par des hébergements temporaires). On reste en contact encore 3 mois après l'entrée en EHPAD pour être sûr que les papiers soient correctement fait, que la personne se sente bien et ne retourne pas au domicile.

Le **gestionnaire de cas** se compose de 3 IDE, 1 ergothérapeute et 1 Aide-Soignante à Colmar, mais ils ne font plus leur métier d'origine (qui leur sert pour la connaissance professionnelle, pour savoir comment aborder les problématiques avec les gens). Les IDE auront plus le côté médical, soins et l'AS plus le côté aide.

Ils ont une mission d'accompagnement, ils travaillent en binôme avec l'Assistante sociale du pôle gériatrique.

Ils gèrent de nombreux problèmes sociaux :(les mises sous protection, les demandes d'APA, les évaluations d'accompagnement aux soins, aux aides). Ils ont bénéficié d'une formation de 150h le diplôme est passé au bout d'un an.

### L'expertise

L'**expertise** est faite à l'aide d'**outils** : les **SMAF**, systèmes de mesure de l'autonomie fonctionnelle tous les 6 mois, un **PSI (Projet de Soins Individuel)**, une évaluation multi dimensionnelle (**EMDC**). D'où la nécessité de connaître l'ensemble des partenaires sur le territoire.

Ils les accompagnent en HDJ, accueil de jour EHPAD et chez le MT (dans 30 % des cas il n'y avait plus de MT), donc ils sollicitent les partenaires mais en expliquant pourquoi ils les sollicitent et en ayant évalué les besoins de la personne.

**Les patients ne sont plus sortis** car l'expérimentation montre qu'ils reviennent en boomerang au bout de 2 mois (exception : refus de laisser entrer au domicile ; entrée en EHPAD, décès ou encore les cas où la complexité tombe c'est-à-dire que la complexité était

liée à l'entourage). Actuellement les patients sont mis en **liste d'attente** et gérés en priorité selon leur situation.

Le **pôle gérontologique** peut être sollicité par la MAIA pour agir dans l'urgence le temps que la MAIA puisse prendre le relais.

#### Rapport d'activité

Les gestionnaires de cas, en plus des évaluations, doivent remplir un **rapport d'activité**, ce qui permet de voir l'impact du travail sur la population, si on a pu repousser l'entrée en EHPAD.

Il faut gérer la pression des partenaires qui voudraient que ça aille vite, or le travail sur l'acceptation prend du temps.

#### **2) 2ème axe : le pilote**

Le pilote travaille avec l'ensemble des partenaires via la mise en place **d'une table tactique** qui permet de les réunir **tous les 3 mois** : février juin septembre décembre.

Toutes les offres de services sanitaires et sociales sont représentées  
(=30 personnes environ)

Ces réunions permettent un **partage d'informations** sur les actualités du territoire, sur le retour des **groupes de travail** et les **problématiques rencontrées**. C'est durant la table tactique que sera décidée la façon d'y remédier.

Puis la décision sera validée **en table stratégique** qui a aussi lieu tous les 3 mois (autre instance de concertation) (10 personnes ARS = financeurs, le conseil départemental avec son élu, France Alzheimer, le représentant des MT de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), les mairies, la CARSAT, la Mutualité sociale Agricole (MSA) et les représentants des retraités : le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) .)

Afin de mettre en lien les partenaires, la MAIA a réalisé :

#### **Le guide qui fait quoi :**

Construit avec les partenaires et validé en table tactique et stratégique qui va évoluer en **ROR répertoire opérationnel des ressources** qui sera développé cette année. Les partenaires pourront mettre à jour directement sur le site les changements.

**Des rencontres partenaires** ont été organisées sur le territoire en 2016 et 2017

#### **Financement**

**Par l'ARS** : pour avoir un ordre d'idée, 1 MAIA, 1 pilote et 3 gestionnaires de cas= **280000 E /an**.







**Volet 2 : caractéristiques sociales et environnementale.**

- Vit-il en milieu : urbain  semi-urbain  rural

- Vit seul à domicile  oui  non

Si non : conjoint  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

- A-t-il des enfants vivants ?  oui  non

Si oui, certains vivent-ils à proximité ?  oui  non

- A-t-il des petits-enfants ?  oui  non

Si oui, certains vivent-ils à proximité ?  oui  non

- Y a-t-il des conflits familiaux ?  oui  non

- Y a-t-il un ou des aidants familiaux ?  oui  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Sont-ils épuisés ?  oui  non

- Y a-t-il des aides à domicile ?  oui  non

## Fréquence des interventions

\* aide ménagère

\* portage de repas

\* aide à la toilette

\* passage d'une IDE

\* aide pour les courses

\* téléalarme

\* garde à domicile

\* autre, précisez : \_\_\_\_\_

- Le domicile a-t-il été aménagé (WC-douche-lit médicalisé-monte escalier-rampe...) ?  oui  non

Si oui, préciser la nature des aménagements : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si oui, y-a-t-il eu l'intervention d'un ergothérapeute ?  oui  non



**- IADL**

<b>TELEPHONE</b> <input type="checkbox"/> 1 - Se sert du téléphone de sa propre initiative, cherche et compose les numéros... <input type="checkbox"/> 2 – fait quelques numéros bien connus <input type="checkbox"/> 4 – ne se sert pas du téléphone <input type="checkbox"/> 3 – Répond seulement mais n'appelle pas <input type="checkbox"/> non applicable
<b>FAIRE LES COURSES</b> <input type="checkbox"/> 1 – peut faire pour toutes les courses nécessaire <input type="checkbox"/> 3 – a besoin d'être accompagné pour les courses <input type="checkbox"/> non applicable <input type="checkbox"/> 2 – n'est indépendant que pour certaines courses <input type="checkbox"/> 4 – est incapable de faire les courses
<b>PREPARER LES REPAS</b> <input type="checkbox"/> 1 – peut organiser, préparer, et servir les repas de façon autonome <input type="checkbox"/> 2 – peut préparer les repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis <input type="checkbox"/> 3 – peut réchauffer et servir des repas préculits / ou préparer des repas sans pouvoir suivre le régime adapté <input type="checkbox"/> 4 – est incapable de faire les repas <input type="checkbox"/> non applicable
<b>FAIRE LE MENAGE</b> <input type="checkbox"/> 1 – fait le ménage seul ou assistance occasionnelle (pour gros travaux) <input type="checkbox"/> 2 – fait quelques tâches quotidiennes légères (vaisselle, lit) <input type="checkbox"/> 3 – a besoin d'aide pour l'entretien de la maison <input type="checkbox"/> 4 – ne participe pas au ménage <input type="checkbox"/> non applicable
<b>FAIRE LA LESSIVE</b> <input type="checkbox"/> 1 – fait sa lessive <input type="checkbox"/> 2 – peut faire le petit linge, mais a besoin d'aide pour le linge important (draps, serviettes...) <input type="checkbox"/> 3 – nettoie et rince les petit linge, chaussettes... <input type="checkbox"/> 4 – lessive faite par un tiers <input type="checkbox"/> non applicable
<b>TRANSPORTS</b> <input type="checkbox"/> 1 - Peut voyager seul de façon indépendante (avec sa voiture, le taxi ou en transport en commun) <input type="checkbox"/> 2 – utilise les transports en commun à condition d'être accompagné <input type="checkbox"/> 3 – utilise le taxi ou la voiture avec l'assistance d'un tiers <input type="checkbox"/> 4 – ne se déplace pas à l'extérieur <input type="checkbox"/> non applicable
<b>PRISE DES MEDICAMENTS</b> <input type="checkbox"/> 1 – prend ses médicaments seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite <input type="checkbox"/> 2 – est capable de prendre seul ses médicaments , mais a des oublis occasionnels <input type="checkbox"/> 3 – est capable de prendre seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance <input type="checkbox"/> 4 – est in capable de prendre seul ses médicaments <input type="checkbox"/> non applicable
<b>CAPACITE A GERER LE BUDGET</b> <input type="checkbox"/> 1 – gère de manière indépendante (tient son budget, libelle les chèques, paye les factures, va à la banque) <input type="checkbox"/> 2 – gère de manière indépendante, mais oublie parfois de payer une facture, ou met son compte à découvert <input type="checkbox"/> 3 – parvient à faire les achats journaliers, mais a besoin d'aide pour gérer son compte ou pour des achats importants ; ne peut pas rédiger les chèques ou suivre en détail l'état de ses dépenses <input type="checkbox"/> 4 – est in capable de s'occuper de son argent <input type="checkbox"/> non applicable
<b>TOTAL ...../ 32</b>

- Recours à une aide matérielle à la marche    oui     non

Précisez : \_\_\_\_\_

- Si incontinence :    urinaire     fécale



Annexe 7 : Brochure du PRAG



**Un service gratuit,** pour le médecin traitant et son patient.

**facile d'accès,** avec un numéro unique suffisant à déclencher les démarches.

**disponible et réactif,** avec une équipe s'engageant à vous apporter des solutions sur mesure au plus vite.

**efficace,** par une connaissance fine des ressources (structures, professionnels, aides mobilisables) du territoire.

**sécurisé,** avec des échanges par messagerie sécurisée de santé et des dossiers patients hébergés sur des serveurs labellisés.



Ma patiente de 82 ans n'arrête pas de faire des chutes à domicile, sans aide en place. Sans action, son maintien à domicile était compromis.

J'ai du mal à faire en ce moment pour les problèmes cardiaques. Son épouse s'est retrouvée seule, incapable de se débrouiller à cause de troubles cognitifs. Entre le tiers payeur, l'hospitalisation à domicile et l'équipe résidentielle, je me sentais seul face à cela. La PRAG est venue m'aider !

Ma jeune autiste est revenue à domicile dans une tranquillité que je n'avais pas d'enfants. Il lui fallait une aide immédiate.

**0 367 300 367**  
 contact@prag.alsace  
 www.prag.alsace  
 122 rue du Logelbach - BF 68488  
 68020 COLMAR Cedex  
 Tél : 03 51 08 18 22  
 messagerie.securisee.de.sante  
 prag.alsace@medicaplurix.fr

avec le soutien de




**POUR L'APPUI AUX MÉDECINS TRAITANTS D'ALSACE ET PARTENAIRES FACE AUX PARCOURS COMPLEXES DE LEURS PATIENTS...**

**PRAG**  
0 367 300 367

Le réflexe pragmatique.



INFORMER      ORIENTER  
COORDONNER

PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI (PTA) D'ALSACE  
**www.prag.alsace**

**La solution PRAG est née de 4 constats :**

- ➔ **Multiplication des situations complexes :** patientèle âgée et poly-pathologique, fragilité physique, psychique et socio-économique.
- ➔ **Organisation des parcours de santé, à rendre plus efficace,** lisible et novatrice
- ➔ **Nécessité** pour le médecin traitant **d'être au centre de la prise en charge** du patient.
- ➔ **Gain de temps médical à dégager** lors de situations complexes.

**Une réponse : PRAG, le réflexe pragmatique !**

Aiguillage vers des interlocuteurs pour un avis ou une expertise, recherche de place dans un établissement sanitaire ou médico-social, démarches administratives...

Tous ces problèmes non médicaux peuvent être gérés efficacement par un professionnel expert pour décharger le médecin traitant !

Appeler la Plateforme Territoriale d'Appui "PRAG" devient le réflexe pragmatique pour le médecin.

Il peut ainsi assurer pleinement le pilotage du parcours de santé de son patient tout en bénéficiant d'une prise en charge coordonnée des situations complexes.



**SITUATION COMPLEXE = RÉFLEXE D'ACTIONNER LA PRAG = PRISE EN CHARGE OPTIMISÉE DU PATIENT ET GAIN DE TEMPS MÉDICAL**

**PRAG**  
0 367 300 367  
Le réflexe pragmatique

**Les missions:**

- ➔ **Information et orientation** vers la bonne offre de service du territoire.
- ➔ **Intervention d'un coordonnateur** pour l'évaluation des besoins et la mise en œuvre des actions nécessaires (coordination par la mobilisation des aides et des partenaires).
- ➔ **Appui à l'organisation** des parcours complexes et à la prise en charge des patients quels que soient leur âge, pathologie ou handicap.

*Complètement débordé avec une salle d'attente pleine, je n'avais plus le temps pour essayer de joindre des gens par téléphone pour gérer les situations compliquées. Ma solution, c'est « SOS PRAG » !*

**Le coordonnateur de votre territoire : interlocuteur unique**

L'équipe de la PRAG est composée de coordonnateurs, de formation initiale infirmiers, formés et expérimentés sur la connaissance des structures locales et des réseaux d'acteurs mobilisables. Pour simplifier vos échanges, **vous vous adressez toujours au même interlocuteur de proximité :** le coordonnateur de votre territoire.



**Des expertises multiples**

Historiquement centrée sur les **problématiques gériatriques**, la PRAG, portée par l'association Réseau d'Appui aux médecins Généralistes, a évolué pour proposer un service sans critères d'inclusions.

Aujourd'hui, la PRAG apporte son expertise sur l'ensemble des champs : gériatrie, cancérologie, **handicap, addiction, psychiatrie, précarité,** petite enfance, maladies rares...

## BIBLIOGRAPHIE

(1) INPES --Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Compte rendu de la session avancer en âge [en ligne]. Disponible sur.

<[http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2013/SYNTHESE\\_AVANCER\\_AGE.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2013/SYNTHESE_AVANCER_AGE.pdf)>

(consulté le 15/06/2016) page 7 1-59 .

(2) ARS --agence régionale de santé. Projet régional de santé 2012-2016 [en ligne].

Disponible sur < [https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-](https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Synthese_PRS.pdf)

[12/Synthese\\_PRS.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Synthese_PRS.pdf)> (consulté le 23/07/2016) page 22 1-27.

(3) ARS--agence régionale de santé. Projet régional de santé 2018-2028[en ligne].

Disponible sur. <[https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/04_20180618_PRS_2018-2028_GE_COS.pdf)

[06/04\\_20180618\\_PRS\\_2018-2028\\_GE\\_COS.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/04_20180618_PRS_2018-2028_GE_COS.pdf)> (consulté le 20/07/2018) page 52 1-82.

(4) Collège National des Enseignants de Gériatrie (France). Corpus de Gériatrie,

tome1. Montmorency: 2M2 Edition et communication, 2000 .

(5) Germain.E Attitudes des généralistes en matière de prise en charge des personnes

âgées dépendantes à domicile : quelle est la place du réseau de gériatrie de l'Essonne

“Hippocampes ” ? Une enquête qualitative auprès de généralistes essonniers thèse de doctorat

en médecine sous la direction de M. Le Docteur Delesalle.L Université Paris Descartes ,2015

page 15 1-238.



(6) ROBIN .A <<Maintien à domicile des personnes âgées ; les spécificités du milieu rural thèse de doctorat en médecine sous la direction de Docteur PUECH .M, UNIVERSITE TOULOUSE III- Paul SABATIER, 2013 page 10 1- 104.

(7) LEGRAIN.S: <<Personne âgée en risque de perte d'autonomie >> revue le concours médical octobre 2013 Tome 135 N°8 p609-640.

(8) Ministère des affaires sociales et de la santé. Comité national sur le parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Janvier 2013 p1-35.

(9) Ministère des affaires sociales et de la santé :LIBAULT.D :le parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie PAERPA : état d'avancement en avril 2016 et perspectives d'extension Nancy 27 mai 2016 . [en ligne]. Disponible sur : [https://www.aphjpa.org/images/stories/2016/actes-nancy-2016/M.\\_Dominique\\_LIBAULT.pdf](https://www.aphjpa.org/images/stories/2016/actes-nancy-2016/M._Dominique_LIBAULT.pdf)>(Consulté le 05/05/2017).

(10) ARS 5 décembre 2016 CTA/PTA [en ligne] Disponible sur [https://www.google.com/search?q=pta+cta+alsace&rlz=1C1AVSA\\_enFR458FR504&oq=pta+cta+alsace&aqs=chrome..69i57.12207j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=pta+cta+alsace&rlz=1C1AVSA_enFR458FR504&oq=pta+cta+alsace&aqs=chrome..69i57.12207j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8) > (Consulté le 05 mai 2017).

(11) DREES---direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. : Evaluation qualitative PAERPA. Rapport final N°135 Mai 2017 [en ligne] Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf> > (consulté le 20 septembre 2017).

(12) Magazine Egora.fr Catherine Le Borgne le 14-03-2016 Paerpa : les libéraux encore laminés par les hospitaliers [en ligne] Disponible sur <<https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/15324-paerpa-les-liberaux-encore-lamines-par-les-hospitaliers#comment-form>> (consulté le 17 mai 2016).

(13) CNSA--- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie Les nouvelles mesures de la loi [en ligne] .Disponible sur <<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/les-nouvelles-mesures-de-la-loi>>(consulté le 15/04/2017).

(14) Sante gouv.fr : La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement [en ligne]. Disponible sur : <[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_loi\\_asv\\_janv2016.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_loi_asv_janv2016.pdf)>(consulté le 15/04/2017),p1-11.

(15) INSEE Martini. T Analyses grand Est n°89 paru le 27/12/2018 [en ligne] .Disponible sur <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3679426>> (consulté le 15 janvier 2019).

(16) ARS : Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) du Grand Est pour l'année 2017 [en ligne] .Disponible sur :< <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.htm> > (consulté le 15 janvier 2019 ) p1-24.

(17) ARS : DREES --direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques [en ligne] .Disponible sur< <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/fr.asp-prov=B-depar=K.htm>> (consulté le 15 janvier 2019).

(18) INSEE Vieillessement et dépendance évolution d'ici 2020 chiffres pour l'Alsace N°17Avril 2011 [en ligne] .Disponible sur [https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1293915/cpa2011\\_17.pdf](https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1293915/cpa2011_17.pdf)> (consulté le 20 Septembre 2016) p1/11.

(19) ORSAL :Observatoire régional de santé d'Alsace :Profil de santé Territoire de santé : Colmar –Territoire de santé 3 [en ligne] .Disponible sur : <[https://www.orsal.org/activites/etudes/pdf/Profils\\_Alsace\\_TS3%20%Colmar\\_2014%2007%2002.pdf](https://www.orsal.org/activites/etudes/pdf/Profils_Alsace_TS3%20%Colmar_2014%2007%2002.pdf)> (consulté le 27 Septembre 2018).

(20) ARS séminaire régional <<améliorer le parcours des personnes âgées>> document PDF 27/03/2015 Page 45 1-68.

(21) Ministère des solidarités et de la santé :<<L'hospitalisation à domicile>> [en ligne]. Disponible sur : <<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>> (consulté le 30 Septembre 2018).

(22) ORSAL --observatoire régional de santé de l'Alsace carte d'identité territoriale de santé : [en ligne] .Disponible sur : <<https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/201704/QP068001%20Colmar%20Florimont%20Bel%20Air.pdf>> (consulté le 23 Mars 2017).

(23) MAIA de la région colmarienne powerpoint :<<rencontre partenariale >>URPS ML Grand Est 2 mars 2017 Kunheim p1-80.

(24) Plateforme du réseau d'appui aux médecins généralistes (PRAG) Présentation générale [en ligne] .Disponible sur < <http://www.rag.alsace/presentation-generale.html>> (consulté le 26 septembre 2018).

(25)Conseil général du haut Rhin. <<Schema gérontologique Départemental 2010-2016>>[en ligne] .Disponible sur :< [http://www.solidarite.haut-rhin.fr/cache/12-12-13\\_15-22PUB\\_SCHEMA\\_GERONTOLOGIQUE.pdf](http://www.solidarite.haut-rhin.fr/cache/12-12-13_15-22PUB_SCHEMA_GERONTOLOGIQUE.pdf)> (Consulté le 20 septembre 2017)Page 9.

(26) Schéma départemental d'amélioration et de l'accessibilité des services au public. [en ligne] .Disponible sur :< [https://www.haut-rhin.fr/sites/haut\\_rhin/files/2-Sche%CC%81ma%20Haut-Rhin.pdf](https://www.haut-rhin.fr/sites/haut_rhin/files/2-Sche%CC%81ma%20Haut-Rhin.pdf)> (consulté le 21 janvier 2019).

(27) ARS : <<Descriptif de l'offre de prise en charge des personnes âgées >>document PDF du 08/07/2015 Page 45 1-68.

(28) France Alzheimer et maladies apparentées [en ligne] .Disponible sur : <<https://www.francealzheimer.org/hautrhin/>> (consulté le 21 janvier 2019).

(29) Neuzillet. Y<< L'évaluation des morbidités compétitives et des scores d'évaluation de la morbidité compétitive>>In<<Progrès en urologie >> Elsevier Masson 2009 p580-586.

(30) CASTRO ETCHEVERRY C. , Hospitalisation pour « Maintien au domicile difficile » des personnes âgées dépendantes en court séjour gériatrique au CHCB : caractéristiques médico-sociales de ces patients et facteurs prédictifs de non-retour au domicile. thèse de doctorat en médecine sous la direction de LAMOULIATTE . F BORDEAUX université Bordeaux SEGALEN .20 Juillet 2015 p46. 1-76

(31) ARS <<Note méthodologique, poly pathologie de la personne âgée >> [en ligne]. Disponible sur : <[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note\\_methodologique\\_polypathologie\\_de\\_la\\_personne\\_agee.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf)> (consulté le 15 Mars 2018).

(32) LIRETTE MICHAUT L <<Difficultés du diagnostic d'état dépressif chez les patients âgés poly pathologiques >> thèse de doctorat en médecine sous la direction de PENIN .F. en lorraine UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1 25 Mars 2003 p1-121.

(33) DECOURS R. <<les PA de plus de 75 ans en hôpital de jour onco hématologiques Etat nutritionnel et qualité de vie étude prospective sur 106 patients >>thèse de doctorat en médecine sous la direction de GIRRE V. à Nantes ,Université de Nantes 28 octobre 2013 page 37 p1-67.

(34) Haute autorité de santé :<<note méthodologique et synthèse bibliographique : comment réduire le risque de ré hospitalisation évitable des personnes âgées >> Avril 2013 [en ligne] .Disponible sur : <[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe\\_methodo\\_rehospitalisations\\_evitables\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe_methodo_rehospitalisations_evitables_vf.pdf)> (consulté le 06 Novembre 2018).

(35) Institut Curie <<Le cancer chez les personnes âgées >>E Brain et F Rollot-Trad [en ligne] .Disponible sur :<<https://curie.fr/page/le-cancer-chez-les-personnes-agees>> (consulté le 25 janvier 2019).

(36) La revue médicale suisse <<polymédication et personne âgée ni trop ni trop peu !>> [en ligne]. Disponible sur :< <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-386/Polymedication-et-personne-agee-ni-trop-ni-trop-peu>> (consulté le 05 février 2019).

(37) DREES :<<Les bénéficiaires et les dépenses de l'allocation personnalisée d'autonomie>> [en ligne]. Disponible sur :<<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche6-6.pdf>> (consulté le 20 septembre 2018).

(38) INSEE analyses GRAND EST BERRARD P Y TILLATTE A <<175 000 seniors dépendants dans le Grand Est en 2030 : un enjeu d'emploi pour les territoires>> [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2588563>> N°34 février 2017 p 1-4 (consulté le 15 septembre 2018).

(39) M. Paulin, F. Pasquier. <<Syndrome démentiel : diagnostic et prise en charge.>> Elsevier Masson Consulte - AKOS (Traité de Médecine) 2010 p1-10 [Article 5-0745].

(40) RAJEMISA G.<<les obstacles rencontrés par le médecin traitant pour le maintien à domicile des personnes âgées >>thèse de doctorat en médecine sous la direction de LEPOUTRE B. Université Paris Diderot VII 20 septembre 2011 , p74 1-107.

(41) Buyck JF, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, Lelievre F, Tuffreau F, Mikol F. La Prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Etudes et Résultats DREES. [en ligne]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er869.pdf> N°869 Février 2014 p1-6. (consulté le 20 avril 2017).

(42) HAS <<comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?>> [en ligne] .Disponible sur <[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps\\_prise\\_en\\_charge\\_paf\\_ambulatoire.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf)> (consulté le 26 mars 2016).

(43) Caisse d'assurance retraite et santé au travail (CARSAT )<<L'observatoire des situations de fragilité des personnes âgées en Alsace Moselle >> [en ligne] .Disponible sur< [http://www.carsat-alsacemoselle.fr/sites/carsat-alsacemoselle.fr/files/140\\_5419\\_observatoire\\_situation\\_fragilite\\_pers\\_agees\\_am.pdf](http://www.carsat-alsacemoselle.fr/sites/carsat-alsacemoselle.fr/files/140_5419_observatoire_situation_fragilite_pers_agees_am.pdf) >(consulté le 25 septembre 2017).

(44) Le livre blanc <<Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles >>[en ligne] .Disponible sur <[www.fragilite.org/livreblanc](http://www.fragilite.org/livreblanc)> 2015 p1-226 (consulté le 20 février 2017) .

(45) STRUBEL. D <<Le concept de la fragilité >>[en ligne] .Disponible sur <[http://www.aphjpa.org/pdf/concept\\_du\\_sujet\\_age\\_fragile.pdf](http://www.aphjpa.org/pdf/concept_du_sujet_age_fragile.pdf)>(consulté le 05 avril 2017) .

(46) BELMIN. J , BRAHAMI.J ,SAINT-JEAN .O Collection pour le praticien, gériatrie Chap .90 <<Aide à domicile des sujets âgés ayant une perte d'indépendance fonctionnelle>> 2eme édition 2009 p677-682.

(47) Alsace esanté :<< Système d'information pour la coordination des soins à domicile (SICODOM)>> [en ligne] .Disponible sur <<https://www.alsace-esante.fr/nos-services/sicodom-systeme-dinformation-pour-la-coordination-des-soins-domicile>> (consulté le 02 février 2018) .

(48) DREES-- GRAND.S , PERTAC . E ,BLOCH M-E ,HENAUT .L:<<Evaluation qualitative PAERPA rapport final>> Série d'étude et recherche Mai 2017 N ° 135 p 55 1-72.

(49) HUMANIS.COM ESSENTIEL AUTONOMIE <<La situation des aidants en France >>[en ligne] .Disponible sur<<https://essentiel-autonomie.humanis.com/etre-aide-lorsqu-aide-proche/situation-aidants-france-1>> (consulté le 17 janvier 2019) .

(50) Aidants Proches <<échelle de Zarit >>[en ligne] .Disponible sur <<https://www.aidantsproches.brussels/echelle-de-zarit/>>(consulté le 17 janvier 2019) .

(51) DUEE.M,REBILLARD .C<<La dépendance des personnes âgées :une projection en 2040. >> [en ligne] .Disponible sur <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045> >Données sociales :La société française .Edition2006 :INSEE ;613-619 (consulté le 15 janvier 2019).

(52) BELUSSO A. <<Etude des caractéristiques médicales et socio-démographiques des patients hospitalisés pour maintien à domicile impossible en court séjour gériatrique au GHCA-Colmar Etude rétrospective sur 2 ans 2014-2015 >> thèse de doctorat en médecine sous la direction de DIOUF E. 2017 p 100 1-129 .

(53) DREES--<<La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une comparaison internationale>> [en ligne] .Disponible sur <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er074.pdf>>N° 74 • juillet 2000 (consulté le 15 janvier 2019).



(54) La voix du Nord <<droit à l'erreur expérimentation du baluchonnage >> article [en ligne] .Disponible sur <http://www.lavoixdunord.fr/332879/article/2018-03-11/droit-l-erreur-experimentation-du-baluchonnage> du 11 mars 2018 ( consulté le 19 février 2019).

(55) Projet médical de soin partage 2016-2020 article [en ligne] .Disponible sur <https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-07/PMP%20GHT%20Centre%20Alsace.pdf>> ( consulté le 15 février 2019).

(56) Bulletins Officiels santé-Protection sociale –Solidarité n°2017/1 du 15 février 2017 p1-7.

(57) Ministère de la solidarité et de la santé <<concertation grand âge et autonomie >> [en ligne] .Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/concertation-grand-age-et-autonomie>>( consulté le 15 février 2019).

(58) ARS :Projet régional de santé d'Alsace 2012-2016 <<Programme régional de télémédecine >> PowerPoint Octobre 2011 P 1-48.

(59) Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)<<L'année gérontologique >>Volume 30,2016 Tome II 36 ème journées annuelles de la SFGG 21-22-23 Novembre 2016 Paris Serdi Edition ;2016 p 1-195.

(60) HOURS . V, LEFEBRE .A , 18/02/2008 Sociétés nordiques <<Suède la prise en charge de la dépendance des personne âgées>> article [en ligne] .Disponible sur <https://societesnordiques.wordpress.com/a-propos/>>( Consulté le 28 février 2019).

Université

de Strasbourg

Faculté  
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : STINGICPrénom : Valérie

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main** : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

" J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète "

**Signature originale :**

A COLLIAR, le 4/10/19

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

---

**RESUME :** Le vieillissement de la population implique un profond remaniement de notre système de santé. Les urgences se retrouvent engorgées face à ce nombre croissant de population âgée dépendante polypathologique. Les hospitalisations pour le motif de <<maintien à domicile impossible>> ne cessent de croître ces dernières années.

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive observationnelle durant une période de trois mois (de février 2016 à mai 2016) au court séjour gériatrique du Centre pour Personne Agées de Colmar incluant 30 dossiers. L'objectif principal était d'en ressortir un <<profil >> des caractéristiques médico-psycho-sociales. Ainsi ces patients seraient plus facilement repérés au cabinet du médecin généraliste. L'objectif secondaire était de voir, pour les cas d'hospitalisation pour motif purement social, si celles-ci étaient justifiées et évitables.

Notre étude a permis de dresser le profil suivant : il s'agissait d'un homme ou d'une femme de 85,7 ans. Poly pathologiques (CIRS-G total moyen était de 15) avec 73.3 % de patients atteints de troubles cognitifs. Les patients étaient polymédiqués (7.46 traitements en moyenne) et dépendants. On retrouvait principalement une dénutrition avec une perte moyenne de 4.9 Kg (pour la moitié de l'échantillon sur la dernière année), des troubles ostéo articulaires (93.3%) et des chutes à répétition (63% ont chuté ces trois derniers mois). Moins de la moitié d'entre eux bénéficiaient de l'APA. Le plan d'aide à l'admission était inadapté pour la totalité de l'échantillon. En ce qui concerne les cas d'hospitalisation pour motif purement social, l'hospitalisation était jugée évitable dans le cas de la conjugopathie ainsi que dans le cas de la maltraitance.

La réalisation d'une consultation obligatoire de prévention à l'âge de 75 ans basée sur le modèle suédois pourrait permettre au médecin généraliste d'anticiper ces situations de crises. Par ailleurs les avancées législatives en la matière sont encourageantes.

---

**Rubrique de classement :** Thèse d'exercice Médecine Générale.

---

**Mots-clés :** Maintien à domicile impossible, personnes âgées, dépendantes, comorbidités .

---

**Président :** Professeur Georges KALTENBACH

**Assesseurs :** Professeur Thomas VOGEL

Professeur Emmanuel ANDRES

Professeur Frédéric BLANC

Docteur Jean-Marc MICHEL

---

**Adresse de l'auteur :** 14 rue du Schlossberg 68000 COLMAR

