

# Mon patient âgé est fragile ? Et après ?...

Présentation et rôle :

- De l'UMG : Unité Mobile de Gériatrie, par le Dr LORENTZ - CH Haguenau
- De la PRAG : Plateforme du Réseau d'Appui aux Médecins Généralistes.  
Par Mme C. BOISSIER, coordinatrice – Antenne de Haguenau
- De la MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.  
Par Mmes S. Devisse et C. Lauer – Antenne de Haguenau

# Mon patient âgé est fragile ? Et après ?...



Dr Lise LORENTZ  
Unité Mobile de Gériatrie  
CH de HAGUENAU  
Soirée FMC

# Fragilité : de quoi parle-t-on ?

Définition adoptée par la SFGG en 2011 (Rolland 2011):

- « 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**. »

# Fragilité : de quoi parle-t-on ?

Capacités d'adaptation aux stress : 3 modalités

Vieillesse « réussie » ou en santé (optimal)

Réserves fonctionnelles conservées



Fragilité: « vulnérabilité » au stress

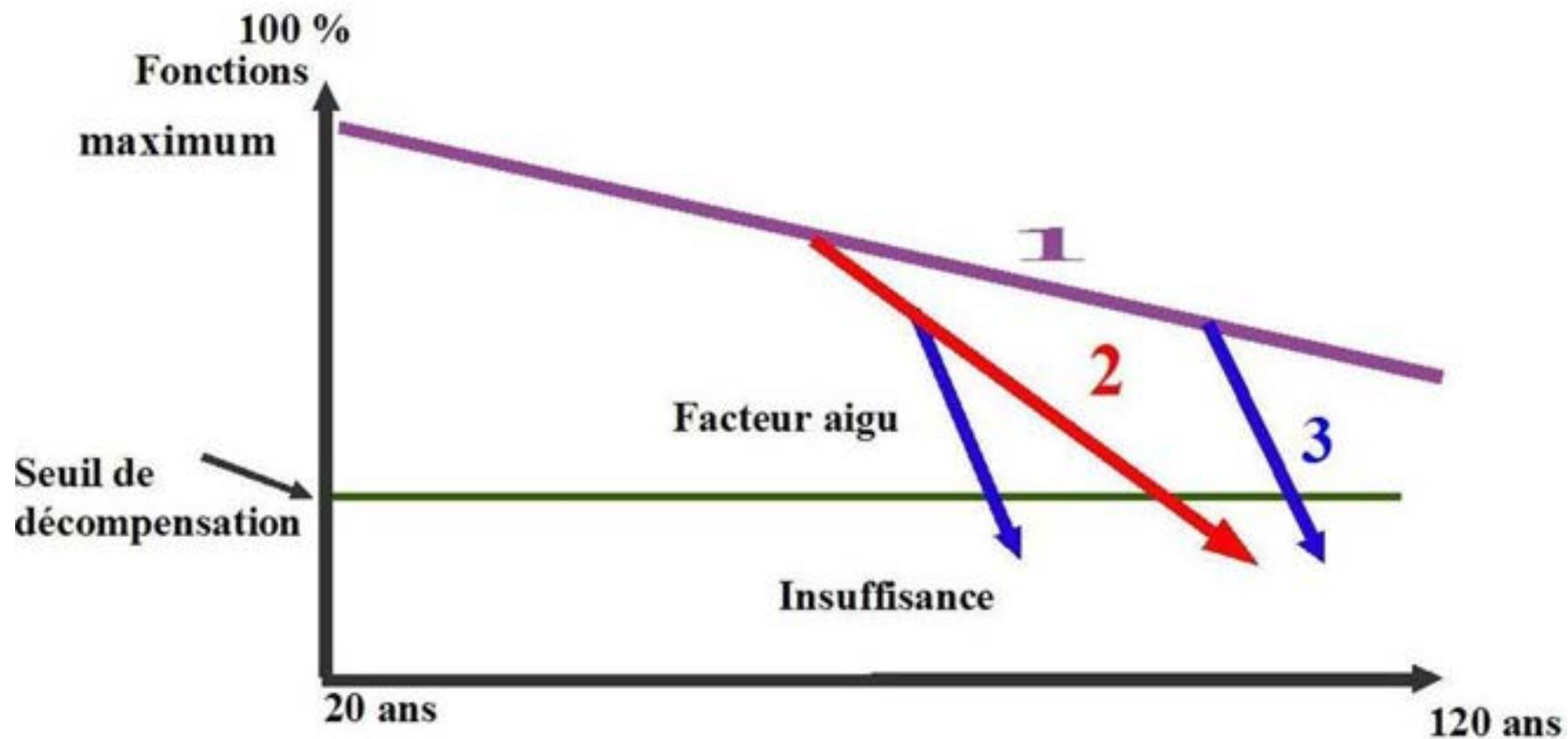


Vieillesse pathologique

Avec pathologies et handicaps

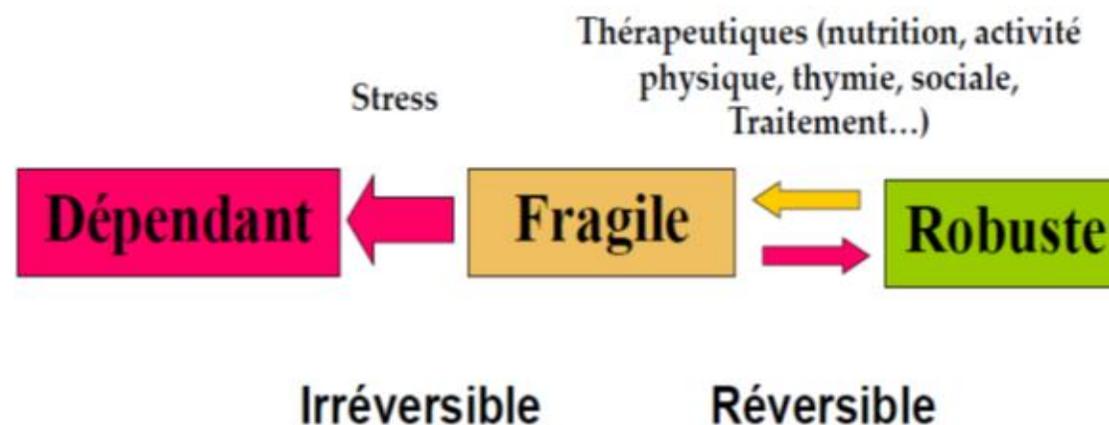


# Le 1,2,3 de Bouchon (1984)



# Pourquoi repérer la fragilité ?

- « (...) La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. (...) » (Rolland 2011)
- « Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans. » (HAS 2013)



# Chez qui dépister la fragilité ?



- « On peut proposer comme champ du repérage les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité. » (HAS 2013).
- Programme ICOPE de l'OMS : séniors autonomes de 60 ans et plus.
- D'autant plus de marge de réversibilité qu'on dépiste tôt la fragilité : notion d'ailleurs de « pré-fragilité ». But = réduire la fragilité et prévenir la dépendance. Prévention secondaire.
- Quand la dépendance est présente, il ne s'agit plus d'un « dépistage » mais d'une « évaluation » avec un but de prévention tertiaire.

# Deux modèles de critères de fragilité sont validés

- Un modèle (**Fried 2001**) fondé sur un phénotype « physique » qui évalue la présence chez les personnes d'un âge  $\geq 65$  ans de 5 critères :
  - perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou  $\geq 5\%$  du poids) depuis 1 an,
  - épuisement ressenti par le patient,
  - vitesse de marche ralentie,
  - baisse de la force musculaire
  - et sédentarité.
- Les patients sont dits **fragiles en présence de 3 critères ou plus**.
- Ils sont dits « **pré-fragiles** » si au moins **1 des critères** est présent.
- Si aucun des critères n'est présent ils sont considérés comme robustes.

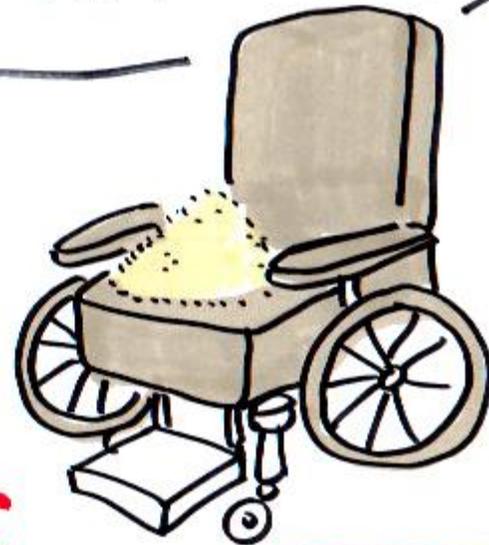
# Deux modèles de critères de fragilité sont validés

- Un autre modèle (**Rockwood 2005**) de fragilité prend en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multi-domaine » intégrant :
  - cognition,
  - humeur,
  - motivation,
  - motricité,
  - équilibre,
  - capacités pour les activités de la vie quotidienne,
  - nutrition,
  - condition sociale,
  - comorbidités.
- **La référence pour diagnostiquer et évaluer la fragilité est la réalisation d'une évaluation gériatrique globale fondée sur le modèle multidimensionnel de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS).**

# FRAGILITÉ : 4 PENSER !!!

MR DUGLAND  
EST TOMBÉ EN POUSSIÈRE !

IL ÉTAIT PEUT ÊTRE  
FRAGILE FINALEMENT !



DUF

# Repérage de la fragilité en soins primaires



- L'HAS recommande en 2013 d'utiliser le questionnaire élaboré par le gérontopôle de Toulouse et validé par la SFGG et le CNPG.
- « Le repérage peut être réalisé par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours : infirmière, pharmacien, kinésithérapeute, aide-soignante, etc. » (HAS 2013)
- Repérage = première étape d'une séquence comprenant une évaluation globale et une planification des interventions visant à réduire la fragilité et/ou prévenir les conséquences de la fragilité.

# Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

- Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL  $\geq 5/6$ ), à distance de toute pathologie aiguë.

	OUI	NON	NSP
Votre patient vit-il seul ?			
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?			
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?			
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?			
<b><i>Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :</i></b>			
Votre patient vous paraît-il fragile ?			



**Proposer au patient une évaluation globale soit en HDJG soit par UMG**

# Evaluation gériatrique globale

- **Passer en revue les différentes dimensions du patient :**
  - Dimension socio-familiale, mode de vie et habitat
  - Comorbidités, terrain pathologique,
  - Médications,
  - Dimension fonctionnelle : activités de la vie quotidienne (ADL, GIR), activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL),
  - Continence
  - Nutrition
  - Mobilité
  - Risques de chute
  - Dimension sensorielle : audition et vision
  - Etat psychique
  - Etat cognitif
  - Sommeil
  - Douleurs
  - Etat cutané
  - Etat respiratoire



# Evaluation gériatrique globale

- Objectif de cette revue systématique = identifier les syndromes gériatriques et leur degré de compensation.
- Permet de caractériser le niveau de fragilité du patient. (utilisation du score de la grille SEGA-A).
- Permet de cibler les facteurs modifiables influençant le fragilité.
- Et donc permet de proposer des préconisations pour le plan d'interventions ciblées.

# Grille SEGA

- Grille Fragilité SEGA version modifiée et validée 2014 Réseau RéGéCA - Université de Reims Champagne Ardenne, Faculté de médecine EA 3797, Reims, F-51092
- 2 volets
- Le volet A ou SEGA-A :
  - peut être utilisée seul,
  - permet d'évaluer le niveau de fragilité et le répartir en 3 groupes : peu fragile, fragile, très fragile.
  - Il permet aussi d'engager des actions nécessaires pour identifier les facteurs de risques de fragilité réversibles.
- Le volet B ou SEGA-B :
  - apporte une information complémentaire au volet A
  - et permet un ciblage plus fin de la fragilité du sujet.
  - Il permet de donner les orientations du plan de soin et peut servir de guide pour établir le plan personnalisé de soins et d'aide.

## Volet A

	Profil gériatrique et facteurs de risques			Score
	0	1	2	
<b>Age</b>	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
<b>Provenance</b>	Domicile	Domicile avec aide professionnelle	FL ou EHPAD	
<b>Médicaments</b>	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
<b>Humeur</b>	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
<b>Perception de sa santé</b> par rapport aux personnes de même âge	Melleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
<b>Chute dans les 6 derniers mois</b>	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
<b>Nutrition</b>	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
<b>Maladies associées</b>	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
<b>AIVQ</b> (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
<b>Mobilité</b> (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
<b>Continence</b> (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
<b>Prise des repas</b>	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
<b>Fonctions cognitives</b> (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
<b>Total .... / 26</b>				

### TOTAL Volet A

<b>&lt; ou = 8 :</b> Personne peu fragile	<b>[9-11] :</b> Personne fragile	<b>&gt; ou = 12 :</b> Personne très fragile
--	-------------------------------------	--

## Volet B

Le volet B apporte une information complémentaire au volet A et permet un ciblage plus fin de la fragilité du sujet. Il permet de donner les orientations du plan de soin et peut servir de guide pour établir le plan personnalisé de soins et d'aide.

	Données complémentaires			Score
	0	1	2	
<b>Hospitalisation au cours des 6 derniers mois</b>	Aucune hospitalisation	1 hospitalisation de durée < 3 mois	Plusieurs hospitalisations ou 1 seule > 3 mois	
<b>Vision</b>	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
<b>Audition</b>	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
<b>Support social / entourage</b>	Couple (ou famille)	Seul sans aide	Seul avec aide	
<b>Aide à domicile professionnelle</b>	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
<b>Aidant naturel</b>	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
<b>Perception de la charge par les proches</b>	Supportable	Importante	Trop importante	
<b>Habitat</b>	Adapté	Peu adapté	Inadéquat	
<b>Situation financière</b>	Pas de problème	Aide déjà en place	Problème identifié et absence d'aide	
<b>Perspectives d'avenir selon la personne</b>	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
<b>Perspectives d'avenir selon son entourage</b>	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	

### TOTAL Volet B (sur 22)

Plus le score est élevé, plus grande est la fragilité

# Plan d'action



- Il résulte du repérage de la fragilité, de son évaluation et de la mise en évidence des **facteurs modifiables potentiellement réversibles** influençant la fragilité.
- Ces principaux facteurs modifiables sont :
  - La thymie,
  - la perception de son état de santé,
  - la survenue de chute(s) dans les 6 derniers mois,
  - la mobilité,
  - l'état nutritionnel.
- Dans une moindre mesure la continence, la prise des repas et la cognition sont susceptibles d'être améliorées si le dysfonctionnement est fonctionnel et non lésionnel.
- Concernant les médications : réévaluer les indications, traquer la iatrogénie que ce soit dans les effets secondaires et les interactions mais aussi dans l'observance.

# Quelques exemples d'interventions possibles

## Avec prise en charge CPAM

- Soins IDEL
- SSIAD
- Soins kiné
- Aides techniques sur LPPS (lit médicalisé, canne, cadre, roll, chaise percée,...)
- Orientation en HDJ gériatrique ou cs neuro
- ESA
- Soins orthophoniques
- Forfait cs psychologue
- Chaussures médicales selon certaines indications
- Soins pédicurie (sous conditions)
- CNO
- Le bilan partagé de médication (\*)
- ...

## Sans prise en charge CPAM

- Aide-ménagère
- Auxiliaire de vie
- Portage de repas
- Téléalarme
- Aides techniques hors LPPS (rehausse WC, barre d'appuis, barre latérale de redressement, planche de bain...)
- Soins ergothérapeutiques
- Palliatifs de l'incontinence (sauf Pénliex)
- Aménagements domicile
- Carte stationnement
- Plateforme de Répît
- UMG
- Hébergement temporaire
- ...

*(\*) s'adresse aux patients de plus de 65 ans souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques et présentant au moins cinq molécules ou principes actifs prescrits pour une durée supérieure ou égale à 6 mois.*

# Mise en œuvre du plan d'action



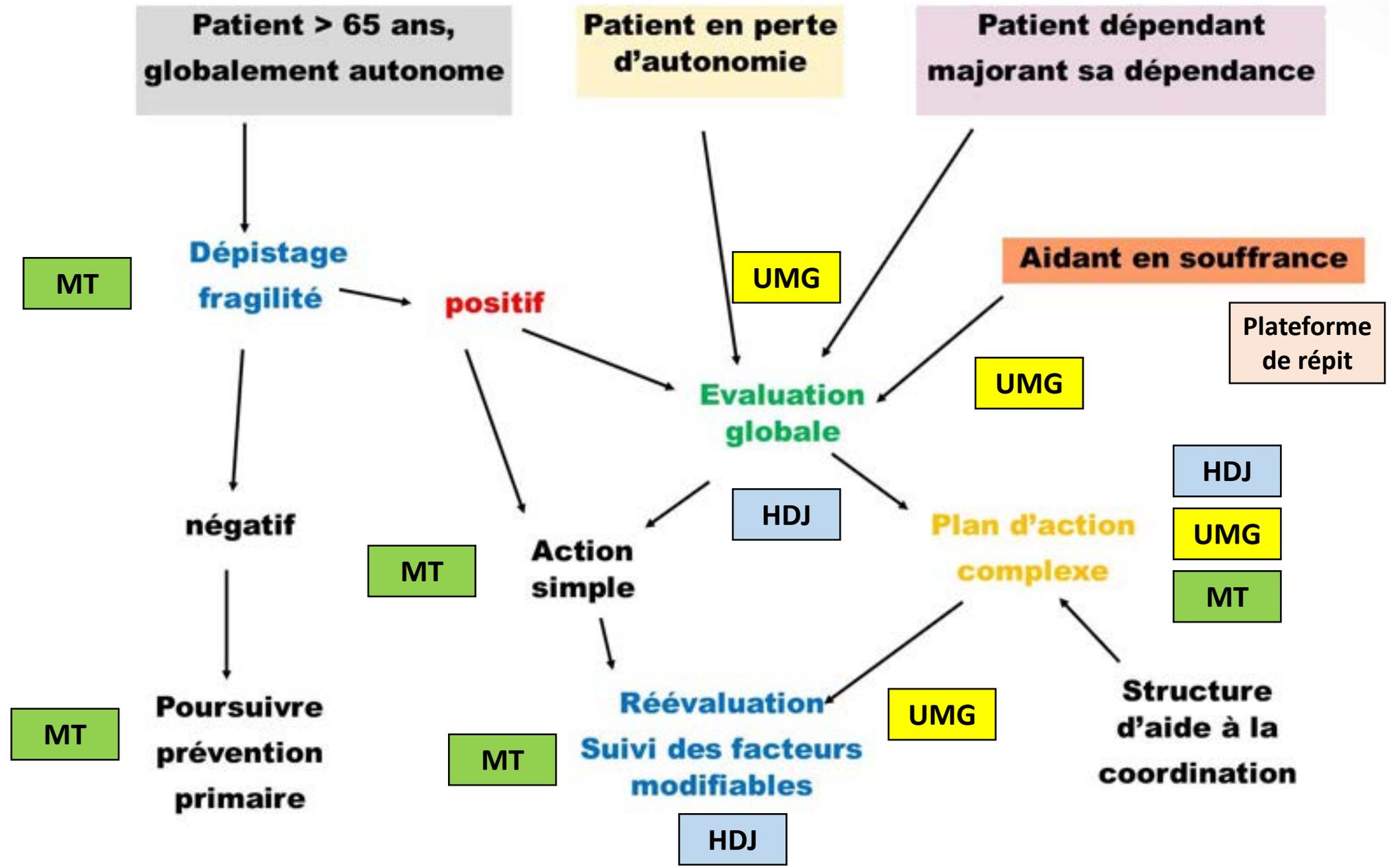
- **Cibler** les facteurs les plus modifiables
- Tenir compte des **priorités du patient** pour susciter sa motivation et son adhésion.
- **Evaluer ressources/freins** : patient lui-même, entourage familial, aidants naturels, aidants professionnels, aspect financier, ...etc.
- Plus le patient est fragile, plus son autonomie et son indépendance sont vulnérables, plus la mise en œuvre du plan d'action peut être difficile.
- Certaines situations peuvent s'avérer **complexes** : **place des structures d'aide à la coordination.**

# PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

ÇA TOMBE BIEN...  
J'AI MAL  
PARTOUT!



PHILIPPE TASTET



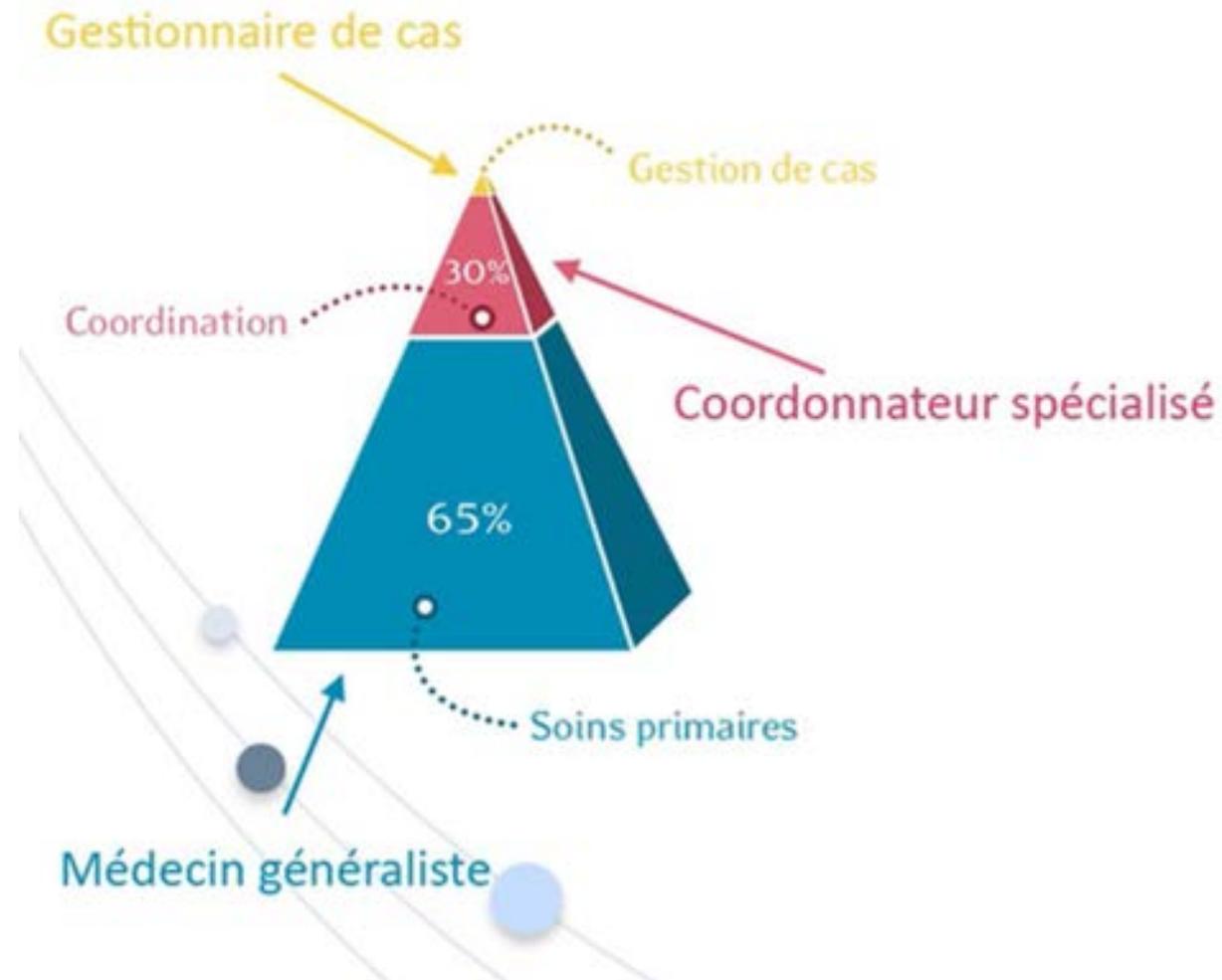
# FMC Haguenau 23 juin 2022

Accompagnement médico-social de la personne âgée en perte d'autonomie

Coordination du parcours de santé  
De quoi parle-t-on ?

La coordination, c'est :  
l'harmonisation d'activités diverses dans un souci d'efficacité

# Les différents niveaux de coordination





# Présentation de la PRAG

par Charline BOISSIER,  
Coordinatrice (IDE) / antenne de Bischwiller

PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI (PTA) D'ALSACE

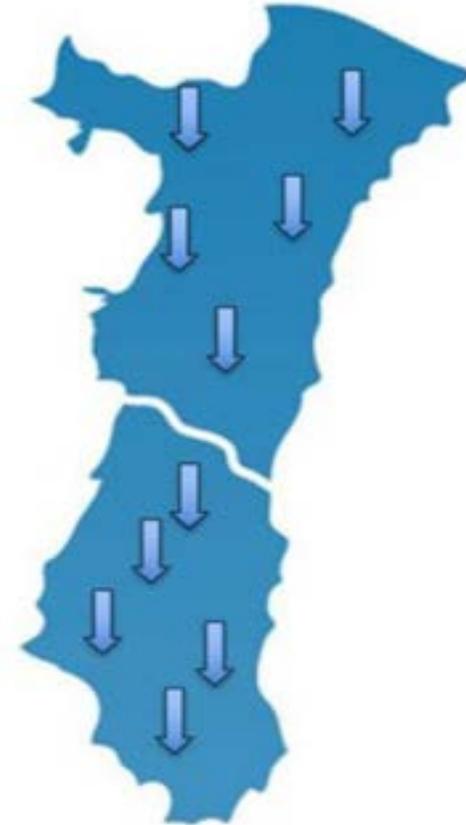
# La PRAG, c'est quoi ?

C'est une PTA, pour Plateforme Territoriale d'Appui

- Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016
- Financement ARS Grand-Est
- Co-construit avec l'URPS médecins libéraux Grand Est

Service disponible sur l'ensemble de l'Alsace,  
En proximité via 10 antennes

Une équipe composée de 16 coordonnateurs (IDE de formation initiale) et 3 administratifs (siège à Colmar)



# Pour quoi ?



Pour tout ce qui concerne un **parcours de santé complexe d'un patient.**

Sur **tous les champs...** tous âges, toutes pathologies, toutes formes de handicap :

Gérontologie / Précarité / Psychiatrie

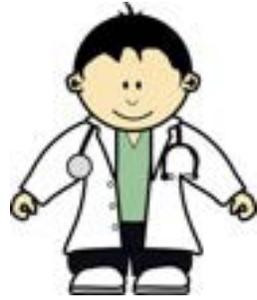
Handicap / Addictions / Cancérologie

Soins palliatifs / Petite enfance-adolescent-famille

Maladies métaboliques-obésité / Maladies rares...

→ Problématiques médicales et sociales

# Qui peut avoir recours à la PRAG ?



Médecin  
traitant



Partenaires

en accord avec médecin traitant

SSIAD – SAAD – HAD – équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs, psychiatrie...) – hôpitaux – services des Conseils Départementaux (MDPH, polyvalence de secteur, APA, PMI, ASE...) – réseaux de santé (oncologie, addiction, soins palliatifs, maladies métaboliques, sclérose en plaque, périnatalité...) – EHPAD – SPASAD – plateformes de répit – associations de patients – MAIA – CCAS – FAS – MAS – CLIC – IDEL – CSI – pharmaciens – kinésithérapeutes – prestataires de matériel médical – accueils de jour – hôpitaux de jour...

# Pour le médecin traitant, la PRAG c'est :

- Accès simples et multiples
- Pas de critères d'interpellation
- Réponse rapide (réactivité) → max. 3 jours ouvrés
- Intervention sur mesure (adaptabilité à la demande, quelle que soit la problématique énoncée), avec regard global et transversal complémentaire
- Intervention ponctuelle (quelques jours à quelques mois).
- Validation du contenu (respect de la demande initiale) et bilan synthétique transmis (traçabilité) ▲

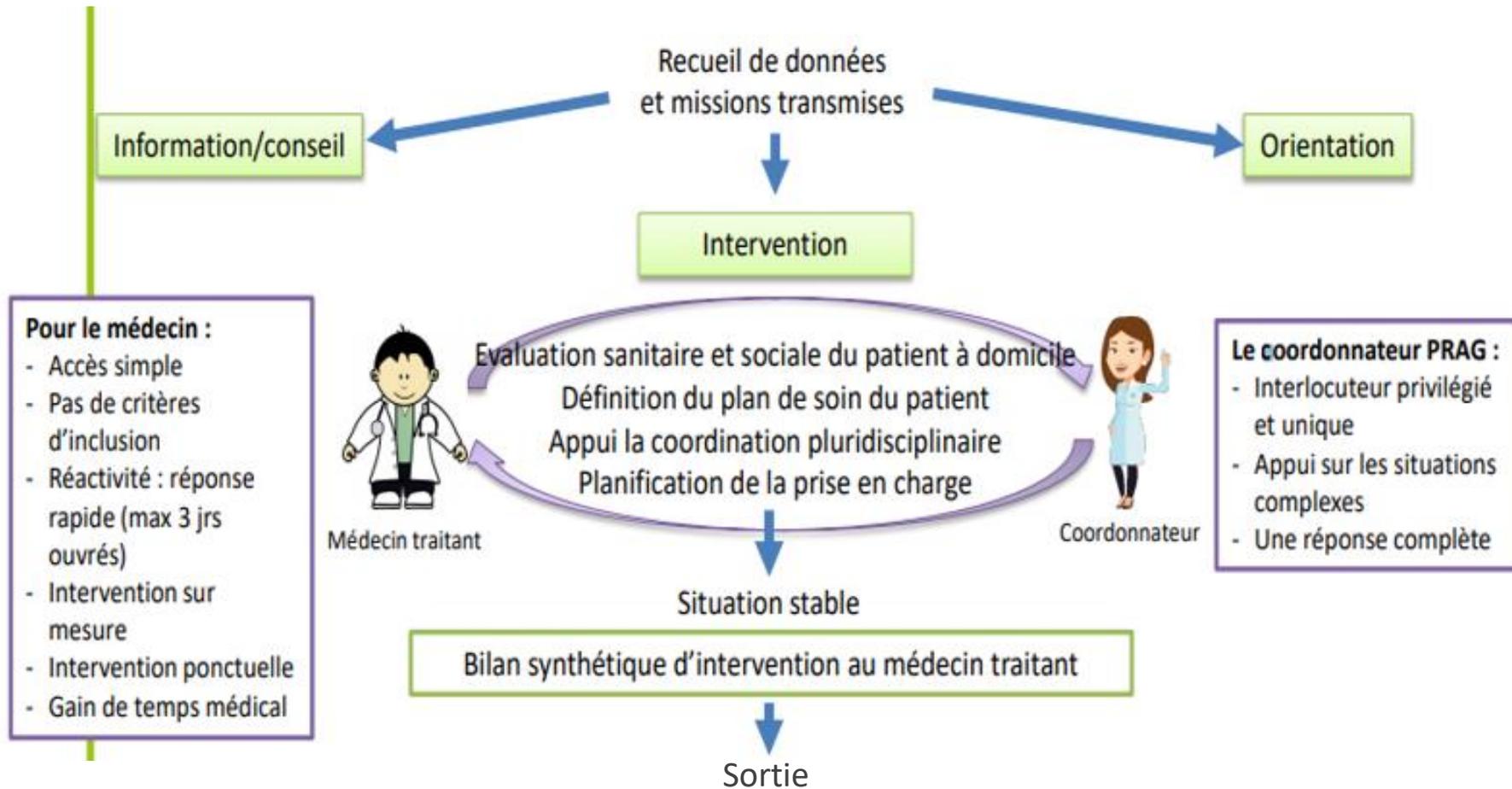
Système simple :  
un problème avec  
un patient  
complexe, un  
numéro unique  
pour trouver les  
solutions  
appropriées.

Plus besoin de se  
rappeler les  
noms/coordonnées,  
les critères  
d'inclusions et les  
périmètres  
géographiques de  
tous les partenaires.

# Pour le partenaire, la PRAG c'est :

- un **accès simple** pour une **réponse rapide et complète** : mission d'information/conseil, d'orientation ou d'intervention par un coordonnateur PRAG après accord du médecin traitant
- un **appui à la coordination avec la mise en place d'aides**, ne relevant pas du champs de compétence du partenaire
- un maintien **du travail en cours avec les partenaires présents** auprès du patient
- une **mobilisation de partenaires** dans le cadre du travail de coordination de la PRAG.

# Schéma d'une intervention



# Evaluation à domicile

Visite à domicile réalisée le / / 20 , en présence de  
Condition d'accueil (rappel du RDV...) :

Logement :

Situation familiale :

Médical (antécédents, pathologies en cours, traitements médicamenteux...) :

Vie quotidienne :

*Transferts/déplacements :*

*Toilette/élimination/habillage :*

*Alimentation :*

*Cognitif :*

*Capacité d'utilisation d'outils :*

*Déroulement d'une journée standard/activités personnelles et de loisirs/solitude-isolement :*

*Capacité à prendre son traitement :*

*Conditions de sortie du domicile :*

*Aller faire ses courses :*

*Gestion administrative et budgétaire :*

*Participation aux tâches ménagères :*

Aides en places (humaines, techniques, financières...) :

Ressources financières :

Projet de vie du patient et besoins exprimés/difficultés par le patient et l'entourage :

Acceptation ou refus par le patient des recommandations/propositions faites par le coordonnateur :

Actions entreprises et à entreprendre (suites à donner) :

# Réunion de coordination

Outil au service du coordonnateur, des professionnels et du patient.

Organisée et animée par le coordonnateur pour réunir l'ensemble de l'équipe intervenant autour d'un patient, en présence du médecin généraliste, pivot du parcours de santé.

Temps devant permettre de faire le point sur la situation, de partager des informations, et d'établir une feuille de route pour optimiser la prise en soin du patient, dans le respect de son projet de vie.

Indemnisation par la PRAG des médecins libéraux toutes spécialités, des IDEL (et IDE intervenants en CSI), des kinésithérapeutes libéraux et des pharmaciens libéraux.

# Quelques exemples d'actions favorisant le maintien à domicile

- Soutien à la recherche d'aides financières : APA, CARSAT, caisse de retraite
- Augmentation des aides humaines (aide à la toilette, surveillance des prises alimentaires...)
- Sollicitation d'une APA ou d'une PCH en urgence
- Mise en place d'un suivi social
- Saisine de la Mission Accompagnement Santé
- Saisine du Plan Urgence Répit (en faveur de l'aidant)
- Mise en place d'aide technique en lien avec la pharmacie
- Informations sur les possibilités d'aménagement du domicile (CEP-CICAT, ergothérapeutes...)
- Coordination avec les services sociaux hospitaliers

# Comment faire appel à la PRAG



## → Secrétariat

✓ Téléphone : numéro de téléphone unique sur l'ensemble de l'Alsace (0.367.300.367)

✓ Messagerie sécurisée de santé :

- [prag.alsace@medical.apicrypt.org](mailto:prag.alsace@medical.apicrypt.org)
- [prag@grand-est.mssante.fr](mailto:prag@grand-est.mssante.fr)

✓ Fax (03.51.08.19.22)

✓ Courriel : [contact@prag.alsace](mailto:contact@prag.alsace)

# Interprétariat téléphonique

- Mission confiée par l'ARS Grand Est, sur délégation de CODAGE
- Prestataire ISM interprétariat
- Service gratuit et professionnel (185 langues, mise en relation en moins de 2 minutes), par téléphone, à destination des médecins libéraux toutes spécialités, sages-femmes libérales et infirmiers libéraux.
- Mission de la PRAG (en Alsace) : communication, gestion de la création des codes d'accès permanents, pilotage/statistiques/suivi avec PTA de Reims et Nancy.
- Demande de codes d'accès et informations :  
<https://www.prag.alsace/interpretariat-telephonique.html>



# Présentation de la MAIA Haguenau/Wissembourg

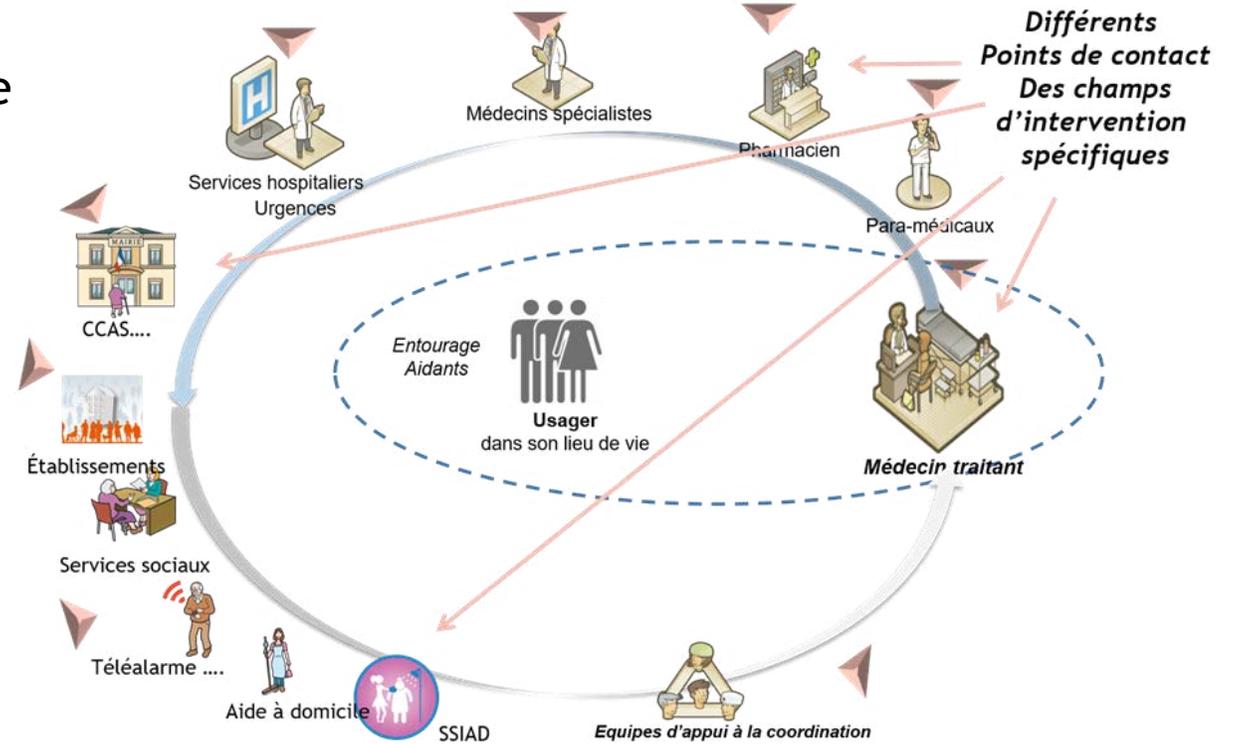




# Création de la MAIA

## Constat avant 2008:

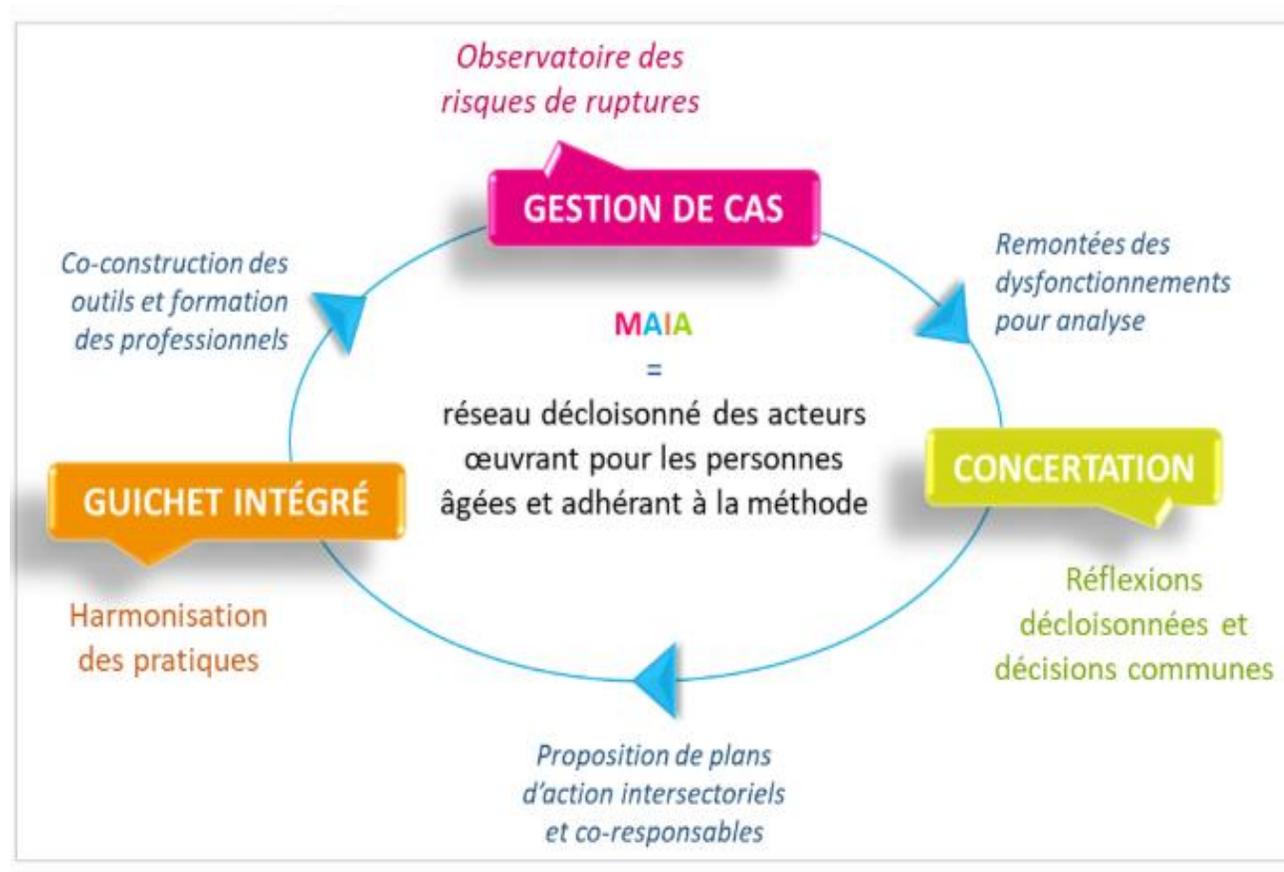
- Difficultés pour les personnes âgées de gérer harmonieusement les problèmes médicaux et sociaux rencontrés
  - Accompagnement spécifique de plusieurs intervenants
  - Fragmentation et manque d'efficacité de la prise en charge globale des personnes
- ⇒ Maintien à domicile des personnes âgées compromises





## Objectifs de la MAIA

- D'assurer une réponse harmonisée et unique aux demandes des personnes âgées à tout endroit du territoire via le « guichet intégré »
- Doter les territoires de professionnels dédiés au suivi des situations complexes : les « Gestionnaires de cas »
- Simplifier et fluidifier les parcours de vie

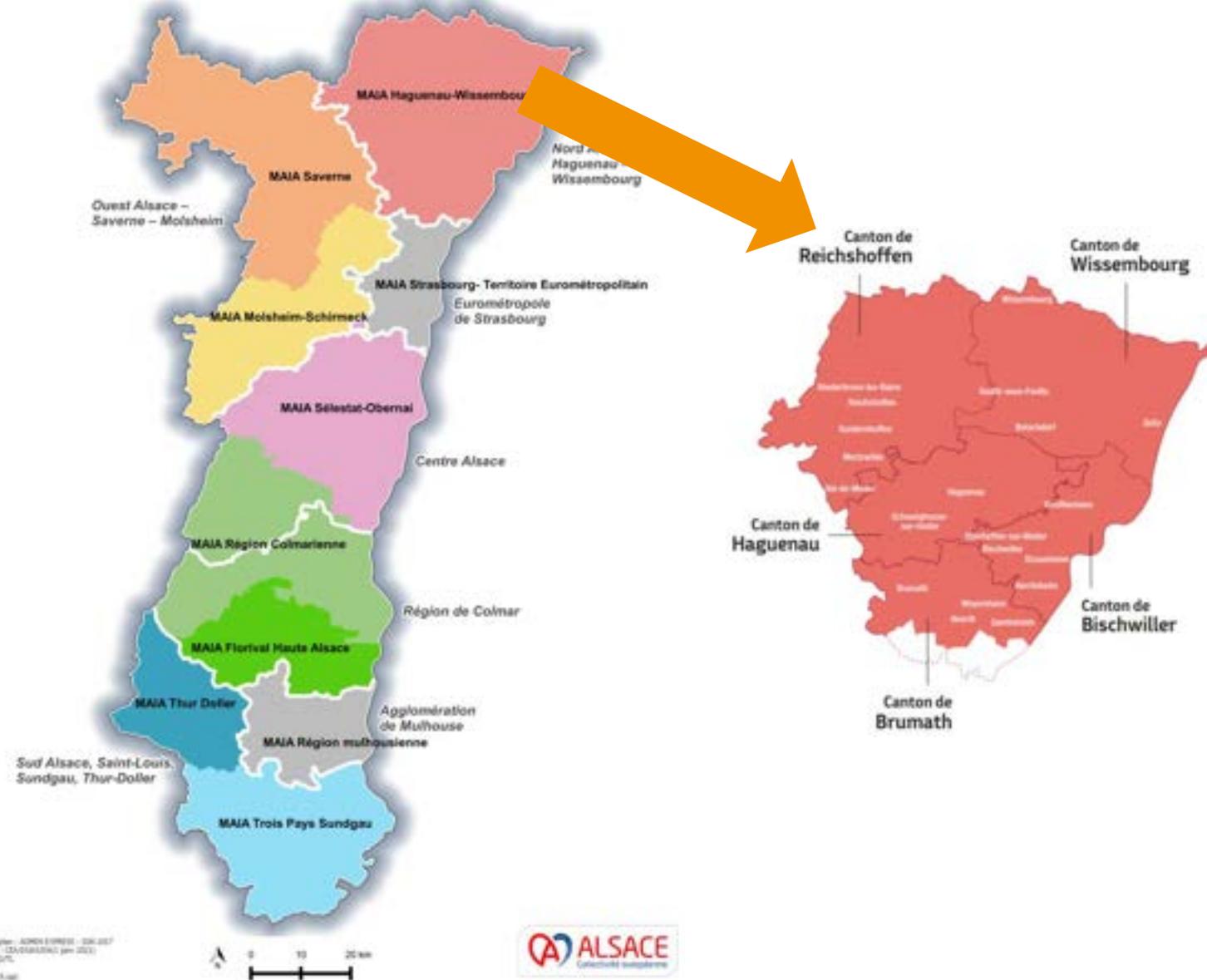


➔ Faire communiquer les acteurs entre eux



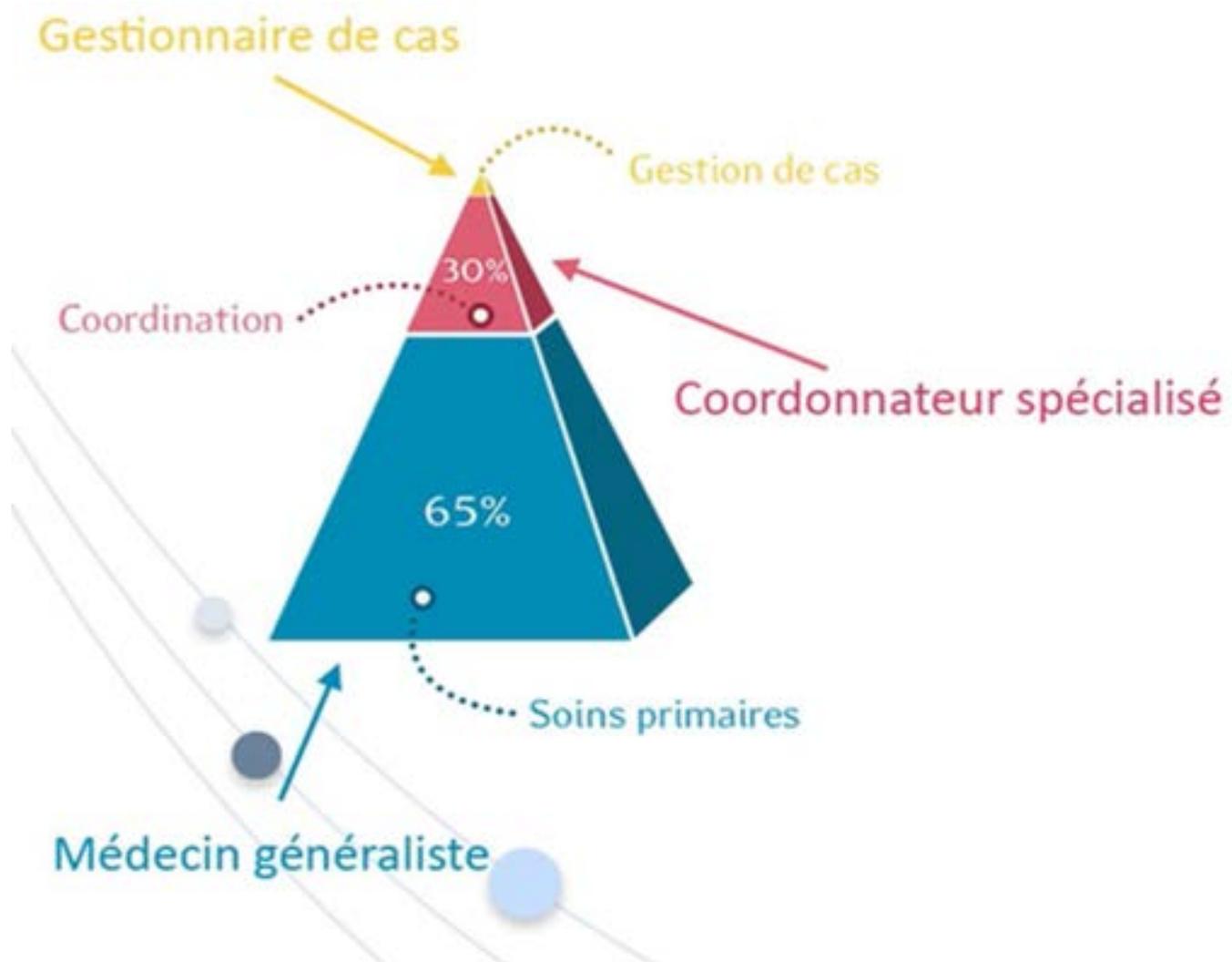
# Implantation des MAIA sur le territoire

Les MAIA et les territoires de la Collectivité Européenne d'Alsace





# La gestion de cas





## La gestion de cas

### POUR QUI :

Personnes + 60 ans qui souhaitent  
rester à domicile

en situation complexe  
critères spécifiques

Personne - 60 ans présentant des  
pathologies neurodégénératives

~~URGENCE~~

*EVITE LES RUPTURES DE  
PARCOURS*

*INTERVIENT AU LONG  
COURS*

*PRISE EN CHARGE  
ILLIMITEE*



## Critères de la gestion de cas : personne de 60 ans et plus, souhaitant rester à domicile

- **Critère 1 : Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :**
  - a. problème d'autonomie fonctionnelle
  - b. et problème relevant du champ médical
  - c. et problème d'autonomie décisionnelle
  
- **Critère 2 : Aides et soins insuffisants ou inadaptés**
  
- **Critère 3 : Isolement ou entourage défaillant**



## 2.3 Rôle d'un gestionnaire de cas



## Les 2 et 3 juillet La MAIA\* de Haguenau- Wissembourg fête ses 10 ans !

Yoga du rire, gymnastique,  
médiation animale...  
Découvrez les missions  
de la MAIA qui œuvre  
chaque jour pour nos aînés.

De 14 h à 18 h  
Salle des Corporations  
2, rue du Houblon, Haguenau

\*Méthode d'action pour l'intégration  
des services d'aides et de soins  
dans le champ de l'autonomie

Plus d'infos sur [alsace.eu](http://alsace.eu)  



# FMC Haguenau 23 juin 2022

La coordination en pratique ...

# Que feriez-vous ?

## Monsieur I, 75 ans

- Monsieur vit avec son épouse
- Leur fille est aidante
- Le patient présente une maladie à corps de Lewy
- La famille vous alerte car elle ne trouve pas de cabinet infirmier souhaitant intervenir : la prise en soins est trop importante

## Madame K, 86 ans

- Madame vit seule dans une maison
- Veuve sans enfant
- Le neveu est le seul aidant
- Mme devient suspicieuse et agressive verbalement
- Elle refuse toutes interventions extérieures
- Vous ne savez plus quoi proposer

Des  
propositions ?



Qui fait quoi

# Ce qui a été fait

## Pour Monsieur I

- L'UMG a préconisé au MT l'interpellation de la PRAG
- PRAG en visite à domicile
- Mise en place d'un cabinet infirmier 1/jour pour nursing et soins d'escarres
- Coordination avec ergo UMG et IDEL pour installation d'un matelas à air
- Kiné à domicile
- Prochain temps de coordination à domicile pour évoquer : lever du patient, solutions de répit de l'aidant, devenir du patient

## Pour Madame K

- Inclusion de la situation de Mme en gestion de cas
- Visite à domicile avec le neveu pour évaluation globale de la situation
- Lien avec le médecin traitant
- Intervention de l'UMG en accord avec le médecin
- Création dossier Via trajectoire
- Visites régulières auprès de Mme pour créer le lien de confiance et l'acceptation projet d'institutionnalisation
- Situation accompagnée pendant 9 mois