

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

**ANNEE 2014**

*Thèse n°*

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT**

#### **DE DOCTEUR EN MEDECINE**

#### **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement

le 02 Avril 2014 à Poitiers

par Monsieur **HERIT Sylvain**

#### **Titre :**

Analyse de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes inscrites au réseau  
gériatrique de la Haute Saintonge.

#### **Composition du Jury**

**Président** : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

**Membres** :

Monsieur le Professeur Pierre INGRAND  
Monsieur le Professeur Roger GIL

**Directeur de thèse** :

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste MORAS

## **Remerciements :**

A Monsieur le Professeur Marc PACCALIN, recevez l'assurance de notre respect ainsi que le témoignage de notre sincère reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Roger GIL, nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail et de l'honneur que vous nous faites en évaluant ce manuscrit.

A Monsieur le Professeur Pierre INGRAND, vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de nos plus sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Jean-Baptiste MORAS, merci de ton soutien et de ta disponibilité tout au long de ce travail et des mois de stage passés sous ta bienveillante supervision.

Merci au Dr Moustapha DIEYE, médecin de Santé Publique, statisticien à l'hôpital d'Angoulême pour sa disponibilité et pour sa participation à l'analyse statistique de cette étude.

Un grand merci aux différents intervenants du réseau sans qui ce travail n'aurait été possible, pour votre gentillesse, disponibilité et flexibilité tout au long de ce travail de longue haleine.

A Aurore, ma chérie pour son soutien face aux difficultés d'un tel projet et du quotidien, mon amour grandi chaque jour à tes côtés.

A mes parents qui ont grandement participé à ce que je suis devenu et qui m'ont aidé, m'aident et m'aideront face aux épreuves de la vie.

A mon frère et sa petite famille qui représente le succès d'une famille unie.

Au reste de la famille qui se reconnaîtra : ces longues études nous ont rapproché alors que l'on s'était un peu oubliés.

A tous ceux qui ne sont plus là et qui auraient été fiers de ce que nous sommes devenus.

A Mireille et Philippe, une deuxième famille qui m'a aidé à nous construire François et moi.

Aux Amis de toujours, François, John, Coraline, Gaëlle, les vrais sur qui on peut compter quoi qu'il arrive et c'est tellement rare.

Aux amis retrouvés Stéphanie, Emilie et Jonathan, notre amitié est importante, prenez soin de vous.

Aux Camarades de Faculté, Florent, Jérémie, Mélanie, Aude, Maria, Marine ou Laure, pour votre amitié et votre bonne humeur qui ont rendu ces études moins longues. Ne nous perdons pas de vue.

A tous les professionnels de santé, médecins, infirmières, ASH, assistante sociale et secrétaire qui m'ont accompagnés, et soutenu dans des moments heureux comme difficiles tout au long de mes études.

# Tables des matières :

<b><u>Introduction</u></b>	7
<b><u>1. Définitions</u></b>	10
<b><u>1.1 La dépendance</u></b>	10
<b><u>1.2 L'autonomie</u></b>	10
<b><u>1.3 La grille AGGIR</u></b>	11
<u>1.3.1 Présentation</u>	11
<u>1.3.2 Interprétation</u>	12
<b><u>1.4 Qualité de vie</u></b>	13
<u>1.4.1 Genèse du concept</u>	13
<u>1.4.2 Définitions</u>	15
<u>1.4.3 Intérêt à mesurer la qualité de vie</u>	16
<u>1.4.4 Les différentes échelles de qualité de vie</u>	17
<b><u>2. Echelle de qualité de vie</u></b>	18
<b><u>2.1 Validité d'un questionnaire</u></b>	18
<b><u>2.2 La SF36-SF12</u></b>	18
<u>2.2.1 Validité SF-36</u>	18
<u>2.2.2 Validité SF-12</u>	19
<u>2.2.3 Différence SF36-SF12</u>	19
<b><u>2.3 La SF-12</u></b>	20
<u>2.3.1 Présentation</u>	20
<u>2.3.2 Interprétation</u>	20
<u>2.3.3 Limites</u>	21
<b><u>2.4 Qualité de vie de l'aidant</u></b>	21
<u>2.4.1 Définition</u>	21
<u>2.4.2 Intérêt et mesure</u>	21
<b><u>3. L'évaluation Gériatologique Standardisée (EGS)</u></b>	23
<b><u>3.1 Intérêt de l'EGS</u></b>	23
<b><u>3.2 Présentation de l'EGS</u></b>	23

<b><u>4. Organisation territoriale des aides médicales</u></b>	25
<b><u>4.1 Les réseaux de santé</u></b>	25
4.1.1 Définitions	25
4.1.2 Objectifs	26
<b><u>4.2 Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)</u></b>	27
<b><u>4.3 Réseau gérontologique de la Haute Saintonge</u></b>	28
4.3.1 Les réseaux gérontologiques	28
4.3.1.1 Historique	28
4.3.1.2 Les missions	29
4.3.2 Présentation du réseau de la Haute Saintonge	29
4.3.2.1 Mode de fonctionnement	29
4.3.2.2 Territoire et démographie	31
4.3.2.3 Les acteurs de santé	31
4.3.3 Fonctionnement du réseau	32
<b><u>5. Patients et méthode</u></b>	34
<b><u>5.1 Généralités, objectifs</u></b>	34
<b><u>5.2 Durée de l'étude, screening</u></b>	34
<b><u>5.3 Critères d'inclusion</u></b>	35
<b><u>5.4 Critères d'exclusion</u></b>	35
<b><u>5.5 Méthode</u></b>	36
<b><u>5.6 Données recueillies et mode de recueil</u></b>	36
5.6.1 Bilan initial	36
5.6.2 L'évaluation gérontologique standardisée	37
<b><u>5.7 Mise en place des aides</u></b>	38
<b><u>5.8 Réévaluation</u></b>	38
<b><u>5.9 Analyses statistiques</u></b>	39

<b><u>6. Résultats</u></b>	40
<b><u>6.1 Effectifs</u></b>	40
<u>6.1.1 Répartition des patients</u>	40
<u>6.1.2 Patients exclus</u>	40
<b><u>6.2 Patients inclus</u></b>	41
<u>6.2.1 Analyse démographique</u>	41
<u>6.2.2 Profession et niveau d'étude</u>	42
<u>6.2.3 Mode de vie et entourage</u>	43
<u>6.2.4 Aides en place</u>	44
<b><u>6.3 Analyse des données recueillies par l'EGS</u></b>	46
<u>6.3.1 Délai entre l'inscription au réseau et l'EGS</u>	46
<u>6.3.2 Pathologies invalidantes et traitement</u>	46
<u>6.3.3 Niveau de dépendance</u>	48
<u>6.3.4 Troubles psycho-comportementaux</u>	48
<u>6.3.5 Statut nutritionnel</u>	49
<u>6.3.6 Etat thymique</u>	49
<b><u>6.4 Analyse initiale de la SF-12</u></b>	50
<b><u>6.5 Analyse initiale du Mini-Zarit</u></b>	50
<b><u>6.6 Réévaluation</u></b>	52
<u>6.6.1 Délai entre le bilan initial et la réévaluation</u>	52
<u>6.6.2 Effectif et perdus de vue</u>	52
<u>6.6.3 Intervention du réseau</u>	53
<u>6.6.4 Analyse de la qualité de vie à la réévaluation</u>	54
<u>6.6.5 Analyse de la qualité de vie initiale entre les patients réévalués et les perdus de vue :</u>	55
<u>6.6.6 Analyse de la qualité de vie des réévalués entre le bilan initiale et à 6 mois :</u>	55
<u>6.6.7 Mini-Zarit à la réévaluation</u>	56
<u>6.6.8 Analyse multi-variée, recherche de facteurs prédictifs</u>	57
<b><u>7. Discussion</u></b>	58
<b><u>Conclusion</u></b>	66
<b><u>Références bibliographiques</u></b>	67
<b><u>Annexes</u></b>	70
<b><u>Serment d'Hippocrate</u></b>	103

## **Introduction**

Le maintien à domicile de la personne âgée à son domicile, ainsi que sa dépendance, fut l'une des priorités du gouvernement Fillon et un thème important de la campagne présidentielle en France de 2012. En effet, comme le souligne le Ministère de la Solidarité et de la Santé Publique dans le projet « Vivre chez soi » <sup>(1)</sup> du 17 Juin 2010, nos aînés souhaitent continuer à vivre chez eux, Or cette situation se heurte à divers obstacles et, en particulier, à celui de la dépendance.

Faut-il rappeler que le domicile est le premier lieu de risque : isolement, accidents domestiques, abus de confiance de la personne âgée. L'enjeu est de sécuriser le « Vivre chez soi » en réduisant les risques liés à un habitat inadapté, à un environnement inaccessible et insécure. L'objectif est également d'apporter des réponses en termes de qualité de vie: confort, mobilité, télé-services, télésanté, communication.

En effet, dans la plupart des pays occidentaux, les récentes transitions démographiques et épidémiologiques se traduisent par une augmentation du nombre de personnes âgées présentant plusieurs pathologies dont les conséquences fonctionnelles et sociales sont à l'origine d'une dépendance pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

Ainsi l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) estime qu'en France, le vieillissement de la population française conduira dans les années prochaines à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, en supposant une stabilité de la durée de vie moyenne, 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040, contre 800 000 actuellement<sup>(2)</sup>. Cette population qui vit majoritairement à domicile (92% des 80-84ans, 84% pour la tranche d'âge 85-89ans<sup>(1)</sup>), présente des besoins médico-psycho-sociaux complexes avec un risque élevé de consultations aux urgences, d'hospitalisations et d'entrées en institu-

tion. Répondre à ces besoins nécessite une coordination des services d'aide et de soins au domicile, ainsi qu'une articulation plus efficace avec les services hospitaliers.

Le plan de santé Grand Age 2007-2012 annoncé par le Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille comporte un ensemble de mesure visant à améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées par le développement de la coordination des différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux.

Ce rapport stipule que les réseaux de santé « Personnes âgées » répondent parfaitement à cet objectif<sup>(3)</sup> ; c'est pourquoi ce plan de santé constitue la base d'une circulaire DHOS/02 n° 2007-117 de 2007 définissant l'organisation des réseaux de santé « Personnes âgées »<sup>(4)</sup>.

Selon le rapport de l'ANAES de 2004 sur les réseaux de santé, l'appréciation de la qualité de la prise en charge est un élément essentiel de l'évaluation de ces réseaux. L'enjeu est de mesurer l'apport de ce type d'organisation par rapport aux modalités traditionnelles de prise en charge, quand elles existent, ou par rapport à la situation hors réseau.

« L'analyse de l'apport du réseau ne relève pas exclusivement du promoteur, mais, l'un des objectifs fondamentaux des réseaux étant d'améliorer la qualité de la prise en charge, il est essentiel que le réseau lui-même s'interroge sur ses pratiques et son impact sur l'état de santé des personnes incluses et sur l'environnement socio-sanitaire dans lequel il s'est constitué [...] L'impact du réseau sur l'état de santé de la population prise en charge n'est que peu renseigné. Il s'agit au travers de ces questionnements d'inciter également les promoteurs de réseaux à mettre en place des études/enquêtes aux différentes étapes du processus de prise en charge »<sup>(5)</sup>.

La mesure de satisfaction des personnes prises en charge ou des professionnels impliqués est un résultat de soins à la fois nécessaire et insuffisant. En effet une dimension plus objective mérite une évaluation.

La satisfaction des patients et des acteurs du réseau est un résultat particulier car pouvant influencer le niveau d'autres indicateurs de santé (adhésion au traitement, continuité des soins voire de l'état de santé lui-même)<sup>(6)</sup>. Afin de répondre à cette question, on peut retrouver dans la littérature de nombreuses études concernant le réseau étudié. Ces études évaluent la satisfaction des patients pris en charge ainsi que celle des intervenants professionnels; ces recherches, plus ou moins indépendantes, se basent sur des questionnaires à choix multiples hétérogènes, ne permettant donc pas d'évaluer de manière objective l'impact des réseaux sur la qualité de vie des patients comme le préconise le rapport ANAES de 2004<sup>(7-10)</sup>.

Un rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) de mai 2006 montre des impacts décevants des réseaux de soins en termes de service médical rendu au niveau national avec un nombre de patients pris en charge limité et une implication faible des médecins traitants, mais aussi que l'évaluation de ces réseaux reste insuffisante d'un point de vue méthodologique<sup>(11)</sup>.

En Haute Saintonge, le rapport de l'ARS sur les 10 ans de fonctionnement du réseau gérontologique<sup>(9)</sup>, ainsi que le rapport ELIANE de 2011<sup>(5)</sup>, montrent un impact indéniable du réseau sur le maintien à domicile, la satisfaction des patients et de leur entourage ou des professionnels de santé participant à la prise en charge. En revanche, aucun impact sur la santé des patients n'a été étudié.

Afin d'y remédier, nous avons réalisé une étude prospective dans le but d'évaluer l'apport de l'intervention du réseau gérontologique sur la qualité de vie des personnes âgées dépendantes vivant à domicile.

# **1. Définitions:**

## **1.1 La dépendance :**

La dépendance est définie comme une incapacité pour une personne à effectuer les gestes essentiels de la vie quotidienne, comme : se lever, faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter et se déplacer chez soi ou à l'extérieur<sup>(12)</sup>.

La dépendance d'une personne peut être causée par une maladie (par exemple la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson), par un handicap, par des accidents de la vie.

Ainsi Les personnes dépendantes ont besoin d'un accompagnement régulier, voire quotidien, par leur famille ou des professionnels des services à la personne.

## **1.2 L'autonomie :**

L'autonomie d'une personne est la capacité d'une personne à réaliser les actes de la vie quotidienne, cette autonomie ne se développe que dans une dynamique relationnelle avec les proches aidants et les professionnels.

Ainsi il est important d'évaluer l'autonomie d'une personne âgée dans son environnement car cela implique une vision globale couvrant toute les dimensions de la vie quotidienne. Ce n'est donc pas la personne elle-même qui est évaluée, mais bien sa situation au regard de ses aspirations, attentes, capacités et souhaits<sup>(12)</sup>.

### **1.3 La grille AGGIR :**

#### 1.3.1 Présentation (annexe n°6) :

Afin d'évaluer cette dépendance au quotidien le clinicien dispose de la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources), fondée sur l'observation des activités quotidiennes qu'effectuent seule la personne âgée. Les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie intégrante de la personne.

Le modèle AGGIR comporte 10 variables d'activité corporelle et mentale (dites discriminantes) et 7 variables d'activité domestique et sociale (dites illustratives).

Le degré d'autonomie pour chacune des 17 activités fondamentales est représenté par une variable à trois modalités et une sous variable<sup>(13)</sup>:

A : fait seul, totalement, habituellement et correctement :  
et totalement  
et habituellement  
et correctement

B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement :  
et/ou partiellement  
et/ou non habituellement  
et/ou non correctement

C : ne fait pas :  
ni totalement,  
ni habituellement,  
ni correctement

Spontanément suppose qu'il n'existe pas d'incitation ou de stimulation, totalement suppose que l'ensemble des activités du champ analysé soit réalisé, habituellement fait référence au temps et à la fréquence de réalisation, et correctement recouvre trois aspects : la qualité de la réalisation, la conformité aux usages et la sécurité vis-à-vis de soi et des autres.

### 1.3.2 Interprétation :

Il existe six groupes iso-ressources ou GIR calculés par un algorithme en fonction des activités constatées<sup>(13)</sup> :

- Le GIR 1 comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants.
  
- Le GIR 2 est composé essentiellement de deux sous-groupes :
  - d'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées et nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;
  - d'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices ainsi que certaines activités corporelles. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.
  
- Le GIR 3 regroupe surtout des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire.

- Le GIR 4 comprend deux sous-groupes essentiels :
  - d'une part, des personnes n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules.
  - d'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.
  
- Le GIR 5 est composé de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.
  
- Le GIR 6 regroupe les personnes indépendantes pour tous les actes discriminants de la vie courante.

## **1.4 Qualité de vie:**

### 1.4.1 Genèse du concept :

Le concept de qualité de vie est apparu aux États-Unis dans les années 1970 né dans le domaine de l'urbanisme et de l'écologie, il gagna rapidement celui de la santé<sup>(14)</sup>.

La notion de qualité de vie est survenue suite à l'évolution des trois fondements de la médecine que sont la maladie, le malade et le médecin :

- Les maladies ont changé de visage : l'essor de la médecine moderne au cours du XXème siècle a permis de maîtriser les grandes maladies infectieuses dans les pays industrialisés. L'espérance de vie fut ainsi presque triplée en Europe. La fin du XXème siècle voit alors l'émergence des maladies chroniques, qui ne mettent pas en jeu le pronostic vital à long terme. Leurs traitements cherchent donc à améliorer les retentissements physique, psychologique et social de la maladie, et ainsi concourir à une meilleure qualité de vie ;
- Les attentes du malade se sont modifiées : le malade s'est approprié sa maladie, et son traitement. Il souhaite des informations auxquelles il accède par le dialogue avec son médecin, ou par les multimédias. Chaque individu veut juger de sa santé de son propre point de vue ;
- A la fin du XXe siècle la relation médecin-malade dite paternaliste a évolué. Grâce à une information claire le patient peut participer aux décisions thérapeutiques le concernant. Le médecin ne décide plus de façon unilatérale. Afin de mieux percevoir les préférences de son patient, il va s'intéresser à sa qualité de vie.

#### 1.4.2 Définitions:

Evaluer la qualité de vie, c'est évaluer la santé de la personne au sens large, dans son environnement, comme le présente l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) qui définit la qualité de vie de la façon suivante<sup>(15)</sup>:

« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.

C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ».

A partir de cette définition, l'OMS propose une décomposition en 6 « domaines » et 24 « facettes » afin de cerner la qualité de vie telle que définit ci-dessus :

- Domaine Physique, incluant les facettes suivantes :
  - 1-Douleur et inconfort,
  - 2-Energie et fatigue,
  - 3-Sommeil et repos
  
- Domaine psychologique :
  - 4-Sentiments positifs,
  - 5-Pensée, apprentissage, mémoire et concentration,
  - 6-Estime de soi,
  - 7-Image corporelle et apparence,
  - 8-Sentiments négatifs
  
- Niveaux d'indépendance :
  - 9-Mobilité,
  - 10-Activités quotidiennes,
  - 11-Dépendance aux produits médicaux ou aux aides médicales,
  - 12-Capacité de travail
  
- Relations sociales :
  - 13-Relations personnelles
  - 14-Soutien social
  - 15-Activité sexuelle

-Environnement :

16-Sécurité physique

17-Environnement du lieu de vie

18-Ressources financières

19-Soins de santé et prestations sociales : disponibilité et qualité

20-Possibilités d'acquérir informations et compétences nouvelles

21-Participation et possibilités de participer à des activités de loisirs

22-Environnement physique (pollution, bruit, circulation, climat)

23-Transports

-Spiritualité / Religion / Croyances personnelles :

24-Spiritualité, religion, croyances personnelles

Il s'agit donc d'un concept multidimensionnel difficile à synthétiser sous la forme d'un questionnaire.

#### 1.4.3 Intérêt à mesurer la qualité de vie :

Les différentes recherches sur la qualité de vie sont orientées vers une application pratique pour le bénéfice du patient. Il s'agit de rassembler des données fiables qui permettent de juger de la pertinence des interventions des différents professionnels de santé et d'établir un projet de vie personnalisé/individualisé, afin d'obtenir un gain indéniable sur la santé du patient, mais également un gain social, économique et de bien-être<sup>(1)</sup>.

L'intérêt que les cliniciens et chercheurs portent aux mesures de qualité de vie s'explique par la nécessité de prendre en compte les perceptions et les préférences des patients, en matière de décisions de santé impliquant le patient dans sa maladie.

Ainsi les perceptions des patients ont également une influence majeure sur la connaissance des maladies, l'observance des prescriptions permettant de mieux appréhender la polymédication, d'où une meilleure santé physique et psychique.

#### 1.4.4 Les différentes échelles de qualité de vie :

De nombreuses échelles évaluent la qualité de vie, certaines sont spécifiques à des pathologies comme la DQol pour la démence, PROQOL-HIV pour les personnes séropositives, la VF-14 pour les pathologies visuelles....

D'autres sont plus génériques et évaluent la qualité de vie d'un individu sur l'ensemble des versants bio-psycho-socio-environnementaux comme la SIP, SWED-QUAL, la SF-36 et sa version simplifiée la SF-12, EURO-QOL permettant une évaluation de la qualité de vie quel que soit la pathologie.

A partir de sa propre définition, l'OMS a proposé une nouvelle échelle évaluant la qualité de vie chez la personne âgée quel que soit son état de santé : la World Health Organization Quality Of Life-old (WHOQOL-old). Celle-ci en cours de validation semble être prometteuse mais, pour l'instant, le manque de recul en fait une échelle en cours de validation au sein des pays européens.<sup>(16-18)</sup>

## **2. Echelle de qualité de vie :**

### **2.1 Validité d'un questionnaire:**

Avant d'utiliser un questionnaire, il faut analyser ses propriétés métrologiques gages de sa qualité. Quatre sont fondamentales :

- ✓ La validité interne est la capacité de l'échelle à bien mesurer ce pour quoi elle a été construite. Il faudrait pouvoir comparer cette échelle à une mesure de référence, «gold standard », mais qui n'existe pas en matière de qualité de vie.
- ✓ La validité externe s'établit grâce à l'étude des corrélations existantes avec des instruments ou variables mesurant des concepts proches (par exemple examen clinique ou biologique).
- ✓ La reproductibilité est la propriété grâce à laquelle les résultats restent identiques tant que les conditions de mesure n'ont pas varié.
- ✓ La sensibilité au changement permet d'obtenir des variations de résultats dès lors qu'une modification de l'état de santé est survenue.

L'ensemble de ces points définit la validité d'une échelle de mesure et il est important de les respecter pour obtenir une bonne échelle<sup>(19)</sup>.

### **2.2 La SF 36/SF 12:**

#### **2.2.1 Validité SF 36 :**

La SF-36 est une échelle standardisée internationale utilisée dans de nombreuses études, car adaptée quel que soit la pathologie ou l'âge des sujets étudiés. Elle comprend 36 questions, à partir d'un algorithme est calculé un score de qualité de vie physique et mental.

L'interview est le mode d'administration le plus efficace afin d'obtenir un taux de réponse maximal (98%)<sup>(20,21)</sup>.

De plus le projet IQOLA (International Quality of Life Assessment Project) a mis en évidence une équivalence comparable entre les différentes SF-36 traduites dans différents pays européens dont la France<sup>(22, 23)</sup>.

Le nombre important de question est un facteur limitant son utilisation car la durée de l'interview pouvant constituer un obstacle à son utilisation chez des personnes âgées fragiles.

### 2.2.2 Validité SF-12 :

Ainsi, de nombreuses études utilisent la SF-12 qui est une version courte du SF-36 questionnaire générique construit pour évaluer une population générale sans particularité quelle que soit la pathologie ou même en l'absence de pathologie.

Celle-ci est moins exhaustive mais a l'avantage de comporter moins de questions et permet un gain de temps. De plus elle définit un état de santé physique et mentale comparable à la SF-36<sup>(24, 25)</sup>.

### 2.2.3 Différence SF-36/SF12 :

On pourrait émettre comme objection que la version courte de la SF-36 soit moins élaborée et donc donne une évaluation plus approximative, mais, en fait la comparaison des résultats de ces deux questionnaires sur une même population n'a pas pu mettre en évidence de différences significatives quant à l'évaluation de la qualité de vie des patients<sup>(26, 27)</sup>. En revanche, elle a l'avantage d'être plus courte et donc plus facile d'utilisation pour le clinicien et mieux tolérée par les patients.

## **2.3 La SF-12 :**

### **2.3.1 Présentation :**

L'Échelle de qualité de vie SF-12 mesurée par le médecin ou un soignant, est une version abrégée du «Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey» (SF-36) ne comportant que 12 questions sur les 36. Il s'agit d'un questionnaire générique afin d'évaluer une population sans particularité permettant de comparer des groupes de sujets aux pathologies différentes. Pour cela, elle mesure huit aspects de la qualité de vie reprenant la définition de la qualité de vie par l'OMS : état de santé général et mental, fonctionnement physique et social, santé physique et émotionnelle, douleur et vitalité.

### **2.3.2 Interprétation :**

Grâce à un algorithme les réponses aux 12 items de la SF-12 influent sur les huit aspects de la qualité de vie. Eux-mêmes se répartissent en deux sous-échelles portant sur un volet somatique (PCS, Physical Component Summary Scale) et sur le volet psychocognitif (MCS, Mental Component Summary Scale)<sup>(25)</sup>.

Ainsi les scores physique et mental, compris entre 0 et 100, sont calculés grâce à un algorithme.

- Un score supérieur à 50 correspond à une qualité de vie moyenne.
- Un score compris entre 40 et 49 traduit une légère incapacité,
- Un score entre 30 à 39 une incapacité modérée,
- Un score inférieur à 30 une incapacité sévère.

### 2.3.3 Limites :

La principale limite de cette échelle est son utilisation chez des patients présentant une démence sévère. En effet, les troubles cognitifs engendrant un recueil de données incomplets, le questionnaire est donc ininterprétable<sup>(28)</sup>. C'est pour cette raison que nous avons incorporé au recueil de données un MMS (Mini Mental State) afin de dépister d'éventuels troubles cognitifs sévères. De ce fait un MMS inférieur à 10 constitue un critère d'exclusion.

## **2.4 Qualité de vie de l'aidant et mini-Zarit :**

### 2.4.1 Définition :

L'aidant dit naturel ou informel est défini comme « la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques. »<sup>(29)</sup>.

### 2.4.2 Intérêt et mesure:

Très souvent, le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dépend de son entourage et, en particulier, du soutien de cet aidant principal. Il est donc important d'évaluer le niveau de fatigue et l'épuisement de l'aidant quand la situation devient difficile, afin d'apporter une prise en charge médicale appropriée, un soutien psychologique ou social, une solution de répit ou des aides à domicile.

Des outils simples permettent de mesurer et de suivre « le fardeau de l'aidant », comme l'échelle mini-Zarit. Cette Echelle a été développée initialement afin d'évaluer la charge de l'aidant naturel des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées<sup>(29)</sup>. Elle reste également utilisée pour évaluer la charge de l'aidant pour d'autre pathologie<sup>(30,31)</sup>.

Elle est constituée de 7 questions posées par interview à l'aidant, chaque question est notée 0, 0.5 ou 1, le score final est la somme des réponses et s'interprète de la manière suivante :

- Entre 0 et 1 on estime que la fatigue est absente,
- Entre 1.5 et 3 la fatigue est légère à modérée,
- Entre 3.5 et 5 de modérée à sévère
- Entre 5.5 et 7 la fatigue est très sévère.

### **3. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) :**

#### **3.1 Intérêt de l'EGS :**

Afin de répondre au mieux aux besoins des personnes âgées l' EGS (évaluation gériatrique standardisée) est très utilisée depuis plusieurs années en gériatrie pour évaluer au mieux les capacités fonctionnelle, cognitive , physique et psychosociale des patients âgés avant traitement afin de leur proposer une prise en charge optimale.

l'EGS a surtout une action préventive. Grace à une prise en charge globale, l'EGS prévient le déclin fonctionnel et la perte d'autonomie, permet aux patients âgés un maintien à domicile plus prolongé et retarde l'institutionnalisation<sup>(32)</sup>. En revanche, elle n'apporte pas de bénéfice sur la survie<sup>(33)</sup>.

Cette évaluation permet ainsi d'élaborer un projet de soin personnalisé en adéquation avec les besoins du patient.

#### **3.2 Présentation de l'EGS :**

L'EGS est un outil efficace permettant une approche nouvelle de la personne âgée. Les outils standardisés et internationalement validés de l'EGS permettent d'apprécier avec fiabilité l'autonomie, la marche, l'état nutritionnel, les fonctions cognitives ou encore la thymie.

Cette évaluation permet d'envisager l'instauration de mesures préventives dans le cadre d'un projet de soin, visant à devancer la survenue d'éventuels incidents assombrissant souvent le pronostic fonctionnel ou vital des personnes âgées fragiles permettant la mise en place d'un projet de soins adapté personnalisé<sup>(34)</sup>

Cette évaluation mesure :

- Les capacités pour les activités de base de la vie courante mesurées par l'échelle **ADL** (Activities of Daily Living), elle évalue les capacités du patient pour l'habillage, l'hygiène personnelle, la continence, les transferts ou encore la prise alimentaire<sup>(35)</sup>.

- Les activités plus complexes de la vie quotidienne sont évaluées par l'**IADL** (Instrumental Activities of Daily Living) : capacité d'utiliser le téléphone, de préparer un repas, de faire le ménage, de faire les courses, d'utiliser les moyens de transport, de prendre les traitements médicamenteux, de gérer un budget personnel et de faire la lessive<sup>(36)</sup>.

- Les compétences cognitives à l'aide d'un **MMS** (Mini Mental Status)<sup>(37)</sup>.

- Une éventuelle dépression grâce à l'**GDS** (Geriatric Depression Scale)<sup>(38)</sup>.

- Recherche d'une altération de la **vision** (cataracte, DMLA, glaucome..); **auditive** (presbiacousie, surdité..) ou **motrice**. Déficience majorant le risque de chute.

- L'équilibre du sujet grâce au **Get Up and Go test** et la durée de l'appui unipodal<sup>(39)</sup>.

- Le statut nutritionnel avec le **MNA** (Mini Nutritionnal Assessment)<sup>(40)</sup>.

## **4. Organisation territoriale des aides médicales:**

### **4.1 Les réseaux de santé :**

#### **4.1.1 Définitions :**

Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné.

Il est composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs.

L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé<sup>(41)</sup>.

Ces attentes mettent parfois en jeu des objectifs complexes, à savoir individualiser la démarche tout en garantissant l'égalité de traitement entre les personnes, considérer la personne comme un sujet avec toute la subjectivité qui peut y être associée, tout en assurant le plus d'objectivité.

L'objectif principal de ces réseaux de santé est d'améliorer la vie quotidienne des personnes en perte d'autonomie et/ou handicapées par une **qualité et un confort de vie**.

#### 4.1.2 Objectifs :

Les objectifs des réseaux de soin sont définis par les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) <sup>(41)</sup> :

- optimiser l'accès aux soins de l'ensemble de la population ciblée.
- prendre en charge les personnes dans le respect de certains principes tels que la continuité, la cohérence, la globalité, l'interactivité, la réactivité, l'adaptabilité, la transversalité, la multidisciplinarité.
- accroître les compétences individuelles et collectives des intervenants et des partenaires du réseau. Cet objectif inclut la mise en place de nouveaux modes de transmission de l'information, des échanges au niveau des pratiques, l'élaboration et l'appropriation de référentiels par les acteurs.
- reconnaître et améliorer les compétences, respecter les préférences des personnes prises en charge. Ceci inclut des objectifs d'information et d'orientation des usagers, celui d'amélioration de leurs trajectoires.
- améliorer l'efficacité et l'efficience des prises en charge.
- être un lieu d'observation (repérer, mieux comprendre, prendre en charge les problèmes émergents au sein de la population cible).
- être un lieu d'évaluation.

Les réseaux de santé ont donc pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires et sociales sur un territoire donné, afin de répondre aux besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité.

Selon leur orientation, on distingue : les réseaux ville – hôpital (exemple des services d'hospitalisation à domicile (HAD) ou de services infirmiers à domicile (SIAD)), les réseaux inter hospitaliers, les réseaux de soins libéraux.

Afin d'atteindre ces objectifs de prise en charge chez la personne âgée, l'état français a choisi d'organiser le territoire autour d'un CLIC (Centre Local de Coordination et d'Information) et d'un réseau gérontologique<sup>(42)</sup>.

#### **4.2 Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) :**

Le CLIC est une structure médico-sociale relevant de la loi du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale »; sous la Responsabilité du Conseil Général depuis le 1er janvier 2005 ; lieu d'accueil, d'écoute, de dialogue donnant des conseils et apportant un soutien psychologique aux personnes âgées et à leur entourage.

Il informe sur l'offre de services de proximité, d'aides, de soins, sur les structures sanitaires, médico-sociales et sociales. Il aide à l'orientation vers le bon service ou le bon professionnel, il aide à la décision, en collaboration avec le médecin traitant.

Il actionne et coordonne la complémentarité des aides et des intervenants professionnels de la santé, de la gérontologie et assure ainsi un maillage des dispositifs existants, dans le cadre d'un partenariat dans le domaine sanitaire, social, médico-social, du logement et associatif. Ce service assure également l'aide administrative.

En fonction de leur degré de développement, trois « labels » ont été définis par une circulaire émise en 2000<sup>(43)</sup>. On distingue :

- Le niveau 1 : Ils remplissent seulement la fonction d'information, en renseignant sur les services existants, et assurent l'orientation des personnes ;

- Le niveau 2 : ils conduisent des évaluations globales multidimensionnelles pour analyser les situations complexes afin de proposer un plan d'aide personnalisé ;
- Le niveau 3 : Ils sont dotés de moyens pour remplir l'ensemble de leurs missions au niveau individuel et donc de suivre aussi la situation de la personne aidée dans le cadre d'une coordination des professionnels du secteur sanitaire et du secteur social.

Les interactions CLIC - Réseaux facilitent leurs missions respectives afin d'optimiser l'offre de service auprès des personnes âgées et des professionnels intervenant.

Ils bénéficient d'un pilotage départemental à opposer au pilotage régional des réseaux.<sup>(42)</sup>

Les CLIC et les réseaux ont donc pour objectif commun d'évaluer les besoins, d'orienter et de coordonner la prise en charge individualisée des personnes fragiles dépendantes.

### **4.3 Réseau gérontologique de la Haute Saintonge :**

#### 4.3.1 Les réseaux gérontologiques :

##### 4.3.1.1 Historique :

Les réseaux gérontologiques font partis des réseaux hôpital-ville. Ils sont apparus dans les années 80 selon le modèle du concept américain de « disease management ». Le vieillissement de la population et l'explosion des dépenses de santé avaient amené à réfléchir à des expérimentations pour mieux s'occuper des sujets âgés porteurs d'une polypathologie. Une réforme du système de soins français a été proposée à partir des années 90<sup>(44, 45)</sup>.

Elle repose sur la transversalité de l'approche des patients ; la qualité des soins se voyait améliorée par la mise en œuvre d'une dynamique d'équipe, avec un croisement des informations issues de chaque pratique professionnelle.

#### 4.3.1.2 Les Missions :

Les réseaux gérontologiques ont donc pour but de favoriser, l'accompagnement et le maintien à domicile des personnes âgées grâce à une prise en charge pluridisciplinaire en coordonnant l'action des différents intervenants médicaux, para médicaux ou non.

Les missions des réseaux sont centrées sur la prise en charge du patient, qui doit être globale, continue et d'égale qualité, pluri professionnelle. Les réseaux sont organisés et structurés pour coordonner et former les professionnels concernés<sup>(4)</sup>.

De plus le réseau de santé gérontologique offre au CLIC une expertise médicale facilement mobilisable, une reconnaissance par les professionnels de santé Il permet aux personnes âgées atteintes de poly pathologies de bénéficier d'une prise en charge globale et continue. Enfin le réseau gérontologique contribue aux projets du CLIC, à la promotion des CLIC existants<sup>(42)</sup>.

#### 4.3.2 Présentation du réseau de la Haute Saintonge :

##### 4.3.2.1 Mode de fonctionnement :

Le réseau gérontologique de la Haute-Saintonge a été créé en 1996. Cette structure travaille en collaboration avec un CLIC de niveau 1 pour permettre le maintien des personnes âgées dépendante en coordonnant les différents professionnels de santé qu'ils soient hospitaliers ou libéraux.

Le fonctionnement du réseau est inscrit dans une chartre suivant les recommandations du référentiel national des réseaux de santé 2007, en accord avec l'arrêté ministériel du 30 Mars 2000 portant agrément de réseau gérontologiques expérimentaux<sup>(4)</sup>.

Au sein de cette chartre figure les objectifs suivant (*annexe n°4*) :

- Maintenir les personnes âgées fragiles et dépendantes à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales.
- Favoriser la coordination autour de la personne de tous les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux.
- Améliorer la qualité des soins.
- Améliorer la satisfaction des patients.
- Retarder ou éviter l'entrée en établissement pour personnes âgées dépendantes.
- Maîtriser les coûts ambulatoires et hospitaliers dans la prise en charge de la dépendance.
- Favoriser les retours à domicile après une hospitalisation.
- Apporter un soutien aux aidants.
- Apporter une réponse à l'urgence gérontologique avec notamment la mise en place d'accueil d'urgence et la réalisation de bilans gérontologiques médico-sociaux dans les plus brefs délais.

Le réseau s'adresse donc prioritairement aux patients de plus de 60 ans vivant et souhaitant rester ou retourner à domicile, mais dont les troubles nécessitent une orientation et un suivi. Ces personnes présentent pour la plupart un tableau de polyopathologies invalidantes entraînant une dépendance physique ou psychique et rendant le maintien à domicile difficile. Cette rupture socio-sanitaire nécessite le recours à des aides venant à la fois du champ sanitaire et social.

#### 4.3.2.2 Territoire et démographie :

Le réseau s'occupe de personnes domiciliées dans 133 communes réparties sur 8 cantons (Pons, Archiac, Jonzac, Montguyon, Montendre, Montlieu-La-Garde, Mirambeau, Saint-Genis de Saintonge) du Sud Charente Maritime (17).

La part des personnes de 60 ans et plus en Charente-Maritime est supérieure de 3 points à la moyenne régionale et de 8 points par rapport à la moyenne nationale. Ainsi, les personnes âgées représentent 29% de la population dans le département, contre 26% en Poitou-Charentes et 21% en France métropolitaine<sup>(46)</sup>.

Selon les projections de L'INSEE, en 2030 plus d'un habitant sur trois sera alors âgé de plus de 60 ans. Ainsi en Charente-Maritime, la part des personnes de 60 ans et plus ne devrait cesser d'augmenter : de 29.1% en 2010 soit 67 000 personnes, elle atteindrait 37.6% en 2030 soit un vieillissement important de la population avec tout ce que cela comporte sur le plan socio-sanitaire.<sup>(46)</sup>

Depuis sa création, le réseau a pris en charge 1 100 patients, soit en moyenne une centaine d'inclusion par an. La file active du réseau est d'environ 400 patients.

#### 4.3.2.3 Les acteurs de santé :

Différents acteurs médicaux ou paramédicaux participent à l'effort de coordination du réseau de santé de Haute Saintonge :

- 58 médecins généralistes,
- 4 médecins spécialistes,
- 37 pharmaciens,
- 5 laboratoires,
- 53 infirmières diplômées d'état,
- 39 kinésithérapeutes,
- une neuro-psychologue,

- 5 assistantes sociales,
- une diététicienne,
- un ergothérapeute
- 2 podologues.

L'équipe de coordination est composée :

- Des infirmières coordinatrices servant de liaison entre le patient et les milieux hospitalier et libéral, elles évaluent la situation socio-sanitaire à domicile, et sont au nombre de deux.
- D'une assistante sociale qui s'occupe des démarches sociales et financières (mesures de protection, aides financières, aménagement, relogement....).
- Le médecin généraliste de chaque patient continue à suivre son patient et échange avec les différents intervenants du réseau. Il reste au centre de la prise en charge.
- Les auxiliaires médicales du SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) qui aident les patients dans leurs actes de la vie quotidienne.
- Les auxiliaires de vie et aides ménagères (associations d'aides à domicile).
- Les secrétaires qui font le lien entre les différents intervenants.

#### 4.3.3 Fonctionnement du réseau :

La demande d'inscription au réseau est faite à la demande du médecin généraliste du patient.

Une fois cette demande faite, un bilan social et environnemental est fait à domicile afin d'évaluer les difficultés rencontrées par le patient, le milieu de vie ainsi que son entourage. Les objectifs de ce bilan sont de préciser si une prise en charge à domicile est

possible, et de définir un plan d'intervention et de soins qui sera validé au cours de la réunion de coordination.

Dans un deuxième temps, un bilan gériatrique est réalisé en hospitalisation de jour à l'hôpital de Jonzac ou de Boscamnant avec une Evaluation Gérontologique Standardisée, afin de définir au mieux les besoins des patients.

Par la suite, une réunion de coordination est réalisée au domicile avec les principaux intervenants, le patient ainsi que son entourage. Elle permet de formaliser le plan personnalisé d'aide et de soins, de s'assurer du bon déroulement des interventions déjà initiées quand ceci a été nécessaire, de la mise en place des aides techniques, de l'avancement des travaux pour l'amélioration de l'habitat, des mesures de protection juridique. Elle vise à organiser les soins dans un objectif de continuité, de qualité, de permanence et de cohérence.

Après l'inscription, une réunion de réévaluation annuelle est organisée dans le but de prendre en compte d'éventuelles nouvelles données médicales et sociales susceptibles de modifier le plan d'aide.

A noter qu'à tout moment l'entourage ou les professionnels participant au maintien à domicile peuvent solliciter le réseau s'ils constatent des difficultés afin de déclencher une réunion de réévaluation.

## **5. Patients et Méthode :**

### **5.1 Généralités, Objectifs :**

Il s'agit d'une étude d'intervention prospective quasi-expérimentale de type «série chronologique» réalisée en collaboration avec le réseau gérontologique de la Haute Saintonge et l'hôpital de Jonzac (Charente maritime)

Nous avons voulu évaluer l'apport de l'intervention du réseau gérontologique sur la qualité de vie des personnes âgées dépendantes vivant à domicile grâce à une échelle standardisée la SF-12.

En parallèle nous avons cherché à mesurer l'impact de l'intervention du réseau sur la charge ressentie par l'aidant naturel grâce au test Mini-Zarit

### **5.2 Durée de l'étude, Screening :**

Nous avons fixé une période d'inclusion de 12 mois du 24 Mai 2011 au 24 Mai 2012 afin de pouvoir inclure une centaine de patients compte tenu des statistiques d'inclusion des années précédentes.

Sur cette période, nous avons répertorié tous les patients répondant aux critères d'inclusions/exclusions décrits par la suite, inscription faite par tout médecin généraliste ayant adhéré à la convention du réseau.

### **5.3 Critères d'inclusion :**

Toute personne inscrite au réseau doit remplir les critères d'accessibilité au réseau inscrits dans la chartre suivants :

- Patient domicilié sur le territoire de la Haute Saintonge ;
- Médecin généraliste du patient devant adhérer à la convention du réseau ;
- Validation de la demande d'inclusion par le médecin traitant ;
- Signature de l'acte d'adhésion et de la chartre du réseau par le patient.

Pour préciser le réseau gérontologique de Haute-Saintonge s'adresse principalement aux personnes âgées de 60 ans et plus, dépendantes (appartenant au groupe GIR 1 à 4), domiciliées sur le territoire d'intervention du réseau et vivant à leur domicile (sont exclus ceux hébergés en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante ou EHPAD)

### **5.4 Critères d'exclusion :**

Étaient exclus les patients présentant les critères suivants :

- Situation médico-sociale complexe ne permettant pas la réalisation du bilan initial ;
- MMS inférieur à 10 ;
- Difficultés sensorielles ne permettant pas de répondre au questionnaire ;
- Refus de la personne âgée ou de la famille de participer à cette étude lors du bilan initial ;
- Personne en soins palliatifs à l'inscription.

## **5.5 Méthode :**

Pour étudier la qualité de vie des patients dans notre étude, nous avons choisi d'utiliser l'échelle de qualité de vie SF-12. Celle-ci était réalisée chez tous les patients, sous forme d'une interview, à l'inclusion puis 6 mois après la mise en place d'aides.

Le Mini-Zarit était fait au même moment lorsque l'aidant naturel était présent, en cas d'absence le jour de la réévaluation, cette dernière a été réalisée par téléphone.

Pour un même patient les deux évaluations ont été réalisées par la même personne, à savoir par l'une des deux infirmières ou l'assistante sociale du réseau gérontologique.

## **5.6 Données recueillies et mode de recueil :**

### **5.6.1 Bilan initial :**

Ce recueil a été réalisé par une des deux infirmières ou par l'assistante sociale du réseau gérontologique,

A l'inclusion, nous avons recueilli différentes données au moyen d'un questionnaire (*annexe n°3*).

Le dossier contenait :

- Données sociodémographiques et mode de vie ;
- Recueil qualitatif et quantitatif des aides humaines, financières et matérielles à domicile auprès du patient et de son entourage ;
- Une partie « Informations médicales générales » complétée par la suite grâce à l'EGS, ainsi que par des informations données par le médecin traitant ;
- L'échelle SF-12 afin d'évaluer la qualité de vie initiale ;
- Le mini-Zarit.

## 5.6.2 L' EGS :

Une évaluation gériatologique standardisée (*annexe n°4*) a permis de compléter l'évaluation initiale afin de déterminer au mieux ses besoins pour améliorer sa qualité de vie. Cette évaluation a été réalisée par les gériatres de l'hôpital de Jonzac ou de Boscamnant en hôpital de jour.

Un dossier standardisé permettait d'évaluer:

- Les traitements et le risque iatrogénique recueillis par le médecin hospitalier ;
- Paramètres anthropométriques (poids, taille et I.M.C.) ;
- Le MMS (Mini-Mental Status Examination de Folstein) traduit et validé en français. Cet hétéro-questionnaire à 30 items teste les fonctions cognitives des patients. Un score de supérieur à 26/30 traduit une absence de troubles cognitifs ; un MMS inférieur à 10 constituait un stade de démence sévère<sup>(37)</sup> ;
- Le MNA (Mini Nutritional Assessment) apprécie l'état nutritionnel sur 30. Un score inférieur à 17 traduit un mauvais état nutritionnel, entre 17 et 23.5 un risque de dénutrition et supérieur ou égal 24 un bon état nutritionnel<sup>(40)</sup> ;
- La GDS (Geriatric Depression Scale) à 15 items permettant de mettre en évidence les plaintes thymiques. Un score de 0 à 4/15 est considéré comme normal, de 5 à 8 indique une dépression légère, de 9 à 11 une dépression modérée, et de 12 à 15 une dépression sévère<sup>(38)</sup> ;
- Le « Get up and go test » permet d'évaluer la qualité de l'équilibre. Un temps inférieur à 20 secondes traduit une bonne autonomie motrice. Un temps supérieur à 20 secondes traduit un risque de chute<sup>(39)</sup> ;
- Les ADL (Activities of Daily Living) ou échelle de Katz évaluent les activités de la vie quotidienne. Chacun des 6 items est coté 0 pour un patient autonome, 1 si une aide est nécessaire, et 2 pour un patient dépendant. Le score total varie de 0 (totalement autonome) à 12 (totalement dépendant)<sup>(35)</sup> ;

- Les IADL (Instrumental Activities of Daily Living) explorent les capacités physiques et mentales permettant de mener sa vie de manière indépendante. Chacun des 8 items est coté 1 pour une personne autonome et 0 pour un patient dépendant. Le score total varie de 0 (totalement dépendant) à 8 (totalement autonome)<sup>(36)</sup>.

Le MMS, le MNA, la GDS, le « Get up and go test », les ADL et les IADL ont été évalués par le médecin hospitalier.

### **5.7 Mise en place des aides :**

L'évaluation initiale permettait d'évaluer les aides à mettre en place appelé « plan personnalisé d'aide et de soins ». Ce plan était validé par la une réunion de coordination ayant pour objet d'orienter et d'organiser les interventions et de prévoir les aides techniques nécessaires.

Cette réunion, sous responsabilité du médecin traitant, réunissait autour du patient les différents intervenants du réseau, les aidants professionnels, ainsi que la famille de la patiente.

Dans certaines situations de fragilité des aides étaient mises en place avant l'EGS, le plan personnalisé d'aide a été modifié par la suite après l'évaluation gériatrique standardisée.

### **5.8 Réévaluation :**

Afin d'évaluer l'apport du réseau sur la qualité de vie, une nouvelle évaluation était programmée 6 mois après le bilan initial.

Cette évaluation comporte un questionnaire permettant de refaire le point sur la situation sociale, sur les aides humaines ou matérielles, une nouvelle échelle SF-12, et un mini Zarit lorsque l'aidant est présent (*annexe n°2*).

Ces données sont recueillies par la même professionnelle ayant effectué la première évaluation.

## **5.9 Analyses statistiques :**

Les données de notre étude ont été saisies dans un tableur (Microsoft Excel) puis traitées grâce à un logiciel de statistique SAS 9.4.

Les scores de qualité de vie physique et mentale de la SF-12 ont été calculés grâce à un algorithme informatique.

Dans un premier temps le logiciel a permis de faire une analyse statistique du critère principal (PCS, MCS), mais également du critère secondaire (Mini-Zarit)

Par la suite, une analyse multivariée a cherché à mettre en évidence des facteurs prédictifs cliniques d'amélioration ou de détérioration de la qualité de vie.

## 6. Résultats :

### 6.1 Effectif :

#### 6.1.1 Répartition des patients :

Au cours d'une période d'inclusion de 1 an, 155 demandes d'entrées dans le réseau ont été déposées par les médecins traitants. Parmi ces demandes 120 patients ont bénéficié des services du réseau. Les refus de non inscription sont résumés dans le tableau 1 :

<b>Motifs de non inscription</b>	<b>Nombre de patient</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès avant le bilan initial	13	37.1 %
Refus de la part du patient ou de son entourage	7	20.0 %
Placement en EHPAD avant le bilan initial	7	20.0 %
Absence de besoin	7	20.0 %
Déménagement avant bilan initial	1	2.9 %
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100 %</b>

*Tableau 1 : Motifs de non inscription au réseau*

#### 6.1.2 Patients exclus :

Parmi les 120 patients inscrits au réseau 34 présentaient un ou plusieurs critères d'exclusion. Leur répartition est décrite dans le tableau 2 :

<b>Motifs d'exclusion</b>	<b>Nombre de patient</b>	<b>Pourcentage</b>
Pathologie ne permettant pas de communiquer	13	38.2%
Soins palliatifs	11	32.3 %
Situations médico-sociales complexes ne permettant pas de réaliser le bilan initial	4	11.8 %
MMS < 10	4	11.8 %
Refus de répondre au questionnaire	2	5.9 %
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

*Tableau 2 : Motifs d'exclusion des 34 patients non inclus dans l'étude.*

## 6.2 Patients inclus :

### 6.2.1 Analyse démographique :

Les 86 patients inclus dans l'étude ont un âge compris entre 56 ans et 96 ans, avec une moyenne d'âge de 80.8 ans (+/- 8.3 ans).

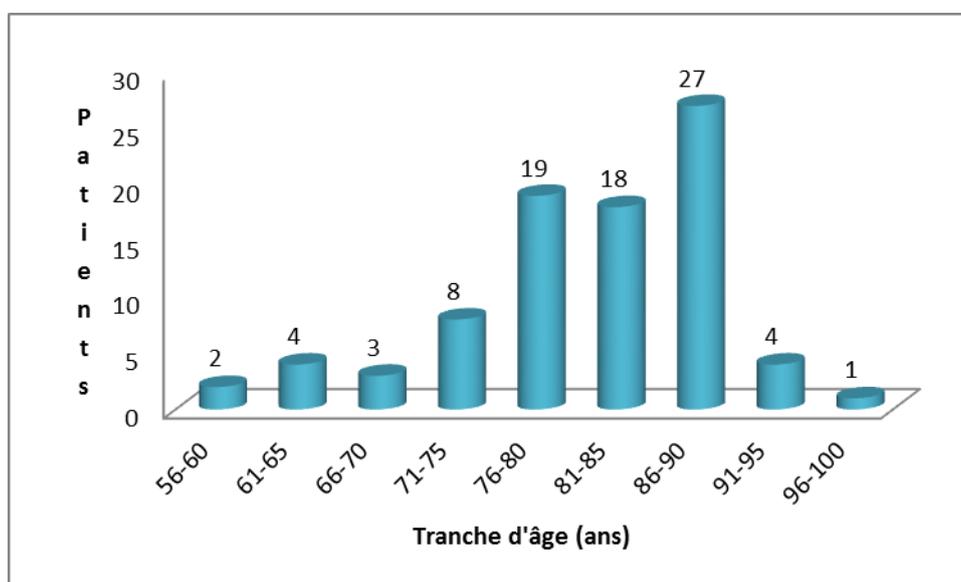
54% des sujets étaient des femmes, 46% des hommes.

La moyenne d'âge par sexe est similaire avec une:

Moyenne d'âge pour les hommes de 81.5 ( $\pm$  7.95) [61-96].

Moyenne d'âge pour les femmes de 80.7 ( $\pm$  8.57) [56-91].

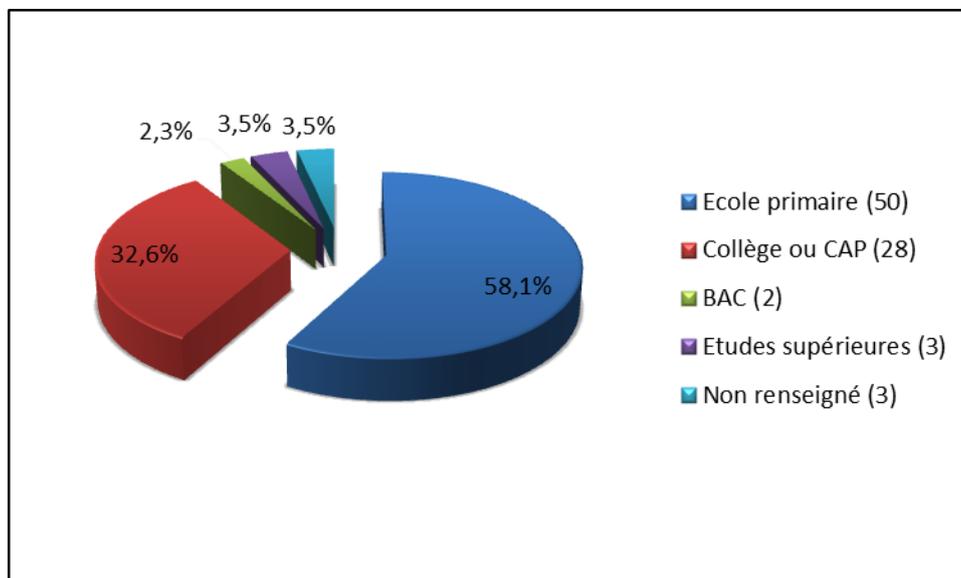
La figure 1 représente la proportion des patients par tranche d'âge, on observe que 74% des sujets ont un âge compris entre 76 et 90 ans.



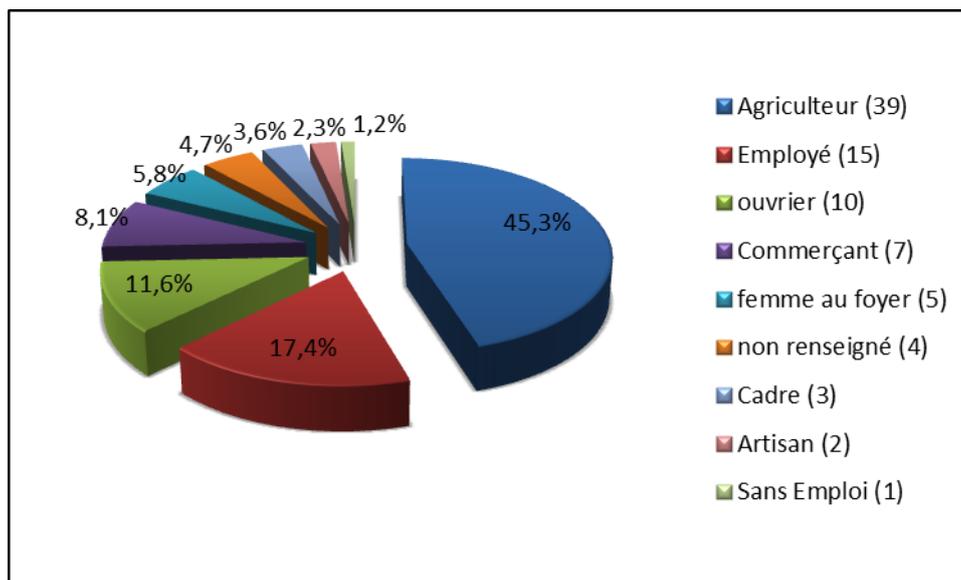
*Figure 1: répartition des patients par tranche d'âge*

### 6.2.2 Profession et niveau d'étude :

Les figures 2 et 3 présentent respectivement le niveau d'étude et le type de métier exercé par les patients. Il en ressort un niveau d'étude faible (96.5% ont atteint un niveau primaire et 38.4% ont débuté des études au collège ou un CAP) ainsi qu'une forte proportion agricole (45% des sujets ont travaillé dans l'agriculture)



**Figure 2 : Niveau d'étude des patients participant à l'étude**



**Figure 3 : Métier principal des patients participant à l'étude**

### 6.2.3 Mode de vie et entourage :

➤ Lieu de vie :

91% des patients (n=78) vivaient à leur domicile personnel ; parmi les 8 patients restant, 4 vivaient au domicile de leur enfant, 2 en famille d'accueil, un chez une sœur et un autre chez un compagnon.

➤ Accompagnement :

Vit seul : 40 patients (47%)

Vit avec conjoint : 26 patients (30%)

Vit avec conjoint et enfant : 7 patients (8%)

Vit avec enfant(s) : 6 patients (7%)

Vit en famille d'accueil : 2 patients (2%)

Vit avec petit enfant(s) : 1 patient (1%)

Vit avec une sœur : 1 patient (1%)

Données manquantes : 3 patients (4%)

Par l'analyse de ces données on s'aperçoit que la majorité des patients (77%) vivent à domicile seul ou avec leur conjoint pouvant présenter eux aussi leur propre pathologie ou handicap.

➤ Situation familiale :

Marié(e) : 30 patients (35%),

Veuf ou veuve : 50 patients (58%),

Célibataire : 5 patients (6%),

Divorcé : 1 patient (1%)

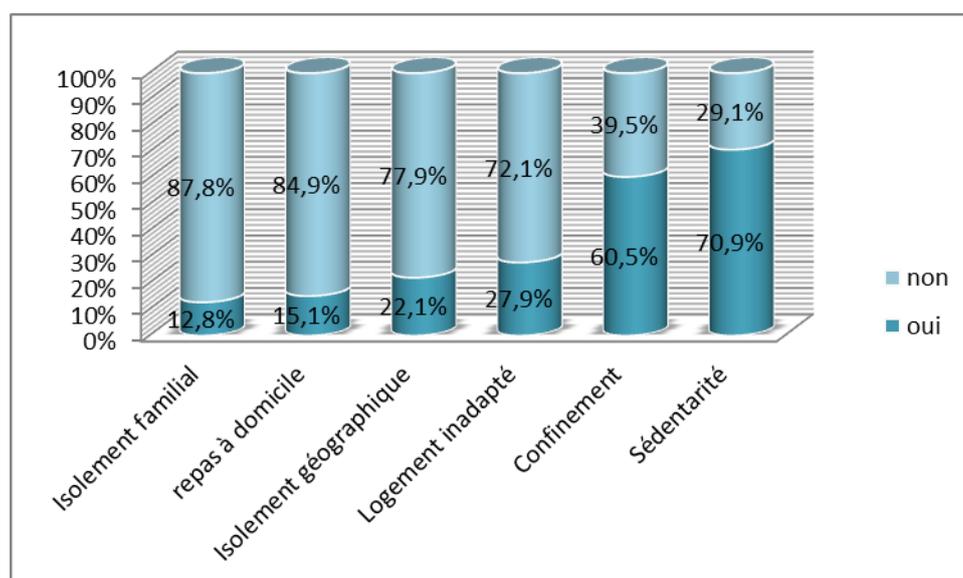
➤ Nombre d'enfant :

Le nombre moyen d'enfant par patient est de 2.3 enfants avec un écart type de 1.7 [0-11]

➤ Mode de vie :

La figure 4 illustre le mode de vie des patients ainsi que l'isolement familial ou géographique. L'isolement géographique étant défini par un patient vivant en dehors d'un village et ne disposant pas d'accès au commerce de proximité.

Elle montre également l'incapacité des individus à quitter leur quartier (sédentarité) et/ou son domicile (confinement).



**Figure 4 : Mode de vie des patients inclus dans le réseau, sédentarité : impossibilité de quitter son quartier, confinement : impossibilité de quitter son domicile.**

En d'autres termes 10% des patients quittent leur domicile mais pas leur quartier.

6.2.4 Aides en place :

Aucun patient au bilan initial ne possédait de protection juridique.

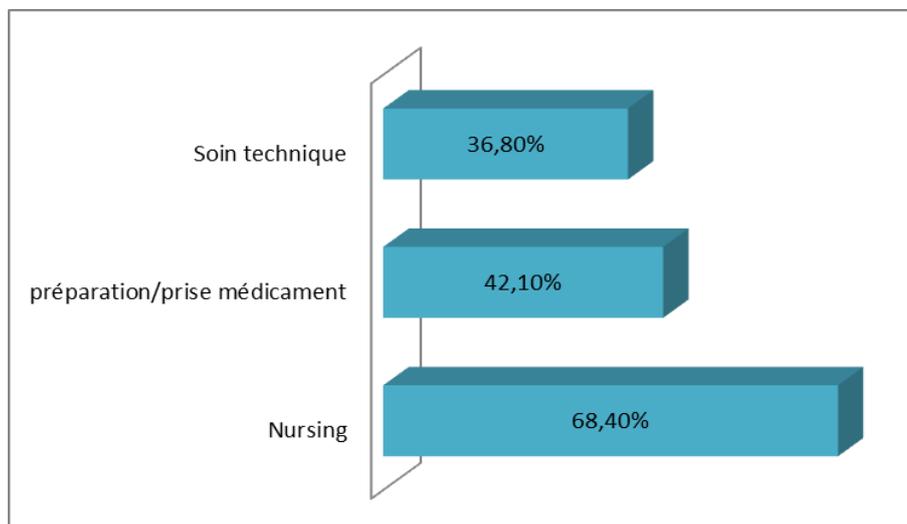
80% [n=69] des patients déclaraient recevoir de l'aide de la part de leur famille, et 60% [n=52] des patients recevaient des aides professionnelles.

Avant la prise en charge 9.3% [n=8] des patients bénéficiaient de kinésithérapie ;

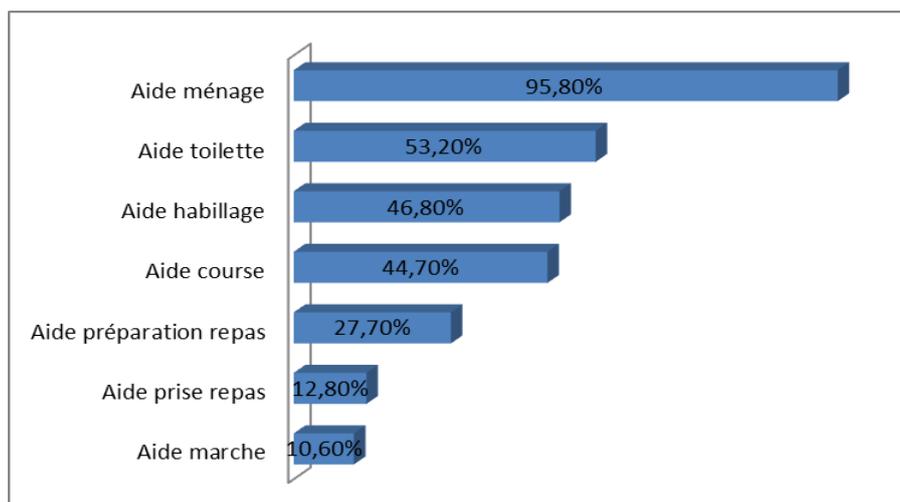
22.1% [n=19] l'aide d'une infirmière et 54.7% [n=47] d'une auxiliaire de vie.

A noter que 15 patients présentaient au moins deux aides professionnelles à son domicile avant l'intervention du réseau.

Les figures 5 et 6 précisent le rôle des IDE et des aides ménagères.



**Figure 5 : Type d'acte réalisé par l'infirmière reçue par les patients avant l'inclusion au réseau.**



**Figure 6 : Type d'acte prodigué par l'auxiliaire de vie avant l'inclusion au réseau.**

Le reste du bilan permet de montrer que 63% [n=54] des patients bénéficiaient d'aides techniques (fauteuil roulant, lit médicalisé, aide à la marche) et 16% [n=14] d'une téléassistance.

Seulement 31.4% [n=27] des patients bénéficiaient de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

### **6.3 Analyse des données recueillies par l'EGS :**

#### **6.3.1 Délai entre l'inscription au réseau et l'EGS :**

Seulement 70 patients ont bénéficié de l'EGS. Pour 16 patients, celle-ci n'a pas pu être réalisée pour les motifs suivants :

- ✓ 8 patients sont décédés entre le bilan initial et la date de leur EGS
- ✓ 3 patients se sont avérés non transportables
- ✓ 2 patients ont refusé d'y participer
- ✓ 2 patients ont été placés en EHPAD entre temps
- ✓ 1 patient a déménagé avant l'évaluation gériatrique.

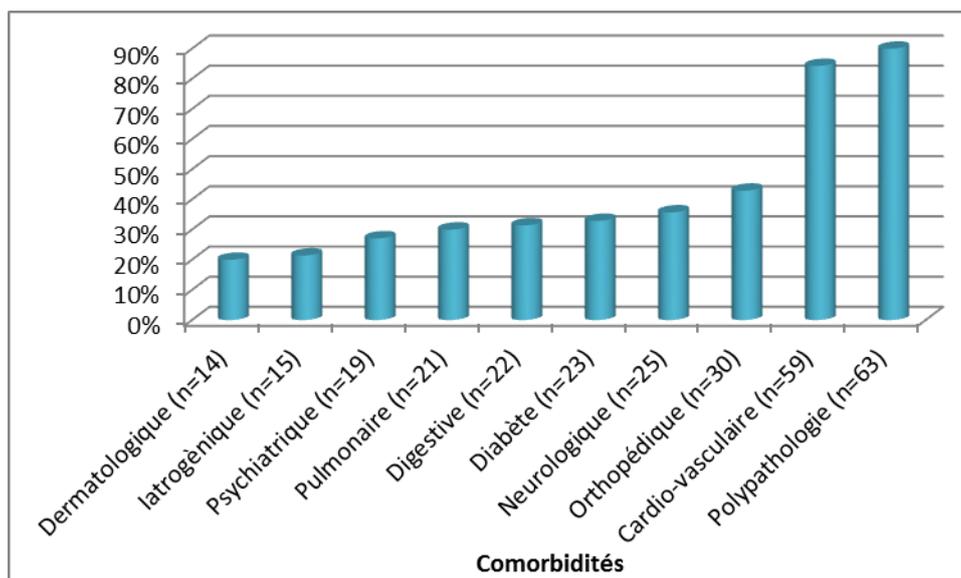
Le délai moyen entre le bilan initial et l'évaluation est de 45.55 jours (+/- 30.7 jours)

[13-148]

#### **6.3.2 Pathologies invalidantes et traitement :**

L'analyse des comorbidités, collectées lors de l'EGS, montre que tous les individus inscrits au réseau présentaient au moins une pathologie et 93% des patients [n=63] présentaient au moins deux pathologies chroniques définition de la Polypathologie<sup>(46)</sup>. La pathologie cardio-vasculaire prédomine chez plus de 84% des patients.

La figure 7 représente la fréquence de comorbidités observée au sein de notre effectif.



**Figure 7 : Pourcentage des comorbidités observées dans la population de l'étude.**

L'analyse des déficiences sensorielles montrent que seulement 10% des patients ne présentent aucune déficience sensorielle, cependant 38% présentent au moins 2 déficiences sensorielles parmi les troubles de la marche, l'audition et la vision.

Les troubles de la marche sont définis par une boiterie, une marche à petits pas ou des chutes antérieures. Les troubles visuels sont définis par une impossibilité à lire les petits caractères au cours du test de lecture standardisé malgré une correction. Les troubles auditifs par une impossibilité à répondre à la voix chuchotée avec ou sans matériel de correction.

➤ Déficit :

Moteur : 48 patients (68%)

Auditif : 26 patients (38%)

Visuel: 18 patients (26%)

Plus d'un déficit : 26 patients (38%)

Le déficit auditif est fréquent mais difficile à prendre en charge du fait d'un bas niveau économique des patients et de l'absence de prise en charge financière par la sécurité sociale.

➤ Médicament : En moyenne les patients prennent 7.6 principes actifs (+/- 3.56) [1-20].

### 6.3.3 Degrés de dépendance (GIR) :

Moyenne de 3.46 (+/- 0.85), [2-6] (n=86). La répartition des patients selon leurs GIR est décrite dans le tableau 3 :

<b>GIR</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
GIR 1	0	0%
GIR 2	14	16.5%
GIR 3	22	25.3%
GIR 4	45	52.7%
GIR 5	3	3.8%
GIR 6	2	1.7%
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,0%</b>

*Tableau 3 : Répartition des patients selon leurs GIR.*

En parallèle on note que sur le département de Charente maritime les personnes bénéficiant de l'APA sont GIR 4 dans 57% des cas, et GIR 2 et 3 représente chacun 20%<sup>(47)</sup>.

### 6.3.4 Troubles cognitifs :

Le MMS moyen est de 22.82 (+/- 4.75), [11-30] (n=70)

<b>MMS</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
10 à 17	10	14.3%
18 à 25	40	57.1%
26 à 30	20	28.6%
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0%</b>

*Tableau 4 : Répartition des patients selon leurs MMS.*

L'interprétation des données doit prendre en considération le bas niveau d'étude des patients avec une acalculie fréquente.

### 6.3.5 Statut nutritionnel :

- Nutrition (MNA) : Moyenne : 21.2 (+/- 4.5), [6.5-30] (n=70)

La répartition des patients selon leurs MNA en fonction du statut nutritionnel est décrite dans le tableau 5.

	<b>n</b>	<b>Pourcentage</b>
MNA < 17	7	10.6%
$17 \leq \text{MNA} \leq 23,5$	41	59.1%
MNA > 23,5	22	30.3%
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

**Tableau 5 : Répartition des patients selon le MNA, représentant le statut nutritionnel.**

### 6.3.6 Etat thymique :

- Etat dépressif (GDS) :

Moyenne : 4.85 (+/- 3.0), [0-15] (n=70). La répartition des patients selon leurs scores à la GDS est décrite dans le tableau 6 :

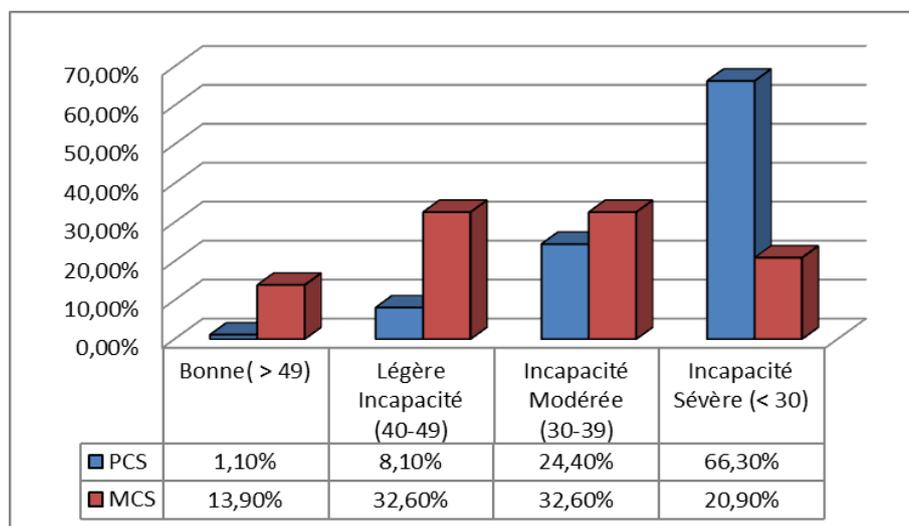
<b>GDS</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
0 à 4	35	49.2%
5 à 8	27	38.8%
9 à 11	7	10.5%
12 à 15	1	1.5%
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0%</b>

**Tableau 6 : Répartition des patients selon leurs scores à la GDS.**

#### 6.4 Analyse de la SF-12 initiale:

A l'inclusion, les patients (n=86) avaient un score de qualité de vie mental moyen (MCS) à 38.84 (+/-10,41) [18,82-58,77] correspondant à une incapacité modérée, et un score physique moyen (PCS) à 29.08 (+/- 7.34) [17,84-58,76] correspondant à une incapacité sévère.

La répartition des patients est présentée sur la figure 8



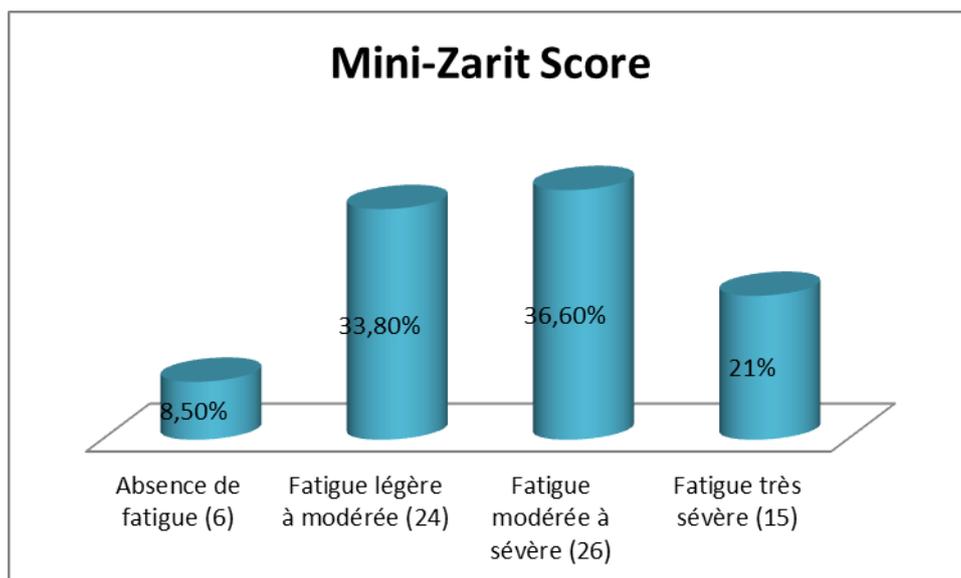
*Figure 8 : Répartition des patients en fonctions de leurs scores de qualité de vie à l'inclusion.*

#### 6.5 Analyse du mini-Zarit initial :

A l'inclusion, 71 patients avaient un aidant à leurs côtés, la charge moyenne de l'aidant est évaluée à 3.69 (+/-1.71) [0.5-7] correspondant à une fatigue modérée à sévère.

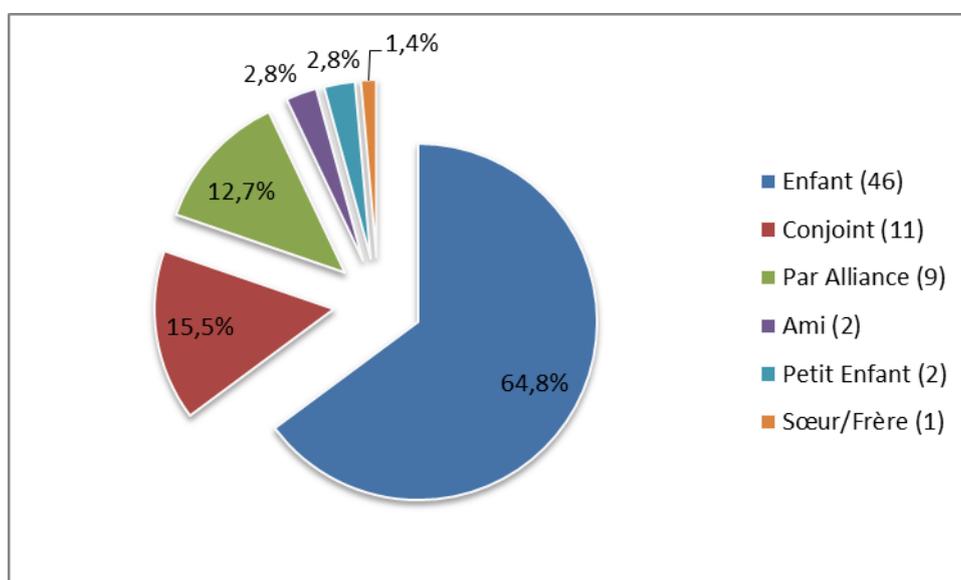
L'aidant est dans la grande majorité des cas le conjoint ou un des enfants ; ainsi l'âge moyen de l'aidant est de 60.4 années (+/-12.2) [37-91].

La répartition des aidants en fonctions de leurs scores de fatigue est décrite dans la figure 9 :



**Figure 9 : Répartition des aidants en fonctions de leurs scores de fatigue.**

Le graphique 10 représente la répartition de l'aidant en fonction du lien affectif.



**Figure 10 : Répartition des aidants en fonctions de leur lien affectif avec le patient.**

L'analyse du Mini-Zarit par type d'aidant retrouve

- Un mini-Zarit moyen de 3.21 (+/-1.79) correspondant à une fatigue légère à modérée, pour les enfants s'occupant des patients
- Un mini-Zarit moyen de 4.91 (+/-1.18) correspondant à une fatigue modérée à sévère, pour les conjoints, montrant une charge bien plus importante pour des personnes eux-mêmes fragiles.

- Un mini-Zarit moyen de 3.56 (+/-0.82) correspondant à une fatigue modérée à sévère, pour les aidants par alliance (belle-fille, beau-fils)

## **6.6 Réévaluation :**

### **6.6.1 Délai entre le bilan initial et la réévaluation :**

Le délai moyen entre le bilan initial et la réévaluation est de 213 jours soit 7 mois et 3 jours (+/- 53 jours) [77-360]. Le délai de réévaluation fixé à 6 mois (soit 180 jours) n'a pas toujours été respecté avec une grande variabilité de 53 jours.

A noter, qu'un seul des 16 patients n'ayant pas bénéficié de l'EGS, a été réévalué à 6 mois.

### **6.6.2 Effectif et perdus de vue :**

Sur les 86 patients ayant participé à l'étude, 58 ont bénéficié d'une réévaluation.

Deux patients réévalués ont modifié leur mode de vie en allant vivre chez leur enfant.

Le tableau n°7 précise les perdus de vue:

<b>Motifs</b>	<b>Nombre de patient</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès	16	57.1 %
Placement en EHPAD	6	21.4 %
Incapacité à répondre	5	17.9 %
Déménagement	1	3.6 %
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>

*Tableau 7 : Motifs des perdus de vue à 6 mois.*

Ainsi malgré l'intervention du réseau :

- 18.6% des patients de l'étude sont décédés
- 7% ont été placés en EHPAD
- Dans 6% des cas leur état de santé s'est dégradé ne permettant pas de répondre au questionnaire.

### 6.6.3 Intervention du réseau :

Parmi les 58 patients réévalués, 2 patients ne disposaient d'aucune aide à la réévaluation, 46 d'entre eux ont bénéficié d'une majoration d'aide ou d'une mise en place d'une auxiliaire de vie soit 79% des réévalués de la manière suivante:

Type d'aide	Avant l'inscription	Mise en place	A 6 mois
Préparation des repas	7	17	24
Prise des repas	3	2	5
Aide à l'hygiène	17	27	44
Aide à l'habillage	17	24	41
Aide pour le ménage	29	25	54
Aide à la marche	1	14	15
Aide pour les courses	14	24	38

*Tableau 8 : Type d'aide de l'auxiliaire de vie pour les patients*

22 patients, soit 36.2%, ont vu leurs aides infirmières augmentées selon le tableau suivant:

Type d'aide	Avant l'inscription	Mise en place	A 6 mois
Nursing	8	11	19
Aide pour la prise des médicaments	7	13	20
Soins techniques	5	13	18

*Tableau 9 : Type d'aide de l'IDE pour les patients*

D'autre part le tableau suivant décrit les différentes aides humaine, technique ou financière constatées :

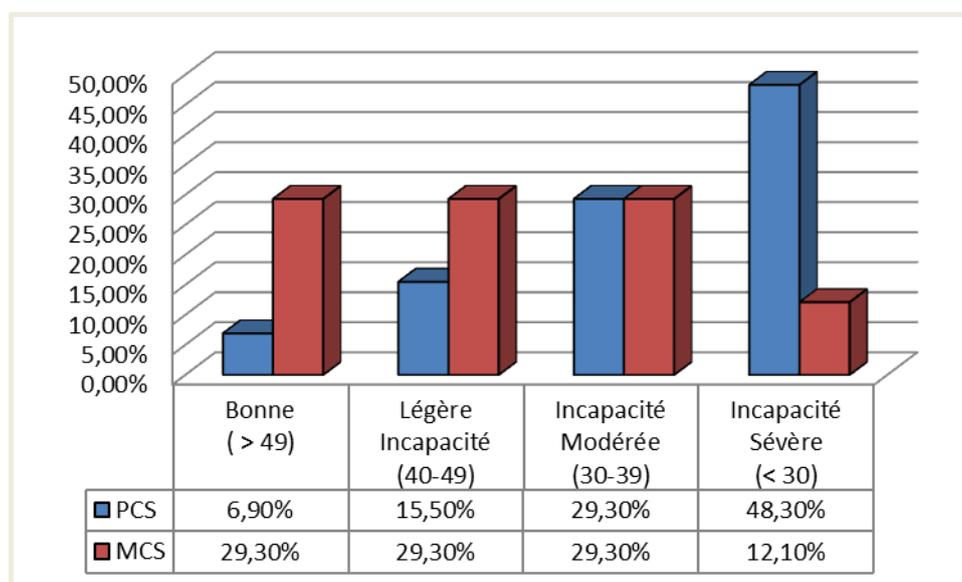
Type d'aide	Avant l'inscription	Mise en place	A 6 mois
Kinésithérapie	10	4	14
Aide matérielle à la marche	10	4	14
Mesure de protection juridique	0	2	2
Portage des repas à domicile	8	5	13
Lits médicalisés	11	4	15
Téléassistance	7	15	22
APA	21	29	50

*Tableau 10 : Autres aides technique, humaine et financière des patients*

#### 6.6.4 Analyse de la qualité de vie à la réévaluation :

Au moment de la réévaluation, les patients (n=58) avaient un score de qualité de vie mental moyen à 42.90 ( $\pm$ 11.56) [14.37-62.90], correspondant à une légère incapacité ; et un score physique moyen à 32.89 ( $\pm$ 9.51) [20.91-60.35], correspondant à une incapacité modérée.

La répartition des patients en fonctions de leurs scores de qualité de vie est décrite sur la figure 11.



*Figure 11 : Répartition des patients en fonction de leurs scores de qualité de vie à la réévaluation.*

#### 6.6.5 Analyse de la qualité de vie initiale entre les patients réévalués et les perdus de vue :

Si on compare la qualité de vie initiale des patients ayant bénéficié d'une réévaluation à 6 mois avec celle des perdus du vue on ne note pas de différence significative, même si la qualité de vie est moins bonne chez les perdus de vue, comme en témoigne les résultats suivants :

- PCS initiale des perdus de vue (n=28) moyenne 28.04 ( $\pm 6.01$ ) [18.27-43.19]
- PCS initiale des réévalués (n=58) moyenne 29.74 ( $\pm 7.79$ ) [17.84-58.76]

Avec  $p = 0.177$

- MCS initiale des perdus de vue (n=28) moyenne 37.38 ( $\pm 10.03$ ) [19.06-55.53]
- MCS initiale des réévalués (n=58) moyenne 39.51 ( $\pm 10.61$ ) [18.82-58.77]

Avec  $p = 0.73$

#### 6.6.6 Analyse de la qualité de vie des réévalués entre le bilan initiale et à 6 mois :

De même si l'on compare la qualité de vie mentale et physique initiale et à 6 mois des patients réévalués on note une différence significative entre les deux groupes avec une amélioration de la qualité de vie pour cette population :

- PCS initiale des réévalués (n=58) moyenne 29.74 ( $\pm 7.79$ ) [17.84-58.76]
- PCS à 6 mois des réévalués (n=58) moyenne 32.89 ( $\pm 9.51$ ) [20.91-60.35]

Avec  $p = 0.0068$

- MCS initiale des réévalués (n=58) moyenne 39.51 ( $\pm 10.61$ ) [18.82-58.77]
- MCS à 6 mois des réévalués (n=58) moyenne à 42.90 ( $\pm 11.56$ ) [14.37-62.90]

Avec  $p = 0.044$

### 6.6.7 Mini Zarit à la réévaluation :

Parmi les patients réévalués 6 ne présentaient pas d'aidant.

Sur les 58 réévaluations 52 aidants déclarés avaient bénéficié d'un Mini-Zarit initial.

39 Mini-Zarit (soit 75%) ont pu être réalisés, très peu d'aidant étant présent lors de la réévaluation, malgré des contacts téléphoniques le recueil reste incomplet.

Les motifs de non réévaluation suggèrent qu'il est nécessaire de remettre en cause la définition initiale de l'aidant en effet 5 aidants déclarés au bilan initial, vivaient à une distance supérieure de 100 kilomètres.

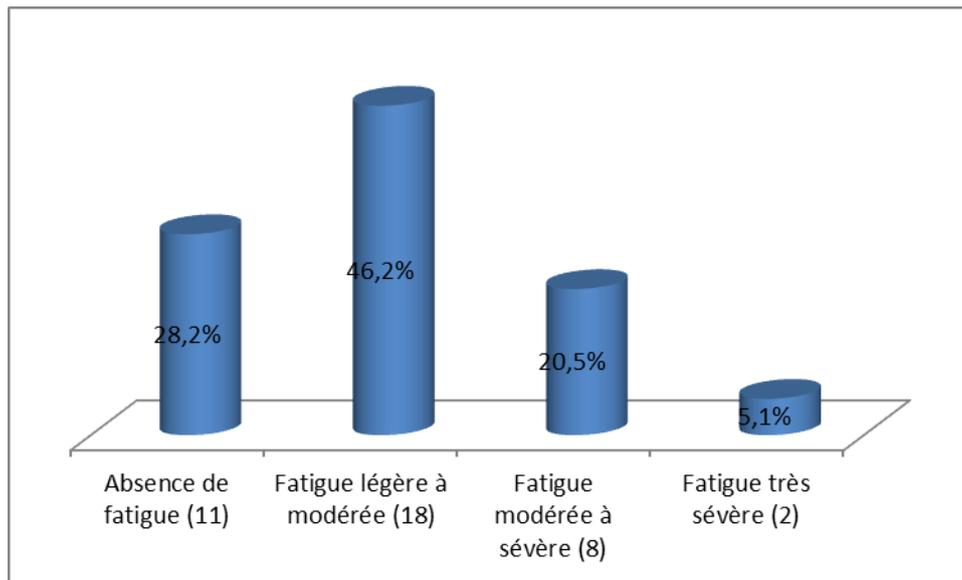
Le tableau 11 expose les raisons de non réévaluation du Mini Zarit.

<b>Motifs</b>	<b>Nombre de patient</b>	<b>Pourcentage</b>
Distance géographique	5	38.5 %
Décès	3	23.0 %
Contact impossible	2	15.4 %
Placement EHPAD	1	7.7%
Séparation	1	7.7%
Hospitalisation	1	7.7%
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100 %</b>

*Tableau 11 : Motifs de l'absence de recueil du Mini Zarit*

La charge moyenne de l'aidant est évaluée à 2.37 (+/-1.58) [0-6.5] soit un fardeau léger à modéré ce qui correspond à une amélioration significative par rapport au bilan initial : 3.69 (+/-1.71) [0.5-7] (p = 0.004)

Les résultats détaillés sont présentés par la figure 12 :



**Figure 12 : Répartition des aidants en fonction de leur score de fatigue à la réévaluation.**

#### 6.6.6 Analyse multi variée recherche de facteurs prédictifs :

Une analyse multivariée a été réalisée à l'aide du logiciel statistique afin d'identifier des critères cliniques prédictifs de l'amélioration de la qualité de vie mentale ou physique.

Les résultats obtenus sont discordants et n'ont pas permis de conclure. Le nombre de patients de l'effectif pouvant être le facteur limitant de ce résultat.

## **Discussion :**

Cette étude a permis de décrire les critères médico-socio-démographique de la population s'adressant au réseau gérontologique de la Haute Saintonge.

En 2002 le rapport de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) indique que, au niveau national, quel que soit le sexe le taux de dépendance reste faible jusqu'à 75 ans, puis augmente rapidement avec l'âge. L'âge moyen des personnes dépendantes est de 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes.

Au sein de notre étude, on observe que la moyenne d'âge de l'échantillon initial est de 81 ans ; de plus, la majorité (74%) des sujets inclus a un âge compris entre 76 et 90 ans.

Ces chiffres correspondent aux résultats démographiques de notre échantillon en dehors d'un âge moyen de dépendance plus élevé chez l'homme (81.5 ans)<sup>(48)</sup>.

On note au sein de l'échantillon une légèrement prédominance féminine (54%) ce qui est différent du rapport de la MSA (Mutuelle Santé Agricole) sur ses réseaux nationaux qui retrouve une proportion féminine de 63% <sup>(7)</sup>. En revanche le rapport Eliane sur le réseau de la Haute Saintonge de 2011 étudiant la même population retrouve une proportion de femme d'âge supérieur ou égal à 60 ans de 57.2%<sup>(10)</sup>.

Ainsi au sein de notre étude, l'âge moyen d'entrée dans la dépendance est représentatif de la population générale, avec toutefois une légèrement prédominance féminine.

L'analyse des résultats montre que les personnes constituant l'échantillon de l'étude ont un niveau d'étude faible : 91% d'entre eux n'ont pas fait d'étude au-delà du collège, il s'agit en effet d'une population majoritairement agricole.

On note, par ailleurs, que la moitié d'entre eux vit seul à leur domicile (47%) mais avec une présence familiale forte puisque 88% des patients déclare avoir un entourage proche pour les soutenir.

Pour rappel plus de 60% des patients de l'étude ne quittent pas leur domicile et plus de 70% leur quartier.

L'INSEE au travers de la publication « La Société Française » désigne le sexe masculin, l'âge, l'absence d'étude, l'isolement social ou géographique comme étant des facteurs de risque de dépendance<sup>(2)</sup>. Ces critères pourraient être recherchés comme facteurs influents sur la qualité de vie au cours d'une étude ultérieure. S'il est impossible d'agir sur les trois premiers facteurs de risque en revanche les interventions du réseau ont pour but d'agir sur l'isolement social et géographique.

De même chez une femme de 80 ans très dépendante, le risque de décès est quatre fois supérieur à celui d'une femme non dépendante<sup>(2)</sup>, ce qui renforce l'intérêt de prise en charge.

Cette même publication évoque également l'importance de l'aidant naturel, cependant l'évolution démographique, composée du vieillissement de la population et de la baisse de la natalité, ainsi que les bouleversements de la société (flux migratoire) vont faire que l'aidant naturel sera de moins en moins proche géographiquement et socialement de la personne dépendante, renforçant l'importance des aidants professionnels et des réseaux<sup>(2)</sup>.

Si l'on compare le niveau de dépendance (GIR) des patients pris en charge par le réseau à celui des personnes du même bassin de population bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie on s'aperçoit qu'elles sont comparables.

En effet, notre étude retrouve un GIR moyen à 3.46, 53% des patients présentaient un GIR 4, 25% un GIR 3 et 16.5% un GIR 2. Cependant on imagine que le niveau de

dépendance des patients présentant un ou plusieurs critères d'exclusion est plus important du fait d'un statut physiologique plus altéré.

**APA à domicile en Charente-Maritime (moyenne de bénéficiaires sur l'année)  
de 2007 à 2009**

GIR	Nombre de bénéficiaires en 2007	Nombre de bénéficiaires en 2009	Évolution (%)	Proportion par GIR en 2007	Proportion par GIR en 2009
1	217	252	16,13 %	2,70 %	3,00 %
2	1 592	1 611	1,19 %	20,10 %	19,30 %
3	1 749	1 693	-3,20 %	22,10 %	20,30 %
4	4 352	4 785	9,95 %	55,00 %	57,40 %
<b>Total</b>	<b>7 910</b>	<b>8 341</b>	<b>5,45 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>

Source : CG17. Bénéficiaires ASPA 2007 et 2009

Selon le tableau 114 de l'enquête de l'INSEE Handicap-Incapacité et Dépendance (HID) de 1998 <sup>(49)</sup>, dans la population générale pour la tranche d'âge comprise entre 80 et 89 ans seulement 24% de la population est considérée comme dépendante quand il est de 4.70% pour la tranche d'âge des 70-79 ans.

En revanche le rapport national Ariane santé de 2003 demandé par la MSA sur ses réseaux montre que 65% des personnes dépendantes inscrites au réseau avaient un GIR 3 ou 4, se rapprochant des données recueillies de notre étude (78%)<sup>(7)</sup>.

Ainsi le taux de dépendance chez les patients de l'étude est alors nettement supérieur à celui de la population générale. Constatation logique puisqu'il s'agit de la population cible.

On note également que parmi les 56 patients réévalués, l'APA a été instaurée dans 29 situations assurant le financement des aides qui dans 14 cas étaient déjà en place avant le bilan initial. En d'autre terme 14 patients ne bénéficiaient pas de l'APA pour financer leurs aides alors qu'ils en étaient éligibles.

Sur les 155 demandes initiales, 13 patients sont décédés et 7 placés en EHPAD entre la demande d'inscription et le bilan initial

De même, l'analyse des patients présentant un critère d'exclusion montre qu'il s'agit de patients fragiles polypathologiques, en effet 28% (n=34) des patients inscrits au réseau présentent des critères d'exclusion témoignant d'un statut physiologique très altéré (troubles cognitifs sévère, pathologies empêchant la communication verbale, soins palliatifs ou situations d'urgence socio-médicales).

Dans ces situations il s'agit de patients fragiles et on peut penser que l'appel au réseau est trop tardif.

L'analyse démographique de notre échantillon montre donc que l'étude est composée d'une population âgée fragile, à prédominance rurale, avec un niveau socio-économique bas, plus enclin à rester à domicile.

Les patients perdus de vue sont au nombre de 28 représentant un tiers de l'effectif initial. 16 sont décédés, 6 n'ont pu rester à leur domicile et 5 ont vu leur état de santé se dégrader.

En 2002 au sein de la population générale l'espérance de vie à 85 ans était de 90.46 années chez l'homme et de 93.88 années chez la femme<sup>(50)</sup>. Cette espérance de vie était d'autant plus faible que le patient ne disposait pas de diplôme ou appartient à une catégorie sociale ouvrière. La même année l'INSEE rapportait que 40.8% des décès chez l'homme et 46.3% des décès chez la femme se produisaient entre 75-89 ans<sup>(51)</sup>.

L'espérance de vie d'une personne de 60 ans en 2012 était de 82 ans chez l'homme et de 87 ans chez la femme<sup>(52)</sup>.

Ces chiffres sont en corrélation avec les résultats de notre étude. En effet pour la population étudiée plus fragile on retrouve un taux de décès de 18.6% sur les 6 mois d'étude.

Malgré l'intervention du réseau, on note que 7% des patients de l'étude ont été placés en EHPAD, montrant les limites du maintien à domicile, l'admission en EHPAD se fait lorsqu'il n'existe plus aucune autre solution. L'admission en EHPAD se fait quand on est arrivé au bout des autres solutions et particulièrement du maintien à domicile comme en témoigne le rapport sur les EHPAD correspondant à la politique nationale<sup>(53)</sup>.

Dans 18% des cas l'état de santé de la personne réévaluée se dégrade ne permettant pas de réponse adaptée au questionnaire.

L'aggravation de l'état de santé des patients semble constituer une limite du réseau gérontologique et du maintien à domicile conduisant au placement en EHPAD.

En ce qui concerne l'EGS le délai d'attente moyen est de 1 mois et demi (45 jours). Or, il a pour but de préciser l'état de santé des patients afin d'adapter au mieux le projet personnalisé de soin. Le réseau gérontologique ne disposant pas de gériatre, il reste dépendant de la disponibilité des médecins gériatres s'inscrivant dans le projet des hôpitaux périphériques, retardant par la même occasion la réunion de coordination. L'intégration d'un gériatre à l'équipe du réseau gérontologique permettrait de diminuer ce délai et d'instaurer un projet de soin personnalisé optimal plus rapidement.

Parmi les comorbidités 93% des sujets de l'étude souffrent de polypathologie ce qui correspond à la fréquence dans la population générale de même âge qui est identique<sup>(46)</sup>.

La pathologie cardiovasculaire est prédominante avec une fréquence de 84%.

On note également une prévalence faible des pathologies neurologiques au sein desquelles figure les démences (35.7%) si on la compare aux résultats du MMS (<25 dans 71% des cas). Ceci s'explique par une fréquence importante de l'acalculie qui sous-estime le MMS.

De notre étude prospective ressort une amélioration significative de la qualité de vie physique mais également psychique chez les personnes bénéficiant des aides du réseau gérontologique. Ces données ne sont applicables qu'à cette population, la validité de l'étude reste critiquable sur certains points :

- Le recueil de données a été réalisé par les intervenants du réseau pouvant être responsable d'un biais de subjectivité de l'enquêteur ou biais d'interrogation. En effet, il peut inconsciemment suggérer au sujet des réponses qui vont dans le sens de l'efficacité du réseau au sein duquel il travaille. L'enquêteur peut également interpréter plus ou moins des réponses faites lorsque ces dernières sont hésitantes, d'autant plus lorsqu'elles portent sur des domaines où l'appréciation est subjective.
- Une étude d'intervention prospective quasi-expérimentale de type « séries chronologiques » est de faible puissance statistique. Par la suite une étude complémentaire de type cas-témoin multicentrique pourrait valider ce résultat. Elle pose tout de même un problème éthique.
- On note une amélioration du score de qualité de vie physique et du score mental. L'analyse statistique prouve que cette amélioration n'est pas la conséquence des perdus de vue écartant le biais d'attrition.

- Cette amélioration de la qualité de vie est d'autant plus intéressante que l'on étudie une population âgée dont l'état de santé se dégrade en 6 mois.

On peut noter également un délai de réévaluation supérieur à celui fixé initialement, les principales difficultés rencontrées afin d'atteindre cet objectif sont les suivantes :

- Difficultés dans l'organisation des plannings, la réévaluation à 6 mois constituant une charge supplémentaire pour les évaluateurs. Une évaluation à 6 mois était toutefois nécessaire afin d'avoir un effectif suffisant à la réévaluation.
- Le territoire couvert est important (150 km de distance entre le Nord et le Sud du territoire couvert) et constitue une difficulté supplémentaire aux problèmes d'organisation. En effet seules deux infirmières et une assistante sociale couvrent un secteur de 1 631 km<sup>2</sup>.
- La réévaluation étant faite 6 mois après le bilan initial les patients étaient souvent absents nécessitant la reprogrammation d'un rendez-vous. Un rappel téléphonique avant le rendez-vous aurait pu diminuer ce facteur.
- Les évaluateurs s'occupaient également des autres patients du réseau ne participant pas à l'étude.

A l'inclusion 83.5% des patients pris en charge déclarés bénéficiaient d'un aidant naturel pour les aider. Un pourcentage important reposant sur le caractère rural de la population (45% sont des agriculteurs) et la proximité des enfants (seulement 13% des patients étudiés se disent en isolement familial).

En comparaison le rapport national Ariane Santé de 2003 demandé par la MSA (qui prend aussi en charge une population agricole) retrouve que l'aidant joue un rôle de soutien dans 81%<sup>(7)</sup> cela renforce l'importance de la santé de l'aidant.

L'analyse de la charge de l'aidant montre que l'aidant est un enfant dans 68% avec un âge moyen de 60 ans. Dans 14% des cas il s'agit du conjoint âgé en moyenne de 79 ans. Or, si l'on compare la charge ressentie en fonction du type de l'aidant, on s'aperçoit que la prise en charge du patient est ressentie comme plus pénible lorsqu'il s'agit du conjoint. Avec un un mini-Zarit moyen de 4.91 (fatigue modérée à sévère) pour les conjoints, contre une fatigue considérée comme légère à modérée (3.21) pour les enfants, cela montre que la fatigue de l'aidant s'accroît avec l'âge.

L'analyse du critère secondaire de l'étude montre une diminution significative du fardeau de l'aidant passant de « modéré à sévère » au bilan initial à « léger à modéré » à la réévaluation. Ce résultat est à analyser avec précaution du fait du faible nombre de réévaluation (n=39) par rapport aux 71 mini Zarit initiaux.

Par ailleurs l'analyse des motifs d'absence de recueil est intéressante car elle montre toute la fragilité de l'aidant. En effet 3 de ces aidants sont décédés, un a été hospitalisé, un a quitté le patient et un autre a été placé en EHPAD.

Cette analyse montre que l'aidant est de plus en plus âgé avec ses propres pathologies. Il est donc indispensable de le soutenir afin d'améliorer sa qualité de vie et éviter la dégradation de sa santé<sup>(29)</sup>.

## **Conclusion :**

Notre étude démontre une amélioration significative de la qualité de vie physique et mentale des personnes âgées dépendante bénéficiant des services du réseau gérontologique de la Haute Saintonge. Le réseau apporte également un soutien à l'aidant naturel en diminuant la sensation de fatigue vis-à-vis de leur proche.

Les résultats de notre étude s'applique une population âgée fragile, polypathologique à prédominance rurale, avec un niveau socio-économique bas, plus enclin à rester à domicile.

Leur niveau de dépendance est supérieur à la population générale. Leur caractère rural en fait une population isolée géographiquement, pour la plupart dans l'incapacité de quitter leur quartier.

L'inscription des patients au réseau gérontologique de la Haute Saintonge permet l'élaboration d'un projet de soin personnalisé avec la mise en place d'aides humaine, matérielle ou financière. Il fournit un interlocuteur unique pour les patients, facilitant l'accès aux soins.

Une étude complémentaire, multicentrique, avec un effectif plus important, est nécessaire pour étendre ces résultats à une population plus large. Une évaluation du taux d'hospitalisation, ou de séjour aux Urgences, de ces mêmes patients serait également intéressante. De même, une évaluation économique des dépenses de santé d'un patient adhérent à un tel réseau pourrait être réalisée.

Le rapport national MSA sur la période de septembre 2002 à mars 2004 concluant à une diminution des dépenses d'hospitalisation de 23% par mois pour un patient adhérent à un réseau gérontologique<sup>(7)</sup>.

## Références Bibliographiques :

1. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Présentation des préconisations du projet « Vivre chez Soi ». 17 Juin 2010, Paris [en ligne], 2010. Disponible sur: <http://www.travail-solidarite.gouv.fr> (consulté le 25/09/2010)
2. Duée M, Rebillard C. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Données sociales-La société française [en ligne]. Paris: INSEE. 2006:613-619. Disponible sur: <http://www.insee.fr> (consulté le 10/10/2013)
3. Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Plan solidarité-grand âge. 27 Juin 2006, Paris [en ligne], 2006. 39p. Disponible sur: <http://www.cnsa.fr> (consulté le 30/09/2010)
4. Ministère de la santé et des solidarités. Circulaire n°DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées » [en ligne]. Journal officiel, n° 2007-197. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr> (consulté le 30/09/2010).
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Réseaux de santé–Guide d'évaluation [en ligne]. Paris: Service évaluation économique, 2004, 36p. Disponible sur: <http://www.anaes.fr>. (consulté le 02/11/2010).
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation des réseaux de soins: bilan de l'existant et cadre méthodologique [en ligne]. Mission évaluation réseaux de soins. Paris, 2001, 61p. Disponible sur: <http://www.anaes.fr> (consulté le 02/11/2010).
7. Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. Réseau gérontologique MSA : les enseignements de la dernière évaluation. Direction de la Santé, 2005, 4p.
8. Mallard G, Robert E, Le Gleut K. Évaluation du réseau gérontologique Vimeu-Baie-De-Somme [en ligne]. Interventions conseils études santé S.A.S, 2009, 214p. Disponible sur: <http://www.saicones.fr> (consulté le 02/11/2010).
9. Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes. Rapport d'activité renouvellement de subvention au titre du Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). Réseaux de santé Poitou-Charentes, 2010, 67p.
10. Eliane Conseil. Évaluation Réseau Gérontologique de Haute Saintonge. Évaluation externe, 2011, 69p.
11. Daniel C, Delpal B, Lannelongue C. Contrôle et évaluation du fond d'aide à la qualité des soins de ville et de la dotation de développement des réseaux. n°2006 022 [en ligne]. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales, 2006. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr> (consulté le 12/11/2010)
12. Ministère de l'égalité des territoires et du logement. Décret n° 2008-821 du 21 Aout 2008 relatif au guide de remplissage de grille AGGIR[en ligne]. Journal Officiel, n°9 du 30 Septembre 2008. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 15/11/2010)
13. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement prévus par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie[en ligne]. Journal Officiel du 21 novembre 2001. Disponible sur: <http://www.legifrance.fr> (consulté le 15/11/2010).
14. C.Brousse, B.Boisubert. La qualité de vie et ses mesures. Rev Méd Interne. 2007;28(7):458-462.
15. Whoqol Group (Geneva). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (Whoqol). Qual Life Res, 1993;2:153-159.
16. Halvorsrud L, Kalfoss M, Diseth A. Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD module. Scand J Caring Sci. 2008;22(2):292-305.

17. Perret-Guillaume C, Loos C, Erpelding M, Frimat L, Briancon S, Leplege A. Le WHOQOL-OLD, un nouvel outil pour évaluer la qualité de vie des sujets âgés: application à des patients insuffisants rénaux dialysés. *Rev Med Interne*. 2009; 30:S41, 41p.
18. Leplege A, Perret-Guillaume C, Ecosse E, Hervy MP, Ankri J, Von Steinbüchel N. A new instrument to measuring quality of life in older people: The French version of WHOQOL-old. *Rev Med Interne*. 2013; 34(2):78-84.
19. Leplège A, Coste J. Les principales étapes du développement des instruments psychométriques. In: Leplège A, Coste J. *Mesure de la santé perçue et de la qualité de vie : méthodes et applications*. Paris: Estem; 2002.
20. Lyons R, Perry H, Littlepage B. Evidence for the Validity of the short-form 36 questionnaire (SF-36) in an elderly population. *Age Ageing*. 1993;23(3):182-184.
21. Walters S, Munro J, Brazier JE. Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. *Age Ageing*. 2001;30:337-343.
22. Wagner AK, Gandek B, Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, et al. Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):925-932.
23. Ware JE, Gandek B, Kosinski M, and a. The equivalence of SF-36 summary health score estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1167-1170.
24. Ware J, Kosinski M, Keller S. A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34(3):220-233.
25. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1171-1178.
26. Côté I, Gregoire J, Moisan J, Chabot I. Quality of life in hypertension: the SF-12 compared to the SF-36. *Can J Clin Pharmacol*. 2004;11(2):232-238.
27. Wee C, Davis R, Hamel M. Comparing the SF-12 and SF-36 health status questionnaires in patients with and without obesity. *Health Life Qual Outcomes*. 2008;6:11.
28. Novella J, Jochum C, Ankri J, Morrone I, Jolly D, Blanchard F. Measuring general health status in dementia: practical and methodological issue in using the SF-36. *Aging (Milano)*. 2001;13(5):362-369.
29. Haute Autorité de la Santé. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels*[en ligne]. *Recommandations de bonne pratique*, 2010, 29p. Disponible sur: <http://www.has.fr> (consulté le 18/12/2010).
30. Higginson I, Gao W, Jackson D, Murray J, Harding R. Short-form Zarit caregiver burden interviews were valid in advanced conditions. *J Clin Epidemiol*. 2010;63(5):535-542.
31. Bédard M, Molloy D, Squire L, Dubois S, Lever J, O'Donnell M. The Zarit Burden Interview: anew short version and screening version. *Gerontologist*. 2001;41(5):652-657.
32. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med*. 2002;346(12):905-12.
33. Kuo HK, Scandrett KG, Dave J, Mitchell SL. The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival: a meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2004;39(3):245-254.
34. Rolland Y, Laroche-Decottignies F, Nourhashemi F, Lafont C, Vellas B, Albaredo JL. Evaluation et intervention gériatriques standardisées. *Rev Gériatr*. 1999;24(2):109-113
35. Katz S, Downs T, Cash H, Grotz R. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;10(1):20-30.
36. Lawton M, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-186.

37. Tombaugh T, McIntyre N. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc.* 1992;40 (9):922-935.
38. Sheikh J, Yesavage J. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol.* 1986;5(1-2):165-173.
39. Podsiadlo D, Richardson S. The timed up & go: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(2):142-148.
40. Guigoz Y, Vellas B, Garry P. The Mini Nutritional Assessment (MNA) for grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition.* 1999;15(2):116-122.
41. Agence Nationale d'Accréditation d'Evaluation en Santé. Principe d'évaluation des réseaux de santé[en ligne]. Paris, 1999, 139p. Disponible sur: <http://www.anaes.fr> (consulté le 15/01/2011).
42. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Circulaire n° DGAS/DHOS/2C/O3 /2004/452 du 16 septembre relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques[en ligne]. *Bulletin Officiel*, n°2004-40 du 16 septembre 2004. Disponible sur: <http://www.légifrance.fr> (consulté le 20/11/2010).
43. Colvez A, Blanchard N, Villebrun D. Centre local d'information et de coordination: l'implication des généralistes est indispensable. *Rev Prat Méd générale.* 2004;18:1349-1351.
44. Launois R. Les Réseaux de Soins Coordonnés, Un projet de réforme du système de soins français. In: Launois. *Problems and Perspectives of Health Insurance.* 45<sup>e</sup> édition. Berlin: Geneve Pap R I. 1987;12:343-349.
45. Launois R. Pour une autre organisation des soins et des aides: Les Réseaux Médicosociaux Coordonnés. In: Launois R. *Des remèdes pour la santé. Pour une nouvelle politique économique de la médecine.* Paris: Masson; 1989:140-146.
46. Le Pape A, Serment C. La polypathologie des personnes âgées quelle prise en charge à domicile? [en ligne]. Paris: Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES), 1997. 30p. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/> (consulté le 18/01/2014)
47. Conseil général de la Charente Maritime. Présentation du département, description du contexte sociodémographique et des caractéristiques économiques. Le schéma départemental 2011/2016 en faveur des personnes âgées. In: Conseil général de la Charente Maritime. *La Rochelle: Livre Blanc*, 2001:12-37.
48. Bontout O, Colin C, Kerjose R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels: une projection à l'horizon 2040. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques: *Etudes et résultats*[en ligne]. 2002, n°160, 11p. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr> (consulté le 20/08/2013)
49. Goillot C, Mormiche P. Les Enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance de 1998 et 1999. Thèmes santé: *Maladies-Accidents-drogues*[en ligne]. 2002, n°22 soc, 229p. Disponible sur: <http://www.insee.fr> (consulté le 01/12/2013).
50. INSEE. La situation démographique en 2002: Mouvement de la population, Evolution et structure de la population: *Population, INSEE Résultats*[en ligne]. 2004, n°34, 44p. Disponible sur: <http://www.insee.fr> (consulté le 01/12/2013).
51. INSEE. Pathologies et comportements de santé: Handicaps, incapacités, dépendance Mortalité. Publications et services: *Collections nationales, INSEE Références: Les personnes âgées*[en ligne]. 2005, 23p. Disponible sur: <http://www.insee.fr> (consulté le 01/12/2013).
52. INSEE. Population: Espérance de vie-Mortalité. Publications et services: *Collections nationales, INSEE références: Tableau de l'économie française*[en ligne]. 2013:34-35. Disponible sur: <http://www.insee.fr> (consulté le 24/12/2013).
53. Branchu C, Guedj J, Lacaze D, Voisin J, Paul S. Rapport n°RM2009-094P sur l'Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Membres de l'Inspection générale des affaires sociales, 2009. 72p.

# Annexe 1 : Recueil des données initiales.

Bilan Initial

Date

## Recueil de données : qualité de vie des patients

*Ce questionnaire va servir à la réalisation d'une thèse visant à définir l'impact du réseau gérontologique sur votre qualité de vie. Il vous sera demandé de remplir ce questionnaire à 2 reprises à un intervalle de 6 mois.*

**NOM-Prénoms :** .....

**Date de naissance :** ..... **Age :** .....

**Date du bilan :** .....

**N° de tél :** .....

### ECHELLE DE QV non réalisée

- MMS < 13
- GIR 1
- Le patient refuse de répondre ou est en incapacité de répondre
- Projet EHPAD

**Anciens métiers :** Agriculteur  Artisan  Commerçant/chef d'entreprise  Employé   
Cadre/professions intellectuelles  Ouvrier  femme au foyer   
Autres : .....

**Niveau d'étude :** Primaire  Collège-CAP-Certificat d'étude  BEP-Lycée-BAC   
Etudes supérieures  Non renseigné

### Mesure de protection juridique:

oui  non

Curatelle  Tutelle  Sauvegarde de justice  MASP

### Lieu de vie :

Domicile personnel :  Famille d'accueil :  Domicile d'un enfant :

Vit seul :  avec conjoint :  enfant :  autre :  .....

Situation familiale : Marié :  Veuf :  Célibataire :

Nombre d'enfant :

Isolement familial : oui  non  Isolement social/géographique: oui  non

Logement inadapté: oui  non

Sédentarité (ne quitte plus son quartier): oui  non

Confinement (ne quitte plus son domicile): oui  non

### Aides disponibles avant évaluation :

Oui (1) / Non (0) / ne rien inscrire seulement si aucune réponse

#### Moyens humains :

- Aides Familiales .....
- Aides Professionnelles .....
- Portage de repas à domicile .....
- Aide ménagère, femme de ménage, auxiliaire de vie :

*Si oui, précisez les tâches :*

- Aide pour la préparation des repas : .....
- Aide pour la prise des repas: .....

- Aide pour l'hygiène : .....  Oui (1) / Non (0)
- Aide pour l'habillage : .....
- Aide pour les courses : .....
- Aide pour le ménage : .....
- Aide à la marche: .....

- Infirmière, SSIAD, HAD : .....

*Si oui, précisez les tâches :*

- Nursing : .....
- Aide pour la prise des médicaments : .....
- Autre soins techniques : .....
- SSIAD ESA Alzheimer .....

- Kinésithérapie : .....

Nombre de passage(s) hebdomadaire(s) : .....

**Moyens Techniques :**

Aide(s) technique(s) (cannes, déambulateur, fauteuil...) : .....

Lit médicalisé : .....

Téléassistance: .....

**Aide financière :** APA existant : .....

Autre (caisse de retraite...) : .....

**GIR :** .....

**Informations médicales générales (EGS) :**

**Pathologie démentielle connue :** oui  non

**Traitement :**

Nombre de principes actifs :

**Antécédents / comorbidités :**

**Déficit sensoriel :** Auditif  Visuel  Moteur

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

**MMS:** .../30 **GDS 15:** .../15 **MNA:** .../30

**ADL:** ..... **IADL:** ..... **Get up and go test:** .....

## Echelle de qualité de vie, SF – 12

1- Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : .....

*Excellente* = 1                      *Très bonne* = 2                      *Bonne* = 3  
*Médiocre* = 4                      *Mauvaise* = 5

2- Voici une liste d'**activités** que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes **gêné(e) en raison de votre état de santé actuel**.

a- **Efforts physiques modérés** tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules .....

*Oui, beaucoup* = 1                      *Oui, un peu* = 2                      *Non, pas du tout* = 3

b- Monter plusieurs étages par l'escalier .....

*Oui, beaucoup* = 1                      *Oui, un peu* = 2                      *Non, pas du tout* = 3

3- Au cours de ces 4 dernières semaines, et **en raison de votre état physique**

a- Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? .....

*Oui* = 1                      *Non* = 2

b- Avez-vous du arrêter de faire certaines choses ? .....

*Oui* = 1                      *Non* = 2

4- Au cours de ces 4 dernières semaines, et **en raison de votre état émotionnel:**

a- Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? .....

*Oui* = 1                      *Non* = 2

b- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention .....

*Oui* = 1                      *Non* = 2

5- Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos **douleurs physiques** vous ont-elles **gêné dans votre travail ou vos activités domestiques** ? .....

*Pas du tout* = 1                      *Un petit peu* = 2                      *Moyennement* = 3  
*Beaucoup* = 4                      *Enormément* = 5

6- Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre **état de santé, physique ou émotionnel**, vous a **gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances** ? .....

*Tout le temps* = 1                      *Une grande partie du temps* = 2  
*De temps en temps* = 3                      *Rarement* = 4                      *Jamais* = 5

7- Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. *Pour chaque question merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.*

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

a- Vous vous êtes senti calme et détendu? .....

*En permanence* = 1                      *Très souvent* = 2                      *Souvent* = 3  
*Quelques fois* = 4                      *Rarement* = 5                      *Jamais* = 6

b- Vous vous êtes senti débordant d'énergie ? .....

*En permanence* = 1                      *Très souvent* = 2                      *Souvent* = 3  
*Quelques fois* = 4                      *Rarement* = 5                      *Jamais* = 6

c- Vous vous êtes senti triste et abattu ? .....

*En permanence* = 1                      *Très souvent* = 2                      *Souvent* = 3  
*Quelques fois* = 4                      *Rarement* = 5                      *Jamais* = 6

## Mini-Zarit : échelle de qualité de vie de l'aidant principal :

Pour les évaluations à 6 mois, s'assurer que la personne aidante interrogée soit la même que lors du bilan initial

Nom et prénom de l'aidant : \_\_\_\_\_ Age de l'aidant : \_\_\_\_\_

Situation vis-à-vis de la personne âgée fragile : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

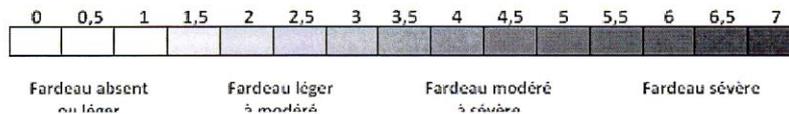
Evaluateur : \_\_\_\_\_

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

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

SCORE TOTAL : \_\_\_\_ / 7

Interprétation :



*Rq : L'analyse et la publication des résultats se fait de façon anonyme, l'identification permet de faciliter la collecte du deuxième questionnaire.*

Merci de votre participation

## Annexe 2 : Recueil du suivi à 6 mois

SUIVI A 6 mois

Date

### Recueil de données : qualité de vie des patients

*Ce questionnaire va servir à la réalisation d'une thèse visant à définir l'impact du réseau gérontologique sur votre qualité de vie.*

NOM-Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Date du bilan : .....

N° de tél : .....

#### ECHELLE DE OV non réalisable

- |                                                                                         |                                |                                |                                       |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MMS < 10                                                       | <input type="checkbox"/> GIR 1 | <input type="checkbox"/> Décès | <input type="checkbox"/> Déménagement | <input type="checkbox"/> Placement EHPAD   |
| <input type="checkbox"/> Le patient refuse de répondre ou est en incapacité de répondre |                                |                                |                                       | <input type="checkbox"/> Famille d'accueil |
| <input type="checkbox"/> Sortie Volontaire, MOTIF .....                                 |                                |                                |                                       | <input type="checkbox"/> Palliatif         |

#### Lieu de vie :

- Domicile personnel :  Famille d'accueil :  Domicile d'un enfant :   
Vit seul :  avec conjoint :  enfant :  autre : .....  
Situation familiale : Marié :  Veuf :  Célibataire :   
Isolement familial : oui  non  Isolement social/géographique: oui  non   
Logement inadapté: oui  non   
Sédentarité (ne quitte plus son quartier): oui  non   
Confinement (ne quitte plus son domicile): oui  non

#### Aides mises en place :

*Oui (1) / Non (0) / ne rien inscrire seulement si aucune réponse*

Mesure de protection juridique: .....   
Curatelle  Tutelle  Sauvegarde de justice  MASP

#### Moyens humains :

- Portage de repas à domicile .....   
- Aide ménagère, femme de ménage, auxiliaire de vie : .....

*Si oui, précisez les tâches :*

- Aide pour la préparation des repas : .....
- Aide pour la prise des repas: .....
- Aide pour l'hygiène : .....
- Aide pour l'habillage : .....
- Aide pour les courses : .....
- Aide pour le ménage : .....
- Aide à la marche: .....

- Infirmière, SSIAD, HAD : .....  Oui (1) / Non (0)

*Si oui, précisez les tâches :*

- Nursing : .....
- Aide pour la prise des médicaments : .....
- Autre soins techniques : .....
- SSIAD ESA Alzheimer .....

- Kinésithérapie : .....

Nombre de passage(s) hebdomadaire(s) : .....

**Moyens Techniques :**

Aide(s) technique(s) (cannes, déambulateur, fauteuil...) : .....

Lit médicalisé : .....

Téléassistance: .....

**Aide financière :** APA : .....

Autre (caisse de retraite...) : .....

**Informations médicales générales**

**Ordonnance :**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

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

**GIR :** .....

**COMMENTAIRES LIBRES et/ou OBSERVATIONS**

*[Faint handwritten notes in the comment box]*

## Echelle de qualité de vie, SF – 12

1- Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : .....

*Excellente* = 1                      *Très bonne* = 2                      *Bonne* = 3  
*Médiocre* = 4                      *Mauvaise* = 5

2- Voici une liste d'**activités** que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes **gêné(e) en raison de votre état de santé actuel**.

a- **Efforts physiques modérés** tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules .....

*Oui, beaucoup* = 1                      *Oui, un peu* = 2                      *Non, pas du tout* = 3

b- Monter plusieurs étages par l'escalier .....

*Oui, beaucoup* = 1                      *Oui, un peu* = 2                      *Non, pas du tout* = 3

3- Au cours de ces 4 dernières semaines, et **en raison de votre état physique**

a- Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? .....

*Oui* = 1                      *Non* = 2

b- Avez-vous du arrêter de faire certaines choses ? .....

*Oui* = 1                      *Non* = 2

4- Au cours de ces 4 dernières semaines, et **en raison de votre état émotionnel:**

a- Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? .....

*Oui* = 1                      *Non* = 2

b- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention .....

*Oui* = 1                      *Non* = 2

5- Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos **douleurs physiques** vous ont-elles **gêné dans votre travail ou vos activités domestiques** ? .....

*Pas du tout* = 1                      *Un petit peu* = 2                      *Moyennement* = 3  
*Beaucoup* = 4                      *Enormément* = 5

6- Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre **état de santé, physique ou émotionnel**, vous a **gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances** ? .....

*Tout le temps* = 1                      *Une grande partie du temps* = 2  
*De temps en temps* = 3                      *Rarement* = 4                      *Jamais* = 5

7- Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. *Pour chaque question merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.*

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

a- Vous vous êtes senti calme et détendu? .....

*En permanence* = 1                      *Très souvent* = 2                      *Souvent* = 3  
*Quelques fois* = 4                      *Rarement* = 5                      *Jamais* = 6

b- Vous vous êtes senti débordant d'énergie ? .....

*En permanence* = 1                      *Très souvent* = 2                      *Souvent* = 3  
*Quelques fois* = 4                      *Rarement* = 5                      *Jamais* = 6

c- Vous vous êtes senti triste et abattu ? .....

*En permanence* = 1                      *Très souvent* = 2                      *Souvent* = 3  
*Quelques fois* = 4                      *Rarement* = 5                      *Jamais* = 6



# Annexe 3 : Dossier personnel de suivi



## SYNTHÈSE DU BILAN INITIAL & PLAN D'INTERVENTION

Ce document est complété par le médecin généraliste et l'assistante sociale ou l'infirmière du réseau lors de la réunion de coordination. Il se présente en 2 parties : synthèse du bilan gériatrique initial et plan de soins.

A : données d'identification

SYNTHÈSE DU BILAN GÉRIATRIQUE INITIAL

B : Synthèse du bilan social (AS OU IDE)

C : Synthèse du bilan fonctionnel (gériatre)

PLAN D'AIDE ET DE SOINS

D : Volet médical (médecin généraliste)

E : Volet social (AS OU IDE)

### A. DONNÉES D'IDENTIFICATION

Nom – Prénom ..... Date de naissance .....

Affection longue durée  oui  non Si oui, affection liste : .....

Motif de la réalisation du bilan gériatrique initial

- Patient dépendant, vivant à domicile.
- Patient à domicile *jusque là autonome* dont l'état se dégrade.
- Patient hospitalisé avec un risque de perte d'autonomie.
- Patient sortant de l'hôpital en état de dépendance.
- Autre .....

Référente réseau :  Line BIROLLEAU  Catherine JOURDAN  Armande GIL YAQUERO

### SYNTHÈSE DU BILAN GÉRIATRIQUE INITIAL

### B. Synthèse du bilan social et environnemental date : .....

1. Environnement La personne vit seule  La personne cohabite
2. Si la personne cohabite, c'est avec : Le, la conjoint(e)  La famille  .....  
Autre : .....
3. Habitat Propriétaire  Locataire  Hébergé   
Il est adapté au maintien à domicile .....  oui  non  
Accessibilité : étage  présence marches  sol défectueux   
Absence d'eau courante  Absence eau chaude  baignoire inadaptée  WC extérieurs   
Chauffage : problème d'approvisionnement  chauffage défectueux ou inexistant
4. Mesure de protection .....  oui  non  demande en cours  
Curatelle  tutelle  sauvegarde de justice  curatelle renforcée  MASP   
Nom et/ou organisme : .....
5. Animal de compagnie .....  oui  non
6. APA préexistante au moment du bilan initial  
La personne bénéficiait de l'APA initialement .....  oui  non  
Date de la mise en place de l'APA ..... □□□□□□□□

7. Groupe GIR.....|\_| le jour du bilan social

8. Aide ménagère au moment du bilan initial

La personne bénéficiait de l'aide ménagère d'une caisse .....  oui  non

9. Aides techniques préexistantes

- |                                           |                                                |                                       |                                          |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Canne            | <input type="checkbox"/> Fauteuil garde robe   | <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Verticalisateur |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres | <input type="checkbox"/> Potence      | <input type="checkbox"/> Lit médicalisé  |
| <input type="checkbox"/> Barrières        | <input type="checkbox"/> Soulève malade        | <input type="checkbox"/> Protections  | <input type="checkbox"/> Nutriments      |
| <input type="checkbox"/> Autre .....      |                                                |                                       |                                          |

10. Aides préexistantes et aides proposées AU MOMENT DU BILAN SOCIAL

	NATURE DES AIDES EXISTANTES		NATURE DES AIDES <b>PROPOSEES</b>	
	VOLUME	ORGANISME	VOLUME	
Aide ménage				
Aide à la personne				
Infirmier(e) libéral(e)				
SSIAD				
Garde de nuit				
Garde de jour				
Portage des repas				
Accueil de jour				
Accueil temporaire				
Télé assistance				
Prise en charge PASSERELLE				
SSIAD Alzheimer				
Aidants naturels et bénévoles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Préciser dans la nature des aides : P prestataire M mandataire ou CESU

11. Précisions sur la nature des aides existantes

- |                                       |                                        |                                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ménage       | <input type="checkbox"/> Aide toilette | <input type="checkbox"/> Aide au lever / coucher |
| <input type="checkbox"/> Aide courses | <input type="checkbox"/> Aide repas    | <input type="checkbox"/> Aide préparation repas  |

12. Observations

**PLAN D'AIDE ET DE SOINS**

**REUNION DE COORDINATION** ..... **DATE :** .....

Après analyse du bilan gériatrique initial (médical et social), il s'agit de définir un plan d'aide et de soins :

- *objectifs* : maintien de l'intégrité physique et psychologique, autonomie ...
- *moyens* : soins infirmiers, kiné, SSIAD, moyens matériels...
- *organisation* : suivi, évaluation, etc....

**D. VOLET MEDICAL**

**1. Médecin généraliste**, nature du suivi envisagé

Nombre de visites mensuelles ..... | | |

**3. Infirmier(e) libéral(e)**, nature des soins envisagés

NOM ..... Nombre de passages mensuels ..... | | |

**3. SSIAD**, soins de nursing

**SSIAD Alzheimer**

NOM ..... Nombre de passages mensuels ..... | | |

**4. Kinésithérapeute**, nature des soins

NOM ..... Nombre de passages mensuels ..... | | |

**5. Mesures hygiéno-diététiques**

**6. Recours médecine spécialisée**, préciser lesquelles

Nombre de consultations annuelles ..... | | |

**7. Orthophonie**

Nombre de séances mensuelles ..... | | |

**8. Soins spéciaux**

- Oxygénothérapie     Nutrition parentérale     Nutrition entérale     Dialyse  
 Chimiothérapie     Dialyse     Stomie  
 Autres .....

**9. Prescription médicamenteuse**

La prescription médicamenteuse a fait l'objet d'une révision lors de la réunion de coordination

- oui     non

Si oui précisez le nombre de prescription(s) médicamenteuse(s) concernée(s) : .....

**E. VOLET SOCIAL****1. La prise en charge au réseau gérontologique a entraîné**

- |                                                       |                                                              |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> La révision de l'APA         | <input type="checkbox"/> Réorganisation des aides existantes |
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> demande APA | <input type="checkbox"/> Demande prise en charge SSIAD       |

**2. APA**

Date passage en commission APA    | \_ \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Date de la mise en place du plan d'aide    | \_ \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |    Date échéance APA    | \_ \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

**3. Aide caisse de retraite**

Mise en place d'aide via une caisse de retraite .....  oui     non

**4. Coût des aides**

Coût total mensuel ..... | \_ | \_ | \_ | \_ |

Coût pris en charge par l'APA ..... | \_ | \_ | \_ | \_ |

Coût pris en charge par l'action sociale des caisses ..... | \_ | \_ | \_ | \_ |

Coût à la charge de la personne ..... | \_ | \_ | \_ | \_ |

**5. Plan d'aide *mis en place*    Pas de changement = 1    Aide améliorée = 2    Aide instituée = 3**

NATURE DES AIDES	VOLUME	ORGANISME
Aide ménage		
Aide à la personne		
Garde de jour		
Garde de nuit		
Portage des repas		
Télé assistance		
Accueil de jour		
Accueil temporaire		
Aide(s) technique(s) mise(s) en place		
Amélioration de l'habitat		
Forfait incontinence APA		
Prise en charge passerelle		
Divers		

Préciser dans la nature des aides : P prestataire    M mandataire ou    CESU

6. Précisions sur la nature des aides existantes

- Ménage                       Aide toilette                       Aide au lever / coucher  
 Aide courses               Aide repas                           Aide préparation repas

7. Répartition hebdomadaire des aides

ORGANISME		L	M	M	J	V	S	D
	matin							
	midi							
	soir							
	matin							
	midi							
	soir							
	matin							
	midi							
	soir							
	matin							
	midi							
	soir							

*Professionnels présents à la réunion de coordination (nom et signature)*

Médecin généraliste	IDE libérale	Kinésithérapeute	SSIAD	Association MAD	Autre

## **Annexe 4 :**

# **CHARTRE DU RESEAU GERONTOLOGIQUE DE HAUTE SAINTONGE**

## **PREAMBULE**

Le réseau gérontologique du Pays de Haute-Saintonge vise :

- à promouvoir, dans des conditions sanitaires et sociales optimales, le maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées dépendantes en tenant compte de trois dimensions (psychologique, sociale, médicale),
- à rechercher une meilleure coordination entre les soins dispensés en milieux ambulatoires et hospitaliers et d'en évaluer l'impact,
- à assurer le suivi et l'accompagnement de la personne âgée et de son entourage.

Il réunit des professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux, et des associations oeuvrant pour les personnes âgées.

A cette fin, le réseau gérontologique organise une prise en charge globale de la personne âgée, coordonnée par le médecin généraliste traitant. Les actions menées dans ce cadre consistent à proposer aux personnes âgées dépendantes un bilan gériatrique initial comportant un volet médical et un volet social. Ce bilan est suivi d'une réunion de coordination pour définir avec tous les acteurs du secteur sanitaire et du secteur social concernés un plan d'intervention et de soins.

## **ARTICLE 1 : modalité d'adhésion et de sortie du réseau**

### **1-1 L'entrée dans le réseau**

Le réseau gérontologique est ouvert à l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie, domiciliées sur le territoire d'intervention du réseau (Haute Saintonge), dont le médecin traitant est adhérent au réseau gérontologique et vivant à leur domicile.

Le réseau s'adresse prioritairement aux personnes âgées :

- dont la coexistence de poly pathologies invalidantes entraînerait une dépendance physique ou psychique rendant difficile le maintien à domicile ou le retour dans les suites d'une hospitalisation,
- en rupture socio-sanitaire nécessitant le recours à des aides à la fois du champ sanitaire et social,
- atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées.

### **Le réseau s'adresse donc à des personnes dépendantes ou présentant des troubles nécessitant une orientation et un suivi.**

L'admission est décidée à l'issue de la réunion de coordination.

Les droits et obligations de la personne âgée sont précisés dans l'acte d'adhésion.

L'adhésion des bénéficiaires au réseau est valable pour un an renouvelable par tacite reconduction.

Elle est gratuite.

## **1-2 La sortie du réseau**

Trois motifs principaux entraînent la sortie du réseau de la personne âgée. Il s'agit :

- du décès de la personne âgée,
- du départ volontaire de la personne âgée (la personne peut par simple lettre au Président de l'association demander à mettre fin à son adhésion au réseau et à cesser de bénéficier de ses prestations),
- du départ prolongé d'une durée supérieure à 3 mois de la personne âgée de son domicile (ce délai de trois mois est géré par le secrétariat du réseau qui est informé des départs temporaires des adhérents),
- du placement en établissement pour personnes âgées.

## **ARTICLE 2 : organisation médicale du réseau**

### **2-1 Le bilan gériatrique initial**

Il permet de :

- préciser si la prise en charge à domicile est possible notamment sur les plans humain, matériel et financier,
- définir un plan d'aide et d'intervention.

Ce bilan gériatrique initial comprend :

- un bilan médical,
- un bilan social.

#### **2-1-1 Le bilan médical**

Il est effectué dans l'un des hôpitaux du secteur d'intervention du réseau au cours d'une journée d'hospitalisation et réalisé sous la responsabilité d'un médecin gériatre, avec la participation de personnels paramédicaux de l'hôpital.

#### **2-1-2 Le bilan social et environnemental**

Il est effectué par l'assistante sociale ou l'infirmière du réseau au domicile de la personne âgée, en sa présence et, éventuellement, celle de son entourage. Un ergothérapeute peut être présent si besoin.

Il renseigne sur les conditions matérielles et environnementales du maintien à domicile.

### **2-2 La réunion de coordination**

Après la réalisation du bilan gériatrique initial, une réunion de coordination est réalisée au domicile. Elle a pour objet d'orienter et d'organiser les interventions, de prévoir les aides techniques nécessaires.

La réunion de coordination est placée sous la responsabilité du médecin généraliste traitant. Y sont conviés l'assistante sociale, l'infirmière du réseau, et tous les professionnels de santé et sociaux qui seront amenés à intervenir à domicile.

### **2-3 Le plan d'intervention**

A l'issue de la réunion de coordination, un plan d'intervention adapté à la situation médico-sociale de la personne âgée est adopté.

#### **2-4 Les réunions de réévaluation annuelles**

Une réunion de réévaluation est organisée annuellement dans le but de prendre en compte les nouvelles données médicales et/ou sociales susceptibles de modifier la conduite à tenir vis-à-vis de la personne âgée. Elle a lieu au domicile du patient.

Sont conviés à cette réunion les professionnels de santé intervenant dans le maintien à domicile de la personne âgée.

A l'issue de cette réunion, le plan d'intervention peut éventuellement être modifié.

En cas de nécessité médicale, voire sociale, le médecin généraliste peut prendre l'initiative d'une réunion de réévaluation avant l'échéance annuelle normale.

#### **2-5 Le suivi et l'accompagnement**

Les infirmières et les assistantes sociales assurent des visites régulières au domicile des patients et se rendent disponibles à la demande des personnes âgées et de leur entourage pour toute démarche administrative ou autre.

Le secrétariat du réseau se tient à la disposition des personnes âgées et de leur entourage pour toute information du lundi au vendredi de 8h à 12h30 et de 13h30 à 17h. En dehors des heures d'ouverture, il est possible de laisser un message sur répondeur.

### **ARTICLE 4 : les hospitalisations**

Il est important que la famille prévienne le secrétariat du réseau en cas d'hospitalisation de la personne âgée.

L'infirmière du réseau pourra ainsi mieux appréhender le retour à domicile et organisera une visite à domicile dès la sortie d'hospitalisation afin de s'assurer que le plan d'aide est toujours en adéquation avec les besoins.

### **ARTICLE 5 : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**

Le réseau assure l'évaluation à domicile nécessaire à la mise en place ou à la révision de l'APA.

Pour une constitution du dossier ou un renouvellement (échéance tous les 2 ans) le patient doit signaler à la mairie son appartenance au réseau gérontologique.

---

**Pour tout changement de situation  
ou  
pour tout renseignement complémentaire  
veuillez contacter le 05 46 70 73 70**

---

**Annexe 5 :**

**Hôpital de Jour : Evaluation Gériatrique Standardisée**

Date :

Médecin :

Nom du patient :

Prénom du patient :

*Etiquette*

Date de naissance :

Age :

Médecin traitant :

Autre correspondant :

**Motif d'hospitalisation :**

**Antécédents :**

**Traitement :**

## **Mode de vie et autonomie**

**Aide à domicile :**

**Histoire de la maladie :**

## ADL

<b>Toilette :</b> <i>(lavabo, bain ou douche)</i>		
0.	besoin d'aucune aide.	
1.	besoin d'aide pour une partie du corps (dos ou jambes).	
2.	besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible.	┌
<b>Habillage :</b> <i>(prend ses vêtements dans l'armoire ou les tiroirs, sous-vêtements et vêtements d'extérieur compris ; utilise boutons et fermeture éclair.)</i>		
0.	besoin d'aucune aide.	
1.	besoin d'une aide uniquement pour lacer ses chaussures.	
2.	besoin d'aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou rester partiellement ou complètement déshabillé(e).	┌
<b>Aller aux W.C. :</b> <i>(pour uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)</i>		
0.	besoin d'aucune aide (aide possible pour se rendre aux W.C. : canne, fauteuil roulant, utilise lui-même le bassin).	
1.	besoin d'une aide.	
2.	Ne va pas aux W.C. ou n'utilise pas le bassin.	┌
<b>Locomotion :</b>		
0.	besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).	
1.	besoin d'une aide.	
2.	Ne quitte pas le lit.	┌
<b>Contenance :</b>		
0.	contrôle complet des urines et des selles.	
1.	Accidents occasionnels.	
2.	Incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente.	┌
<b>Alimentation :</b>		
0.	besoin d'aucune aide.	
1.	besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain.	
2.	besoin d'aide complète ou alimentation artificielle.	┌
<b>TOTAL</b>		┌┌┌/12

<b>A. Capacité à utiliser le téléphone :</b>	
Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros	1
Je compose un petit nombre de numéros bien connus.	1
Je réponds au téléphone mais n'appelle pas.	1
Je suis incapable d'utiliser le téléphone.	0
<b>B. Faire les courses :</b>	
Je fais toutes mes courses de façon indépendante.	1
Je fais seulement les petits achats tout(e) seul(e).	0
J'ai besoin d'être accompagné(e), quelle que soit la course.	0
Je suis totalement incapable de faire les courses.	0
<b>C. Préparation des repas :</b>	
Je prévois, prépare et sers des repas de façon indépendante.	1
Je les prépare si on me fournit les ingrédients.	0
Je suis capable de réchauffer des plats déjà préparés.	0
J'ai besoin qu'on me prépare et serve les repas.	0
Non applicable, n'a jamais préparé de repas	0
<b>D. Entretien de la maison :</b>	
J'entretiens la maison seul(e) ou avec une aide occasionnelle, par exemple pour les gros travaux.	1
Je ne fais que les petits travaux d'entretien quotidiens (vaisselle, lit, petit bricolage...)	1
Je fais les petits travaux, mais sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant.	1
J'ai besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien de la maison.	1
Je ne peux pas participer du tout à l'entretien de la maison.	0
Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères	0
<b>E. Lessive :</b>	
Je fais toute ma lessive personnelle ou la porte moi-même au pressing.	1
Je lave les petites affaires.	1
Toute la lessive doit être faite par d'autres.	0
Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie	0
<b>F. Moyen de transport :</b>	
Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture)	1
Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus.	1
Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e).	1
Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e).	0
Je ne me déplace pas du tout.	0
<b>G. Responsabilité pour la prise des médicaments :</b>	
Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire.	1
Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance.	0
Je suis incapable de les prendre de moi-même.	0
<b>H. Capacité à gérer son budget :</b>	
Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures).	1
Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (pour planifier les grosses dépenses).	1
Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour.	0
Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	0
<b>TOTAL</b>	<b>/8</b>

**Interrogatoire :**

**Examen clinique :**

-TA

- FC

bat/min

**Examens complémentaires :**

---

## Evaluation de l'état nutritionnel :

Poids habituel :

Poids actuel :

Taille :

Circonférence Brachiale :

Circonférence du Mollet :

IMC :

## MNA

### Dépistage

**A-** Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?

0 = anorexie sévère

1 = anorexie modérée

2 = pas d'anorexie

□

**B-** Perte récente de poids (< 3 mois)

0 = perte de poids > 3 kg

1 = ne sait pas

2 = perte de poids entre 1 et 3 kg

3 = pas de perte de poids

□

**C-** Motricité

0 = du lit au fauteuil

1 = autonome à l'intérieur

2 = sort du domicile

□

**D-** Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?

0 = oui

2 = non

□

**E-** Problèmes neuropsychologiques

0 = démence ou dépression sévère

1 = démence ou dépression modérée

2 = pas de problème psychologique

□

**F-** Indice de masse corporelle

(IMC = poids / (taille)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>)

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

□

**Score de dépistage** (total)

□□□

### Evaluation globale

**G** Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?

0 = non 1 = oui

□

**H** Prend plus de 3 médicaments

1 = non 0 = oui

□

**I** Escarres ou plaies cutanées?

1 = non 0 = oui

□

**J-** Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?

0 = 1 repas

1 = 2 repas

2 = 3 repas

□

**K-** Consomme-t-il?

• Une fois par jour au moins des produits laitiers?  
 oui  non

• Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses ?  oui  non

• Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille?  oui  non

0,0 = si 0 ou 1 oui

0,5 = si 2 oui

1,0 = si 3 oui

□, □

**L-** Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?

0 = non 1 = oui

□

**M** - Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)

0,0 = moins de 3 verres

0,5 = de 3 à 5 verres

1,0 = plus de 5 verres

□, □

**N** - Manière de se nourrir

0 = nécessite une assistance

1 = se nourrit seul avec difficulté

2 = se nourrit seul sans difficulté

□

**O-** Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)

0 = malnutrition sévère

1 = ne sait pas ou malnutrition modérée

2 = pas de problème de nutrition

□

**P** - Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?

0,0 = moins bonne

0,5 = ne sait pas

1,0 = aussi bonne

2,0 = meilleure

□, □

**Q** - Circonférence brachiale (CB en cm)

0,0 = CB < 21

0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22

1,0 = CB > 22

□, □

**R** Circonférence du mollet (CM en cm)

0 = CM < 31

1 = CM = 31

□

### Evaluation globale

□□□, □

**Score total :**

□□□, □

de 17 à 23,5 points :  **risque de malnutrition**

moins de 17 points :  **mauvais état nutritionnel**

## Evaluation de la continence :

Questionnaire à 4 items :

- 1) Avez-vous des fuites urinaires ?
- 2) Avez-vous du mal à vous retenir ?
- 3) Est-ce qu'il vous arrive d'uriner sans le vouloir ?
- 4) Avez-vous des émissions involontaires d'urine à la toux, au rire ou lors d'une envie impérieuse d'uriner ?

Questionnaire à 2 items

- 1) Pendant ces 12 derniers mois, avez-vous eu une perte d'urine au point d'être mouillé ?  
Si la réponse est oui, poser la question 2.
- 2) Avez-vous eu un écoulement d'urine au moins 6 jours non consécutifs ?

*Problème si « oui » aux deux questions.*

## Evaluation du risque de plaie de pression : (Echelle de Norton)

Condition physique	Etat mental	Activité	Mobilité	Incontinence	Score total
Bonne : 4	Bon, alerte : 4	Ambulant : 4	Totale : 4	Aucune : 4	
Moyenne : 3	Apathique : 3	Avec aide à la marche : 3	Diminuée : 3	Occasionnelle : 3	
Pauvre : 2	Confus : 2	Assis : 2	Très limitée : 2	Urinaire : 2	
Très mauvaise : 1	Inconscient : 1	Totalement alité : 1	Immobile : 1	urinaire et fécale : 1	

Un score de 14 ou moins indique un patient à risque de développer plaie de pression.

---

## **Evaluation de la marche :**

Description de la marche

Chutes antérieures ?

Get Up and Go Test :

Appui unipodal :      Droit :  
                                         Gauche :

## **Etat des pieds :**

Affection des ongles :

Affections cutanées : (cors, callosités, ulcérations...)

Problèmes biomécaniques : (hallux valgus, déformations diverses...)

---

## **Evaluation de la capacité visuelle :**

Correction :

Cataracte ou DMLA ?

Acuité visuelle : Test de lecture

Etude du champ visuel :

## **Evaluation de la capacité auditive :**

Appareillage :

Voix chuchotée :

## **Etat bucco-dentaire :**

Prothèses dentaires :

Etat bucco-dentaire :

Mycose buccale :

Problème de mastication :

Problème de déglutition :

Douleurs buccales :

## **Evaluation du risque iatrogénique :**

Nombre de médicaments :

Compréhension du traitement :

Le patient :    Comprend son traitement  
                  Imprécis sur son traitement  
                  Erratique, sans idée sur son traitement

Prise des médicaments :

Les prépare et les prend seul  
Les prend s'ils sont préparés  
On doit les lui apporter en temps opportun pour qu'il les prenne

## Evaluation des troubles thymiques :

### GDS 15

1. Etes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez?	Oui = 0 Non = 1	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts?	Oui = 1 Non = 0	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie?	Oui = 1 Non = 0	<input type="checkbox"/>
4. Vous ennuyez-vous souvent?	Oui = 1 Non = 0	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous la plupart du temps un bon moral?	Oui = 0 Non = 1	<input type="checkbox"/>
6. Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave?	Oui = 1 Non = 0	<input type="checkbox"/>
7. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps?	Oui = 0 Non = 1	<input type="checkbox"/>
8. Eprenevez-vous souvent un sentiment d'impuissance?	Oui = 1 Non = 0	<input type="checkbox"/>
9. Préférez-vous rester chez vous au lieu de sortir pour faire de nouvelles activités?	Oui = 1 Non = 0	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens?	Oui = 1 Non = 0	<input type="checkbox"/>
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle?	Oui = 0 Non = 1	<input type="checkbox"/>
12. Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel?	Oui = 1 Non = 0	<input type="checkbox"/>
13. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie?	Oui = 0 Non = 1	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?	Oui = 1 Non = 0	<input type="checkbox"/>
15. Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que vous?	Oui = 1 Non = 0	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /15		

## Evaluation des troubles cognitifs :

### Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

#### Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.  
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.  
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? \_\_\_\_\_

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

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

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?\*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?\*\*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

#### Apprentissage

/ 3

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

- |            |    |        |    |          |                          |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

#### Attention et calcul

/ 5

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

- |     |    |                          |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :  
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

#### Rappel

/ 3

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

- |            |    |        |    |          |                          |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   | <input type="checkbox"/> |

#### Langage

/ 8

- |                                                                             |                                      |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Montrer un crayon.                                                          | 22. Quel est le nom de cet objet ?*  | <input type="checkbox"/> |
| Montrer votre montre.                                                       | 23. Quel est le nom de cet objet ?** | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** |                                      | <input type="checkbox"/> |

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

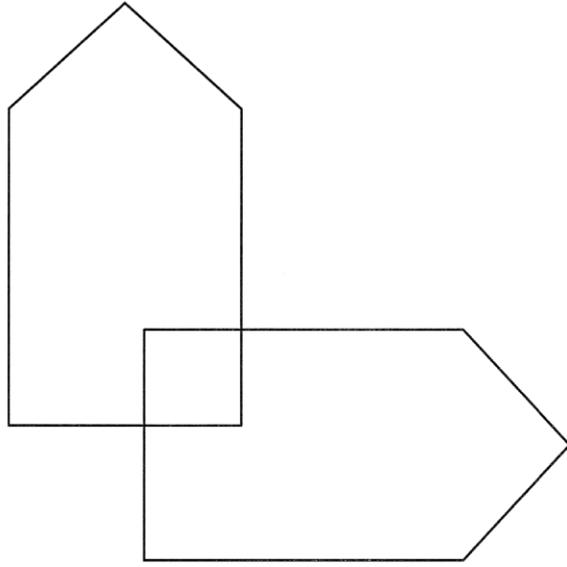
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »\*\*\*\*\*

#### Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

# FERMEZ LES YEUX



## Annexe 6 :

Nom, Prénom :

Date de l'évaluation :

Date de naissance :

### Fiche d'évaluation du modèle AGGIR

#### 1. Transferts, LA PERSONNE FAIT-elle toute SEULE ses transferts :

**Spontanément** : sans avoir à lui dire de le faire ou à lui expliquer comment faire ?

Oui Non Code

**Totalement** : en assurant l'ensemble des transferts (assis-debout, coucher-debout) dans les deux sens ?

**Correctement** : sans se mettre en danger ou en utilisant les aides techniques adaptées ?

**Habituellement** : chaque fois que cela est nécessaire et souhaité, jour et nuit ?

#### 2. Déplacements à l'intérieur, LA PERSONNE SE DEPLACE -t-elle toute SEULE :

**Spontanément** : sans avoir à lui dire de le faire ou à lui rappeler où elle doit aller ?

Oui Non Code

**Totalement** : dans tous les lieux nécessaires à la vie quotidienne ?

**Correctement** : à bon escient (sans errance, ni fugue) et de façon adaptée à ses possibilités ?

**Habituellement** : chaque fois que la personne en a le désir ou le besoin ?

#### 3. Toilette

##### 3.1. Toilette du haut, LA PERSONNE FAIT-elle toute SEULE sa toilette du haut :

**Spontanément** : sans avoir à lui dire de le faire ou à lui expliquer comment faire ?

Oui Non Code

**Totalement** : pour toutes les parties du corps ?

**Correctement** : la toilette aboutit-elle à une propreté corporelle satisfaisante ?

**Habituellement** : chaque jour ?

##### 3.1. Toilette du bas, LA PERSONNE FAIT-elle toute SEULE sa toilette du bas :

**Spontanément** : sans avoir à lui dire de le faire ou à lui expliquer comment faire ?

Oui Non Code

**Totalement** : pour toute la partie basse et les parties intimes du corps ?

**Correctement** : la toilette aboutit-elle à une propreté corporelle satisfaisante ?

**Habituellement** : chaque jour ?

#### 4. Hygiène de l'élimination urinaire et fécale

##### 4.1. Elimination urinaire, LA PERSONNE « FAIT »-elle toute SEULE :

**Spontanément** : sans avoir à lui dire ou à lui expliquer comment « faire » proprement ?

Oui Non Code

**Totalement** : en effectuant seule la totalité des gestes nécessaires ?

**Correctement** : dans le lieu ou le récipient adéquat et sans se souiller ?

**Habituellement** : aussi souvent que de besoin ?

##### 4.2. Elimination fécale, LA PERSONNE « FAIT »-elle toute SEULE :

**Spontanément** : sans avoir à lui dire ou à lui expliquer comment « faire » proprement ?

Oui Non Code

**Totalement** : en effectuant seule la totalité des gestes nécessaires ?

**Correctement** : dans le lieu ou le récipient adéquat et sans se souiller° ?

**Habituellement** : aussi souvent que de besoin ?

#### 5. Habillage

##### 5.1. Habillage du haut, LA PERSONNE S'HABILLE-t-elle toute SEULE :

**Spontanément** : sans avoir à lui dire de le faire ou à lui expliquer comment faire ?

Oui Non Code

**Totalement** : en effectuant seule tous les actes nécessaires : **préparation, habillage et déshabillage** ?

**Correctement** : sans erreur et adapté aux conditions météo ou au moment de la journée ?

**Habituellement** : régulièrement tous les jours ?

**5.2. Habillage moyen (boutons, soutien gorge, ceinture) LA PERSONNE S'HABILLE-t-elle toute SEULE :**      Oui    Non    Code

**Spontanément :** sans avoir à lui dire de le faire ou à lui expliquer comment faire ?             

**Totalement :** en effectuant **seule** tous les actes nécessaires : **préparation, habillage et déshabillage** ?             

**Correctement :** sans erreur **et** adapté aux conditions météo **ou** au moment de la journée ?             

**Habituellement :** régulièrement tous les jours ?             

**5.3. Habillage du bas (slip, chaussettes, bas) LA PERSONNE S'HABILLE-t-elle toute SEULE :**      Oui    Non    Code

**Spontanément :** sans avoir à lui dire de le faire ou à lui expliquer comment faire ?             

**Totalement :** en effectuant **seule** tous les actes nécessaires : **préparation, habillage et déshabillage** ?             

**Correctement :** sans erreur **et** adapté aux conditions météo **ou** au moment de la journée ?             

**Habituellement :** régulièrement tous les jours ?             

**6. Cuisine, LA PERSONNE FAIT-elle toute SEULE toute sa cuisine :**      Oui    Non    Code

**Spontanément :** sans avoir à lui dire de le faire ou à lui expliquer comment faire ?             

**Totalement :** pour l'ensemble de la préparation de chacun des repas de la journée ?             

**Correctement :** selon les règles de bonnes pratiques culinaires et les goûts de la personne ?             

**Habituellement :** tous les jours sans tenir compte des repas pris à l'extérieur ?             

**7. Alimentation**

**7.1. Se servir, LA PERSONNE SE SERT-elle toute SEULE :**      Oui    Non    Code

**Spontanément :** sans avoir à lui dire de le faire ou à lui expliquer comment faire ?             

**Totalement :** pour tous les gestes nécessaires pour se servir (plat, carafe, saladier, décapsuler yogourt) ?             

**Correctement :** dans l'ordre du menu, sans tout mélanger et sans « en mettre partout » ?             

**Habituellement :** à tous les repas ?             

**7.2. Manger, LA PERSONNE MANGE-t-elle toute SEULE :**      Oui    Non    Code

**Spontanément :** sans avoir à lui dire ou à lui expliquer comment faire, à la stimuler sans cesse ?             

**Totalement :** du début à la fin du repas, tous les aliments y compris les boissons ?             

**Correctement :** proprement, en respectant l'entourage **et** sans fausses routes ?             

**Habituellement :** à tous les repas ?             

**8. Suivi du traitement, LA PERSONNE PREND-t-elle toute SEULE ses médicaments :**      Oui    Non    Code

**Spontanément :** sans avoir à les lui préparer, à lui dire ou à lui expliquer comment les prendre ?             

**Totalement :** pour l'intégralité du traitement, y compris les régimes diététiques ?             

**Correctement :** en suivant la prescription à la lettre ?             

**Habituellement :** chaque jour et aussi souvent **et** longtemps que l'entend la prescription ?             

**9. Ménage, LA PERSONNE FAIT-elle son ménage toute SEULE :**      Oui    Non    Code

**Spontanément :** sans avoir à lui dire de le faire ou à lui expliquer comment faire ?             

**Totalement :** pour l'ensemble des activités de ménage ?             

**Correctement :** de façon à entretenir l'intérieur de sa maison propre ?             

**Habituellement :** chaque fois que nécessaire ?             

**10. Possibilités pour Alerter, LA PERSONNE ALERTE-t-elle toute SEULE :**      Oui    Non    Code

**Spontanément :** sans avoir à lui montrer avec quoi et à lui expliquer comment faire ?             

**Totalement :** avec un moyen approprié pour avoir une réponse à son alerte ?             

**Correctement :** en cas de « vrai » besoin, à bon escient, sans fausse alerte ?             

**Habituellement :** à tout moment opportun ?

**11. Déplacements à l'extérieur, LA PERSONNE SORT-elle toute SEULE :**

	Oui	Non	Code
<b>Spontanément</b> : sans avoir à lui dire ou à lui expliquer comment et pourquoi faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Totalement</b> : pour toute sortie (sans limitation personnelle ou liée à l'environnement par défaut de moyens de transports, limite des horaires ou absences d'un tiers) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Correctement</b> : de façon adéquate en fonction de la destination (pas une fugue) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Habituellement</b> : chaque fois qu'elle en a le désir ou le besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**12. Transports, LA PERSONNE PREND t-elle toute SEULE des moyens de transport :**

	Oui	Non	Code
<b>Spontanément</b> : sans avoir à lui dire de le faire ou à lui expliquer comment faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Totalement</b> : pour toute sortie (sans limitation personnelle ou liée à l'environnement par défaut de moyens de transports, limite des horaires ou absences d'un tiers) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Correctement</b> : en utilisant les moyens de transports appropriés en fonction de la destination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Habituellement</b> : chaque fois qu'elle en a le désir ou le besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**13 Activités du temps libre, LA PERSONNE s'occupe t-elle toute SEULE :**

	Oui	Non	Code
<b>Spontanément</b> : sans avoir à lui dire ou à lui expliquer comment faire, elle choisit les activités et décide elle-même de les réaliser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Totalement</b> : sans limitation de son choix ; l'activité ne doit pas être occasionnelle, il doit exister une certaine régularité de ces activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Correctement</b> : de façon adaptée à ses désirs et à son état ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Habituellement</b> : de façon non occasionnelle, avec une certaine régularité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**14 Achats, LA PERSONNE FAIT-elle ses achats toute SEULE :**

	Oui	Non	Code
<b>Spontanément</b> : sans avoir à lui dire ou à lui expliquer comment faire. Elle fait elle-même ou fait exécuter par un tiers à son initiative ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Totalement</b> : pour l'intégralité de ses achats ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Correctement</b> : en adéquation avec ses besoins et ses moyens financiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Habituellement</b> : chaque fois qu'elle en a le désir ou le besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**15 Gestion, LA PERSONNE GERE-t-elle toute SEULE ses biens :**

	Oui	Non	Code
<b>Spontanément</b> : sans avoir à lui dire de le faire ou à lui expliquer comment faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Totalement</b> : pour l'ensemble des activités (affaires, budget, impôts, biens) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Correctement</b> : sans erreurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>Habituellement</b> : chaque fois que nécessaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 16 Orientation,

a)-LA PERSONNE S'ORIENTE-elle **toute SEULE dans le Temps** :

**Spontanément** : sans l'aide d'un tiers ?

**Totalement** : pour tous les repères temporels ?

**Correctement** : sans erreurs flagrantes ?

**Habituellement** : sans fluctuation d'un jour à l'autre, d'un moment à l'autre ?

Oui	Non	Code
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

b)- LA PERSONNE S'ORIENTE-elle **toute SEULE dans l'espace** :

**Spontanément** : sans stimulation, indications ?

**Totalement** : pour tous les lieux de vie habituels et nouveaux ?

**Correctement** : sans erreurs flagrantes ?

**Habituellement** : sans fluctuation d'un jour à l'autre, d'un moment à l'autre ?

Oui	Non	Code
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Codage final Orientation :** AA = A  
AB, BA, BB = B  
CC, BC, CB, AC, CA = C

## 17 Cohérence :

a)- **Communication** : la personne communique

**Spontanément** : sans rappel à l'ordre, sans incitation, sans stimulation ?

**Totalement** : dans l'ensemble des activités et avec tous les interlocuteurs

**Correctement** : de façon compréhensible, logique et sensée?

**Habituellement** : de façon permanente dans le temps ?

Oui	Non	Code
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

a)- **Comportement** : la personne se comporte « normalement »

**Spontanément** : sans rappel à l'ordre, sans incitation, sans stimulation ?

**Totalement** : dans l'ensemble des activités et avec tous les interlocuteurs

**Correctement** : conformément aux convenances?

**Habituellement** : de façon permanente dans le temps ?

Oui	Non	Code
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Codage final Cohérence :** AA=A  
AB, BA, BB = B  
CC, BC, CB, AC, CA = C

---

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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. Admis dans 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 le crime. Respectueux et reconnaissant 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 fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

