

---

ANNEE 2016

Thèse 2016 - 103

Luc SAMOY

---

LE MOTIF REEL D'UN MAINTIEN A DOMICILE DIFFICILE  
DES PERSONNES DEPENDANTES  
ETUDE QUANTITATIVE RETROSPECTIVE PAR ANALYSE DES DOSSIERS DE  
PATIENTS HOSPITALISES DANS LE SERVICE DE MEDECINE INTERNE DU CHU  
D'AMIENS

---

THESE  
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR  
EN MEDECINE GENERALE  
PRESENTEE ET SOUTENUE  
LE 14 SEPTEMBRE 2016

Président de jury : Monsieur le Professeur Pierre DUHAUT

Jury : Monsieur le Professeur Jean-Marie SEROT

Monsieur le Professeur Thierry CAUS

Monsieur le Professeur Cyril PAGE

Monsieur le Docteur Arcade DAVION

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Mots clés : Médecine générale – Autonomie – Maintien à domicile difficile – Démence -  
Fragilité



A mon Président de Jury de Thèse,  
Monsieur le Professeur Pierre DUHAUT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
(Médecine Interne)  
Chef du service de Médecine interne de maladies systémiques  
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecin et endocrinologie"  
(D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur, aujourd'hui, de présider le jury de cette thèse,  
J'ai été honoré de partager l'élaboration de ce travail avec vous,  
Soyez assuré de toute ma gratitude.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Jean-Marie SEROT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
(Gériatrie)

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail,  
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Thierry CAUS

Professeur des Universités -Praticien Hospitalier

(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Chef du service de chirurgie Cardiaque

Pôle "Cœur – Thorax - Vaisseaux "

Vous me faites l'honneur de prendre part à ce jury,  
Soyez assuré de mon respect et de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Cyril PAGE

Professeur des Universités -Praticien Hospitalier  
(ORL)

Merci de l'honneur que vous me faites de siéger au jury de cette thèse,  
Recevez toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Arcade DAVION

Docteur en Médecine – Praticien Libéral  
(Médecine Générale)

Tu me fais l'honneur d'être présent aujourd'hui,  
Tu as répondu à mes nombreuses questions sur la pratique de la médecine générale.  
Je te témoigne ici ma profonde reconnaissance.

A mon Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Jean Schmidt  
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier  
(Médecine Interne)

Tu as dirigé ce travail en m'accordant ta confiance et ton temps,  
Je te fais part ici de toute ma reconnaissance.



A mes chers parents,  
vous m'avez soutenu depuis le début de ces études passionnantes  
je vous en suis très reconnaissant.

Merci.

Bon Anniversaire Papa.

A ma femme,  
Pauline merci d'accompagner mon quotidien,  
et d'avoir été un grand soutien tout au long de ce travail.

A ma sœur,  
Bon courage pour cette nouvelle orientation.  
Etre étudiant, c'est pour la vie.

A Aurore,  
qui a souvent pallié mon manque d'organisation.

A Gaston,  
pour le jour où tu liras ce travail.

Au Professeur Ammirati,  
merci pour votre participation à cette étude.

A mes maîtres,  
dans leur cabinet de médecine générale,  
en médecine interne, dans les services d'urgences, en pédiatrie,  
vos connaissances et votre pratique guident mon exercice quotidien.

A Madame Amandine Wiotte,  
l'assistante sociale du service de Médecine interne,  
pour ses précieux conseils.

A Tonton Jean Claude,  
c'est toi qui m'a orienté vers la médecine.

A Patricia et Catherine,  
pour le temps qu'elles ont consacré à la relecture de ce travail,  
merci.

A mes grands-parents,

A ma famille,  
A mes oncles et tantes,  
A mes cousins et cousines.

A Tatie Josette,  
ma nourrice.

A mes amis,  
Nordistes, Picards (bref Haut Français) et plus exotiques.

A mes cointernes,  
et externes avec qui j'ai appris, échangé et surtout rit.

*"Après de mon arbre, je vivais heureux"*  
Georges Brassens

## **TABLE DES MATIERES**

<b>A. INTRODUCTION</b> .....	p.13
<b>B. MATERIEL ET METHODE</b> .....	p.15
1. Type d'étude.....	p.15
2. Population étudiée.....	p.15
3. Données étudiées.....	p.16
4. Méthodes et analyses statistiques.....	p.17
<b>C. RESULTATS et ANALYSES</b> .....	p.18
1. Profil des patients hospitalisés pour MADD.....	p.18
a. Données sociologiques	
b. Profil médical et traitements à domicile	
2. Hospitalisation et motifs associés.....	p.29
3. Suite d'hospitalisation.....	p.34
<b>D. DISCUSSION</b> .....	p.37
1. Difficultés spécifiques des patients jeunes.....	p.38
2. Concept de fragilité.....	p.38
3. Alcool et iatrogénie.....	p.41
4. Démence et MADD.....	p.41
5. Adaptation du domicile et des aides.....	p.44
6. Ressources hospitalières.....	p.48
7. Limitation de l'étude.....	p.49
8. Gravité des patients.....	p.50
<b>E. CONCLUSION</b> .....	p.51
<b>F. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	p.53
<b>G. ANNEXES</b> .....	p.54
1. Fiche pour recueil de données.....	p.54
2. Codage maladie.....	p.55
3. Codage médicament.....	p.56
<b>H. DEFINITIONS</b> .....	p.57
<b>J. RESUME</b> .....	p.59

## **A. INTRODUCTION**

La prise en charge des patients en perte d'autonomie va s'accroître avec le vieillissement de la population<sup>1</sup> et l'arrivée de la génération du baby-boom aux âges de dépendance. Ces patients requièrent la mise en place d'aides spécifiques et le médecin généraliste verra cette part de son activité s'accroître au fur et à mesure des années. Selon le ministère de la santé en 2014, dans son rapport *Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie* : les projets PAERPA, le médecin généraliste est un acteur clé de cette prise en charge, je le cite : « *L'hyperspécialisation des acteurs de la santé et du social qui interviennent auprès de la personne âgée est un facteur majeur de non qualité, de complexité, du risque de mauvaise prise en charge* ».

Il est nécessaire que s'établisse une optimisation du choix dans la mise en place d'aides lors de l'apparition de nouvelles dépendances s'intégrant dans une chronologie aussi juste que possible dans notre pratique.

L'hospitalisation non programmée au motif de maintien à domicile difficile (MADD) du patient est un échec dans cette prise en charge. L'étude du mode de vie de ces patients, leur niveau de dépendance et les aides - matérielle ou humaine - dont ils bénéficient et l'adaptation de leur milieu de vie permettrait de mieux appréhender ces hospitalisations. Nous nous intéresserons également aux événements - médicaux ou autres - précipitant l'hospitalisation.

Nous supposons qu'une partie de ces hospitalisations est relative au sous diagnostic des démences<sup>2</sup>. Le diagnostic des pathologies démentielles se fait essentiellement à un stade avancé<sup>3</sup>; ce qui pourrait être un retard à la mise en place d'aides adaptées ou à l'institutionnalisation alors que les patients concernés sont à risques élevés de chute, de déshydratation, de malnutrition ou sous nutrition.

Cette étude ne se limitera pas aux personnes âgées mais concernera tous les patients adultes hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU d'Amiens pour MADD. Les patients de moins de 60 ans posent le problème tout particulier du manque de structure pour leur prise en charge lorsque le niveau de dépendance nécessite de les soustraire du domicile et de la difficulté à anticiper le passage du domicile à un établissement adapté ou à la mise en place d'aide. J'évoquerai pour exemple les patients atteints d'un syndrome de Korsakoff, tout à fait représentatifs de ce problème.

J'ai effectué des recherches bibliographiques ne retrouvant pas d'étude sur ce sujet précis, j'ai également été surpris de l'absence d'équivalent dans la littérature anglo-saxonne. Les travaux déjà effectués abordaient les facteurs prédictifs d'institutionnalisation et d'une seconde hospitalisation à courte échéance pour un motif similaire. Parmi les thèses déjà réalisées, le sujet a déjà été abordé sous la forme qualitative<sup>4,5</sup> essentiellement ou quantitative avec de faibles effectifs<sup>6</sup>. Nous proposons ici une étude quantitative de puissance plus élevée.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les caractéristiques des patients hospitalisés pour MADD ainsi que les événements qui conduisent à leur hospitalisation pour MADD.

Les objectifs secondaires sont de définir la proportion de diagnostic de syndrome démentiel au cours de ces hospitalisations ; le déroulement et les suites d'hospitalisation chez ces patients.

La finalité de cette étude est d'éviter le recours aux hospitalisations non programmées et *a fortiori* l'amélioration de la qualité de vie de ces patients suivis par les médecins généralistes.

## **B. MATERIELS ET METHODES**

### **1. Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude rétrospective des patients hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU d'Amiens pour MADD sur la période allant de Novembre 2012 à Février 2016. Les données étaient extraites du dossier informatisé des patients disponible via le logiciel DxCare utilisé par l'ensemble des services du CHU d'Amiens. Les sources comprenaient le compte rendu d'hospitalisation (CRH), mais aussi le compte-rendu de passage aux urgences, l'observation médicale, les dossiers infirmiers, les dossiers de l'assistante sociale, la fiche nutritionnelle des diététiciens, l'intervention des masseurs kinésithérapeutes.

### **2. Population étudiée**

Il n'existe pas de définition du MADD, c'est de fait un diagnostic arbitraire qui ne peut-être infirmé ou affirmé. Il est laissé à la libre appréciation des médecins prenant en charge le patient, de son orientation en ville, aux urgences jusqu'à l'hospitalisation dans le service. Nous nous sommes donc basés sur ce diagnostic pour inclure les patients dans l'étude même si ensuite d'autres diagnostics étaient posés.

L'objectif arbitraire de recrutement était d'inclure 100 patients hospitalisés pour le motif de MADD dans le service de Médecine Interne du CHU Amiens.

Pour y parvenir, dans un premier temps, j'ai étudié les dossiers de tous les patients hospitalisés de Novembre 2012 à Février 2016 pour retenir ceux chez qui le terme de MADD était retrouvé.

### 3. Données étudiées

Je les répartirai chronologiquement :

○ Les données concernant *le patient avant son hospitalisation* :

- le mode de vie des patients avec les aides humaines et allocations déjà mises en place,
- la catégorie socioprofessionnelle,
- le niveau d'étude,
- les démarches déjà réalisées (c'est-à-dire les aides financières perçues, les intervenants paramédicaux, portages des repas),
- l'adaptation du logement à l'autonomie du patient, l'isolement à domicile, l'accessibilité ou l'inaccessibilité du logement ; est défini comme inaccessible un logement si il est en travaux ou inadapté en regard du handicap du patient ou aux loyers trop élevés par rapport aux ressources financières du patient ou ceux pour lesquels les patients n'ont pas les clés,
- les antécédents médicaux,
- les traitements pris au domicile ainsi que leur nombre et leurs dangers potentielles selon la liste de BEERS<sup>7</sup> ; la liste de BEERS correspond aux médicaments susceptibles d'engendrer des effets indésirables chez les personnes âgées et dont la prescription doit au maximum être évitée et/ou à utiliser en seconde intention,
- la consommation d'alcool,
- la réalisation récente d'une imagerie cérébrale (arbitrairement fixée à moins de 2 ans),
- la notion de fatigue de (des) l'aidant(s).

• Le *motif d'hospitalisation et son déroulement* :

- la durée d'hospitalisation,
- la taille et le poids qui permettent de calculer l'indice de masse corporelle obtenu au cours de l'hospitalisation ainsi que l'évolution du poids entre les différentes hospitalisations,
- le diagnostic d'une démence au cours de l'hospitalisation, le score obtenu au MMSE<sup>8</sup> ,
- l'évaluation de l'autonomie sera évaluée par les capacités de marche et par les évaluations Groupes Iso-Ressources (GIR),
- la mise en place de kinésithérapie est également colligée.



- Les *suites d'hospitalisation* :

- l'orientation du patient,
- la survenue d'un décès au cours de l'hospitalisation,
- le diagnostic de sortie,
- la demande d'une mise en place d'aides,
- la demande d'institutionnalisation.

Ces données sont recueillies à partir d'une fiche de recueil préétablie (**Annexe 1**). Les diagnostics et les médicaments ont été codés au moment du recueil des données. Deux listes de codage ont été réalisées avant l'inclusion des patients et ont été volontairement limitées à une cinquantaine de codes, celles-ci ne pouvant être exhaustives et préférant un regroupement par pathologies et par groupe pharmacologique. Elles comprennent les maladies et les traitements les plus souvent rencontrés.

#### **4. Méthode et analyses statistiques**

Les données ont été stockées sur une base de données sous logiciel EpiData 3.1.

L'analyse statistique a été réalisée sous SAS (version 9.2, SAS institute Inc. Cary, NC, USA).

La population de l'étude est décrite par la moyenne (écart-type) pour les variables quantitatives de répartition normale ou par la médiane [25<sup>ème</sup> – 75<sup>ème</sup> percentile] dans les autres cas.

## C. RESULTATS et ANALYSES

Nous avons inclus 102 patients hospitalisés consécutivement dans le service de médecine interne du CHU d'Amiens pour MADD sur la période allant d'octobre 2012 à février 2016. Dans le même temps environ 5000 patients étaient hospitalisés, soit une proportion faible de patients admis pour MADD.

Pour chaque rubrique ci-dessous, je fais apparaître le nombre de patients pour lequel l'information est obtenue sous la forme  $(n=x)$  ; x étant en valeur absolue.

### 1. Profil des patients hospitalisés pour MADD

#### a. Données sociologiques

Parmi les patients hospitalisés pour MADD, *53% sont des femmes*.

L'*âge médian* est de 76 ans [67-85].

Tout de même plus de 25% des patients sont âgés de moins de 70 ans. Le patient le plus jeune a 43 ans et le plus âgé 92 ans.

#### *Catégories socioprofessionnelles* (n=99)

Les patients sont pour 85% retraités, 13% sont en invalidité pour inaptitude ou sans emploi, 2% des patients sont en activité.

#### *Niveau d'étude* (n=64)

Pour beaucoup des patients inclus, le niveau d'étude est déduit (pour exemple les patients avec des retards mentaux congénitaux sévères classés comme analphabète ou les professions requérant des niveaux d'étude post baccalauréat). Les patients sont analphabètes pour 9% d'entre eux, ils ont un niveau d'étude inférieur au BEPC pour 32% d'entre eux, ils ont obtenu le certificat d'étude ou le BEPC pour 37% d'entre eux et 5% ont fait des études supérieures.

### **Logement** (n=101)

Les patients inclus vivent *seuls au domicile* pour 53% d'entre eux.

Les patients habitent en *milieu rural pour 46%* d'entre eux, 54% des patients sont *citadins*, majoritairement de la ville d'Amiens.

### **Configuration du domicile** (n=70)

Les patients de l'étude vivent en *rez-de-chaussée* pour 54% d'entre eux, 13% vivent à l'étage mais *avec ascenseur*. Les 33% restants vivent dans un logement dont certaines pièces, auxquelles l'accès quotidien est nécessaire, sont *accessibles uniquement par un escalier* que ce soit en appartement ou dans une maison.

### **Etat du logement** (n=87)

L'état du logement est décrit par l'assistante sociale ou dans le compte rendu d'hospitalisation. Le logement est défini comme *accessible pour 77%* d'entre eux, 15% ont un logement inaccessible. *8% patients ont un logement insalubre* (motif d'hospitalisation pour 3 d'entre eux).

Le *chauffage* est automatique chez 19 patients sur 20 pour lesquels la donnée est retrouvée. Est considéré comme automatique, un chauffage dont une intervention physique régulière n'est pas nécessaire (gaz, fioul, électricité). Un patient inclus se chauffe avec un poêle.

### **Problème financier** (n=26)

Des problèmes financiers sont évoqués pour 12 patients, résultat soumis à la subjectivité de la part de l'entourage.

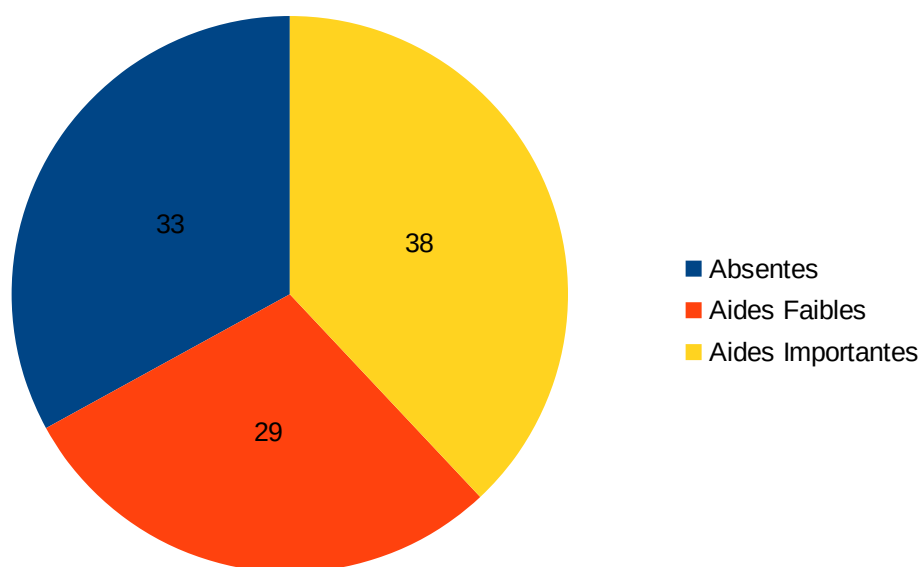
### **Aides et aidants** (n=102)

Les patients pour 74% d'entre eux bénéficient de l'*aide d'un proche* (famille, voisin, ami) plus ou moins fréquente, essentiellement pour les courses et le portage de repas.

*Aucune aide extérieure* n'est retrouvée pour 33% d'entre eux.

Les aides sont faibles pour 29% des patients inclus, avec des aides ménagères (passage 2 à 3 fois par semaine) et le portage des repas.

Pour 38% des patients, des aides pluriquotidiennes sont déjà mises en place, avec le passage d'auxiliaire de vie, d'infirmier(ère) au domicile, voire de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou d'une hospitalisation à domicile (HAD) (**Figure 1**).



**Fig. 1 - Pourcentage de patients bénéficiant d'aides extérieures**

#### *Aides financières* (n= 61)

La présence ou non d'allocation type AAH, APA ou PCH est connue pour 61 dossiers, obtenue à partir du dossier d'intervention de l'assistante sociale du service. Les patients inclus bénéficient pour 56% d'entre eux d'au moins une de ces aides.

### *Refus antérieur de mise en place d'aide (n=90)*

La mise en place d'aides a été refusée pour 19% des patients avant l'hospitalisation pour MADD. Cela ne signifie pas systématiquement l'absence d'aide au domicile, mais la mention dans le dossier médical d'un refus de mise en place ou de majoration des aides ou d'orientation vers une structure d'accueil adaptée. Le refus peut émaner du patient lui-même ou d'un proche.

### *Démarche précédant l'hospitalisation (n=86)*

Je fais apparaître cette rubrique, mais ne m'en satisfais pas, en effet il n'est pas possible de savoir si les démarches sont effectivement en cours ou si elles ont été juste évoquées à partir des dossiers. Pour 63% des patients, des démarches de mise en place d'aide, de demande d'institutionnalisation, d'adaptation du logement, d'allocations ont eu lieu ou sont en cours au moment où les patients sont hospitalisés.

## b. Profil médical et traitements à domicile

### *Indice de masse corporelle (n=88)*

La médiane de l'IMC est de 24,5 [20,8-28,4] soit un poids normal à la limite du surpoids. Les patients sont **maigres pour 10% d'entre eux**, (IMC inférieur à 19), un peu moins de 50% sont en surpoids et **plus de 10% sont obèses**.

### *Evolution du poids avant l'hospitalisation (n=65)*

Cette donnée est obtenue à partir des dossiers de la diététicienne ou avec les données d'hospitalisations antérieures. Les patients ont **perdu du poids** avant l'hospitalisation pour **63% d'entre eux**, quel qu'en soit le degré. Une prise de poids est retrouvée pour 11% d'entre eux ; les 25% restants ont maintenu un poids stable entre les différentes pesées.

### *Antécédents (ATCD) des patients*

**(cf. Figure 2)**

#### *Facteurs de risque cardiovasculaire :*

- 53% des patients sont suivis pour hypertension artérielle,
- 29% sont diabétiques de type 2.

#### *ATCD Gastro Entérologique :*

- 44% d'entre eux ont déjà bénéficié d'une chirurgie abdominale plus ou moins lourde,
- 13% ont des ATCD d'hépatopathie, majoritairement alcoolique.

#### *ATCD Neurologique et Psychiatrique :*

- 29% des patients ont une démence connue à l'entrée,
- 29% ont des ATCD d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou présentent une pathologie neurologique centrale déficitaire ; ces pathologies sont regroupées sur le graphique sous l'intitulé AVC,
- 10% ont des ATCD d'épilepsie,
- 17% ont des ATCD de syndrome dépressif.

#### *ATCD Cardiovasculaire :*

- 29% ont des ATCD de cardiopathie soit ischémique, valvulaire ou hypertrophique,
- 21% ont une fibrillation ou un flutter atrial,
- 12% ont un ATCD de maladie thromboembolique veineuse (MTEV).

#### *ATCD Pneumologique :*

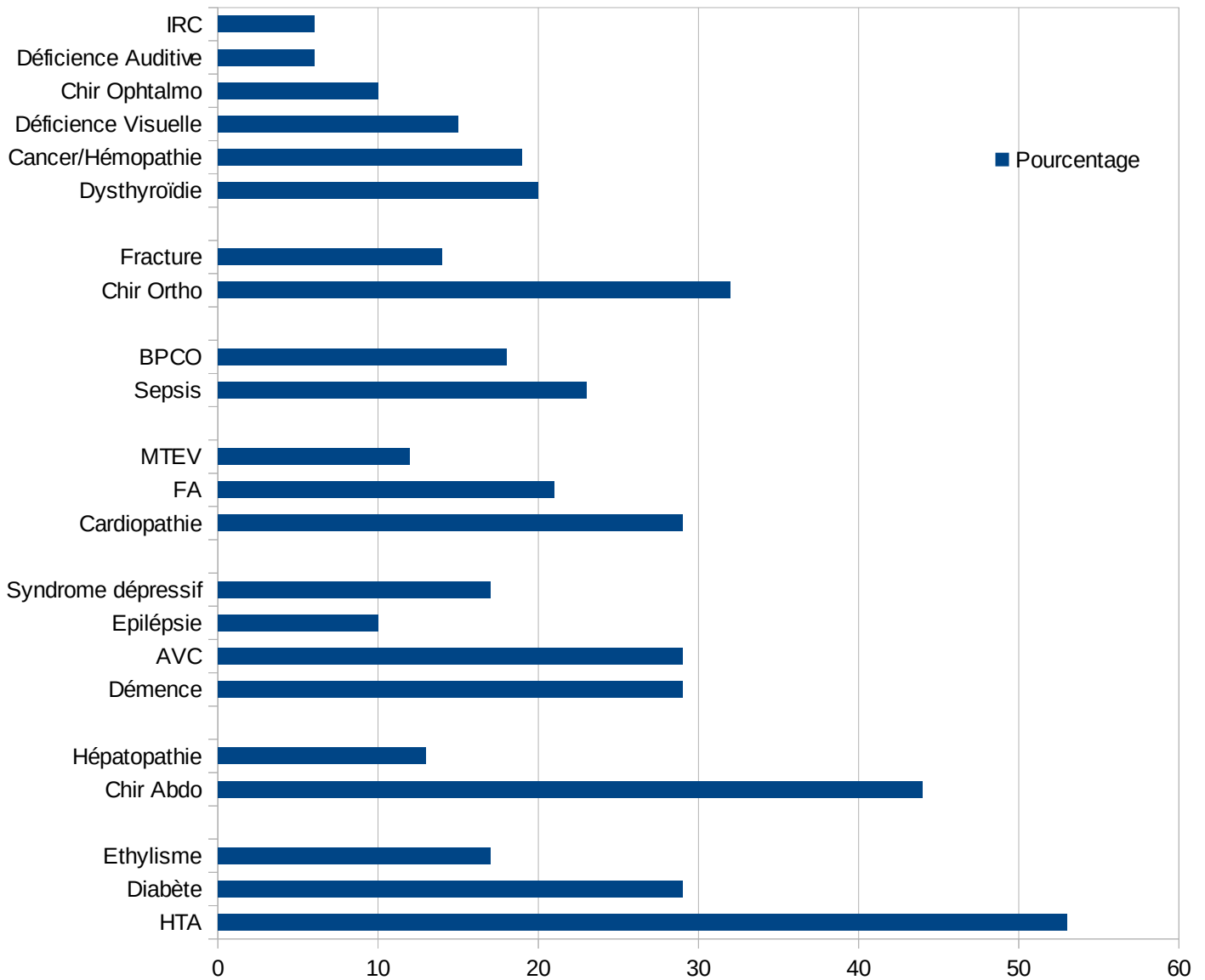
- 18% des patients sont affectés d'une insuffisance respiratoire et/ou d'une BPCO.

#### *ATCD Orthopédique :*

- 32% des patients ont bénéficié d'une chirurgie orthopédique, essentiellement une pose de prothèse totale de hanche ou une réduction de fracture,
- 14% ont eu au moins une fracture,
- 6% ont des antécédents de chute.

*ATCD divers :*

- 20% ont une dysthyroïdie quel qu'en soit l'étiologie,
- 19% des patients ont un cancer ou une hémopathie maligne, en rémission ou évolutifs,
- 23% ont déjà présenté une infection d'origine bactérienne (pneumopathie bactérienne, pyélonéphrite aiguë, érysipèle, méningite),
- 9% des patients sont porteurs d'une maladie de système ou maladie inflammatoire,
- 10% des patients inclus ont bénéficié d'une chirurgie ophtalmologique, essentiellement opération de la cataracte,
- 15% ont une déficience visuelle notable,
- 9% sont insuffisants rénaux chroniques d'un modéré à sévère, 2% sont dialysés,
- 6% sont porteurs de prothèses auditives.



**Fig. 2 - Antécédents des patients hospitalisés pour MADD en pourcentage**

*Intoxication alcoolique (n=101)*

Un éthylisme chronique est poursuivi par 17% des patients, une intoxication alcoolique est sévère pour 11% des inclus.

*Imagerie Cérébrale récente (n=94)*

Pour 47% des patients, une imagerie cérébrale a été réalisée moins de 2 ans avant cette hospitalisation. Ces examens ont été réalisés dans le cadre de bilan de chute avec traumatisme crânien, essentiellement, mais également pour des hospitalisations pour AVC.



### *Nombre de médicaments différents (n=102)*

Les patients hospitalisés pour MADD prennent en moyenne 7 molécules différentes quotidiennement. Les patients prennent plus de 9 molécules différentes pour 25% d'entre eux. Seules trois personnes ne prenaient aucun médicament.

### *Médicaments pris par les patients (n=102)*

(cf. Figure 3)

Les **antiacides** sont les médicaments les plus pris, 43% des sujets inclus, très majoritairement sous inhibiteur de la pompe à protons (IPP).

Les **hypnotiques** sont la deuxième classe la plus prescrite avec 42% des patients en ayant sur leur ordonnance d'entrée, essentiellement zopiclone, zolpidem et benzodiazépines à visée somnifère.

Les médicaments à visée cardiovasculaire :

- 38% des patients sont sous **antiagrégants plaquettaires**,
- 19% sont sous **anticoagulants**,
- 36% sont sous inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (**ARA II**),
- 21% sont sous **inhibiteurs calciques**,
- 8% sont sous **thiazidiques**,
- 34% sont sous **statines**,
- 28% sont sous **bêta bloqueurs**.

Les **antalgiques** sont pris par plus d'un quart des patients :

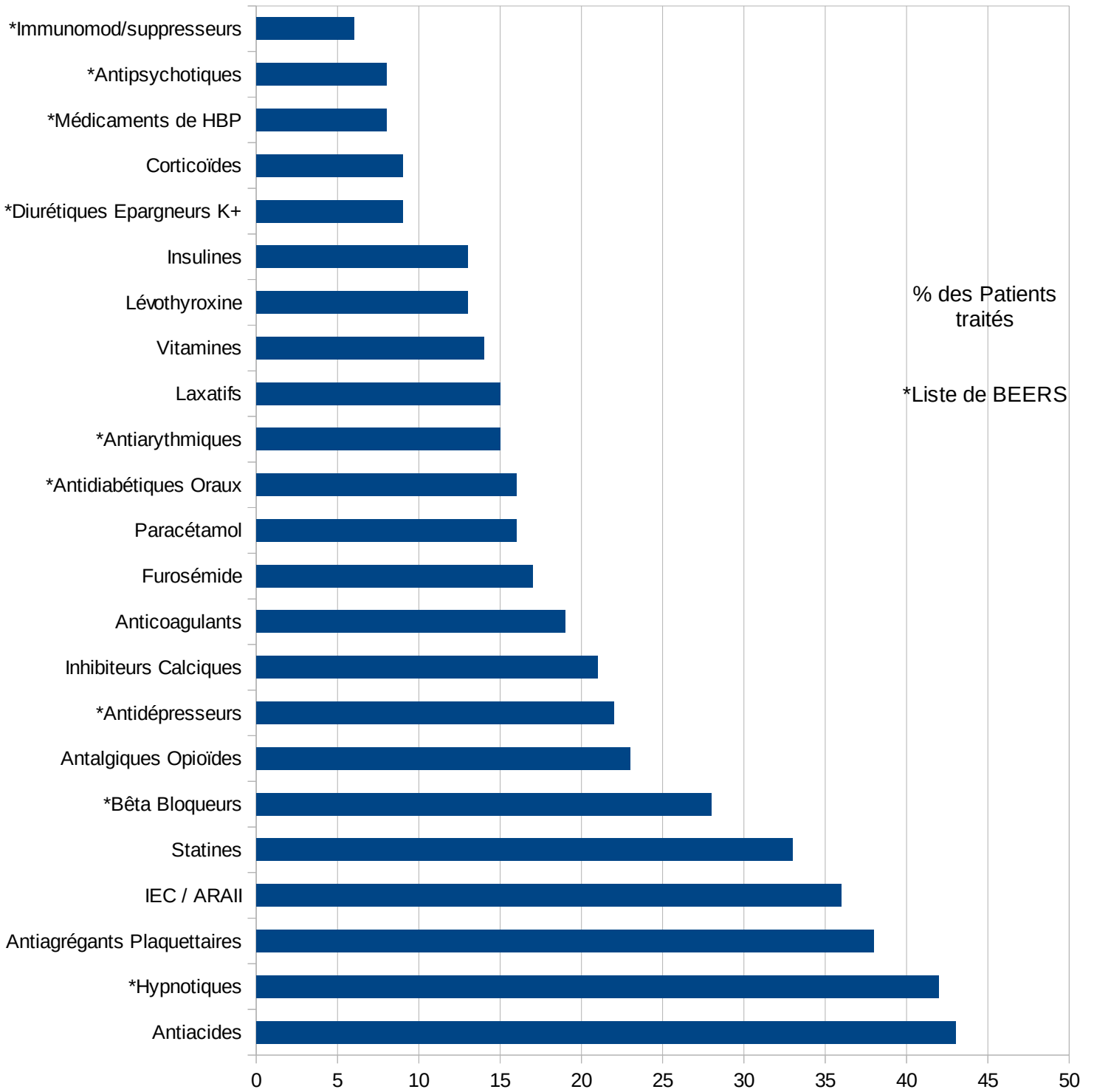
- 23% sont sous **antalgiques opioïdes**,
- 16% sont sous **paracétamol**.

Pour le traitement de leur diabète :

- 16% patients sont sous **antidiabétiques oraux**,
- 13% des patients sont sous **insuline**.

Les autres classes thérapeutiques

- 22% sont sous **antidépresseurs**,
- 19% sont sous **antiépileptiques** (dans les douleurs neuropathiques, prégabaline),
- 17% sont sous **diurétiques de l'anse**,
- 9% sont sous diurétiques épargneur de potassium,
- 12% sont sous supplémentation potassique,
- 15% sont sous **antiarythmiques** surtout les classes III et IV de Vaughan Williams,
- 15% sont sous **laxatifs**,
- 14% ont une **supplémentation vitaminique** (vitamines D , B1 et B6 essentiellement),
- 13% sont sous **levothyroxine**,
- 9% sont sous **corticoïdes**,
- 9% sont sous **bronchodilatateurs inhalés**,
- 8% sont sous **antigoutteux**,
- 8% sont sous médicament de l'hypertrophie bénigne de prostate (**HBP**).
- 8% sont sous **antipsychotiques**,
- 7% sont sous **antibiotiques** à l'entrée dans le service.



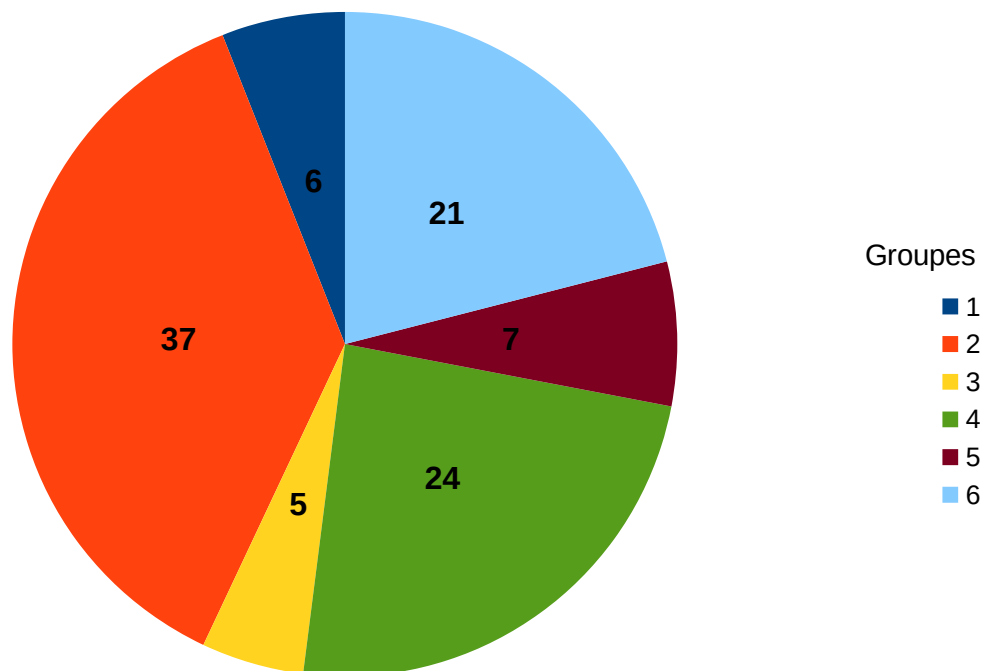
**Fig.3 - Traitements à domicile**

*Liste de BEERS* (n=100)

Une molécule au moins de la liste de BEERS<sup>5</sup> est retrouvée pour 54% des patients dans leurs médicaments.

*Autonomie* (n=96)

Le GIR 4 est la médiane, plus de 25% des patients inclus présentaient une autonomie très altérée (GIR inférieur ou égal à 2) essentiellement par des troubles cognitifs sévères, plus que par des troubles moteurs. Le GIR 4 correspond à des patients pour lesquels il est nécessaire, au minimum, d'une assistance physique pour la réalisation des transferts ou pour les soins corporels quotidiennement. Les patients évaluables ne nécessitaient l'intervention d'aucune aide extérieure dans leurs tâches quotidiennes (GIR 6) pour 21% d'entre eux (cf. Figure 4).



**Fig. 4 - GIR chez les patients hospitalisés pour MADD en pourcentage**

### *Capacités à la marche* (n=102)

Les patients marchent sans aide pour 36% d'entre eux, chez 40% l'aide d'une canne ou d'un déambulateur est nécessaire, les 24% restants ne marchent plus. Ces informations sont obtenues à partir du mode de vie dans le compte rendu d'hospitalisation ou à partir des DASA infirmiers, dossiers de recueil remplis par les soignants (médecins et infirmiers) à destination de l'assistante sociale pour les orientations après l'hospitalisation.

### *Personnes adressant le patient* (n = 99)

Les patients sont adressés par **leur médecin traitant** pour 59% d'entre eux, 3% par un médecin remplaçant ou SOS médecin, 14% par les secours (Pompiers, SAMU), 22% sont amenés par leurs proches, 2% se présentent par eux-mêmes aux urgences.

### *Personnes retenant le MADD* (n=102)

Le MADD est évoqué dans **49% des cas par le médecin traitant**, 30% par les médecins urgentistes ; pour 21% d'entre eux par les médecins hospitaliers.

### *Fatigue/Absence de l'aidant* (n=96)

La fatigue ou l'absence du (des) proche(s) aidant(s) est retrouvée chez 28% des patients.

### *Incurie* (n=92)

Les patients sont arrivés au sein du CHU dans un état d'incurie pour 9% d'entre eux.

## **2. Hospitalisation et motifs associés**

### *MADD isolé*

Les patients sont hospitalisés pour MADD sans autre motif dans 8% des cas. Les hospitalisations pour MADD et chute sans autre motif associé concernent 13% des patients.

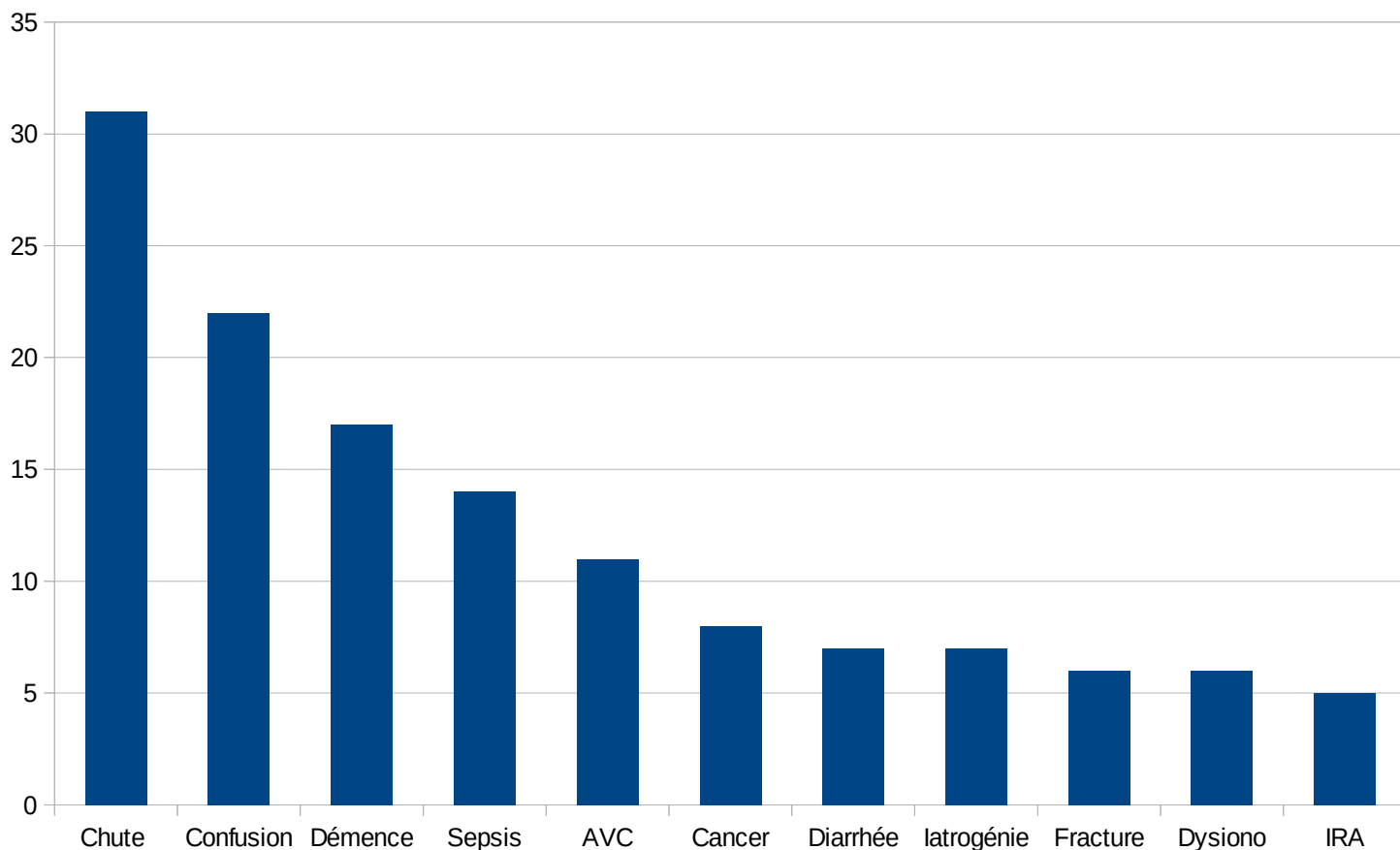
### *Motifs d'hospitalisation associés au MADD*

(cf. Figure 5)

Les **chutes mécaniques sans précision** sont les événements les plus fréquemment associés à l'hospitalisation pour MADD, retrouvées dans 31% des cas. Des **complications d'une démence** préexistante sont retrouvées pour 17% des cas. Les patients sont hospitalisés pour un **syndrome confusionnel** pour 22% d'entre eux, s'y inclut 2% d'alcoolisation aiguë. L'hospitalisation est due à un **sepsis** pour 14% d'entre eux. Les patients sont hospitalisés pour 11% d'entre eux du fait d'une **complication d'un déficit neurologique** central antérieur ou pour un déficit neurologique central aigu (noté AVC sur le graphique). Une **complication d'une pathologie cancéreuse** ou d'une hémopathie maligne mène à une hospitalisation 8% de ces patients, essentiellement pour une altération de l'état général.

Les motifs d'hospitalisations sont ensuite :

- 7% des patients présentent un tableau de diarrhée ou de vomissements aigus,
- 7% un événement iatrogène,
- 6% suite à une fracture ou pour prise en charge d'une fracture non chirurgicale,
- 6% un trouble hydroélectrolytique (noté Dysionie sur le graphique), dysnatrémie et dyskaliémie surtout,
- 5% une insuffisance rénale aiguë (IRA) avec ou sans terrain sous-jacent d'insuffisance rénale chronique.



**Fig. 5 - Diagnostics associés au MADD à l'entrée en pourcentage**

*Diagnostics associés au MADD à la sortie (n=102)*

(cf. Figure 6)

Les résultats ci-dessous correspondent aux conclusions à la fin de l'hospitalisation pour MADD dans le CRH. Elles récapitulent, le plus souvent, les diagnostics à l'entrée dans le service et ceux réalisés au cours de l'hospitalisation. Les diagnostics retenus sont pour :

- 22% une **chute** sans précision,
- 26% une hospitalisation dans le cadre d'une **démence**, soit découverte au cours de ce séjour, soit pour des complications de celle-ci,
- 12% des patients un **syndrome confusionnel**, qui a conduit à l'hospitalisation ou est survenue pendant celle-ci,
- 24% ont fait un **sepsis** quel que soit le site (prédominance respiratoire et urinaire),

- 14% pour une **pathologie néoplasique**, plus précisément pour des complications d'un cancer ou d'une hémopathie maligne pour 9% des patients et pour le diagnostic d'une néoplasie pour 5% des patients.

A titre indicatif, les cancers solides diagnostiqués sont un cancer de l'utérus, un carcinome hépatocellulaire sur cirrhose éthylique, un carcinome médullaire de la thyroïde métastatique, un adénocarcinome grélique et un cancer du sein avec métastases osseuses.

- 11% un événement **iatrogène médicamenteux**,

- 8% une **complication d'un déficit neurologique central**,

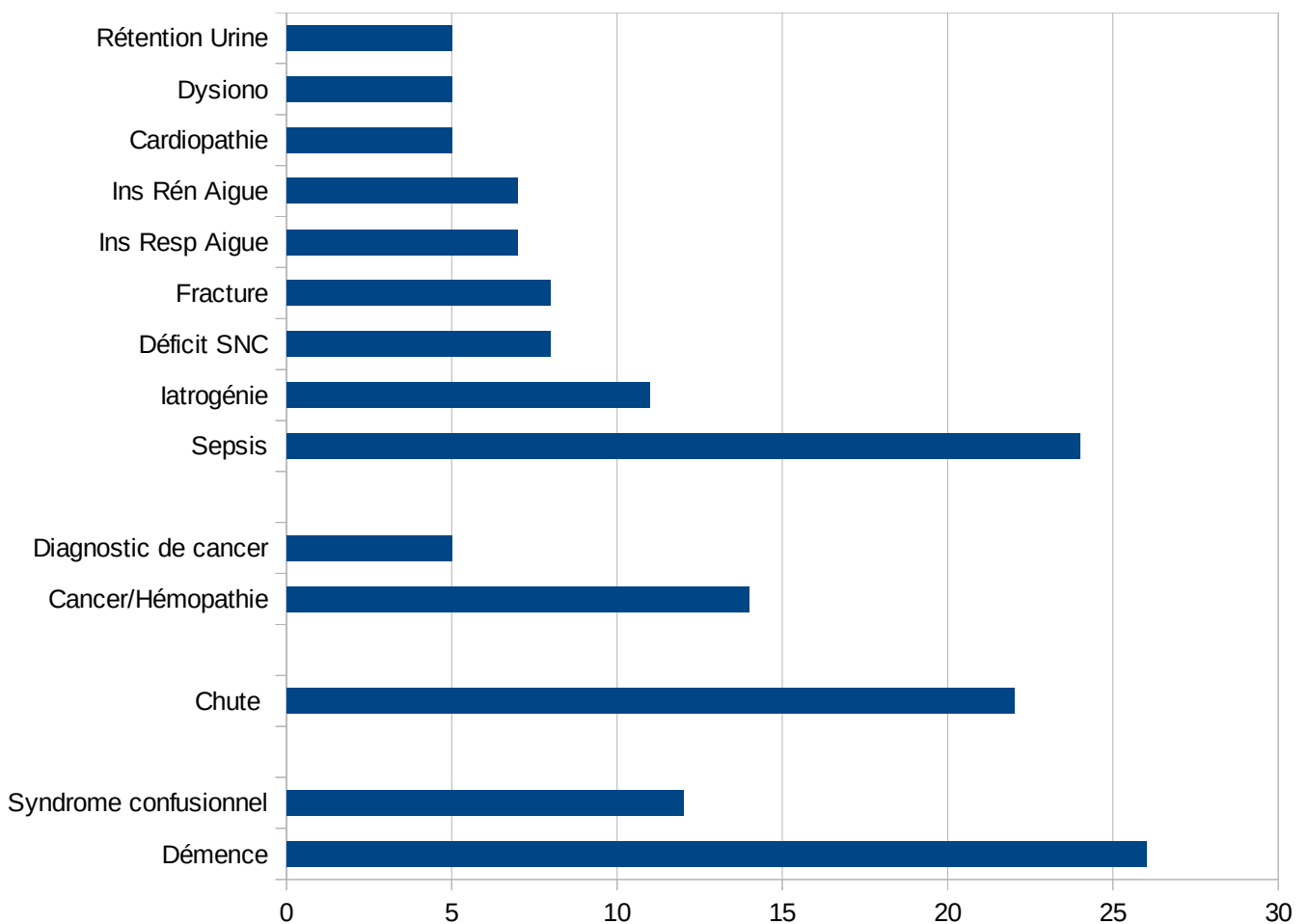
- 5% une **insuffisance cardiaque** aiguë ou de coronaropathie aiguë,

- 7% pour une **insuffisance respiratoire** aiguë,

- 7% pour une **insuffisance rénale** aiguë,

- 5% un **trouble hydroélectrolytique**,

- 5% une **rétenion aiguë d'urine** dès l'entrée aux urgences ou durant l'hospitalisation.



**Fig. 6 - Diagnostics retenus à la sortie associés au MADD en pourcentage**



### *Durée moyenne de séjour*

Les patients hospitalisés pour MADD ont une durée **médiane de séjours 13 jours** [7-21]. Le séjour le plus long a été de 171 jours. A titre de comparaison, la durée moyenne de séjour dans le service évoluait entre 7 et 9 jours durant la période de l'étude.

### *Mini mental state examination MMSE (n=49)*

Pour 49 des 102 patients, un MMSE<sup>8</sup> est disponible dans le dossier du patient. La médiane des MMSE est à 18 ; avec 25% des patients ayant un MMSE supérieur à 22 soit une absence de troubles cognitifs ou un tableau de **Mild Cognitive Impairment** (à corrélérer au niveau d'étude du patient) et 25% des patients avec des troubles cognitifs sévères avec un résultat inférieur à 13.

### *Diagnostic de démence de Novo (n=101)*

Au cours de ces hospitalisations, une démence a été diagnostiquée chez 18 patients ; résultat à rapporter aux patients indemnes d'une pathologie démentielle soit 73 patients, pour rappel 29 patients inclus ont des antécédents de démence.

### *Imagerie cérébrale réalisée durant l'hospitalisation(n=99)*

Les patients ont eu une IRM ou une TDM cérébrale durant l'hospitalisation dans 44% des cas.

### *Kinésithérapie (n=94)*

Les patients ont bénéficié de l'intervention d'un kinésithérapeute au cours de l'hospitalisation pour 46% d'entre eux, kinésithérapie d'aide à la marche et de verticalisation essentiellement.

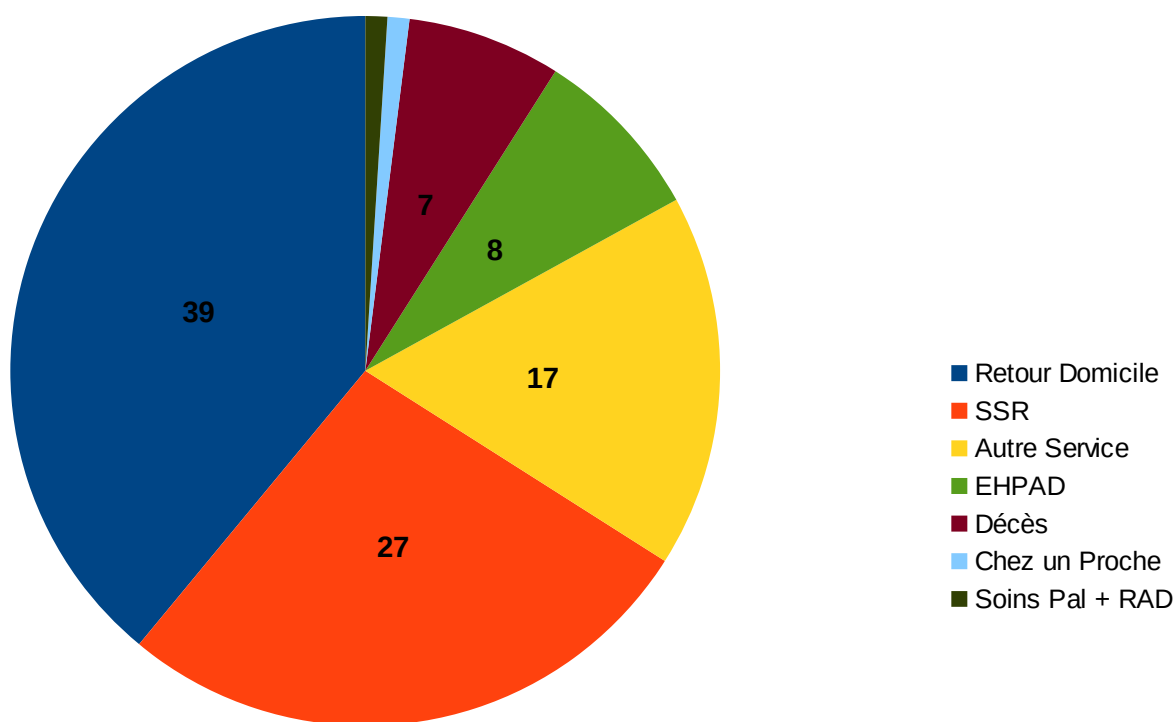
### 3. Suite d'hospitalisation

#### *Décès et orientation à la sortie* (n= 102)

(cf. Figures 7 et 8)

Les patients retournent à leur domicile dans 40% des cas, pour 1% une mise en place de soins palliatifs y est associée. Les patients sont institutionnalisés en EHPAD pour 8% d'entre eux, 27% sont orientés en SSR, 17% des patients sont transférés dans un autre service comme présenté dans le tableau ci-dessous (Fig. 8).

Les patients décédés dans le service représentent 7% des patients inclus. Un proche accueille le patient à son domicile dans 1% des cas.



**Fig. 7 - Décès et orientation des patients à la sortie en pourcentage**

Gériatrie	5
Chirurgie Digestive	3
Ortho/Traumatologie	2
Chirurgie Thoracique	1
Gynécologie	1
Soins Intensifs Gastro	2
Réanimation Néphro	1
Psychiatrie	2

**Fig. 8.a – Orientation des patients transférés**

*Majoration des aides (n=86)*

Des aides sont mises en place ou majorées pour leur retour au domicile pour 42% des patients.

*Démarche pour EHPAD (n=87)*

Au total, 30 demandes d'institutionnalisation ont été effectuées durant l'hospitalisation, elles aboutissent à un placement en EHPAD dès la sortie du service pour 8 patients. Pour 22 patients, des EHPAD ont été sollicités mais l'institutionnalisation n'est pas possible dans l'immédiat pour des raisons diverses : séjour en SSR après cette hospitalisation, retour au domicile dans l'attente d'une place ou de l'aval des directions d'établissement d'accueil.

*Décès (n=102)*

Parmi les 102 patients hospitalisés pour MADD, 8 sont décédés durant leur séjour, dont 1 décès dans le service de gériatrie après un transfert à partir du service de médecine interne.

<b>Causes du décès</b>	<b>Nombre de décès associé</b>
Sepsis	5
Détresse Respiratoire	5
Trouble hydroélectrolytique	2
Fausse route	1
Iatrogène	1
Néoplasie	1

**Fig. 8.b – Causes des décès**

## **D. DISCUSSION**

### **1. Difficultés spécifiques des patients jeunes**

La réalisation de notre étude dans un **service de médecine adulte** a permis d'inclure une population sans limitation d'âge, au contraire d'un service de gériatrie. Il faut en conséquence tenir compte d'un biais de sélection, les patients âgés de plus de 75 ans, hospitalisés pour MADD sont préférentiellement orientés vers le service de court séjour gériatrique par les médecins urgentistes.

L'étude révèle que la **population de moins 75 ans est bien représentée** puisque qu'elle correspond à près de 50% de l'effectif, le MADD n'est pas spécifique des personnes âgées.

Dans notre étude, près de 10% des patients ont moins de 60 ans. **La question de l'âge** n'est pas anodine, puisque celle-ci motive souvent le refus, émis par la direction, d'admettre un patient de moins de 60 ans en EHPAD. La disponibilité des structures à destinée des patients plus jeunes et dépendants qui ne peuvent regagner leur domicile ou être accueillis chez un proche est, selon mon expérience, très limitée. Il est parfois nécessaire de recourir à des établissements étrangers ou d'obtenir des dérogations d'âge auprès du Conseil Départemental imposant des délais d'attente de plusieurs mois. L'étude montre que **le MADD n'est pas l'apanage du grand âge** et que des dispositions devraient être prises pour élargir l'accueil en institution aux patients de moins de 60 ans.

L'accord pour l'accueil en EHPAD est laissé à la discrétion du directeur d'établissement. Par ailleurs, aucun texte de loi ne définit de limite d'âge à l'entrée dans ces structures, il n'y aurait donc **pas lieu d'obtenir de dérogation pour les personnes de moins de 60 ans**<sup>9</sup>.

Cependant, chez les patients de moins de 60 ans, la grille AGGIR n'est pas applicable et le versement de l'APA impossible. Cette situation pose à ces établissements des problèmes de trésorerie, puisqu'ils sont financés en fonction du GIR moyen pondéré (GMP), corrélé à l'autonomie moyenne des résidents en maison de retraite. Ces patients plus jeunes ne peuvent y être intégrés induisant un manque financier. Ils peuvent par contre percevoir les aides personnalisées au logement (APL), ainsi que l'allocation adulte handicapé (AAH).

## 2. Concept de fragilité

Les patients hospitalisés pour MADD présentent majoritairement – pour 63% d'entre eux - **une perte de poids** comparativement à l'hospitalisation précédente. La perte de poids est un signal d'alarme sans valeur d'orientation mais qui doit conduire le médecin à des investigations et à des contrôles réguliers. Il faut que **la pesée de nos patients soit systématisée** au même titre que l'est la prise de pression artérielle.

Une part importante de la population hospitalisée pour MADD présente une **autonomie très altérée**. Ainsi, près de 50% des patients avec un score GIR inférieur ou égal à 3 et, 30% d'entre eux ont une démence connue. Ces patients sont donc normalement aisément reconnus. C'est plus probablement le refus de la mise en place d'aide ou d'institutionnalisation et les difficultés thérapeutiques et diagnostiques qui aboutissent à une hospitalisation provoquée par un événement médical auquel s'associera la qualification de MADD.

Ceci dit, 50% de la population de cette étude ne présente **pas de signe aussi franc de fragilité** lors des consultations avec leur médecin traitant. Il est plus difficile de percevoir le délitement progressif de leurs capacités. Seul le suivi et l'intégration de l'ensemble de données permettent d'éviter les hospitalisations pour MADD. C'est une population chez laquelle, il est possible d'avoir une action de rééducation par des moyens de stimulations cognitives et physiques, bien que leur accès en ambulatoire soit peu développé.

Les aides à mettre en place sont à proposer au cas par cas et, doivent être réévaluées régulièrement par le médecin traitant.

La Société française de gériatrie et gérontologie clinique a défini **la fragilité**, phénotype qui me semble s'accorder avec les patients inclus dans cette étude, indépendamment de leur âge. Selon elle, « la fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux,

économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible »<sup>10</sup>.

Des moyens de dépistage simple et rapide de la fragilité ont été proposés : dans la Cardiovascular Health Study (CHS), Linda Fried et ses collaborateurs ont proposé des critères cliniques définissant la fragilité<sup>11</sup>. Ces critères, au nombre de 5, sont les suivants : la sédentarité, la perte de poids récente, la sensation de fatigue, le manque de force musculaire et la vitesse de marche lente. Un sujet âgé est considéré comme fragile s'il présente au moins 3 de ces 5 critères.

Les **syndromes et symptômes qui doivent attirer l'attention des médecins généralistes**, quant au risque majoré d'hospitalisation pour MADD sont au regard de notre étude :

- les chutes récidivantes, avec 31% des hospitalisations pour chute,
- les troubles cognitifs, les confusions correspondant à 22% des patients inclus et les démences sont retrouvés dans les antécédents pour 29% des cas,
- les déficits neurologiques centraux (AVC, séquelles d'infection du SNC, SEP), pour 29% d'entre eux.

Ces événements aigus ne peuvent pas tous être facilement prévenus, ils sont « la goutte d'eau qui fait déborder le vase » sur un terrain de fragilité qui précipitent l'hospitalisation.

Ci-après, un schéma représentant la dynamique de l'autonomie chez les patients hospitalisés pour MADD (Figure 9).

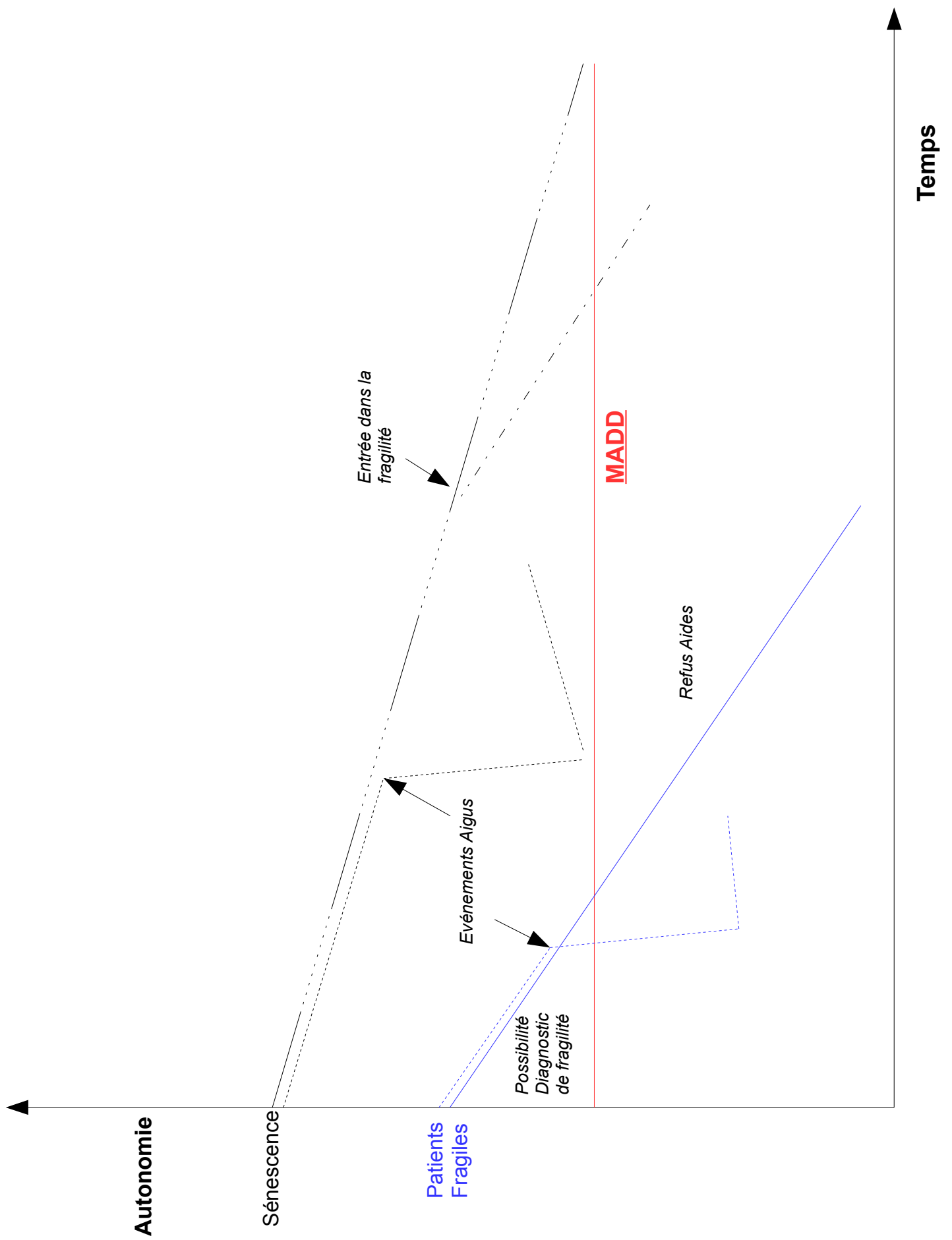


Fig. 9 Perte d'autonomie et MADD



### 3. Alcool et iatrogénie

La fréquence de l'éthylisme est élevée dans la population de notre étude avec des antécédents d'intoxication alcoolique pathologique pour 28% des patients, dont un tiers est sévère. En conséquence, nous retrouvons d'assez nombreuses hépatopathies avec 13% de l'effectif et quelques patients avec une encéphalopathie alcoolique.

Les sujets inclus sont majoritairement **polypathologiques**, avec la présence de plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire et des complications associées, cardiopathie ischémique, démences, AVC.

La **polymédication** est une expression de ces patients polypathologiques avec 7 classes médicamenteuses différentes par patient en moyenne. Elle est également représentative du manque de réévaluation des ordonnances et de la difficulté de le faire (intérêt des statines en prévention primaire, primo introduction des hypnotiques, choix des antidiabétiques oraux).

La propension à la chute de cette population et les classes thérapeutiques prescrites présentent une certaine inadéquation, avec une présence très importante de benzodiazépines et d'antihypertenseurs sans distinction de classe. Un événement iatrogène est retrouvé chez 7% des patients à l'admission et 12% à la sortie du service.

### 4. Démence et MADD

Le MADD est fortement associé à la présence d'une pathologie démentielle dans cette étude avec 46% des patients inclus affectés d'une démence connue avant l'hospitalisation ou découverte au cours de celle-ci.

Le MMSE a été tracé pour un peu moins de 50% des patients inclus. Les sujets évalués présentent pour 75% d'entre eux un score inférieur à 22, ce qui correspondait en valeur absolue à 36 patients. Ce résultat est soumis à un biais de sélection, puisque le MMSE est réalisé préférentiellement chez les patients suspectés de troubles cognitifs. Le MMSE isolé ne peut à lui seul poser le diagnostic de démence, c'est un ensemble de critères sur les capacités cognitives au long cours – en l'absence de pathologie psychiatrique sous-jacente ni de syndrome confusionnel – qui le permettent. En pratique, la réalisation du MMSE est

fréquemment différée chez les patients présentant une confusion ou un événement médical aigu.

Les résultats de notre étude retrouvent fréquemment une association entre le MADD et la démence. Cela doit conduire le praticien lors d'une hospitalisation pour MADD à rechercher particulièrement une démence et, inversement lors d'une entrée en lien avec une pathologie neurodégénérative à envisager précocement le versant social des suites de l'hospitalisation.

Une des limitations de notre travail rétrospectif, est que dans de nombreux dossiers, le *niveau d'étude* des patients, chez lesquels un MMSE a été réalisé, n'est pas spécifié. L'interprétation de cet examen repose pourtant sur celui-ci<sup>8</sup> et permet la distinction des Troubles Cognitifs Légers (TCL), des patients non pathologiques.

Le sous-diagnostic des démences semble être un facteur associé à ce motif d'hospitalisation, avec 18% des patients inclus diagnostiqués par les médecins du service au cours de l'hospitalisation. L'ARS / DREES estime que seuls 25% des patients affectés d'une démence d'Alzheimer sont diagnostiqués en Picardie<sup>12</sup>.

Comment expliquer ce sous-diagnostic ? Pour le médecin généraliste, il est malaisé de porter un diagnostic de démence. L'ancienneté du rapport entre le médecin et son patient permet de maintenir un rapport routinier malgré ses troubles cognitifs. La sédentarité et les difficultés à la marche ne soulèvent pas d'attention particulière, car le médecin généraliste retiendra des pathologies rhumatologiques, une insuffisance cardio-respiratoire ou un syndrome dépressif connus pour les expliquer. Ces patients s'installent alors dans un mode de vie redondant, dans un environnement rassurant et avec un entourage restreint, connus depuis de nombreuses années et, qui ne prêtent pas à révéler leurs lacunes cognitives. L'absence de traitement pharmacologique curatif dans la démence n'incite pas les praticiens à poser le diagnostic alors que celui-ci va inquiéter le patient et/ou l'entourage.

L'entourage banalise les troubles cognitifs, il existe de manière confuse dans l'opinion publique les notions de sénilité et de démence. La sénescence qui correspond au vieillissement physiologique n'est pas discernée des processus pathologiques survenant chez les adultes âgés.

Lors d'un entretien avec un médecin inconnu dans un lieu inconnu, il est plus probable qu'il affiche des propos ou des attitudes incohérents.

Pourtant, il est important de **ne pas méconnaître la démence** chez ces patients qui peuvent à l'occasion d'un épisode intercurrent, somme toute, banal avoir des conséquences lourdes (ils sont bien plus à risque de grabatisation et de décès).

Une fois, la démence diagnostiquée, les suites doivent être envisagées de concert avec le patient selon ses capacités de jugement, sa famille et les travailleurs sociaux. L'objectif principal étant de **protéger ces patients vulnérables**, par l'instauration des aides requises pour les patients les plus à risque, par l'orientation vers des structures adaptées, ainsi que les mesures de protection administratives et juridiques (type tutelles et curatelles).

Une **formation des proches** de patients affectés par une maladie neurodégénérative à ce qu'est la démence et aux perturbations engendrées dans leur rapport avec ceux-ci ; ainsi qu'une information sur les aides existantes et la manière de les obtenir est primordial. Cela pourrait être envisagé sous la forme de groupe de parole ou par des formations dispensées par des médecins. Des hospitalisations et des admissions aux urgences seraient ainsi évitées, certaines situations alarment les proches alors qu'elles sont prévisibles chez les personnes démentes.

Les proches de patient atteint de pathologie neurodégénérative sont souvent confrontés à des violences verbales ou physiques et à des comportements inadaptés conduisant au rejet de ces malades. Une information sur la prise de distance nécessaire vis-à-vis de comportements incohérents ou agressifs est essentielle. Il faut savoir laisser vivre la personne démente dans sa propre réalité, tout en la respectant et en la soutenant en tant que personne aimée. L'opposition et les brimades renforcent le caractère conflictuel et favorisent l'isolement psychique et social des personnes démentes.

Le domicile doit être adapté en fonction de l'altération cognitive et physique, avec une évaluation et une modification de l'habitat : retrait des appareils ménagers à risque de

brûlure (four, plaque de cuisson) et de chute (tapis), chauffage automatisé, mise en place d'une téléalarme, condamnation des escaliers et mise à disposition du mobilier sur un même étage, salle de bain adaptée.

Dans la prise en charge des patients, il existe des programmes de type Cognitive Stimulation Therapy (CST) sous la forme d'équipes pluridisciplinaires de stimulation physiques et cognitives qui réunissent les patients 1 à 2 fois par semaine<sup>13</sup>. La CST est éprouvée dans la prise en charge des démences au stade débutant et retarderait la perte d'autonomie des patients déments selon une méta-analyse de 2005 de la revue Cochrane<sup>14</sup>. Elle consiste en une prise en charge double des aidants et du patient. Les objectifs principaux pour les patients sont de conserver l'autonomie fonctionnelle le plus longtemps possible et de réduire le stress associé à la maladie et de soulager les aidants. Les thérapies prennent la forme de séances durant lesquelles les intervenants vont stimuler les compétences les moins affectées par la pathologie neurodégénérative. Elles prennent de nombreuses formes<sup>15</sup>, musicothérapie, ateliers autobiographiques, stimulation multisensorielle de Snoezelen, etc. Pour les aidants, les thérapies consistent à une prise en charge psycho-éducative.

##### 5. Adaptation du domicile et des aides / Institutionnalisation

L'intervention fréquente de l'assistante sociale pour des demandes d'institutionnalisation (22% des patients) et d'une introduction/majoration des aides au domicile (42% des patients) est évocatrice d'un **défaut d'adaptation de l'environnement et d'anticipation** à la mise en place d'un soutien extérieur par le patient ou par ses proches en amont de l'hospitalisation pour MADD. Une étude Bien Vieillir, Baromètre européen (IPSOS/ groupe KORIAN<sup>16</sup>) fait un constat sur le manque de lucidité à l'égard du vieillissement et à la mise en place des aides qui y est associée. Les seniors comptent sur leurs enfants pour 49% d'entre eux et 45% sur leur conjoint pour les aider financièrement et physiquement en cas de perte d'autonomie. Soixante-sept pour cent estiment souhaitable et réaliste de rester chez eux dans un environnement adapté. Pour les 80 ans et plus, la tendance s'inverse : 56% estiment réaliste d'aller vivre dans une maison de retraite ou une résidence spécialisée.

Les hospitalisations favorisées par **l'absence temporaire ou l'épuisement de l'aidant** (28% des cas) sont un autre argument en faveur d'une sous-évaluation des aides nécessaires. Dans ces situations, certaines hospitalisations pourraient être évitées. Des structures d'accueil (EHPAD, MAPAD) proposent un **hébergement temporaire** de plusieurs semaines pour permettre un répit à l'aidant. Les patients et leur famille peuvent visiter les locaux avant qu'ils ne les intègrent et rencontrer les membres des équipes soignantes et d'hôtellerie<sup>17</sup>. Une alternative aux structures hospitalières est indispensable pour ces patients pour qui les services conventionnels ne sont pas adaptés : absence d'activité ludique, environnement strictement dévolu aux soins.

Une autre modalité d'accueil en EPHAD permet aux patients dépendants souffrant de démence de s'y rendre un à deux jours par semaine, aux cours desquels ils réalisent des activités de stimulation cognitive et physique et décharge l'entourage.

Des possibilités d'admission directe à partir du domicile vers ce type de structure doivent être créées en concertation entre les directions d'établissements et des médecins traitants. Pour ce faire, un meilleur lien entre les EHPAD et les médecins généralistes doit être entrepris.

Ils existent également des **hospitalisations de répit** dans les services conventionnels à programmer en amont par les proches des patients et qui évitent le passage de ces patients aux urgences.

La **solitude au domicile** est un facteur prédisposant à l'hospitalisation pour MADD avec 54% des patients inclus qui vivent seuls. L'isolement retarde la prise en charge de ces patients mais il est également vecteur de souffrance psychologique. L'étude Bien Vieillir chiffrait à 9% seulement les personnes âgées qui aiment être seules<sup>16</sup>.

L'évaluation du lieu d'habitat, rural ou citadin n'est pas discriminante ; bien que nous puissions préjuger d'une proximité des commodités prédominante en ville. Selon l'expérience de l'assistante sociale du service, il est parfois plus aisé de mettre en place des aides en milieu rural du fait d'une surcharge des services d'aides en ville.

Le taux de patient en **état d'incurie** de 9% à l'arrivée à l'hôpital est alarmant. Cela révèle une perte d'autonomie majeure physique et/ou cognitive associée à l'isolement social et familial de ceux-ci.

Nous avons comparé les aptitudes à la marche, à la configuration des logements. En effet, 64% des patients présentent des difficultés voire une impossibilité à la marche. Pourtant dans 33% des cas, les sujets de cette étude vivent dans un logement dans lequel ils doivent emprunter un escalier. Ils sont de fait sujets à l'isolement, avec impossibilité de se rendre à l'extérieur et à risque accru de chute.

Une thèse<sup>6</sup> s'était proposée de différencier les MADD transitoires et ceux définitifs. Ce n'est pas l'objet de cette étude. Néanmoins il faut noter dans notre travail un nombre d'institutionnalisations directes ou demandées élevé avec près d'un tiers des patients inclus, 22 demandes réalisées et 8 admissions directes à partir du service. Pour ces cas précis, le MADD est probablement définitif.

Les médecins généralistes ne savent pas toujours à qui s'adresser devant la perte d'autonomie de leurs patients, mairie, Conseil Départemental, assistants sociaux de secteur, associations d'aides aux personnes dépendantes. Leurs contacts diffèrent selon le lieu d'exercice. Ils laissent rapidement la main aux services sociaux pour l'évaluation des aides requises et les moyens à mettre à disposition pour leurs patients<sup>5</sup>. Il semble nécessaire que les assistants sociaux de secteur gagnent en visibilité et que leurs compétences soient mieux connues par les praticiens libéraux.

Les démarches administratives pour une admission en EHPAD ou la mise en place d'aides, qu'elles soient effectuées par la famille ou par le patient restent complexes. Il existe une multiplicité de structures d'hébergement, dont les fonctions et les critères d'accueil diffèrent (cf. H. DEFINITIONS). Pour guider, les patients et leurs proches dans ces démarches, il existe des points d'information locaux dédiés aux personnes âgées. Ils possèdent des dénominations différentes en fonction des régions<sup>18</sup> (le plus souvent CLIC, Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique).

Une simplification est nécessaire pour rendre l'accès aux aides et aux structures d'accueil lisible par les patients et leur famille.

De même, les capacités d'accueil dans les structures d'hébergement doivent augmenter : pour exemple en Picardie, il existe un millier de places pour les patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer, l'ARS estime qu'il reste à en créer 3500<sup>12</sup>. Une meilleure information sur leurs fonctions respectives et les modalités d'accès doit être entreprise. Ces structures posent néanmoins le problème du coût élevé, qui reste à la charge des familles et/ou du résident et ce malgré les aides financières – APA essentiellement - indexées au GIR.

**Le refus de la mise en place d'aide** est un autre élément clé des hospitalisations pour un MADD puisque cette notion est retrouvée chez 18% des patients de cette étude. De plus sur l'ensemble des patients étudiés, il s'avère que 10% d'entre eux obtiennent une place en institution effective à la sortie du service, 20% sont sur liste d'attente et 42% bénéficient d'une majoration des aides. La situation critique qui correspond à l'hospitalisation permet probablement de réaliser ce qui a été refusé pour un certain nombre de patients et laisse à penser que le refus de mise en place d'aide a une prévalence supérieure au chiffre rendu dans cette étude.

Le refus reflète la complexité pour les médecins traitants d'adapter l'environnement du patient à son handicap. Celui-ci perçoit la présence d'aides comme une atteinte à sa vie privée ainsi qu'une mise en évidence de sa perte d'autonomie.

Les plus de 65 ans à 60% souhaitent vieillir à la maison et 20% craignent de devoir quitter leur domicile<sup>20</sup>. Seul 9% des plus de 65 ans accepteraient un accompagnement quotidien, pourtant la réalité est inéluctable et un accompagnement extérieur est souvent indispensable.

Actuellement, il n'existe que peu d'alternative à l'institutionnalisation en EHPAD, mais des solutions novatrices sont en train d'apparaître tel qu'à Hogeweyk aux Pays-Bas<sup>20</sup> qui accueille 150 résidents présentant des démences sévères libres de déplacement dans un village factice et clos. Je citerai également les colocations de personnes âgées, présentant différents niveaux de dépendance<sup>22</sup>. Ces nouvelles structures doivent répondre à des exigences de qualité tout en permettant de maintenir des coûts d'accès raisonnables.

Chez ces patients, le médecin traitant doit faire le choix d'une institutionnalisation ou d'une mise en place d'aides pluriquotidiennes, le refus ou l'accord du patient conditionnera la suite. Refus face auxquels nous sommes démunis, ils reposent sur l'histoire personnelle et familiale des patients et des *a priori* sur la prise en charge des patients dépendants. Pour y remédier, une implication du grand public sur le sujet de la dépendance doit être obtenue. Des campagnes d'information sur la perte d'autonomie et les aides à disposition face à celle-ci devraient être conduites par les médias et les pouvoirs publics. Cela s'associant à une amélioration de l'image et de la qualité des structures d'accueil ; ainsi qu'une implication des patients et des familles sur les démarches à initier relatives à la perte d'autonomie. Nous pourrions envisager des projets similaires à ceux effectués sur le don d'organes ou l'antibiothérapie non systématique, afin qu'une prise de conscience sur le sujet se fasse.

Il existe un certain déni de notre propre devenir face à la perte d'autonomie ; question qui n'est le plus souvent pas tranchée jusqu'à ce que les problèmes surviennent.

Le regard sur la perte d'autonomie doit être modifié de telle sorte qu'elle ne soit pas perçue comme insurmontable. Cela passe par une sensibilisation de la population sur le handicap, le vieillissement et la fin de vie, pour qu'elle puisse prendre des initiatives et garder ses prérogatives quant à ses choix en la matière.

## 6. Ressources hospitalières

L'hospitalisation pour MADD nécessite une prise en charge multidisciplinaire, avec l'intervention de nombreux professionnels paramédicaux, kinésithérapeutes pour la verticalisation et la reprise de la marche, diététiciens pour ces patients dénutris, assistants sociaux pour la coordination des suites d'hospitalisation. Elle requiert plus de temps de travail des équipes infirmières et aides-soignantes du fait de la limitation d'autonomie et de la surveillance non médicale que cette population requiert (en particulier chez les patients confus et déments).



Une imagerie cérébrale est réalisée au cours de l'hospitalisation chez 44% des patients, ce qui est attendu devant le nombre élevé de chutes, de confusions, de déficits neurologiques et de majoration de trouble cognitifs. Elle est également réalisée dans le bilan de démence.

Loin d'être anecdotique, la durée moyenne de séjour régit pour partie les financements des hôpitaux publics. La DMS (Durée Moyenne de Séjour) chez ces patients n'est que peu dépendante des interventions médicales mais dépend essentiellement des délais pour trouver et mettre en place les solutions pour la suite de leur prise en charge.

Ces hospitalisations sont longues et pour un certain nombre d'entre elles ne peuvent être évitées, elles devraient être distinguées des autres hospitalisations dans leur cotation pour le bon fonctionnement de l'hôpital public.

## 7. **Limitations de l'étude**

Cette étude sous-estime probablement le nombre de patients hospitalisés pour MADD dans le service de médecine interne durant les 3 ans ½ de la durée de l'étude. J'ai volontairement conservé les comptes rendus d'hospitalisation ne laissant aucun doute quant à ce motif. Durant cette même période, il y a eu environ 5000 hospitalisations dans le service soit 2% d'entre elles au motif d'un MADD.

Le caractère rétrospectif de l'étude entraîne des données manquantes importantes. Certaines évaluations n'ont pas été systématiques (MMSE par exemple). Cependant, un effort particulier a été porté pour croiser les sources de données (observation médicale, dossier de l'assistante sociale, kinésithérapie, diététicienne, transmissions infirmières) et ainsi augmenter la validité des données.

Les résultats de notre étude sont propres à un service donné, dépendant de l'organisation de l'hôpital, des habitudes des médecins, etc. La généralisation des résultats est donc hasardeuse.

Il n'a pas été distingué les patients hospitalisés pour MADD pour raisons sociales exclusives des hospitalisations pour MADD avec une raison médicale associée. Le très faible nombre d'hospitalisation pour MADD pour raison sociale exclusive ne permettait pas cette comparaison.

## 8. Gravité des patients

Dans tous les cas, ce sont des patients fragiles qui s'ils n'arrivent pas avec un problème médical peuvent se compliquer au cours de l'hospitalisation comme le montre les transferts en réanimation et en unité de soins intensifs dans des services de chirurgie (fractures et occlusions) et le nombre de décès (7 patients dans le service, 1 patient dans les suites du transfert). Il faut envisager l'hospitalisation pour MADD avec prudence et ces patients au travers de leur complexité avec un risque de morbi-mortalité majoré par rapport à la moyenne des patients d'un service de médecine adulte. Ce sont des patients pluripathologiques, qui ont du mal à alarmer les soignants sur les symptômes qu'ils présentent, facilement désorientés, sujets aux chutes et plus à risque de iatrogénie du fait d'une importante médication.

Les motifs d'hospitalisation à l'admission peuvent résulter de pathologies lourdes comme le montre le nombre de découverte de cancer (5% des cas) et de démence (18% des cas). Chez ces patients, les investigations à partir du domicile ne peuvent être menées correctement ou prennent du temps (moyen de transport manquant, difficulté à s'organiser et réticence aux consultations spécialisées et aux examens d'imagerie ou invasifs), induisant un retard diagnostic en conséquence.

Contrairement à ce que laisse paraître l'intitulé de MADD, il ne faut pas les étiqueter comme patients hospitalisés pour des raisons d'hôtellerie mais les envisager comme des patients très à risque de complications médicales.

## **E. CONCLUSION**

Le MADD n'est pas défini comme le sont les pathologies médicales par les critères de sociétés savantes.

La qualification de MADD est retenue chez un patient pour lequel la survenue d'événements, médicaux ou non, impose un transfert vers les services d'urgence (aucun autre recours n'étant disponible) et chez qui la perte d'autonomie ou le défaut d'aide rendent le retour au domicile impossible.

Son attribution à tel ou tel patient laisse place en conséquence à une certaine subjectivité. Néanmoins comme développé ci-dessus, quel que soit le médecin retenant le MADD, les causes et les conséquences présentent d'importantes similitudes entre les patients.

Le patient hospitalisé a un profil type, avec troubles cognitifs, une propension à chuter, une polymédication et des facteurs de risque cardiovasculaire.

Le patient hospitalisé pour MADD est un patient chez lequel il existe des carences diverses :

- médicales, avec un suivi imparfait avec une limitation des diagnostics ou un retard à ce que ceux-ci soient posés. Le MADD s'associe à de nombreux autres diagnostics dont certains sévères. Fréquemment il existe un bilan incomplet de l'autonomie des patients, avec une prise en charge fragmentée alors qu'il est nécessaire de l'envisager dans sa globalité et dans son environnement.

- sociales avec un défaut d'aide malgré une autonomie altérée, par refus d'une institutionnalisation ou des aides, par méconnaissance des moyens auxquels ils ont accès ou par impossibilité de les financer.

C'est la concordance de ces manquements qui amènent à une prise en charge inadaptée conduisant à une hospitalisation médico-sociale voire exclusivement sociale.

Pour éviter les hospitalisations pour MADD, des événements précurseurs sont des signes d'alerte. Le diagnostic de fragilité défini par la société française de gériatrie semble correspondre au phénotype de la population incluse. Les syndromes démentiels, les déficits neurologiques centraux, les patients chuteurs sont également les patients les plus à risque d'hospitalisation pour MADD. Pour ces patients, les consultations devraient être entreprises

sous un aspect social, en plus du versant médical strict.

Notre société ne peut-être garante à elle-seule de ses patients fragiles et il est important d'entreprendre la conception de la famille en s'inspirant de notre histoire et des autres cultures du monde. L'aîné ne peut être systématiquement délégué à des tierces instances, la première intention devrait (et devra) être le maintien dans sa famille<sup>21</sup>.

## F. BIBLIOGRAPHIE

---

1. World population ageing UN document 2013
2. <http://www.capretraite.fr/observatoire-alzheimer/> ; Sources HAS, InVS
3. Ramarosan H, Helmer C et al. Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort]. *Rev Neurol (Paris)* 2003 ; 159 : 405-11.
4. Thèse Université Toulouse III - Paul SABATIER Faculté de Médecine - Maintien à domicile difficile des personnes âgées : les spécificités du milieu rural, Etude qualitative de 10 focus group dans la communauté de communes de la vallée du Lot en Aveyron par Anne ROBIN et Chloé MASSAFERRO
5. Thèse UPJV – Faculté de Médecine d'AMIENS : le maintien à domicile difficile des personnes âgées en perte d'autonomie. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes picards : enjeux et difficultés liés à la prise en charge de ces patients par Jessica RENARD – 2014
6. Thèse Université de NANCY I Henri POINCARÉ – Faculté de Médecine - Maintien à Domicile Impossible : Anticiper la situation des personnes âgées en ambulatoire étude analytique de 10 cas au CH de Lunéville par Vanessa VOUAUX -2013
7. <http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012AGSBeersCriteriaCitations.pdf>
8. <http://www.dementiatoday.com/wpcontent/uploads/2012/06/MiniMentalStateExamination.pdf>
9. Mémoire de Nathalie Hoste-Gaussens, Prise en charge en EHPAD des personnes âgées de moins de 60 ans Université René Descartes-Paris V Faculté Cochin-Port Royal
10. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M et al. Frailty in older population : a brief position paper from the french society of geriatrics and gerontology. *Geriatr psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011;9:387-390.
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Cardiovascular Health Study Collaborative research Group. Frailty in older adults : evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med* 2001;56:M146-5.
12. DREES ARS - FINESSE - Données SAE 2013 Statiss 2014 accueils pour personnes âgées
13. <http://www.ucl.ac.uk/international-cognitive-stimulation-therapy/countries>
14. Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia (review) *The Cochrane Collaboration, in The Cochrane Library, Issue 2, 2005*
15. [http://www.cmrr-nice.fr/doc/Atelier\\_fascicule\\_presentation\\_17mars.pdf](http://www.cmrr-nice.fr/doc/Atelier_fascicule_presentation_17mars.pdf)
16. Etude Bien Vieillir, 1<sup>er</sup> baromètre européen IPSOS / KORIAN 2015
17. <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-ailleurs-temporairement/lhebergement-temporaire>
18. <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/resultats-annuaire?service=point-information>
19. 3e congrès Francophone Fragilité du sujet âgé, déclaration de Laurence Rossignol, secrétaire d'état chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie
20. La vie en communauté : 1,6 million de personnes en France, *Insee Première, n°1434, février 2013*
21. CNN's World's Untold Stories : Dementia Village, documentaire disponible sur [YouTube.fr](http://YouTube.fr)
22. <http://www.age-et-vivre.org> ; <http://coloc-senior.fr> ;

## G. ANNEXES

### 1. Fiche pour Recueil de Données

#### Identité

- /  /  Numéro codage / Nom (3 lettres) / Prénom (2 lettres)  
 Sexe 1 Homme / 2 Femme  
 /  /  Date de naissance  
 /  /  Date de décès si a eu lieu dans le service  
 /  /  Date d'entrée dans le service ou début d'hospitalisation  
 /  /  Date de sortie du service

#### Mode de vie / niveau socioéconomique

- 1 seul / 2 Non-seul  
 Proches aidant (voisin/ famille/ conjoint) 1 oui / 2 non  
 Aides extérieures en place 1 Absentes / 2 Faibles ou modérées (aide ménagères) / 3 Nombreuses ou maximums (dont quotidienne + aide à la toilette)  
 Habitation 1 Rurale / 2 Semi Rurale / 3 Ville  
 Configuration du domicile 1 Etage avec ascenseur ou autre moyen / 2 Etage sans ascenseur / 3 Rez-de-chaussée  
 Logement 1 accessible / 2 inadapté / 3 insalubre  
 Chauffage 1 nécessitant intervention physique (chauffage bois, pétrole lampant, poêle charbon) / 2 automatique ou simple (gaz de ville, électrique ou fuel)  
 Problème financier 1 oui / 2 non (déclaratif)  
 Aides financières en place 1 oui / 2 non  
 Refus antérieur de mise en place d'aides 1 oui / 2 non  
 1 Sans emploi / 2 Actif / 3 Retraité  
 Niveau d'étude 1 Certificat d'étude, Brevet / 2 Bachelier / 3 Etude supérieur au Bac / 4 Niveau d'étude inférieur / 5 analphabétisme  
 Démarches sociales en cours avant l'hospitalisation 1 oui / 2 non

#### Données médicales (terrain)

- Poids d'entrée (en kilogramme)  
 Evolution du poids avant l'entrée (1 perte / 2 stable / 3 gain)  
 Taille d'entrée (en mètre)  
 Indice de masse corporelle (poids / taille<sup>2</sup>)  
 /  /  /  /  ATCD principaux (cm)  
 /  /  /  /  Traitements au domicile (ct)  
 Nombre de médicaments différents  
 Présence d'un traitement de la liste de BEER 1 oui / 2 non  
 Consommation d'alcool excessive oui 1 / non 2 (selon critères OMS)  
 Imagerie cérébrale récente (moins de 2 ans) oui/non  
 Marche 1 oui sans aide / 2 non / 3 avec aide

#### Motif d'hospitalisation

- Adressé par 1 médecin traitant / 2 médecin remplaçant ou SOS médecin / 3 Secours 15 ou 18  
 MADD retenu par 1 Médecin de ville / 2 Médecin urgentiste  
 Diagnostic d'entrée associé au MADD (cm)  
 Diagnostic de sortie (cm)  
 Incurie à l'entrée 1 oui / 2 non

#### Au cours de l'hospitalisation

- Nombre de jours d'hospitalisation  
 MMS score (0 à 30)  
 Diagnostic de démence de Novo 1 oui / 2 non  
 Score GIR 1 à 6 (calculer sur dossier)  
 Décès au cours de l'hospitalisation 1 oui / 2 non  
 Cause du décès (CM)  
 Imagerie cérébrale TDM ou IRM 1 oui / 2 non  
 Kinésithérapie de reprise de la marche/verticalisation au cours de l'hospitalisation 1 oui / 2 non  
 Cotation DIM

#### Suite à l'hospitalisation

- Orientation à la sortie 1 Domicile / 2 EHPAD / 3 Maison de Retraite / 4 Soins palliatifs / 5 SSR / 7 chez un proche / 8 Autre Service  
 Si retour à domicile mise en place d'aide à la sortie ou majoration (SSIAD, toilette, portage des repas) 1 oui / 2 non  
 Démarches effectuées en vue d'une institutionnalisation 1 oui / 2 non

## **2. Codage maladie**

1. Accident Vasculaire cérébral / TC / SEP
2. Agressivité
3. Cardiopathie / Insuffisance cardiaque
4. Chirurgie abdominale
5. Chirurgie ophtalmologique
6. Chirurgie orthopédique
7. Chirurgie thoracique
8. Chute sans précision
9. Déficience visuelle
10. Déficience auditive
11. Dénutrition
12. Démence (quelque soit le type)
13. Déshydratation
14. Diabète type 2
15. Dysthyroïdie
16. Epilepsie
17. Escarre
18. Fibrillation atriale / Flutter atrial
19. Fièvre
20. Fracture
21. GEA
22. HTA
23. Hépatopathie
24. Iatrogénie médicamenteuse
25. Insuffisance rénale
26. Insuffisance respiratoire / BPCO / Asthme
27. Infection quelque soit le site
28. Maladies systémiques
29. Maladie de parkinson
30. MTEV
31. Néoplasie/Hémopathie maligne évolutive quelque soit le site
32. Pancréatite et autres affections des voies biliaires
33. Rétention d'urine avec nécessité de sondage
34. Syndrome confusionnel / Intoxication alcoolique aigue
35. Syndrome subocclusif et occlusif
36. Trouble psychiatrique autre (états délirants)
37. Tuberculose
38. Ulcère cutané
39. Syndrome dépressif
40. Trouble hématologique non malin
41. Trouble hydroélectrolytique

### **3. Codage médicament**

1. ADO
2. AINS (dont Aspirine à dose antalgique ou plus)
3. Antalgiques opioïdes
4. Antiacides
5. Antiagrégant plaquettaires (dont Aspirine)
6. Antiangoreux (hors Dérivés nitrés à la demande)
7. Antiarythmiques
8. Anticoagulants
9. Antibiotiques
10. Antidépresseurs
11. Antiépileptiques
12. Antiémétiques
13. Antigoutteux (sauf Colchicine)
14. Antipsychotiques
15. Bêta Bloqueurs
16. Bisphosphonates
17. Bronchodilatateurs inhalés
18. Colchicine
19. Compléments nutritionnels oraux
20. Corticoïdes
21. Dopamine et agonistes dopaminergiques
22. Diurétiques de l'anse
23. Diurétiques thiazidiques
24. Diurétiques épargneurs de potassium
25. HBP (médicament de l')
26. Fibrates
27. Hormonothérapie (K du sein / HBP / K de la prostate)
28. Hypnotiques : Benzodiazépine et autres sédatifs antihistaminique de 1<sup>e</sup> génération
29. IEC /ARA II
30. Inhibiteurs Calciques (non antiarythmiques)
31. Immunosuppresseurs / Chimiothérapie
32. Insuline
33. Laxatifs
34. Levothyroxine
35. Paracétamol
36. Statines
37. Supplémentation calcique
38. Supplémentation martiale
39. Supplémentation potassique
40. Supplémentation vitaminique



## **H. DEFINITIONS**

AAH : (sur *service-public.fr*) allocation adulte handicapé, aide financière demandé auprès de la MDPH, de la CAF ou de la MSA. Elle peut être perçue après 60 ans si incapacité supérieur ou égale à 80%.

AGGIR: grille d'évaluation permettant de connaître le GIR, facilement accessible sur internet, [http://www.aidesociale.com/Dossiers/calcul\\_du\\_gir.htm](http://www.aidesociale.com/Dossiers/calcul_du_gir.htm)

L'autonomie minimum est attribué au groupe 1, le maximum au groupe 6.

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie *service-public.fr* aides financières qui servent à financer les aides humaines au domicile, dépendante du GIR et le paiement des mensualités d'une structure ; patient de plus de 60 ans exclusivement et groupe GIR 1 à 4

CCAS : Centre Communal d'Action Social , structure de 1er recours des aides et de contact avec les assistants sociaux.

EHPAD: nouvelle dénomination des maisons de retraite

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : groupes iso-ressource obtenus à partir de la grille d'évaluation AGGIR

destinés au plus de 60 ans, permet de statuer sur les droits à l'APA.

- GIR 1 : Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées ou qui nécessitent une présence indispensable ou continue d'intervenants.

- GIR 2 : Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.

- GIR 3 : Personnes âgées ayant conservée leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

- GIR 4 : Personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois d'être aidées pour la toilette et l'habillage.
- GIR 5 : Personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- GIR 6 : Personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

MAPA(D) : Maison d'Accueil pour Personnes Agées (Dépendantes)

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

MARPA : Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées

PASA : pôle d'activité et de soins adaptés ; salles présentes dans les EHPAD, de stimulation des patients déments présentant des troubles cognitifs légers à modérés, pour les patients dans les EHPAD.

PCH : Prestation de Compensation du Handicap est une aide financière pour les personnes de moins de 60 ans versée par le département. Elle est destinée à rembourser les dépenses liées à votre perte d'autonomie (prestation proche de l'APA pour les moins de 60 ans).

SIAM : Syndicat Intercommunal d'Aide au maintien à domicile, mise en place de l'APA, aides ménagères, téléalarme. Une partie du financement peut être obtenue par les caisses de retraite.

## I. RESUME

**INTRODUCTION** Les hospitalisations pour maintien à domicile difficile (MADD) sont représentatives des difficultés rencontrées par les médecins généralistes à prendre en charge les patients en perte d'autonomie. C'est un motif d'hospitalisation fréquemment rencontré et qui risque de s'accroître avec le vieillissement de la population. L'objectif principal de notre étude est de décrire les facteurs de risque et événements qui aboutissent à une hospitalisation pour MADD.

**METHODE** Les dossiers de patients hospitalisés pour MADD dans le service de médecine interne du CHU d'Amiens ont été analysés pour obtenir des informations sociales et médicales les concernant.

**RESULTATS** Cent deux patients ont été inclus. Ces patients sont hospitalisés principalement pour chute, syndrome confusionnel, complication/apparition d'un déficit du SNC ou d'une maladie infectieuse ; ils sont affectés d'une démence pour 30%, un diabète pour 28% et une HTA pour 52% d'entre eux. Une démence est diagnostiquée lors de l'hospitalisation dans 18% des cas. L'effectif est composé à près de 50% de patients à l'autonomie très altérée, GIR  $\leq 3$ .

**DISCUSSION** Les aides et le logement sont souvent inadaptés, les troubles cognitifs ne sont pas reconnus précocément. Le refus des aides et le manque de coordination des praticiens libéraux et des services sociaux sont les principales raisons de ce défaut de prise en charge.

**CONCLUSION** Il semble nécessaire de dépister rapidement les personnes en perte d'autonomie afin d'initier ou d'adapter les aides ou de les orienter vers des institutions. Le but étant d'améliorer leur qualité de vie malgré leur dépendance.

**INTRODUCTION** To avoid hospital admissions for difficulties to stay at home (DSH), is a challenge for the general practitioners. This is going to be an increasing part of their activities with the population getting older. The aim of this study was to identify the events and factors that brought patients to be hospitalized for DSH.

**METHODS** The medical charts of the patients hospitalized for DSH in the internal medicine department of the Amiens University Hospital were reviewed to extract social and medical informations.

**RESULTS** One hundred two patients have been included, those patients were hospitalized following a fall, a confusion, a neurological deficiency or an infectious disease. About one third of the patients suffered from demencia, 28% from diabetes, 52% from arterial hypertension. A new diagnosis of dementia was done in 18% of the patients. Almost half of the patients had a severe impairment of their autonomy (Groupe Iso Ressource  $\leq 3$ ).

**DISCUSSION** Many of our patients needed helps to be able to stay at home. Cognitive deficiencies were not diagnosed early. Rejection of exterior helps and the lack of coordination between general practitioners and social services accounted for many hospitalization in our population.

**CONCLUSION** It seems necessary to diagnose patients in loss of autonomy who need home helps to stay at home or need to be adressed to nursing home . The goal is to improve their quality of life even if they are dependant.