

Autour de la prise en charge de la Maladie d'Alzheimer à La Réunion

Enquête qualitative 2009¹ Université ORS ARS

L'accroissement attendu du nombre de personnes âgées laisse craindre une évolution importante du nombre de malades d'Alzheimer. Au niveau national, on estime à près de 225 000 les nouveaux cas détectés par an. Ainsi, en France, 1,3 million de personnes âgées de plus de 65 ans pourraient être touchées par la maladie en 2020.

Les défis de santé publique soulevés par cette maladie ont incité l'Etat à adopter, depuis 2001, trois plans nationaux. Le plus récent d'entre eux couvre la période 2008-2012 et vise principalement deux cibles : les malades et leur entourage.

A La Réunion, on estime que 3 600 personnes de 75 ans et plus étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer au 1^{er} janvier 2006. Ce nombre pourrait être multiplié par deux dans les cinq ans à venir avec l'augmentation du nombre des personnes âgées.

Ces données sont d'autant plus préoccupantes qu'à La Réunion, comparativement à la métropole, le niveau d'instruction moyen est plus bas, et les facteurs de risque vasculaires sont plus importants, qu'il s'agisse du diabète, de l'hypertension artérielle, des accidents vasculaires cérébraux, du surpoids (obésité) ou de l'alcool. Ce qui amène à faire l'hypothèse que les situations d'incapacité et de dépendance, notamment la maladie d'Alzheimer, apparaissent plus précocement qu'en métropole.

Dans ce contexte, l'Agence de santé Océan Indien (ex DRASS) de La Réunion a souhaité identifier les problèmes spécifiques que rencontrent les patients et aidants à La Réunion, afin d'adapter au mieux leur prise en charge. L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) et l'Association de Recherche de l'Océan Indien (AROI)² ont ainsi mené une étude qualitative portant sur les aidants familiaux et professionnels en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. L'étude qualitative, par entretiens individuels semi-directifs en face à face a été réalisée auprès de 26 aidants naturels et professionnels de 15 patients atteints de la maladie d'Alzheimer vivant à domicile, en institution ou dans des familles d'accueil. Les données ont été recueillies d'avril à décembre 2009 par un anthropologue et une sociologue

- L'aidant naturel peut être un membre de la famille, un conjoint mais aussi un ami, un voisin ou une relation. Il est la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à la personne âgée dépendante, pour les activités de la vie quotidienne. L'aide peut prendre différentes formes, comme le soutien psychologique, les soins, l'accompagnement, la rééducation à la vie sociale, les démarches administratives, la coordination, la vigilance, les activités domestiques.

- L'aidant professionnel intervient dans l'administration de soins plus spécifiques. Ce sont des personnes appartenant à des équipes interdisciplinaires exerçant leurs compétences pour le maintien ou l'amélioration de la santé de l'individu atteint de la maladie d'Alzheimer. Elles peuvent appartenir au secteur médical (médecin, infirmier...), paramédical (kinésithérapeute, orthophoniste...) ou social (assistant social, psychologue..)

A domicile

Une autonomie variable

Pour les patients à domicile concernés par l'étude, le diagnostic a été posé assez récemment (entre 1 et 5 ans) parfois bien après que les premiers signes ne soient apparus. Les tests ont été réalisés au Centre de Consultation Mémoire (CCM).

Leur degré d'autonomie est relativement variable: *l'une des patientes, « débrouillarde », fait souvent le ménage dans sa maison avant l'arrivée de l'auxiliaire de vie sociale*

D'autres patients ont, par contre, des difficultés à se déplacer seuls, et dans la majorité des cas, la communication est très limitée.

Ces patients ont des problèmes de mémoire et du mal à reconnaître les visages de leurs proches.

Une présence de tous les instants

Certains patients présentent d'importants troubles du comportement allant parfois jusqu'à l'agressivité. Ils ont du mal à se repérer dans l'espace, ce qui nécessite souvent d'être constamment à leurs côtés. De fait, les aidants familiaux sont très présents auprès de ces malades et proches du dévouement. *En permanence sur le pied de guerre, présente à tous les instants, même la nuit, une aidante familiale se dit « toujours angoissée ».*

A noter qu'il n'est pas rare qu'à cause de conflits familiaux (ou d'éloignement géographique des proches), un des membres de la fratrie se retrouve seul à s'occuper du parent malade.

Dans l'ensemble, l'entente entre le patient et ses proches semble bonne. Mais ces relations sont loin d'être faciles. Par exemple, la persévération¹ du patient peut s'avérer fatigante pour l'aidant naturel, qui doit, inlassablement, entendre et répéter les mêmes choses.

Un choix ambivalent

Pourquoi donc le choix du mode de garde à domicile ? Quelles sont

les raisons avancées par les aidants familiaux ?

Ce choix est, très souvent, considéré comme « naturel », et « logique ». L'environnement familial est considéré comme important pour le bien-être du malade. Ce qui va de pair avec la peur du changement, la peur du problème d'adaptation, et des conséquences éventuelles sur son état de santé.

Mais il existe aussi une certaine méfiance vis-à-vis des institutions ou des familles d'accueil : Les aidants interrogés s'estiment quelque part irremplaçables, avec toutefois la crainte plus ou moins prononcée, plus ou moins explicite, de ne pas pouvoir assumer ce choix à plus long terme.

Pour d'autres, ce choix est dicté par des raisons pécuniaires ou/et parce que *l'on se dit* que la liste d'attente, pour entrer dans une structure, est, de toutes les façons, très longue.

Des informations parcellaires

De manière générale, les informations sur la maladie ou les structures existantes dont disposent les aidants familiaux et professionnels sont assez pauvres.

Un aidant familial sur 2 se rend une fois par mois aux groupes de parole; ou est membre de l'Association France Alzheimer Réunion. Aucun aidant familial interrogé n'a recours aux structures de répit.

La coordination de la prise en charge est satisfaisante, chacun ayant un rôle bien spécifique et les informations circulent entre les différents intervenants.

Beaucoup de souffrance

A la question sur le regard porté sur la maladie, les aidants naturels se sont largement exprimés : « *L'Alzheimer nous pousse au plus profond de nous dans les sentiments* ». La maladie cause aussi beaucoup de souffrance.

Souffrance de s'être « senti complètement isolé avant le diagnostic de la maladie et d'avoir essayé de gérer soi-même les tocs et l'agressivité du malade (...) d'avoir vécu, à ce moment-là, dans une angoisse permanente, un stress permanent... »

Souffrance à force de rechercher l'être qu'on a aimé et qu'on aime

toujours.

Souffrance de ne plus être considérés, de ne plus exister aux yeux des autres. « Les personnes qui nous invitaient ne nous invitent plus... Nous, on reçoit, mais on n'est plus reçus »

Souffrance, car la présence de la famille proche fait cruellement défaut,

Souffrance, parce que l'on accorde de l'importance au regard des autres

La maladie d'Alzheimer est souvent vécue comme une injustice, comme une maladie « stigmatisante » : Elle signe non seulement la mort sociale du malade, mais aussi celle de son entourage qui éprouve un sentiment de honte.

Souffrance face au caractère inéluctable de la maladie et à ses conséquences sur l'identité du malade et sur l'entourage, et fort sentiment d'impuissance.

A La Réunion, 5 lieux d'information ou de coordination proposent une information et une écoute de proximité à destination des personnes âgées et de leur entourage, mais n'ont globalement pas d'activité spécifique pour la maladie d'Alzheimer.

En ce qui concerne la prise en charge de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer les modes d'accueil actuels concernent :

- les accueils de jour spécialisés assurant une prise en charge sociale ou médico-sociale
- les hôpitaux de jour assurant une prise en charge thérapeutique et médicale
- les services d'aide ou d'intervention à domicile
- les familles d'accueil

Avec 43 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus en 2010, la Réunion est parmi les régions les moins équipées en terme de capacité d'accueil des personnes âgées. En outre, l'accueil de jour semble, par exemple, mal utilisé et non mis à profit pour les familles. Il semble alors important de comprendre les interrogations telles que celle ci. Parallèlement, l'hébergement collectif pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer se partage entre les maisons de retraite incluant les EHPAD et les USLD (Unités de Soins de Longue Durée).

Pour finir, l'aide aux aidants avec ses trois organismes dont le principal est l'association Réunion Alzheimer est une clé de voûte fondamentale dans la prise en charge de la pathologie.

¹ Tendence à redire ou refaire sans arrêt les mêmes choses.

En institution

Les personnes touchées par la maladie d'Alzheimer placées sont toutes atteintes d'incapacité motrice ou mentale. C'est, en général, leur très faible niveau d'autonomie qui a contraint leur famille à les placer en institution.

En général, les familles essaient toutes, dans un premier temps, de garder le malade le plus longtemps possible à son propre domicile. Le (ou la) malade est ensuite placé(e) chez l'un de ses descendants directs. Des aménagements spéciaux doivent, dans tous les cas, être faits : barrière dans les escaliers, protection du gaz ou construction d'un portail d'entrée...

Le placement en institution, souvent déclenché par de trop grandes incapacités ou un dynamisme excessif des malades, présente l'avantage de régler, en une fois, tout un ensemble de besoins assez contraignants.

Peu d'informations sur l'histoire de la maladie

Les professionnels interrogés en institution n'ont que très peu d'informations sur le moment et la manière dont le diagnostic a été réalisé.

Les malades sont dans un premier temps restés dans leur famille, avant d'être placés dans l'institution: « *Le diagnostic a été fait avant qu'elle rentre chez nous* », « *Je ne sais pas, il doit y avoir fort longtemps...* ».

Une relation aidant professionnel et patient forte

Les professionnels connaissent bien les malades. La relation aidant - patient est plus forte pour les aides - soignant(e)s, en contact avec les malades une bonne partie de la journée, que pour les infirmières ayant un nombre de patients plus élevé.

Pour beaucoup d'entre eux, *amour* est le maître mot. Ils sont conscients que le bien-être du malade passe par une bonne connaissance de la maladie et de

la personne, mais que cela passe, aussi et surtout, par l'amour qu'ils vont lui transmettre à travers leurs gestes et paroles. Certains confient même qu'ils se considèrent, peu à peu, comme de la famille des malades.

L'importance de la coordination entre aidants informels et aidants professionnels

Les professionnels rencontrés affirment que la coordination avec les familles au sein de l'institution se passe plutôt bien : Les familles viennent à l'institution, de façon variable, mais tout de même, assez régulièrement. Cette variabilité allant de visites quotidiennes à une visite hebdomadaire ou tous les quinze jours. Parfois, les visites sont beaucoup plus espacées, voire inexistantes pour certains patients très atteints, notamment ceux qui ne communiquent plus et ne reconnaissent plus leurs proches « *Certains sont laissés à l'abandon* ».

Malgré un dévouement extrême, les professionnels disent ne pas pouvoir tout faire et avoir besoin des familles qui devraient davantage être sollicitées pour venir plus régulièrement auprès de leur proche.

Une coordination entre professionnels ressentie comme insuffisante

Le manque de personnel ne laisse que très peu de temps à la discussion et les professionnels le déplorent avec insistance. De ce fait, par exemple, de nombreuses infirmières sont amenées à pratiquer des soins et faire des piqûres sur des malades sans avoir la moindre connaissance de ce qui s'est passé avant.

Des besoins exprimés

La grande majorité des professionnels interrogés, hormis ceux des institutions spécialisées, n'ont eu aucune formation sur la maladie d'Alzheimer ; d'où un besoin primordial d'acquérir des connaissances sur la maladie mais

aussi sur la gestion du malade. Dans l'état actuel des choses, sans réelle formation, les professionnels ont la sensation de « naviguer à vue ».

-Tous les professionnels rencontrés précisent bien qu'ils ont fortement besoin d'un soutien psychologique. Travailler en continu avec des patients atteints d'Alzheimer, et donc au contact de la démence, provoque des troubles et des interférences dans leurs vies professionnelle et familiale.

- L'amélioration des soins et de l'accompagnement des malades atteints d'Alzheimer passe également par des locaux restructurés permettant de régler le problème récurrent de la difficile cohabitation entre les retraités et les patients atteints d'Alzheimer. Actuellement, rien ne sépare ces deux groupes de personnes et cela engendre des agressions, pas seulement verbales, des exemples d'agressions sexuelles étant également évoqués.

-Les professionnels en institution constatent que ces malades ne peuvent tous être traités au même rythme. Chaque malade est différent des autres et il est difficile, pour eux, de les gérer tous de la même façon. D'où l'expression d'un besoin de *personnaliser et d'individualiser les soins* bien davantage que cela ne l'est aujourd'hui. « *Là, on est dans une institution. On dit qu'à 8h il faut que ce soit le petit-déjeuner, à 12h le repas alors que les personnes atteintes par cette maladie n'ont pas forcément faim à 8h mais plus à 9h. Pour le réveil, c'est pareil, on les réveille tous à la même heure* ».

-Les professionnels sont conscients qu'il y a de plus en plus de malades et pas assez de places en institution, ni de personnel qualifié, et formé à cette maladie.

En Familles d'accueil

Peu d'informations sur le diagnostic

D'une manière générale, les familles d'accueil rencontrées ont très peu d'informations sur le diagnostic et la manière dont celui-ci a été réalisé.

Parfois, cette maladie est confondue avec la vieillesse : dans une famille d'accueil, le malade est considéré « Alzheimer » alors que pour sa propre famille, il n'est qu'une personne âgée avec quelques absences...

La famille d'accueil, une alternative

Le choix de ce type d'accueil se justifie à la fois par la proximité géographique et par la différence de coût avec les autres structures.

Le coût de la prise en charge du malade revient souvent dans les entretiens et apparaît comme le principal facteur déterminant le choix de la structure de garde. De ce point de vue, opter pour une famille d'accueil s'apparente à une décision par défaut pour les personnes interrogées.

Mais l'avantage majeur de la famille d'accueil réside dans le fait que l'on peut la choisir à proximité du lieu de résidence des proches du malade ou dans sa propre localité.

Peu de connaissances..

Les familles d'accueil n'ont que peu de connaissances sur la maladie ainsi que sur les structures et dispositifs existants (institutions spécialisées, structures de répit, CCM ou les associations telles que *Réunion Alzheimer*). Seule, la Croix-Rouge semble être quelque peu connue pour les groupes de parole qu'elle met en place dans le Sud de l'île.

Toutefois, la survenue de la maladie génère rapidement des besoins d'ordre matériel. En effet, il faut adapter la maison aux diverses pathologies des malades (barrières en haut des escaliers, devant les fours et gaz, les rampes etc.), au fur et à mesure du degré d'avancement de la maladie. Aussi, les charges financières sont de plus en plus lourdes.

Si les familles d'accueil interrogées ont eu une formation générale sur l'accompagnement des personnes âgées, elles n'en ont jamais reçu de spécifique sur la maladie d'Alzheimer. A ce titre, elles ressentent le besoin de se réunir dans des groupes de parole, pour être conseillées dans leur pratique mais aussi pour échanger et se sentir soutenues moralement.

..mais une proximité réelle

Les familles d'accueil ont commencé cette activité en gardant des membres de leur propre famille. Puis, un jour, elles ont demandé un agrément pour pouvoir accueillir des personnes âgées grabataires ou malades. Cette familiarité avec la maladie rend celle d'Alzheimer moins effrayante à leurs yeux malgré une connaissance manifestement très parcellaire de sa nature.

Elles ont conscience que ces malades ont besoin d'amour et n'hésitent pas à leur en donner. Leur dévouement devant la vieillesse et la maladie est très fort.

Par ailleurs, la proximité d'avec les malades fait qu'elles ont une connaissance assez approfondie de leur vie. Elles savent presque tout de leur passé, leur métier, leur mariage, leurs enfants.... Elles connaissent aussi très bien leur caractère, leurs forces et leurs faiblesses car cela fait souvent plusieurs années qu'elles les gardent chez elles.

La connaissance du malade est plus approfondie en famille d'accueil, même si la connaissance de la maladie elle-même reste assez superficielle.

Le point de vue des familles de malades

Ces familles hébergeant un malade atteint d'Alzheimer connaissent l'existence des familles d'accueil, mais bien souvent, leur proche ne peut pas intégrer ce mode de garde dans la mesure où le degré de la maladie est trop important et nécessite une structure plus adaptée.

Les familles qui gardaient le malade à domicile avant de le mettre en institution, ne fréquentaient que très peu les structures de répit car peu connues, pas assez nombreuses, et de toute façon, trop chères (280 euros pour trois jours). Leur coût semble un facteur discriminant pour les fréquenter. Toutes les personnes interrogées semblent, néanmoins, d'accord pour qu'il se crée davantage de structures de répit. Notamment, lorsque la solidarité familiale n'a plus aucun effet sur la prise en charge et la garde des malades.

L'accueil dans ce type de structures devrait être adapté selon le degré d'importance de la maladie; par groupes bien entendu, évolutifs. Ainsi, il y aurait plus de cohésion dans les relations, et ces structures deviendraient plus attractives....

Au sein des institutions, si les familles pensent que les malades sont généralement traités avec respect, elles soulignent, néanmoins, que le manque de temps d'un personnel trop souvent affecté à des travaux de base (soin, hygiène..) ne favorise pas les échanges et discussions, et donc, ne permet pas toujours de traiter les personnes avec l'attention voulue. Il semblerait, ainsi, que la carence principale soit le manque de communication du personnel avec les malades. Il serait, en conséquent, bon d'instaurer un autre mode de communication, plus tourné vers l'éveil, l'animation, la discussion, qui favoriserait davantage le respect et amènerait une autre image du malade atteint d'Alzheimer.

En synthèse

« Comment laisser les personnes âgées dépendantes et atteintes de la maladie d'Alzheimer le plus longtemps à domicile, notamment lorsque les solidarités familiales tendent à s'effriter ? ».

Dans certaines familles, des conflits éclatent à propos de la garde de la personne âgée dépendante, à propos de l'argent du malade et/ou de l'argent à fournir pour lui permettre d'intégrer une structure de garde.

L'étude révèle que les familles sont nombreuses à considérer que, lorsque le patient est très atteint, il doit intégrer une institution, et de préférence, spécialisée.

Le manque de structures disponibles et les faibles revenus de beaucoup de familles réunionnaises constituent néanmoins des freins majeurs à cette prise en charge. L'impasse vers laquelle cette situation les conduit génère fréquemment une grande souffrance, que tendent à aggraver le manque d'accompagnement psychologique, la carence en structures de répit et des désordres liés à des fractures relationnelles dans les fratries.

Lorsque le malade est gardé à domicile, le problème principal réside dans cet état de souffrance dans lequel vit son entourage².

Les familles comme les malades ont besoin de personnes autour d'eux. La présence et la communication permettent de ne pas être isolé et d'éviter de s'enfermer peu à peu dans la spirale dépressive. Dans ce contexte, les besoins de soutien psychologique sont très importants.

L'objectif de cet accompagnement devrait porter à la fois sur la cohésion familiale (mise à mal, on l'a vu, le plus souvent par des questions pécuniaires) et sur la méfiance que les aidants familiaux peuvent parfois ressentir à l'égard des institutions.

En maison de retraite, la situation est loin d'être idyllique, car la démence et la déambulation sont perçues comme une gêne au niveau du fonctionnement de l'établissement. Les personnels, comme les retraités « non Alzheimer », ne comprennent pas ces malades et les rejettent. De fait, aucune séparation n'est faite à l'intérieur de l'établissement entre les malades atteints d'Alzheimer et les autres usagers. Et dans la mesure où les personnels ne peuvent pas contrôler et surveiller tout le monde en permanence, « *surtout ceux qui marchent sans cesse toute la journée* », il se produit un certain nombre de dérives (agressions, violence...).

Les institutions spécialisées sont mieux adaptées aux malades atteints d'Alzheimer, mais les professionnels comme les familles interrogés pensent tous que des efforts supplémentaires peuvent être fournis pour personnaliser davantage encore les soins, ce qui cela passe par une augmentation des effectifs en personnels, et une meilleure formation de ceux-ci. Malgré une polyvalence, un sens de la priorité et une assurance dans la gestion des crises, les professionnels affirment ne pas être en mesure d'assurer pleinement leur fonction car en sous-effectifs.

Par ailleurs, la coordination patient/famille/aidant apparaît bien réelle mais doit être plus concrète encore, dans le sens où, par exemple, les familles apprécieraient de participer davantage aux projets de vie individualisés.

Les familles d'accueil constituent en quelque sorte une voie médiane entre le placement à domicile et le placement en institution spécialisée. Elles permettent un suivi du malade plus personnalisé, notamment des soins bien individualisés, qu'en institution. Le second avantage réside dans la proximité géographique avec l'ancien lieu de vie du malade. Ainsi, les amis et les voisins peuvent toujours continuer à lui rendre visite et rompre ainsi son isolement.

Par ailleurs, les familles d'accueil peuvent constituer une solution face au manque de structures de répit. Ces familles sont, en effet, prêtes à accueillir plusieurs malades, même à la journée.

La demande de formation est récurrente et apparaît à tous les niveaux. Toutes les familles et familles d'accueil, outre l'accompagnement physique et psychologique, apprécieraient d'être formées aux différents aspects de la maladie.

La quasi-totalité des personnels soignants et des professionnels réclament fortement aussi des formations leur permettant d'initier de nouveaux rapports avec les malades, davantage orientés vers la personnalisation

² Les statistiques citées dans le World Alzheimer Report, publié par Alzheimer's Disease International (ADI) montrent qu'entre 40% et 75% des auxiliaires de vie s'occupant de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence souffrent de troubles psychologiques importants et que 15 à 32% d'entre eux sont dépressifs. Parce qu'ils sont contraints de veiller constamment sur les malades, les aidants, naturels notamment, sont en effet soumis à une pression permanente. Selon France Alzheimer, l'aidant principal, en général un membre de la famille, consacre entre 5 et 17 heures 30 par jour à l'accompagnement de la personne malade.

des soins et de l'animation. Une formation ciblée présenterait, en effet, l'avantage de permettre des ajustements selon l'évolution de la maladie pouvant éviter une prise en charge en structure spécialisée uniquement lors du stade ultime de la maladie.

Il apparaît également important de former aux approches non médicamenteuses sur des aspects à la fois cognitifs et comportementaux, à « l'humanité » et à la philosophie du soin.

En conclusion, il est important d'insister sur un fait que les études en sociologie conduites jusque-là ont systématiquement montré : chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer conserve son individualité, ses particularismes, sa personnalité et donc, sa dignité, qu'il ne faut jamais négliger sous prétexte qu'elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Autrement dit, chaque cas est un cas particulier, une personnalité différente.

Ne pas l'oublier ne peut qu'améliorer les modalités de la prise en charge.

« Ce n'est pas parce que je ne sais pas où je suis que je ne sais pas ce que j'aime »³...

1000 euros par mois. C'est en moyenne ce qu'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et sa famille doivent déboursier de leur poche chaque mois. En outre, un proche consacre six heures et demie par jour à aider un membre de sa famille atteint par cette maladie, selon une étude de l'association France-Alzheimer publiée jeudi. Qu'il soit seul ou aidé par un proche, le malade paie en moyenne entre 1 042 et 1 180 euros par mois pour être aidé, soigné et surveillé, qu'il soit à domicile ou en établissement. C'est ce que relève cette étude menée par le cabinet Metis Partners, sur un an, auprès de 500 familles. Ces sommes prennent en compte les biens et services nécessaires à la maladie, les aides perçues et les activités assurées par le proche "aidant". Les aides comprennent par exemple l'allocation personnalisée d'autonomie et ce qui est pris en charge par la Sécurité sociale. "Et encore, on ne compte pas le coût psychologique", notamment, pour la personne qui accompagne le malade, a précisé Guy Le Rochais, administrateur de France-Alzheimer. Sur la base d'un salaire d'auxiliaire de vie, cette aide coûterait 3 000 euros par mois, a aussi indiqué Michèle Micas, vice-présidente de l'association, précisant que les "aidants" ne recevaient "aucune aide spécifique". La réforme de la dépendance, qui doit être engagée cette année, a notamment pour ambition de réduire les sommes qui restent à la charge des particuliers⁴. En France, près de 800 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer mais seulement une sur deux serait diagnostiquée..

Directeur de publication : Chantal DE SINGLY
Responsable de la rédaction : Christine CATTEAU
Auteurs : Thierry Malbert, Emmanuelle Rachou

Agence de Santé Océan Indien
2 bis, av Georges Brassens - CS 60050 - 97408 Saint-Denis Cedex 09
Tél : 0262 97 90 00

³ Exprimé dans le cadre des Assises Régionales de l'Île de La Réunion le 11 juin 2009.

⁴ Le Monde AFP 13/01/2011 : Le Monde.fr - lettre titres (version HTML) [info-html@listes.lemonde.fr]