

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2018

2018 TOU3 1118

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement

Par Baptiste BRUNEL

Le 22 Octobre 2018

**Étude descriptive et comparative d'une population d'aidants
naturels adressés à l'Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités
et de Prévention de la Dépendance
du Gérontopôle toulousain.**

Directeur de thèse : Dr Hélène VILLARS

JURY

Madame le Professeur Fati NOURHASHEMI	Président
Madame le Professeur Maria SOTO-MARTIN	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Madame le Docteur Sandrine SOURDET	Assesseur
Madame le Docteur Hélène VILLARS	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique		
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	P.U. Médecine générale	
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. KAMAR Nassim	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS :

A notre président de jury,

Madame le professeur Fati NOURHASHEMI, Professeur des universités, Praticien Hospitalier, Gériatre, Pôle de Gériatrie - Gérontopôle du CHU de Toulouse.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus sincères, ainsi que pour votre implication dans la formation et le bien-être des internes de DESC de médecine gériatrique.

A notre maître et juge,

Madame le professeur Maria-Eugénia SOTO MARTIN, Professeur des université, Praticien Hospitalier, Gériatre, Pôle de Gériatrie - Gérontopôle du CHU de Toulouse.

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Ces trois mois au sein de ton service ont été forts d'enseignements tant sur le plan humain que pour les compétences professionnelles que j'espère avoir acquises.

A notre maître et juge,

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA, Médecin Généraliste, Maître de Conférences Associé et Maître de stage de Médecine Générale, Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et d'évaluer ce travail. Veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères et respectueuses considérations. Travailler à vos côtés à l'HDJEFPD a été riche d'enseignement de part votre œil de médecin généraliste.

A notre maître et juge,

Madame le Docteur Sandrine SOURDET, Praticien Hospitalier, Gériatre, Pôle de Gériatrie - Gérontopôle du CHU de Toulouse.

Je te remercie de ton aide à la réalisation de ce travail, reçois ici mon immense reconnaissance et mon profond respect. Les trois mois au sein du service de l'HDJEFPD m'ont permis d'appréhender une nouvelle dimension de mon futur métier que je m'efforcerai de ne pas oublier.

A notre directeur de thèse,

Madame le Docteur Hélène VILLARS, Praticien Hospitalier, Praticien Hospitalier, Gériatre, Pôle de Gériatrie - Gérontopôle du CHU de Toulouse.

Je te remercie de ton soutien, de ton accompagnement tout au long de ce travail, de tes remarques constructives qui m'ont permis d'avancer. Sois assurée de mon respect et de ma profonde gratitude.

Merci de m'avoir accordé ta confiance au cours des trois mois passés en HDJ 1 ; ce fut un plaisir de travailler à tes cotés.

REMERCIEMENTS PERSONNELS :

À ma mère, pour son amour inconditionnel, merci d'avoir été derrière moi tout au long de ma vie. C'est grâce à toi que je suis la personne que je suis aujourd'hui.

À mon père, parti trop tôt. J'espère que d'où tu es, tu es fier de moi.

À ma famille, pour m'avoir toujours soutenu et poussé jusqu'à aujourd'hui. Je ne donne pas assez de nouvelles mais je pense à vous souvent !

Aux Caennais : Caca, Mosquito, Tommy, Guytan, Gomar, Sam, Max, Nono, La Jeanne, KyJah, Marie, Boyou, Manue, Rominou, Grolak', El Donchardo, Alex, La Jibouille. Merci pour toutes ces années d'amitié, ces bières bues, ces barathons interminables, ces souvenirs altérés, ces parties de fléchettes, j'en passe et des meilleures. J'ai beau m'être expatrié dans le Sud-Ouest, et sûrement pour longtemps, je n'oublierai jamais ces moments avec vous, et je ne compte pas les arrêter là !

À la Team Faculté : Boboch, Anaïs, Camille, Toto, ce vieil Oliv', Étienne, Hubert, Prisu, Flo, Cartman, Jamy et les autres. Merci pour tout ce que nous avons partagé au fil de ces années, dans et autour de ce glorieux CHU. Je vous attends à Toulouse avec impatience.

Aux « Extrêmes Castrais » : Tonio, Fredo, Clairette, Mickaël Jerger, Judih, Maïté, Pierrot, Hélo, Éline, Clem, Alba, Maé, Boubou, Carole, Thomas, Léo, Merlinpinpin. Quel semestre, mais quel semestre !!! Que de souvenirs et de nostalgie. J'en souris rien que d'y penser. Merci pour tout. Yaaaaahhh!!Yaaah !! Yaaah ! Yaaaaaaaaaaaaah !

Au service de Gériatrie de Castres, à Marie-Noëlle, Corinne, Amandine, Sophie et toutes les filles également. Merci de m'avoir converti à la gériatrie, pour de bon. J'ai hâte de vous retrouver en Novembre.

Aux copines des urgences : Vivi, Cannelle, Manon, Petit parachute, Claire, Céline, Marina, Marine, Morgane, Cécile, Aurélie, Mélody, Sandra. 18 nanas, 3 mecs. Ça pouvait impressionner au début, mais que de rigolades pendant six mois, et après... Z'êtes folles !

Pour St-Girons ! Baptistou, Flavie, Papa Alik, Margaux, Pierrot le fou, Fanny. Je n'ai jamais aussi bien mangé qu'avec vous ! Des soirées mémorables et des expéditions punitives nauséabondes. Merci pour tout !

À Olivier et Jean Luc, merci de m'avoir permis de vous suivre et d'appréhender le beau métier de médecin généraliste. A bientôt dans le Tarn !

À mes co-internes du Gérotopôle : SoumSoum, Estelle, le Kev'. Restez comme vous êtes. Estelle, attention si tu sens le pop-corn ! Soumsoum, à très vite à Castres ! Et Kev', on a jamais été en stage ensemble mais c'est tout comme ! Bon vent à Lavaur et à très vite !

À la Team toulousaine : Adri, Flo, Ced', Tom, Jéjé, Zacou, Clem (encore!), Mel', Camo, Kiki. Que dire... Vous êtes toujours là quand il faut ! Que l'aventure continue. À très très vite !

À ma Golden Colloc' : Charmène, Cet Adam, Babar, Sébou, Maëlys, Jean Math', Toutouille. Je vous aime, c'est la famille !! Pour ce qu'on partage H24 dans notre « petit » cocon, je fais à tous de gros bécots ! Et plus encore ! Je n'ai pas vraiment les mots pour dire ce que je ressens mais pas besoin, vous le savez !

À Pauline, qui m'a trouvé, que je ne veux plus quitter. Merci de me rendre meilleur chaque jour que je passe à tes côtés. Il me tarde de voir notre futur ensemble.

Merci à tous les personnes des équipes médicales et para-médicales rencontrées au cours de mes stages ces trois dernières années rendant mon parcours en Midi-Pyrénées extraordinaire. Vous m'avez tant appris.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES & ABRÉVIATIONS	2
TABLE DES TABLEAUX	3
TABLE DES FIGURES	3
I - INTRODUCTION	4
II - CONTEXTUALISATION	6
II.1. Épidémiologie et définition de la dépendance	6
II.2. Épidémiologie et définition des aidants naturels ou informels	9
II.3. Fardeau et syndrome d'épuisement	12
II.4. Introduction et définition du concept de fragilité	15
II.5. Présentation de l'Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance	17
III - MATÉRIELS ET MÉTHODES	18
III.1. Type d'étude	18
III.2. Population étudiée	18
III.3. Recrutement	18
III.4. Critères d'inclusion	18
III.5. Critères d'exclusion	18
III.6. Recueil des données	18
III.6.1 - Données concernant le mode de vie	19
III.6.2 - L'évaluation cognitive	19
III.6.3 - L'évaluation physique.....	20
III.6.4 - L'évaluation nutritionnelle	20
III.6.5 - L'évaluation de l'autonomie	21
III.7. Analyses statistiques	22
IV - RÉSULTATS	23
IV.1. Analyse descriptive des aidants	24
IV.2. Analyse comparative entre la population d'aidants et le reste des non-aidants :29	
IV.2.1 - Concernant les données socio-démographiques	29
IV.2.2 - Concernant la répartition des aides au domicile	30
IV.2.3 - Concernant l'évaluation de l'autonomie	31
IV.2.4 - Concernant le statut de fragilité.....	31
IV.2.5 - Concernant l'évaluation du statut cognitif.....	32
IV.2.6 - Concernant le statut nutritionnel	32
IV.2.7 - Concernant le statut fonctionnel	33
IV.2.8 - Concernant la consommation d'alcool et de tabac	34
IV.2.9 - Concernant les comorbidités	34
V - DISCUSSION	35
V.1 - Résultats principaux et comparaison à la littérature existante	35
V.1.1 - Résultats des données sociologie-démographiques	35
V.1.2 - Autonomie, cognition et nutrition	38
V.1.3 - Capacités fonctionnelles et « fragilité »	39
V.1.4 - Consommation d'alcool et tabagisme	40
V.1.5 - Comorbidités	42
V.2 - Des aidants aussi fragiles que la population générale du même âge	43
V.3 - Forces et limites de l'étude	46
V.3.1 - Les points forts	46
V.3.2 - Les limites	47
VI - CONCLUSION	48
REFERENCES	50
ANNEXES	56

SIGLES & ABRÉVIATIONS :

ADL : Activities of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CCAS : Centre Communale d'Action Sociale

CDR : Clinical Dementia Rating Scale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EGS : Évaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GDS : Geriatric Depression Scale

GFST : Gerontopole Frailty Screening Tool

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJEFDP : Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

MIS : Memory Impairment Screen

MIS-D : Memory Impairment Screen-Delayed Recall

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPS : Plan Personnalisé de Santé

SPPB : Short Physical Performance Battery

TABLE DES TABLEAUX :

Tableau n°1 : Caractéristiques socio-démographiques des aidants.

Tableau n°2 : Caractéristiques du domicile des aidants.

Tableau n°3 : Autonomie des aidants sur les activités de la vie quotidienne et sur les activités instrumentales.

Tableau n°4 : Statut cognitif des aidants évalué sur le MMSE.

Tableau n°5 : Caractéristiques nutritionnelles des aidants évaluées sur le MNA et l'IMC.

Tableau n°6 : Représentation de l'intoxication tabagique des aidants.

Tableau n°7 : Comparaison des caractéristiques socio-démographiques entre aidants et non-aidants.

Tableau n°8 : Comparaison des aides au domicile entre aidants et non-aidants.

Tableau n°9 : Comparaison de la consommation alcool-tabagique entre aidants et non-aidants.

Tableau n°10 : Comparaison du nombre d'antécédents moyen entre aidants et non-aidants.

TABLE DES FIGURES :

Figure n°1 : Projections démographiques concernant les personnes âgées dépendantes.

Figure n°2 : Répartition des personnes âgées dépendantes selon leur degré de dépendance.

Figure n°3 : Schéma des différents profils de vieillissement.

Figure n°4 : Diagramme de flux.

Figure n°5 : Répartition des aides développées au domicile des aidants.

Figure n°6 : Répartition des aidants selon leur profil de vieillissement selon les critères de Fried.

Figure n°7 : Répartition des aidants selon leurs performances fonctionnelles sur le SPPB.

Figure n°8 : Représentation de l'intoxication éthylique quotidienne des aidants.

Figure n°9 : Répartition des comorbidités chez les aidants.

Figure n°10 : Comparaison sur le sexe des patients non-aidants et aidants.

Figure n°11 : Comparaison sur l'âge moyen des patients non-aidants et aidants.

Figure n°12 : Comparaison sur le score d'autonomie entre non-aidants et aidants.

Figure n°13 : Profils de vieillissement : comparaison entre non-aidants et aidants.

Figure n°14 : Comparaison sur le statut cognitif selon le MMSE entre non-aidants et aidants.

Figure n°15 : Comparaison du statut nutritionnel selon le MNA entre non-aidants et aidants..

Figure n°16 : Comparaison du statut nutritionnel selon l'IMC entre non-aidants et aidants.

Figure n°17 : Comparaison du statut fonctionnel sur le SPPB entre non-aidants et aidants.

I - INTRODUCTION :

La période que nous vivons actuellement supporte un changement démographique important dans nos populations occidentales (1) (2), tant par l'augmentation toujours croissante que par le caractère vieillissant de ces peuples. L'espérance de vie à la naissance a nettement progressé ces dernières années (3) et surtout l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans, « en bonne santé » ressentie, qui continue de progresser sur les 10 dernières années (actuellement à 10,5 ans pour les femmes et à 9,4 ans pour les hommes à 65 ans) (4). Les politiques de santé publique instaurées ont naturellement visé à accroître l'espérance de vie sans incapacité, d'autant que les mentalités actuelles vont dans le sens d'un souhait revendiqué de la population de vieillir « en bonne santé ».

Néanmoins, parmi les 12,5 millions de personnes âgées de plus de 65 ans résidant en France en 2016 selon l'INSEE, 1,26 millions bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et sont ainsi des personnes considérées comme dépendantes (5). Les projections liées à la dépendance ont été réalisées jusqu'en 2060 pour la France métropolitaine. Elles estiment à 2,3 millions le nombre de personnes dépendantes en 2060, contre 1,1 million recensé en 2010 (6).

Pour prendre soin de ces personnes handicapées, le baromètre de la Fondation APRIL annonce 11 millions de personnes aidantes en France en 2017 dont 48 % apportent une aide à un proche en situation de dépendance liée au vieillissement, soit plus de 5 millions de personnes aidantes d'un proche âgé en situation de dépendance (7) (8).

Ces chiffres sont majorés par rapport à la dernière étude de grande ampleur représentée par l'enquête Handicap-Santé réalisée en 2008 par la DRESS, qui recensait 8,3 millions d'aidants en France (9).

Parmi ces aidants, 25 % seraient âgés de 65 ans ou plus, ce qui représente 2,75 millions de personnes en 2017. C'est pour cette population d'aidants âgés non-dépendants que nous soulevons ici la problématique suivante : en plus d'être touchée par les problématiques gériatriques inhérentes à l'ensemble de la population de cette tranche d'âge, être la personne ressource d'une personne âgée dépendante au quotidien fragilise-t'il pour autant ?

L'objectif principal de ce travail était de décrire et comparer le profil des patients aidants naturels au reste de la population globale des sujets âgés adressés pour primo-évaluation à l'Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance du Gérotopôle de Toulouse, selon leurs caractéristiques socio-démographiques, fonctionnelles (autonomie et aptitudes physiques), cognitives, nutritionnelles, sur leurs comorbidités etc.

L'objectif secondaire était de montrer, si elle existait, une différence sur la prévalence du statut « fragile », selon les critères de Fried, dans les populations aidante et non-aidante.

II - CONTEXTUALISATION :

II.1. Épidémiologie et définition de la dépendance :

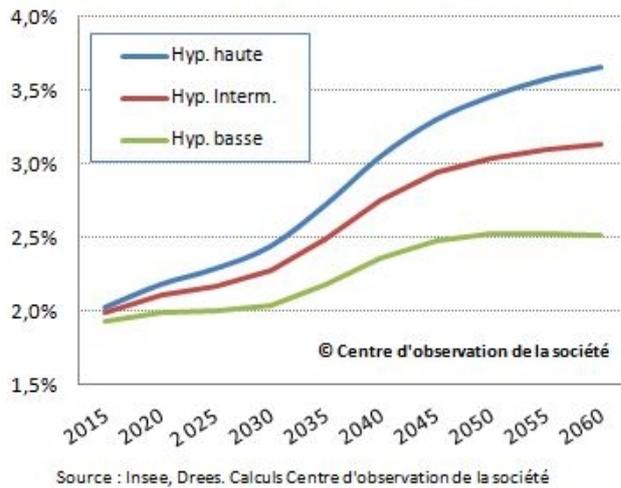
Désormais, il faut donc considérer le fait que non seulement les gens vieillissent et vivent plus longtemps, mais souhaitent également vieillir correctement (4). C'est alors qu'entre en jeu la prévention de la dépendance liée à l'âge (11). Ainsi, les pouvoirs publics français et européens ont développé des projets facilitant la prise en charge à long-terme de ces « nouveaux vieux », considérant le bien vieillir, en « bonne santé » au sens défini par l'OMS, comme un défi à relever (12).

1,24 million de personnes âgées sont reconnues comme « dépendantes » car titulaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au 1^{er} janvier 2014, selon le Ministère de la Santé. Cela représente un peu moins de 2 % de l'ensemble de la population française et 8 % des plus de 60 ans. Selon l'enquête réalisée auprès de la population en 2008 par la DRESS, sept millions de personnes de plus de 60 ans déclarent une limitation fonctionnelle, dont 1,28 million se disent limitées pour des activités essentielles de la vie quotidienne. Cependant, des enquêtes sur le non-recours à l'APA estiment qu'il est de l'ordre de 20 à 30 % : le nombre de personnes dépendantes est sans doute proche d'1,5 million au moins (13).

En 2040, les prévisions affichent entre 1,7 et 2,2 millions de personnes âgées dépendantes, selon un rapport du Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFi-PS) (14). Ces estimations concordent avec celles proposées par la DRESS en 2013 avec son hypothèse intermédiaire (entre les prévisions démographiques extrêmes optimiste et pessimiste). Le nombre de personnes âgées dépendantes serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030 et par 2 entre 2010 et 2060 (*figure n°1*). En 2060, 2,3 millions de personnes seraient ainsi dépendantes, contre 1,1 million en 2010. Les écarts entre les différentes hypothèses restent modérés jusqu'en 2030, puis s'accroissent jusqu'en 2060 (6).

Prévoir l'évolution du nombre de personnes dépendantes est un exercice essentiel pour anticiper l'effort que la collectivité devra faire en direction des personnes âgées. Les conditions d'accueil des personnes âgées sont déjà très inégales : si la demande augmente demain, le risque est important qu'une partie d'entre elles soit en grande difficulté au quotidien (15) (16).

Projections de la part de pers. âgées dépendantes



Projections du nombre de pers. âgées dépendantes

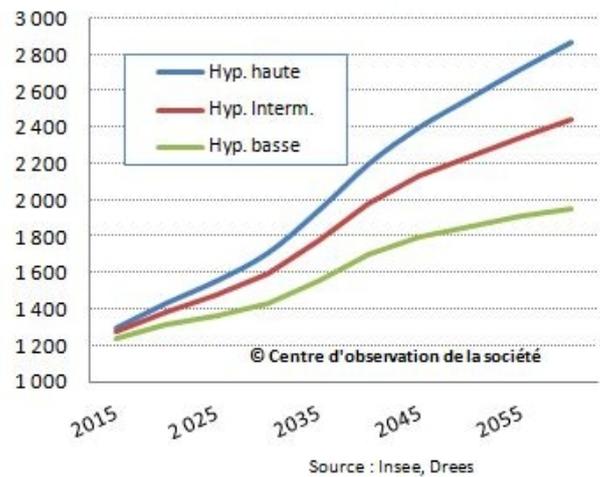


Figure n°1 : Projections concernant les personnes âgées dépendantes.

Source : Centre d'observation de la société (13).

La dépendance d'une personne âgée peut se définir comme un état durable entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne. Il n'y a pas de définition universelle. Le degré de dépendance d'une personne âgée dépend du niveau des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité qu'elle subit, et non directement de son état de santé.

Nous retiendrons la définition suivante selon la *loi du 20 juillet 2001* relative à l'APA : « Toute personne âgée de 60 ans ou plus, ayant besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière » (17), puisque c'est celle utilisée comme base de la plupart des études épidémiologiques sur le sujet. Il s'agit des personnes classées en GIR 1 à 4 selon la grille AGGIR d'évaluation des pertes d'autonomie. Voir annexes n°1 et 2.

Pour les projections citées plus haut, c'est ce critère administratif du bénéfice de l'APA qui a été retenu pour définir la population des personnes âgées dépendantes. Cependant, la population des personnes âgées dépendantes au sens de l'APA, c'est-à-dire relevant des GIR 1 à 4, est plus large que celle des seuls bénéficiaires de l'allocation. En effet, certaines personnes, bien qu'éligibles, ne demandent pas à bénéficier de l'APA (phénomène de non-recours), soit par méconnaissance des aides existantes, soit parce qu'elles ne souhaitent pas en bénéficier.

Un peu moins des trois quarts des personnes titulaires de l'APA sont des femmes, soit environ 910 000 contre 330 000 hommes. Ce phénomène résulte pour l'essentiel de l'écart d'espérance de vie selon le sexe (environ sept ans). Pour un âge donné, les femmes sont plus souvent dépendantes : elles vivent plus longtemps, mais en moins bonne santé en moyenne

que les hommes. La proportion de personnes dépendantes augmente très nettement avec l'âge. Plus de 50 % des titulaires de l'APA ont plus de 85 ans, 35 % entre 75 et 85 ans.



Figure n°2 : Répartition des personnes âgées dépendantes selon leur degré de dépendance.
Source : Centre d'observation de la société (17).

Au sein de la population des personnes âgées dépendantes, les pathologies neurodégénératives représentent l'étiologie la plus fréquente en terme de prévalence, en particulier la maladie d'Alzheimer et ses apparentées et deviennent ainsi une préoccupation majeure de santé publique. Le déclin de fonctions cognitives entraînent un déclin fonctionnel avec une perte d'autonomie sur l'échelle IADL d'abord, puis sur l'échelle ADL et l'apparition de troubles psycho-comportementaux survenant à un stade variable de la maladie selon les patients. Ceci est une problématique générale retrouvée dans l'ensemble des sociétés occidentales (19) (20).

Parmi l'ensemble de ces personnes âgées dépendantes, un certain nombre d'entre elles, du fait d'une altération de leur fonctionnement physique, psychique ou cognitif, nécessiteront d'avoir recours régulièrement à une aide humaine, bien souvent fournie par un proche. Pour près de 50 % de ces personnes, l'aide provient uniquement de l'entourage. Une aide professionnelle est associée à une aide de l'entourage pour 29 % d'entre elles, tandis que 21 % bénéficient exclusivement d'une aide professionnelle.

Avec l'âge, l'aide qui provient de l'entourage est remplacée par une aide associant des interventions de professionnels et de l'entourage (appelée aussi aide « mixte »). Entre 60 et 74 ans, l'aide informelle concerne en effet 66 % des personnes et l'aide mixte 17 %; alors qu'après 74 ans, l'aide informelle ne bénéficie qu'à 37 % des personnes, tandis que l'aide mixte concerne 38 % d'entre elles (11).

II.2. Épidémiologie et définition des aidants naturels ou informels :

L'enquête *Handicap-Incapacités-Dépendance (HID)* réalisée par la DRESS à la fin de l'année 1999 en France recense 3 230 000 personnes âgées, soit 28 % de la population des 60 ans ou plus, bénéficiant d'une aide régulière en raison d'un handicap ou d'un problème de santé. Ce recours à une aide augmente avec l'âge : les personnes âgées entre 60 et 74 ans sont 17 % à recourir à une aide alors que celles âgées de 75 ans ou plus sont 50 % à en bénéficier. (21).

En 2008 en France, selon l'enquête *Handicap Santé Aidants (HSA)* de la DRESS, 8,3 millions des personnes se déclarent « aidants ». 74 % sont des femmes. 4,3 millions de personnes (environ 50 % de la population aidante totale) aident régulièrement au moins un de leurs proches âgé de 60 ans ou plus à domicile en raison d'une dépendance ou d'un handicap. Parmi elles, 3,9 millions apportent une aide à la vie quotidienne ; les autres apportent une aide financière et matérielle ou un soutien moral, mais ne contribuent pas aux tâches de la vie quotidienne. (11)

En 2017, le baromètre des aidants de la Fondation APRIL, réalisé en partenariat avec l'Institut BVA sur une population de moins grande ampleur (2007 personnes interrogées), rapporte que 19% des français soit près de 11 millions de personnes en France disent apporter régulièrement et bénévolement une aide à un (ou plusieurs) proche(s) malade(s), en situation de handicap ou de dépendance (8). Voici quelques chiffres pour dresser un portrait des ces aidants :

- 58% des aidants sont des femmes.
- 75% des aidants ont moins de 65 ans, donc 1/4 d'entre eux ont plus de 65 ans.
- 51% des aidants sont des actifs.
- 84% des aidants aident un membre de leur famille, dont 38% l'un de leurs parents.
- 48% des aidants apportent une aide à un proche en situation de dépendance due au vieillissement.
- 72% des aidants indiquent prendre soin d'une seule personne.
- 19% des aidants vivent avec leur proche aidé.

Ces personnes sont alors qualifiées d'aidant « naturel » ou « informel », plus largement que « familiaux » et sont définis selon la HAS comme : « les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une

personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment le nursing, les soins, l'accompagnement à la vie sociale et au maintien de l'autonomie, les démarches administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologique, la communication, les activités domestiques, etc. »(22) .

Ces aidants sont âgés en moyenne de 59 ans et sont essentiellement représentés par la génération des baby-boomers (1/3 d'entre eux ont entre 50 et 65 ans). La moitié d'entre eux sont les enfants de la personne âgée et un tiers sont leur conjoint.

Les problématiques auxquelles ces aidants ont à faire face sont diverses, quotidiennes et représentent une charge affective, un stress physique et psychique et parfois une incertitude concernant le devenir à court terme des personnes à charge (23). On peut citer de façon non exhaustive : la réduction du temps de travail et ses conséquences financières, l'équilibre vie privée, sociale et culturelle versus vie d'aidant, les répercussions sur la vie conjugale et du foyer, le manque de temps à consacrer à son propre bien-être et à sa santé, la complexité des démarches administratives, le manque de compétences pour réaliser certains soins, la difficulté à garantir la continuité des soins (la nuit, pendant le week-end ou les vacances...), une génération pivot un peu sacrifiée qui s'occupe des aînés et des petits-enfants sans parfois profiter de sa retraite tant espérée et de l'augmentation de l'espérance de vie, une iniquité homme-femme (ce rôle étant supporté plus « volontiers » par les femmes) etc. (7). Pour mémoire, 47 % des aidants selon la DRESS en 2008 et 51 % selon la Fondation APRIL en 2017 sont encore actifs professionnellement.

D'après le même baromètre de la Fondation APRIL, quand ils sont interrogés sur les changements qui leur seraient « très utiles » dans l'amélioration de leur quotidien, les aidants répondent :

- à 59 % une meilleure coordination entre les acteurs
- à 57 % une aide financière / matérielle
- à 52 % un maintien à domicile de la personne aidée facilité
- à 48 % un soutien psychologique
- à 46 % un aménagement du temps de travail.

D'après une enquête réalisée par France Alzheimer auprès d'aidants de proches atteints par la maladie d'Alzheimer :

- 60 % demandent des congés spécifiques rémunérés (« 44 % d'entre eux ont dû poser des jours de congés ou de RTT pour s'occuper de leur proche. 40 % doivent

- régulièrement, pendant les heures de travail, organiser l'accompagnement de la personne malade. »)
- 62 % demandent la prise en compte du temps d'accompagnement de leur proche malade dans le calcul de leur retraite.

Cependant, la relation d'aide peut à la fois être vécue comme une charge, mais également positivement. D'une part, la charge de l'aide apportée par l'aidant revêt une dimension objective qui concerne la nature de l'aide et son volume horaire et une dimension subjective qui porte sur le ressenti physique, psychologique, émotionnel, social et financier de cette aide. D'autre part, l'aide n'est vécue positivement que lorsque l'aidant en tire un bénéfice, qu'il est en mesure de valoriser son expérience et d'en éprouver de la satisfaction (complicité entre la personne aidante et celle aidée, renforcement des compétences de l'aidant, sentiment de se sentir utile, etc.) (24).

En ce sens, le thème des aidants naturels, non professionnels, est un axe de travail important des plans nationaux de santé publique et de dispositifs d'aides (25).

En France, depuis 2005, plusieurs circulaires ont été proposées et des décrets promulgués afin de valoriser et soutenir ces aidants informels tant sur le plan médico-social avec principalement un travail sur la multiplication et la gestion des structures de « répit » et d'autres dispositifs ressources proposés par les territoires (16) que sur le plan financier avec la prestation de compensation du handicap pour les adultes plus jeunes (17) et de l'éducation avec l'organisation et le financement de formations des aidants familiaux (18) (19).

En 2010, la HAS publie ses recommandations concernant le soutien médical aux aidants naturels de patients atteints de la maladie d'Alzheimer (22), avec notamment une recommandation de consultation annuelle dédiée à ce public ciblé. En France, quatre millions d'aidants de toute nature prennent en charge des proches atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. Des aides, dispositifs et services sont proposés pour soulager l'impact des changements présents et à venir dans leur quotidien, ainsi que pour répondre aux besoins multiples et évolutifs de la personne malade et de son entourage. Ils ne sont pas assez connus et sont sous-utilisés (29).

II.3. Fardeau et syndrome d'épuisement :

Nous l'avons compris, la relation d'aide, qui donner lieu à un sentiment de satisfaction, voire d'accomplissement, se trouve bien souvent être source de stress, d'anxiété, de troubles du sommeil et de l'humeur (30). Il a déjà été montré dans de nombreux travaux qu'elle avait des conséquences physiologiques, psychologiques et sociales négatives sur la vie du conjoint aidant d'un patient atteint de démence et même un risque de mortalité accru (59).

D'après la DRESS en 2001, près d'un tiers des aidants principaux déclarent que leurs tâches d'aidants ont des conséquences négatives sur leur bien-être physique et moral, mais la proportion d'entre eux qui déclarent que les conséquences sont positives est également d'un tiers. Ceci étant, le retentissement physique et moral de la relation d'aide est évidemment bien plus complexe à analyser que ces simples chiffres (10).

L'OCDE va aussi en ce sens en évaluant à plus de 20 % la prévalence des problèmes psychologiques voire psychiatriques chez les aidants, supérieure à celle de la population générale (32).

Concrètement, les conséquences sont :

- Anxiété et dépression : ces symptômes seraient davantage présents chez les aidants de maladies neurodégénératives, un effet encore majoré dans les cas de ressources financières faibles et de tissu social réduit. Noémie Soullier note huit fois plus de sentiment de dépression (40 %) chez les aidants à charge lourde (essentiellement de personnes atteintes de maladies neurodégénératives à des stades avancés) que chez les aidants ne ressentant pas de charge (7).
- Le stress est mentionné dans la grande majorité des études, sans être toujours mesuré. Selon Noémie Soullier, le stress, l'anxiété et le surmenage sont exprimés par les $\frac{3}{4}$ des aidants ressentant une charge lourde et par la moitié de ceux déclarant ressentir une charge moyenne (contre 29 % pour l'ensemble des aidants).
- La consommation de médicaments psychotropes à visée anxiolytique ou hypnotique, pour ces mêmes populations (29 % contre 17 % pour l'ensemble des aidants).
- Cette étude avance aussi un écart important pour les troubles du sommeil : ressentis par 64% des aidants ressentant une charge lourde (contre 8 % pour les aidants ne ressentant pas de charge, soit 8 fois plus).
- L'écart le plus significatif étant la fatigue morale : 89 % contre 8 % pour ces mêmes populations.

La relation d'aide est considérée par certains comme un modèle théorique de stress chronique chez l'humain. Il a également été décrit ce que les anglo-saxons ont nommé « burden », traduit littéralement en français par le mot « fardeau », qui met un nom sur une charge objective et subjective inhérente au rôle d'aidant, comme vu plus haut. La charge subjective est liée au ressenti de l'aidant. Elle comprend les conséquences perçues de l'aide sur les activités et la vie de l'aidant (loisirs, familles) et sur sa qualité de vie et sa santé.

Ce fardeau de l'aidant est corrélé à certains facteurs, bien connus dans la littérature depuis presque 35 ans, comme le niveau d'autonomie du patient (le fardeau étant d'autant plus grand que le patient est dépendant/appartient à un groupe GIR faible) et les troubles du comportement notamment (33).

Le stress chronique qu'engendre potentiellement la relation d'aide et le sentiment de fardeau qui peut s'y associer, font conjointement courir un risque d'épuisement ou de surmenage, similaire au « burn out » qui a trait au milieu professionnel. Ce syndrome d'épuisement combine une fatigue profonde, un désinvestissement de l'activité, un sentiment d'impuissance, d'échec et d'incompétence, un assèchement émotionnel et le développement du concept de soi négatif et d'attitudes négatives envers le travail, la vie et les autres personnes (attitudes impersonnelles, détachées, négatives, cyniques, envers les personnes dont on s'occupe). Le danger dans ce cas sera celui de voir se développer des attitudes et des comportements de rejet, voire de maltraitance envers les personnes aidées. De plus, l'épuisement de l'aidant familial va conduire le plus souvent à l'institutionnalisation du patient. Certaines études ont mis en évidence des facteurs de risque d'institutionnalisation tels que l'âge avancé et la santé précaire de l'aidant (34).

Ensuite arrive la dépression qui en est la complication principale. Une étude a montré que les aidants conjoints ont un risque de développer une dépression quatre fois supérieur à la population non-aidante et ont un risque deux fois supérieur de recevoir un traitement antidépresseur (35).

Nous l'avons vu, les pathologies neurodégénératives sont sur-représentées, en particulier la maladie d'Alzheimer, chez les patients dépendants vivant à domicile. Le déclin de fonctions cognitives entraînant un déclin fonctionnel avec une perte d'autonomie puis l'apparition de troubles psycho-comportementaux survenant à différents stades de la maladie sont des facteurs de survenue d'un sentiment de fardeau chez l'aidant. Des études ont montré que le fardeau ressenti est influencé par l'importance des troubles psycho-comportementaux (36) (37).

Les autres facteurs de risque retrouvés d'apparition d'un sentiment de fardeau sont : le sexe féminin, un bas niveau socio-éducatif, résider avec la personne aidée, un syndrome dépressif associé pré-existant, un isolement social, des difficultés financières, de nombreuses heures passées à assister la personne aidée (aide informelle isolée), le fait de ne pas avoir le choix d'être l'être aidant (23).

Il est donc maintenant établi que la relation d'aide fait courir un sentiment de fardeau. Montgomery *et al.* (38) en 1985, suivis de Braithwaite en 1992 (18) ont défini et scindé le concept de fardeau en deux composantes : objective et subjective. Le fardeau objectif correspond aux conséquences négatives objectivement observables, telles que les perturbations de la vie familiale ou les conséquences financières dues à la prestation des soins. Le fardeau subjectif renvoie le sentiment de gêne ou de surcharge dont l'aidant fait l'expérience durant la période d'aide.

Il existe peu d'outils validés en français visant à mesurer l'importance de la charge ressentie par l'aidant. L'inventaire du fardeau de Zarit *et al.* (39) traduit et validé en français (40), est l'un des outils les plus utilisés dans le monde. C'est une échelle reflétant la souffrance de l'aidant. *Voir annexe n°3.*

De ce fait, les personnes « ressources » aidant de plus en plus leur(s) proche(s), nous avons supposé que cela les fragilisait peut-être, d'autant plus qu'elles vieillissent aussi. C'était notre principal postulat. Or, ayant le droit eux aussi de bien vieillir, nous nous devons de leur proposer la prévention de la fragilité.

II.4. Introduction et définition du concept de fragilité :

Le concept de fragilité intervient dans la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (41) en identifiant des états à risque, précédant la dépendance (42) en identifiant des individus (43) chez lesquels des actions préventives seront menées de façon spécifique, selon les déficiences retrouvées lors de l'évaluation (29). Le but ultime sera un vieillissement réussi (45).

Selon la *Société Française de Gériatrie et de Gérontologie*, la définition de la fragilité est la suivante : « 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 fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (46).

Le concept de fragilité permet d'identifier trois phénotypes parmi les personnes âgées évaluées (47) :

- Les personnes âgées robustes
- Les personnes âgées fragiles
- Les personnes âgées dépendantes.

L'état fragile est réversible avec un retour vers l'état robuste possible, grâce aux actions menées. L'entrée en dépendance, elle, est irréversible.

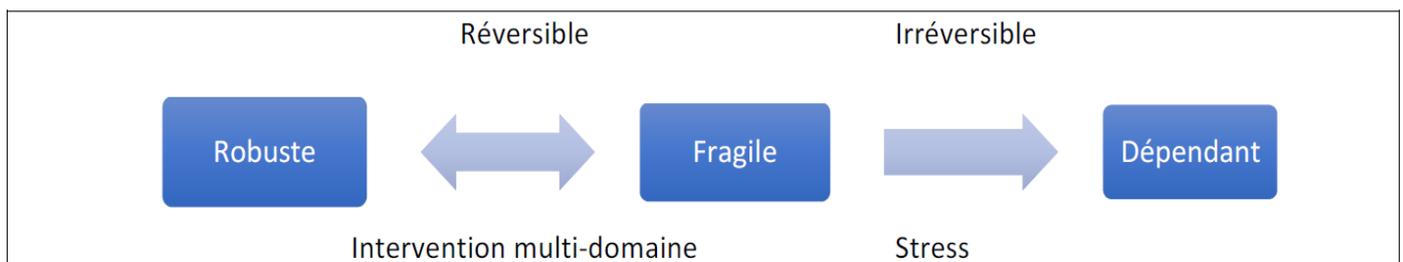


Figure n°3 : Schéma des profils de vieillissement.

Source : Buchner et al. *Age Ageing*. 1996;25(5):386-91.

Différents modèles d'appréhension de la fragilité peuvent être utilisés.

- Le *modèle de Rockwood* (48), combinant et cumulant toutes les pathologies et handicaps de la personne âgée évaluée. Cette approche holistique permet de construire des indicateurs de fragilité qui prédisent assez bien la survie des individus âgés et leur institutionnalisation mais, en contrepartie, ne permet pas de distinguer les concepts de fragilité, de comorbidité et d'incapacité (49).

- Le *modèle de Fried* (50), établissant un phénotype clinique (robuste, fragile, ou dépendant), grâce à l'évaluation de 5 critères :
 - **Perte de poids involontaire** de plus de 5 kg au cours de l'année passée
 - **Épuisement subjectif** lorsque la réponse à une des deux questions suivantes était « souvent » ou « la plupart du temps » : La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti l'état suivant : « *Tout ce que j'ai fait m'a demandé un effort* » et « *Je ne pouvais pas aller de l'avant* » ?
 - **Diminution de la force de la poignée de main mesurée** à l'aide d'un dynamomètre lorsque celle-ci, interprétée à partir d'abaques selon le sexe et l'IMC était inférieure au 20^e percentile.
 - **Diminution de la vitesse de marche** sur une distance de 4 mètres lorsque que celle-ci, interprétée à partir d'abaques selon le sexe et la taille, était inférieure au 20^e percentile.
 - **Sédentarité** lorsque le niveau actuel d'activité physique mesurée à partir d'une question correspondait à « aucune activité physique » ou « plutôt sédentaire » .

On considère un individu comme fragile lorsqu'il présente au moins trois de ces critères, pré-fragile lorsqu'il en présente au moins un, robuste dès lors qu'aucun critère n'est présent à l'évaluation. Il est dépendant lorsque tous les critères sont remplis.

Le *modèle de Fried* est actuellement le plus utilisé (20), plus opérationnel, peu coûteux, reproductible et comparable parce qu'il s'applique bien à la spécificité de beaucoup d'enquêtes en santé. *Voir annexes n°4.*

L'état clinique de fragilité est associé à un risque accru d'altération de la qualité de vie (52), de chutes (53), d'hospitalisation, d'invalidité, d'institutionnalisation et de mortalité (54).

II.5. Présentation de l'Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance :

Le Gérontopôle toulousain crée le 20 septembre 2011, l'*Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance* (anciennement appelé « *Plateforme d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance* »). Afin de dépister des patients susceptibles d'être fragiles, le *Gérontopôle Frailty Screening Tool* a été développé (55) (56). Il s'agit d'un outil permettant aux praticiens libéraux ambulatoires de soins premiers, à partir de questions simples, d'orienter leurs patients de plus de 65 ans autonomes (ADL supérieur ou égal à 5/6) vers une hospitalisation de jour afin d'y réaliser une évaluation diagnostique d'une éventuelle fragilité (57). Voir annexe n°5.

Le patient est alors adressé vers l'HDJEFPD (58), où il bénéficie d'une Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) identifiant d'éventuelles causes de fragilité et propose un Plan Personnalisé de Santé (PPS), le plus souvent multi-domaine (intervention nutritionnelle et sociale, prévention des facteurs de risques et des comorbidités, exercices physiques et/ou cognitifs, examens complémentaires à la recherche d'une étiologie aux troubles identifiés) (59).

Les causes de fragilité mises en évidence par l'EGS sont multifactorielles et multi-dimensionnelles (61): cognitive, sensorielle, sociale, nutritionnelle, thymique, physique, fonctionnelle. Bien repérer ces axes de fragilité permettra à l'avenir de mieux les prévenir.

III- MATÉRIELS ET MÉTHODES :

III.1. Type d'étude :

Notre étude était observationnelle descriptive et analytique, rétrospective, mono-centrique dans une population de patients âgés de plus de 65 ans, évalués à l'Hôpital De Jour d'Évaluation des Fragilités et de la Prévention de la Dépendance, dont une partie s'est déclarée « aidant informel ».

III.2. Population étudiée :

La population d'étude regroupait tous les patients adressés à l'HDJEFPD de Toulouse pour une primo-évaluation entre le 22 janvier 2016 et le 28 mai 2018, soit sur une période de 28 mois consécutifs.

III.3. Recrutement :

Les patients étaient principalement adressés à l'HDJEFPD par des médecins généralistes mais pouvaient être orientés par des gériatres, d'autres médecins spécialistes ou d'autres structures (mutuelles, CARSAT, CCAS, autres structures médico-sociales).

III.4. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude l'ensemble des patients adressés pour une primo-évaluation sur la période d'analyse, et qui, du fait de l'orientation gériatrique de la plateforme, avaient plus de 65 ans, qu'ils soient aidants ou non.

III.5. Critères d'exclusion :

Nous avons exclu les patients venant à l'HDJEFPD pour une réévaluation, et ceux inclus dans des essais cliniques (COGFRAIL etc.).

III.6. Recueil des données :

Les données ont été recueillies durant des entretiens successifs sur la matinée d'hospitalisation entre le patient et ses accompagnants si présents et les professionnels médicaux et paramédicaux du service.

Pour la partie anamnestique, le recueil des données se déroulait durant un interrogatoire standardisé et les réponses obtenues étaient rentrées directement dans le logiciel créé par le Gérontopôle à cet effet avec l'aide du centre de Médecine Spatiale (MEDES).

Il y avait ensuite un examen clinique réalisé par un médecin, dont les données n'ont pas été exploitées dans cette étude.

Le recueil des données étudiées a été réalisé par extraction à partir du logiciel du Gérontopôle par le chercheur. Une case « aidant » permettait d'identifier facilement ces patients sur le logiciel une fois cochée.

À noter que la mise en place du recueil informatisé n'a débuté que le 1^{er} janvier 2017. Le recueil concernant les hospitalisations réalisées avant cette date a été réalisé par extraction des données relevées sur papier durant les entretiens, à partir des dossiers de soins du service.

III.6.1 – Données concernant le mode de vie :

Les données recueillies comprenaient : le statut marital (veuf(ve), marié(e), célibataire, divorcé(e), le lieu d'habitation (habitation individuelle, collective, foyer logement, EHPAD), le mode d'habitation (seul(e), marié(e)s, en famille, autres), les aides au domicile développées (aides-ménagères, infirmières, kinésithérapeutes, obtention de l'APA, téléalarme, portage des repas).

III.6.2 - L'évaluation cognitive :

Le statut cognitif était évalué grâce à plusieurs échelles :

Le **MMSE** (61): ce test évalue les fonctions cognitives grâce à 30 questions portant sur l'orientation spatiale et temporelle, l'apprentissage, l'attention, le rappel, le langage, les praxies constructives. Le score s'étend de 0 à 30 points et nous pouvons ainsi classer le statut cognitif comme il suit :

- Déclin cognitif sévère : MMSE inférieur à 10/30.
- Déclin cognitif modéré : MMSE entre 10 et 19 (avec une sous catégorie de déclin modérément sévère entre 10 et 15/30).
- Déclin cognitif léger : MMSE entre 20 et 24/30.
- Absence de déclin cognitif : MMSE de 25/30 et plus. A pondérer selon niveau socio-éducatif. *Voir annexe n°5.*

Le **Memory Impairment Screen (MIS)** et le **Memory Impairment Screen Delayed recall (MIS-D)** (47) qui évaluent la capacité de rappel de 4 mots après une tâche intercurrente de distraction ou un délai de 10 minutes. Chaque rappel libre vaut 2 points, un rappel indicé vaut 1 point. Le score est coté sur 8.

Les résultats de ce test ne furent pas utilisés dans cette étude.

La **Clinical Dementia Rating scale (CDR)** (63) qui évalue le statut cognitif à partir de 6 items (orientation, mémoire, jugement, résolution des problèmes, activités hors du domicile, activités domestiques et loisirs, soins personnels). Le score est coté pour chaque item de 0 point, considéré normal, à 3, considéré comme déficitaire sévère, le score total allant jusqu'à 18.

Les résultats de ce test ne furent pas utilisés dans cette étude.

III.6.3 – L'évaluation physique :

Le **Short Physical Performance Battery (SPPB)** (64) évalue les performances physiques des patients évalués à partir de 3 tests :

- La vitesse de marche sur 4 mètres,
- Le lever de chaise 5 fois de suite,
- L'équilibre pied joint, en position semi-tandem et en position tandem complète.

Le test est coté de 0 à 4 points, 0 correspondant à un test non réussi et 4 à un test réussi. Le score total est sur 12 points. On classe les performances en trois niveaux :

- Faibles performances : SPPB Inférieur à 7/12 ,
- Performances moyennes : SPPB entre 7 et 9/12,
- Bonnes performances : SPPB supérieur à 9/12.

Voir annexe n°6.

III.6.4 – L'évaluation nutritionnelle :

L'évaluation nutritionnelle était réalisée avec une échelle et un indice de corpulence :

- Le **Mini Nutritional Assessment (MNA)** (65) : il évalue l'état nutritionnel par 18 questions, interrogeant sur : la perte d'appétit, la perte de poids, la motricité, les comorbidités, l'alimentation, l'autonomie, la perception de son état de santé, l'IMC, le périmètre brachial, la circonférence du mollet.

Ce score est coté de 0 à 30 points et il classe le statut nutritionnel en 3 catégories :

- Dénutrition : MNA inférieur à 17/30,
- À risque de dénutrition : MNA entre 17 et 23,5/30,
- Bon état nutritionnel : MNA supérieur à 23,5/30.

Voir annexe n°7.

- **L'Indice de Masse Corporelle (IMC)** : l'OMS a défini en 1997 cette grandeur comme le standard pour évaluer les risques liés au surpoids chez l'adulte. Elle a également défini des intervalles standards (maigre, indice normal, surpoids, obésité) en se basant sur la relation constatée statistiquement entre l'IMC et le taux de mortalité.

Il est calculé par le rapport suivant (kg/m²) :
$$\text{IMC} = \frac{\text{masse}}{\text{taille}^2}$$

Voir annexe n°8.

III.6.5 – L'évaluation de l'autonomie :

Les échelles utilisées étaient :

- **L'Activities of Daily Living (ADL)** (66) : développée par Katz, cette échelle évalue l'autonomie de la personne testée sur six activités de base de la vie quotidienne : l'hygiène corporelle, la capacité à l'habillage, la capacité à aller aux toilettes, la continence, la capacité à manger, et la locomotion.

Les items sont cotés par 1 point si le patient est autonome pour cette activité, 0,5 s'il est partiellement autonome (dans certains services, des 1/4 de points sont utilisés) et 0 si le patient est dépendant pour cet acte. Le score total est rapporté sur 6.

Voir annexe n°9.

- **L'instrumental Activities of Daily Living (IADL)** (52) : développée par Lawton, cette échelle évalue l'autonomie sur huit activités instrumentales de la vie quotidienne : capacité à utiliser le téléphone, capacité à faire les courses, préparation des repas, entretien ménager, blanchisserie, utilisation des moyens de transport, responsabilité vis-à-vis de son traitement médicamenteux et aptitude à gérer le budget.

Les items sont cotés, comme pour l'ADL, de 0 pour un patient non autonome pour l'activité demandée à 1 pour un patient autonome. Le score total est rapporté sur 8.

Voir annexe n°10.

III.7. Analyses statistiques :

La population étudiée a été analysée de manière descriptive. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage et en fréquence et les variables quantitatives en moyenne et écart-type, sous réserve d'une distribution normale de la variable. L'analyse statistique a été faite par l'intermédiaire du logiciel *Stata version 11*.

Les variables qualitatives ont été comparées par le test du Chi² de Pearson (ou par le test de Fisher si les effectifs étaient inférieurs à 5) et les moyennes ont été comparées par le test de Student.

Les variables analysées étaient l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le mode de vie (seul(e)s, ou en couple, en famille), le statut marital, le type d'aides au domicile si existantes, le lieu de vie, l'IADL, l'ADL, le statut de fragilité en fonction des critères de Fried, le SPPB, le MMSE, la consommation alcool-tabagique, l'IMC et le MNA.

Le seuil de $p < 0,05$ était nécessaire pour présenter une valeur comme statistiquement significative. Nous n'avons pas relevé les intervalles de confiance.

IV- RÉSULTATS :

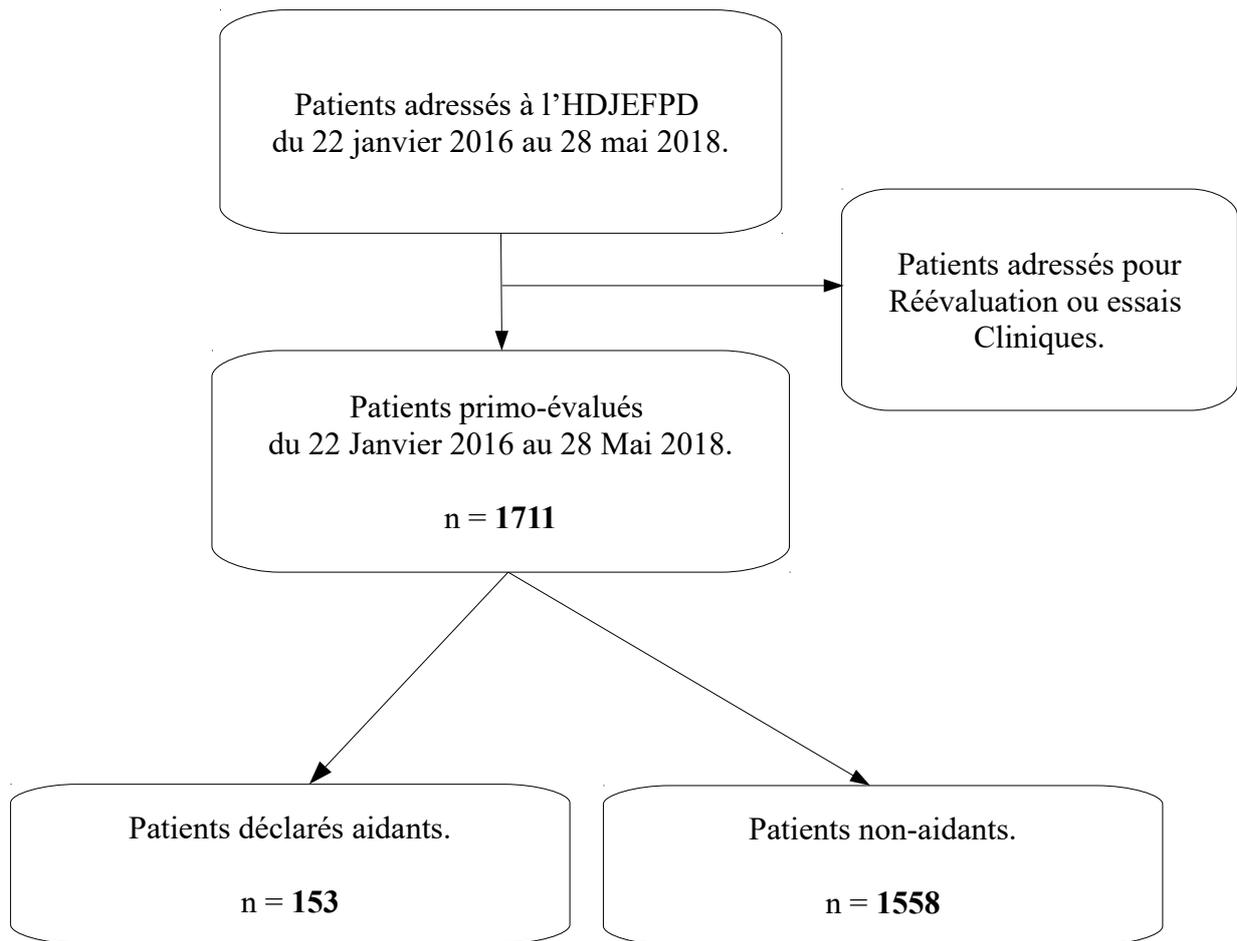


Figure 4 : Diagramme de flux.

Sur les 1 171 patients primo-évalués sur la plate-forme entre le 22 janvier 2016 et le 28 mai 2018, le nombre recensé d'aidants déclarés était de 153 et représentait 8,9 % des patients évalués.

Le reste des patients de notre population se déclarait « non-aidants ». Ils ont été considérés comme tels. Ils étaient 1558.

IV.1. Analyse descriptive des aidants :

Caractéristiques socio-démographiques	n (%)
<u>Sexe</u> : - Hommes : - Femmes :	66 (43,14 %) 87 (56,86 %)
<u>Âge</u> : sur 152 patients évalués	âge moyen : 81,9 ans (minimal : 63,5 ans, maximal : 95,3 ans)
<u>Scolarité</u> : - Aucune ou niveau primaire : - Niveau collège ou plus :	45 (32,37 %) 94 (67,63%)
<u>Statut marital</u> : - Veuf(ve), célibataire, divorcé(e) : - Marié(e)	sur 139 patients évalués 22 (14,38 %) 131 (85,62 %)

Tableau n°1 : Caractéristiques socio-démographiques des aidants.

Caractéristiques du domicile	n (%)
<u>Lieu d'habitation</u> : - Domicile (habitation individuelle) : - Domicile (habitation collective) : - « Résidence Seniors » : - Foyer logement : - E.H.P.A.D :	sur 151 patients évalués 104 (68,87 %) 45 (29,80 %) 0 (0 %) 1 (0,66 %) 1 (0,66 %)
<u>Mode de vie</u> : - Seul : - Autre (marié(e), en famille...)	sur 151 patients évalués 22 (14,57 %) 129 (85,43 %)
<u>Aides au domicile existantes</u> : - Absence : - Présence :	47 (30,72 %) 106 (69,26 %)

Tableau n°2 : Caractéristiques du domicile des aidants.

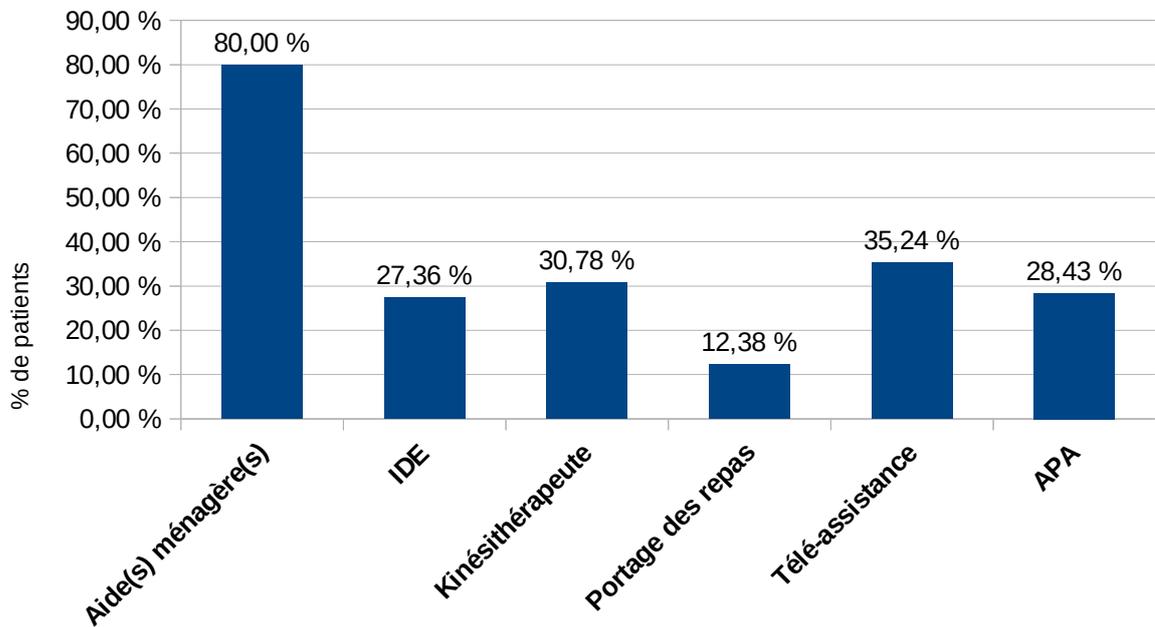


Figure n°5 : Répartition des aides en place à domicile des aidants.

Autonomie :	Moyenne (min - max)
<u>ADL</u>	5,72 (4,5 – 6)
<u>IADL</u>	6,39 (0 - 8)

Tableau n° 3 : Autonomie des aidants sur les activités de la vie quotidienne et sur les activités instrumentales (moyennes).

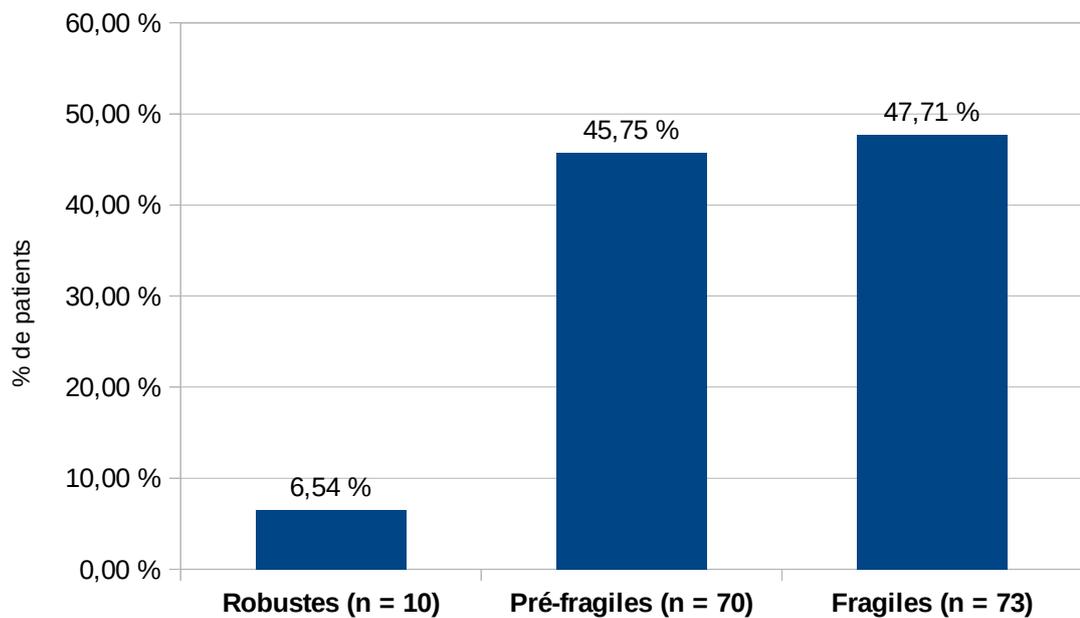


Figure n°6 : Répartition des aidants selon leur profil de vieillissement selon les critères de Fried.

Statut cognitif : sur 145 patients	Moyenne (min -max)
MMSE :	26,18 (10 - 30)

Tableau n°4 : Statut cognitif des aidants évalué sur le MMSE.

Caractéristiques nutritionnelles :	n (%)
Mini Nutritional Assessment (MNA) :	
- Pas de dénutrition :	107 (69,93 %)
- A risque de dénutrition :	43 (28,10 %)
- Dénutrition :	3 (1,96 %)
Index de masse Corporelle (IMC) :	
- Dénutrition sévère (IMC < 18kg/m ²) :	3 (1,96 %)
- Dénutrition (IMC entre 18 et 21 Kg/m ²) :	28 (18,30 %)
- Normal/ Surpoid (IMC entre 21 et 30 Kg/m ²) :	96 (62,75 %)
- Obésité (IMC > 30 Kg/m ²) :	26 (16,99 %)

Tableau n° 5 : Caractéristiques nutritionnelles des aidants évaluées sur le MNA et l'IMC.

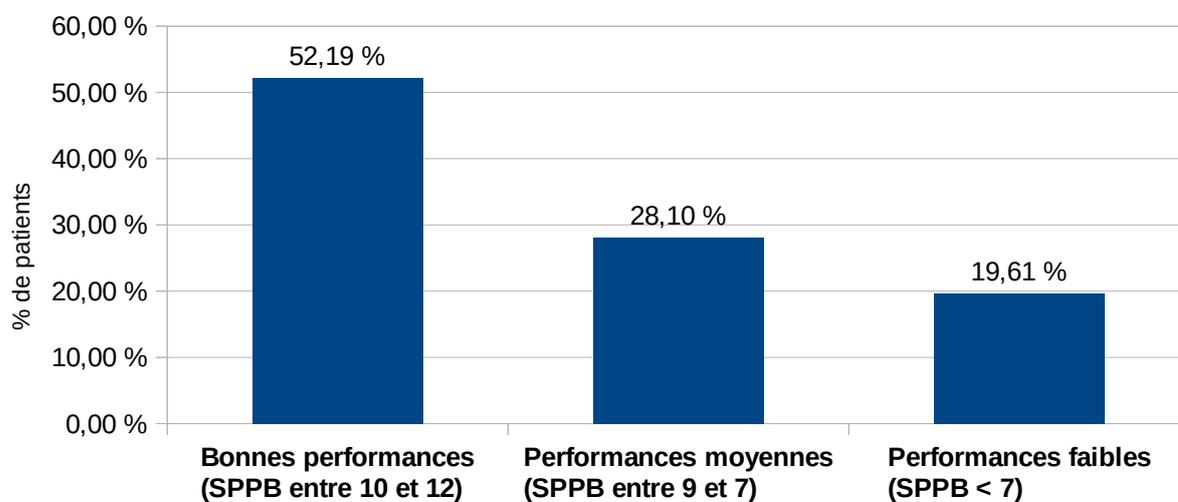


Figure n°7 : Répartition des aidants selon leurs performances fonctionnelles sur le SPPB.

Intoxication alcoolo-tabagique :	n (%)
Tabac :	sur 145 patients interrogés :
- Non consommateur :	100 (68,97 %)
- Ancien consommateur (sevré(e) depuis plus de 12 mois) :	38 (26,21 %)
- Consommateur :	7 (4,83 %)

Tableau n°6 : Représentation de l'intoxication tabagique des aidants.

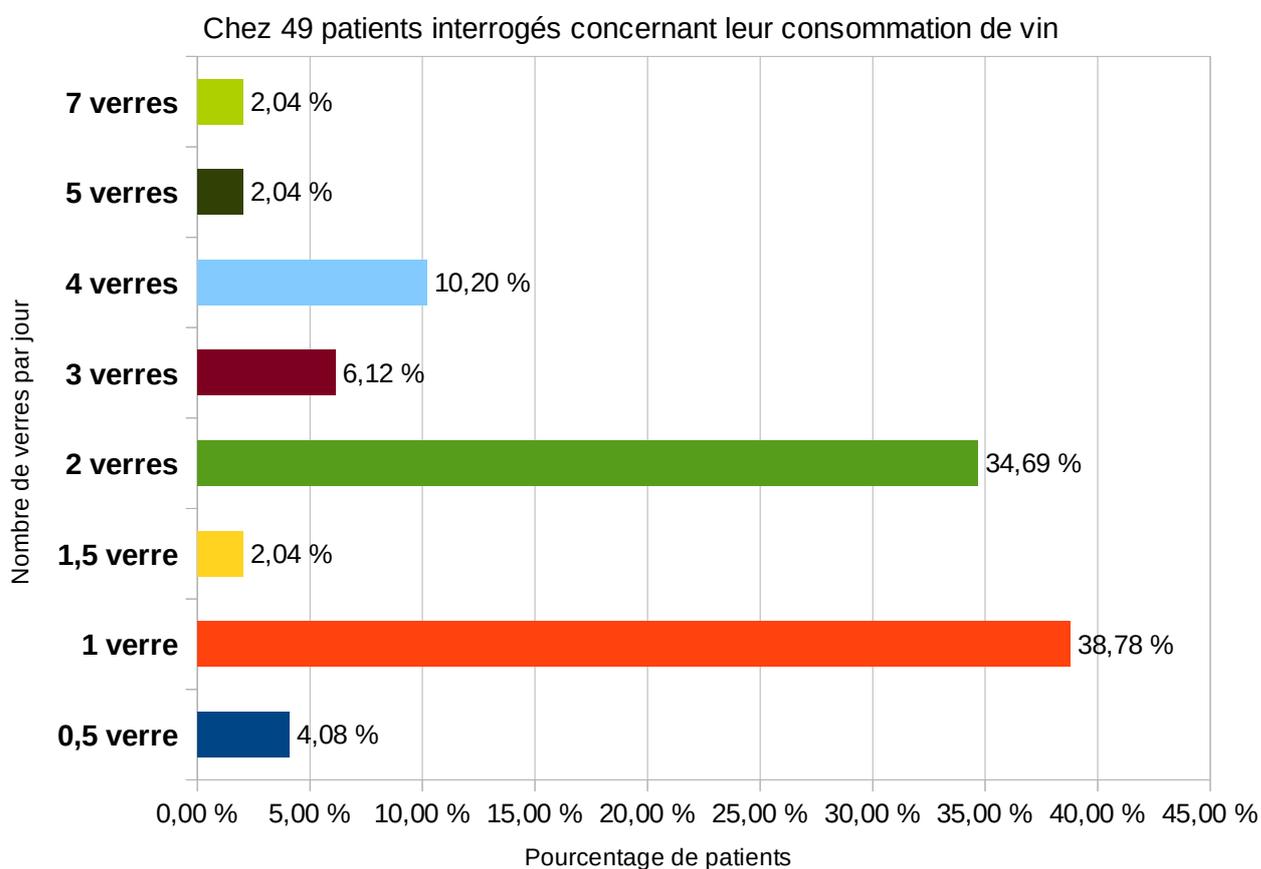


Figure n°8 : Représentation de l'intoxication éthylique quotidienne des aidants.

Consommation de vin sur une journée chez 49 aidants ayant déclaré consommer de l'alcool quotidiennement.

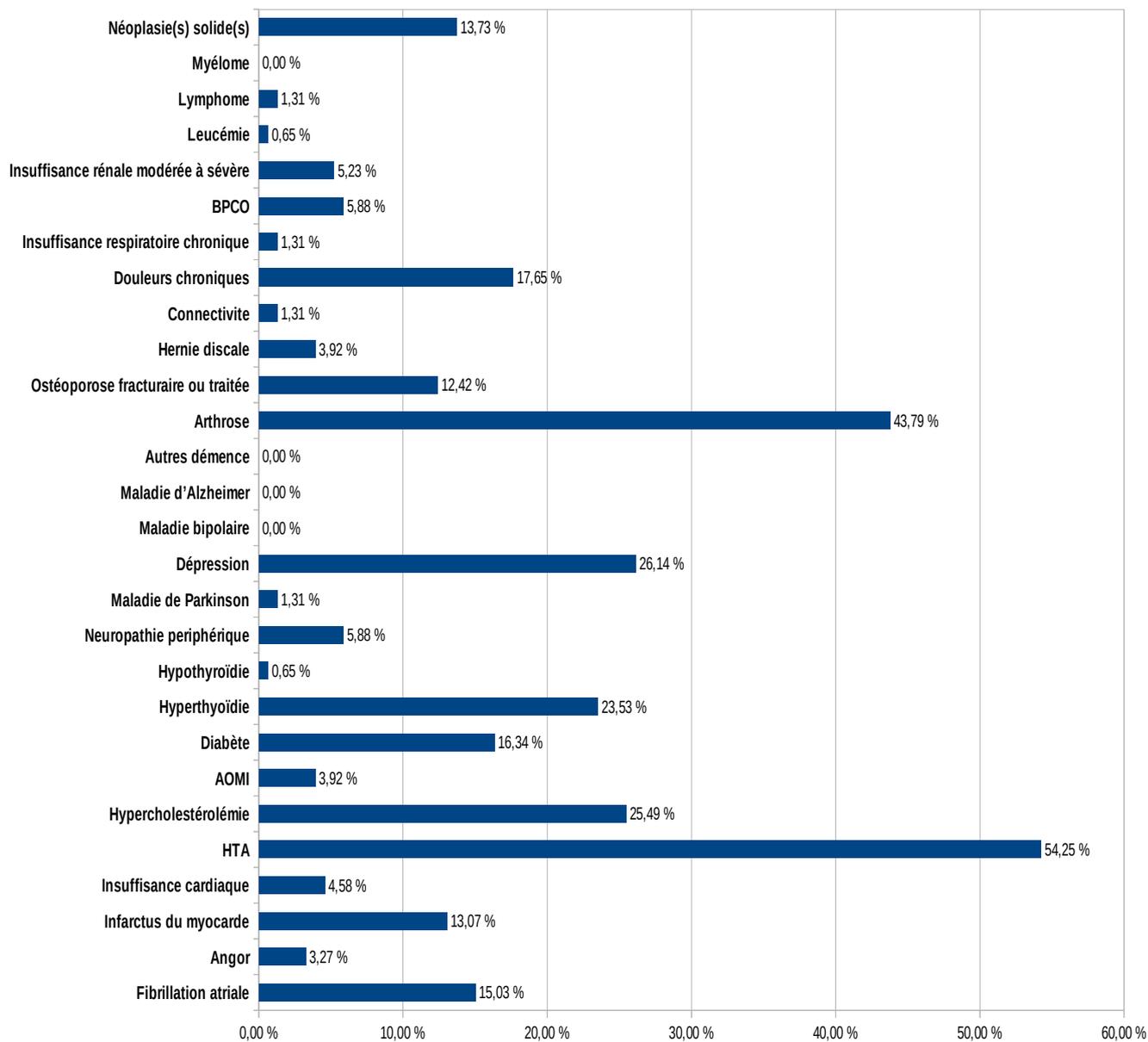


Figure n°9 : Répartition des comorbidités chez les aidants.

IV.2. Analyse comparative entre la population d'aidants et le reste des non-aidants :

IV.2.1 - Concernant les données socio-démographiques :

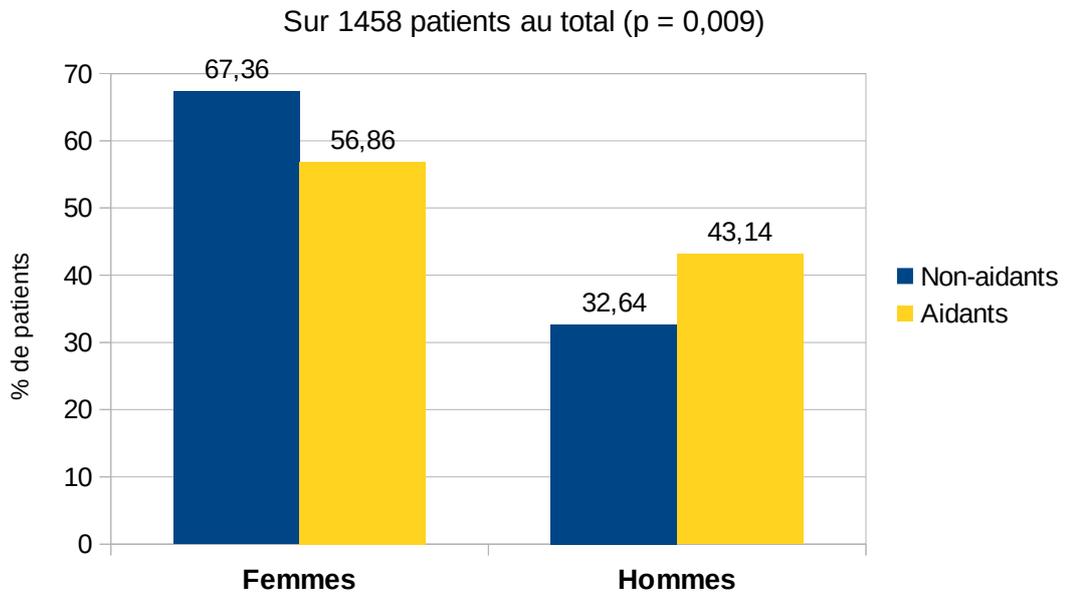


Figure n°10 : Comparaison sur le sexe des patients non-aidants et aidants.

Il y avait statistiquement plus de femmes dans les deux groupes (56,86 % chez les aidants et 67,36 % chez les non-aidants).

Cependant, nous observons respectivement et de manière significative plus d'hommes dans le groupe des aidants que dans celui des non-aidants (43,14 % versus 32,64 %).

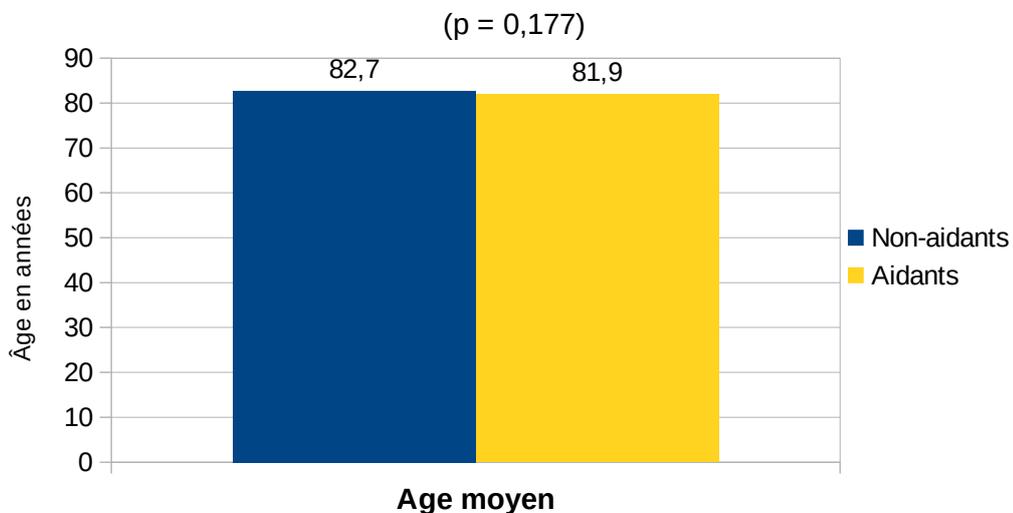


Figure n°11 : Comparaison sur l'âge moyen des patients non-aidants et aidants.

Les groupes aidant et non-aidants avaient des âges moyens similaires (81,9 ans pour les premiers et 82,7 ans pour les seconds) sans qu'une différence significative n'ait été mise en évidence.

Caractéristiques socio-démographiques et du domicile :	Non-aidants (n (%))	Aidants (n (%))	p (significatif si <0,05)
Scolarité : sur 1365 patients évalués			
- Aucune à primaire :	483 (39,40 %)	45 (32,37 %)	p = 0,107
- Collège ou plus :	743 (60,60 %)	94 (67,63 %)	
Statut marital : sur 1453 patients évalués			
- Veuf (ve), célibataire, divorcé(e) :	848 (65,23 %)	22 (14,38 %)	p = 0,000
- Marié(e) :	452 (34,77 %)	131 (85,62 %)	
Mode de vie : sur 1437 patients évalués			
- Seul :	678 (52,72 %)	22 (14,57 %)	p = 0,000
- En famille :	608 (47,28 %)	129 (85,43 %)	
Lieu d'habitation : sur 1441 patients évalués			
- Domicile (habitation individuelle) :	776 (60,16 %)	104(68,87 %)	p = 0,123
- Domicile (habitation collective) :	449 (34,81 %)	45 (29,80 %)	
- « Résidence Senior » :	20 (1,55 %)	0 (0 %)	
- Foyer logement :	31 (2,40 %)	1 (0,66 %)	
- E.H.P.A.D :	14 (1,09 %)	1(0,66 %)	

Tableau n°7 : Comparaison des caractéristiques socio-démographiques entre non-aidants et aidants.

Nous notons une différence statistiquement significative entre nos deux groupes sur deux critères :

- le statut marital : les aidants vivaient bien plus souvent en couple (dans 85,62 %), alors que les non-aidants étaient plus souvent seuls (veuf, célibataire ou divorcé dans 65,23 % des cas, les mariés ne représentaient que 34,77 %).
- le mode de vie qui en découle : les aidants vivaient plus souvent en couple et donc en famille au domicile dans 85,43 % des cas. Les non-aidants étaient plus souvent seuls au domicile (dans 52,72 % des cas). Nous pouvons déduire que dans les 47,28 % vivant en famille, la plupart vivaient avec leur conjoint, les autres possiblement avec leurs enfants.

IV.2.2 - Concernant la répartition des aides au domicile :

Aides développées au domicile :	Non-aidants (n (%))	Aidants (n (%))	p (significatif si < 0,05)
- <u>Absence</u> :	366 (28,33 %)	47 (30,72 %)	p = 0,536
- <u>Présence</u> :	926 (71,67 %)	106 (69,28 %)	
- APA : sur les 1396 patients évaluées			
- Non :	908 (72,81 %)	120 (80,54 %)	p = 0,043
- Oui :	339 (27,19 %)	29 (19,46 %)	

Tableau n°8 : Comparaison de la répartition des aides au domicile entre non-aidants et aidants.

IV.2.3 - Concernant l'évaluation de l'autonomie :

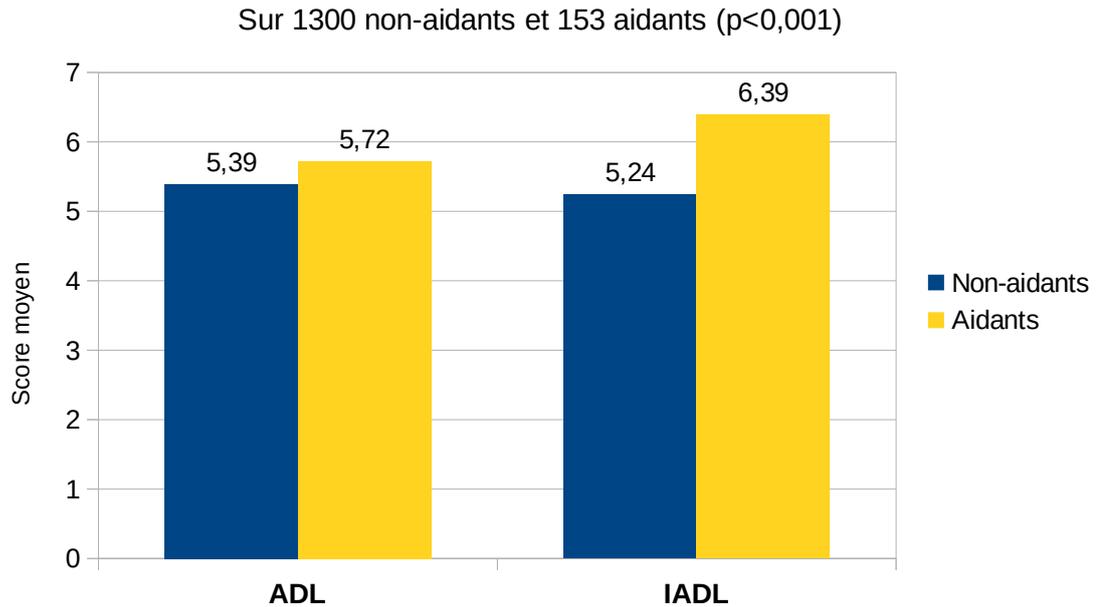


Figure n°12 : Comparaison du statut d'autonomie (score moyen ADL /6 et IADL /8) entre non-aidants et aidants.

Les aidants étaient significativement plus autonomes sur la gestion des actes de la vie quotidienne et leur réalisation.

IV.2.4 - Concernant le statut de fragilité :

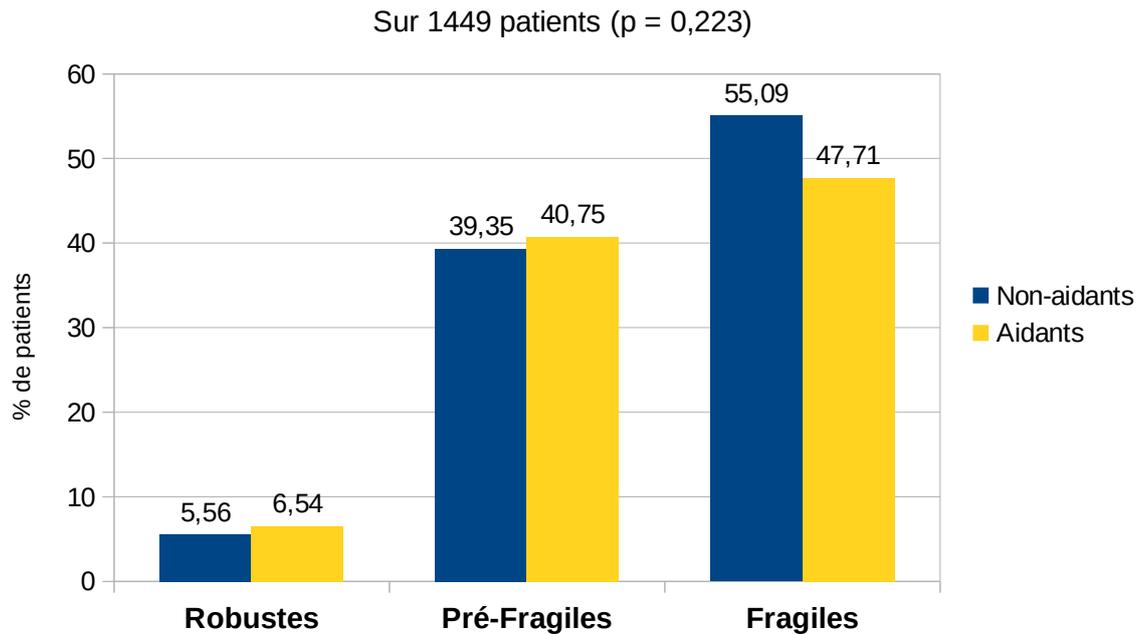


Figure n°13 : Profil de vieillissement : comparaison entre non-aidants et aidants.

Les aidants semblaient être moins fragiles que les non aidants (47,41 % versus 55,09 %). Mais l'analyse des données n'a pas pu mettre en évidence de différence statistiquement significative entre la fragilité des aidants et des non-aidants.

IV.2.5 - Concernant l'évaluation du statut cognitif :

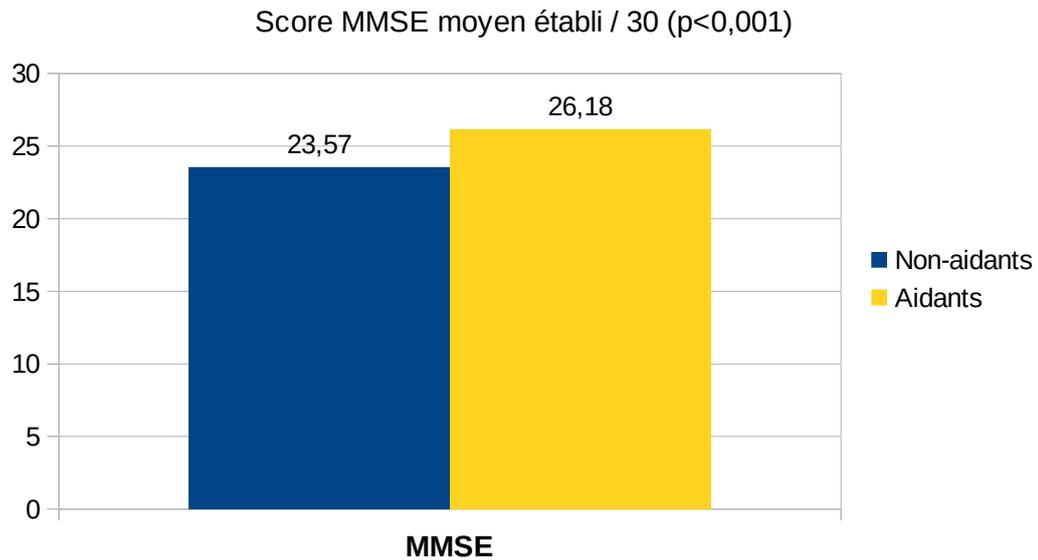


Figure n°14 : Comparaison du statut cognitif, via le MMSE, entre non-aidants et aidants.

Les aidants étaient significativement meilleurs que les non-aidants sur les performances cognitives testées (MMSE). Pour mémoire, il n'y avait pas de différence en ce qui concerne leur niveau de scolarité (d'après ce que nous savions).

IV.2.6 - Concernant le statut nutritionnel :

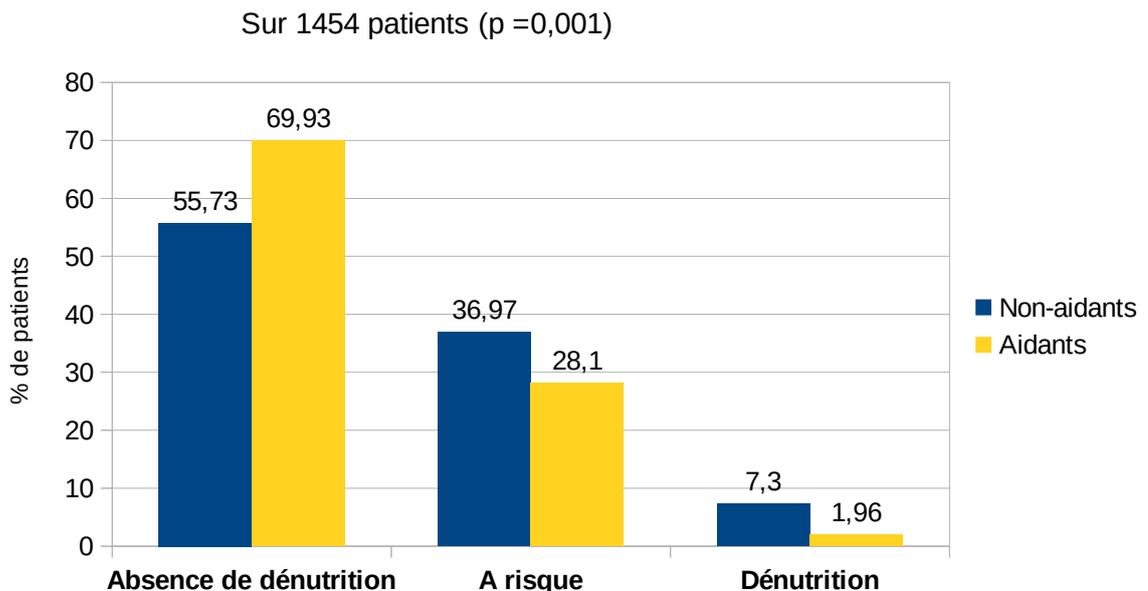


Figure n°15 : Comparaison du statut nutritionnel selon le MNA entre non-aidants et aidants.

Les aidants étaient moins dénutris que les non-aidants et ce de façon significative avec respectivement 1,96 % contre 7,30 % de patients dénutris dans les 2 groupes. Chez les non-aidants, plus du tiers étaient à risque de dénutrition (36,87 %) et un peu plus de la moitié ne

semblaient pas à risque de dénutrition (55,73%). Chez les aidants, c'est les 2/3 qui semblaient hors de tout risque de dénutrition (69,73%).

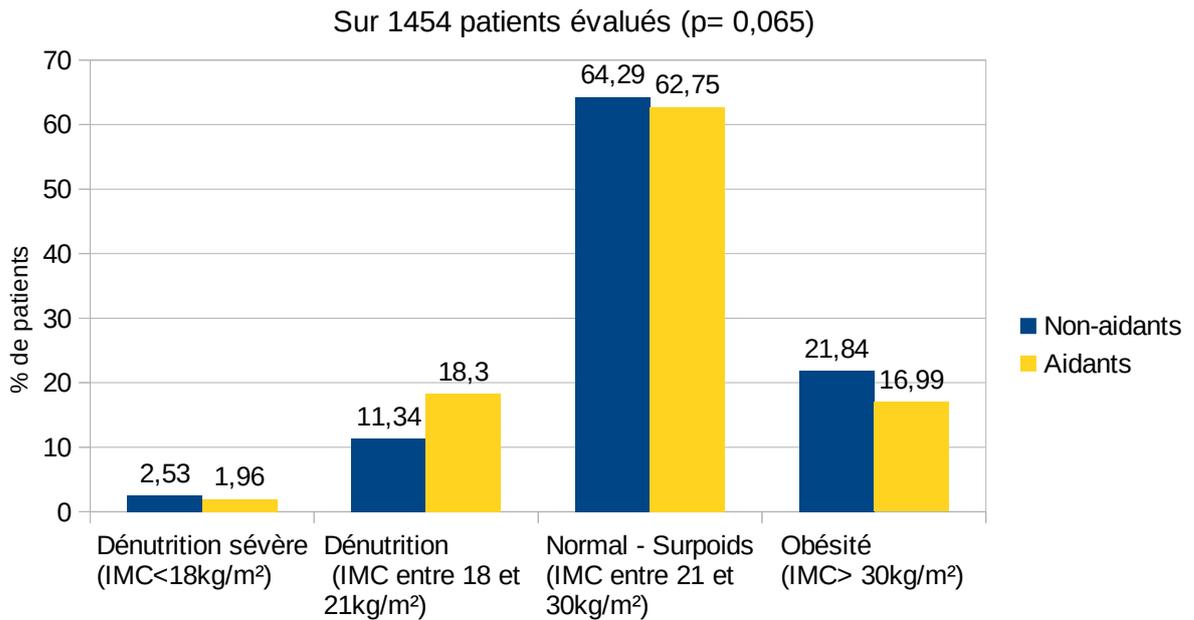


Figure n°16 : Comparaison du statut nutritionnel selon l'IMC entre non-aidants et aidants.

Dans le groupe aidant, 18,30 % étaient considérés dénutris sur l'IMC contre 11,34 % chez les non-aidants. Les aidants ont un IMC normal ou en surpoids dans 62,75 % des cas, les non-aidants dans 64,29 %. Enfin, 16,99 % des aidants étaient considérés obèses sur l'IMC contre 21,84 % des non-aidants.

IV.2.7 - Concernant le statut fonctionnel :

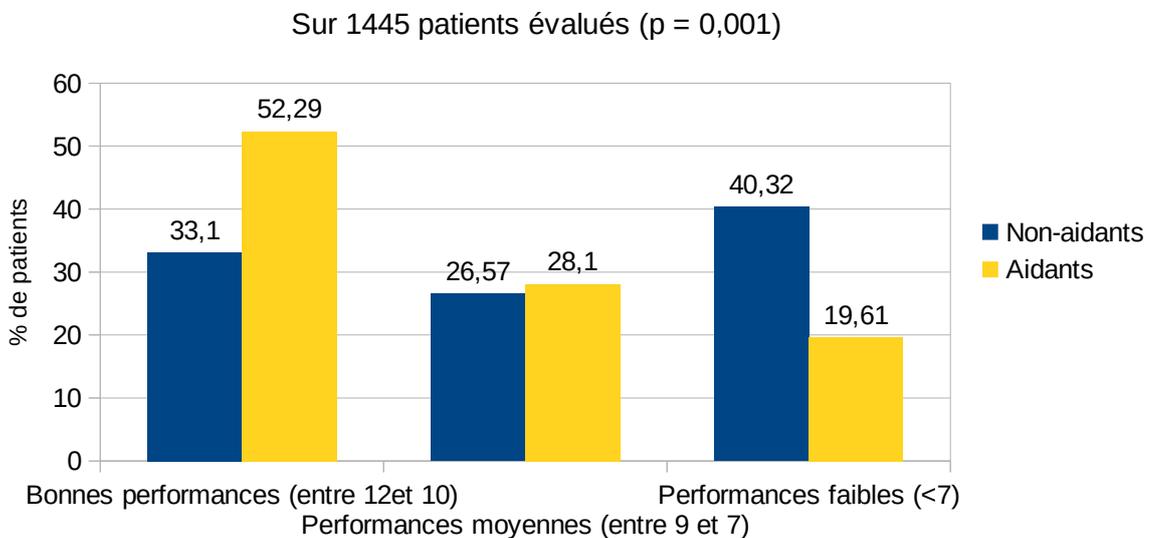


Figure n°17 : Comparaison du statut fonctionnel sur le SPPB entre non-aidants et aidants.

52,29 % des aidants réalisaient une bonne performance au SPPB, 28,10 % une performance moyenne et 19,61 % une performance faible. Le groupe non-aidant réalisait majoritairement de faibles performances au SPPB avec 40,32 %, 26,57 % une performance moyenne et 33,10 % une bonne performance. Les aidants étaient donc statistiquement plus performants physiquement.

IV.2.8 - Concernant la consommation d'alcool et de tabac :

Consommation d'alcool et de tabac :	Non-aidants (n (%)) /1558	Aidants (n (%)) /153	p (significatif si < 0,05)
Alcool :	Sur 1213 patients	Sur 145 patients	p = 0,001
- Non consommateur :	769 (63,40 %)	70 (48,28 %)	
- Ex-consommateur :	31 (2,56 %)	8 (5,52 %)	
- Consommateur :	413 (34,05 %)	67 (46,21 %)	
Tabac : sur 1371 patients évalués			p = 0,801
- Non consommateur :	868 (70,80 %)	100 (68,97 %)	
- Ex-consommateur :	292 (23,82 %)	38 (26,21 %)	
- Consommateur :	66 (5,38 %)	7 (4,83 %)	

Tableau n°9 : Répartition de la consommation alcoolo-tabagique entre non-aidants et aidants.

La seule différence significative qui apparaissait était sur le nombre de consommateurs d'alcool dans les deux groupes. Nous pouvons dire que, de façon statistiquement significative, plus d'aidants que de non-aidants consommaient de l'alcool mais rien concernant les quantités ingérées, sur le caractère quotidien des consommations et/ou à risque des quantités consommées.

IV.2.9 - Concernant les comorbidités :

Comorbidités	Non-aidants (n)	Aidants (n)	p (significatif si < 0,05)
Nombre d'antécédents moyen Sur 1458 patients	3,17	3,10	p = 0,699

Tableau n°10 : Comparaison entre le nombre moyen d'antécédents entre non-aidants et aidants.

L'analyse des populations aidante et non-aidante ne montrait pas de différence significative quant au nombre moyen d'antécédents avec respectivement 3,10 et 3,17 antécédents avec un $p > 0,05$.

V- DISCUSSION :

V. 1 - Résultats principaux et comparaison à la littérature existante :

V. 1. 1 – Résultats des données socio-démographiques :

La population d'étude est composée des 1711 patients adressés à l'HDJEFDP sur la période de 28 mois consécutifs, dont 153 se déclaraient « aidant informel », ce qui représente 8,9 % des patients inclus suspectés d'être fragiles. Elle semble représentative de la population globale des sujets âgés adressée à l'*Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance* puisque tous les patients hospitalisés pour une première évaluation étaient inclus. Il s'agit d'une population « ambulatoire » adressée le plus souvent par les médecins généralistes traitants mais aussi d'autres acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux de médecine de ville. Elle semble en ce sens être le reflet de la population générale des plus des 65 ans suspectés d'être fragiles.

La proportion d'aidants représente 8,9 % de la population totale des sujets inclus, ce qui n'est pas négligeable et permet de donner une puissance relativement importante à notre étude et de mettre en évidence différents résultats significatifs, plus ou moins attendus, que nous allons discuter plus bas.

Au 1^{er} janvier 2016, la France compte 66,6 millions d'habitants selon l'INSEE, parmi lesquels 11 millions seraient aidants naturels d'une personne de leur entourage, dont 5 millions d'une personne âgée dépendante ce qui représente 7,5 % de la population générale. Notre chiffre de 8,9 % d'aidants sont assez bien corrélés aux 7,5 % d'aidants de personnes âgées dépendantes retrouvés dans la littérature.

Si nous l'étudions sous un autre angle, nous avons vu que 25 % des aidants avaient plus de 65 ans, ce qui représenterait 2,75 millions de personnes de plus de 65 ans aidantes (sur les 11 millions d'aidants de tout âge). Sur les 13 millions approximatifs de personnes âgées de plus de 65 ans en France en 2018 d'après l'INSEE, il y aurait environ 21 % d'entre eux qui seraient aidants naturels d'au moins un proche ; ce qui est relativement plus important que nos 8,9% d'aidants (68).

Ceci s'explique probablement par le fait que les patients adressés à notre service ont un âge moyen plus élevé que celui de l'ensemble des aidants de plus de 65 ans en population réelle et qu'en avançant en âge, les aidants sont de moins en moins nombreux (apparition de comorbidités, incapacités et handicaps ne permettant plus l'aide donnée antérieurement, perte du proche dépendant etc.).

Dans notre étude, la population d'aidants évaluée est relativement âgée, puisque l'âge moyen est de 81,9 ans, ce qui est supérieur à l'espérance de vie à la naissance pour les hommes, selon l'INSEE, en 2016 en Haute-Garonne (41). Par contre, elle avait le même âge que la population totale de l'HDJEFDP et était donc représentative de la population globale incluse dans notre étude sur ce critère d'âge.

Dans la littérature, les aidants sont plus âgés que le reste de la population. L'âge moyen de la population française est de 41,2 ans en 2016 selon l'INSEE. 57% des aidants ont plus de 50 ans dans la population générale. Mais leur âge moyen s'établit à 64 ans. Une telle différence d'âge entre notre échantillon d'aidants et le reste des aidants en population générale est liée au fait que nous nous sommes délibérément intéressés aux aidants âgés. En effet, nous retrouvons probablement majoritairement ici les aidants « conjoints » ou appartenant à la fratrie du proche dépendant. Quand l'aidant principal est le conjoint, son âge moyen est de 70 ans d'après la DRESS en 2001 (10).

De plus, les chiffres de l'INSEE en population générale prennent en compte les aidants d'enfants handicapés, autistes etc. (donc souvent de jeunes parents), ce qui fait baisser la moyenne d'âge. L'âge moyen des aidants de personnes âgées dépendantes serait probablement plus élevé. Les statistiques concernant les aidants en population générale sont donc mal corrélées à nos résultats concernant l'âge, issus d'une étude menée dans un service de gériatrie où, par définition, les patients sont tous vieux.

Enfin, nous nous trouvons ici face à des aidants âgés voire très âgés avec un risque d'entrée en fragilité pressenti comme élevé par les médecins et autres acteurs, qui les adressent probablement davantage sur l'HDJEFDP. Les autres aidants notamment « enfants », même s'ils ont plus de 65ans, sont possiblement moins orientés en ce sens car inconsciemment, on les perçoit moins à risque de devenir « fragiles » que leurs aînés (logiquement, même s'ils le sont aussi comme nous tendons à le démontrer). Ils pourraient être considérés moins légitimes à la prévention de la dépendance, à tort selon notre hypothèse qui présume qu'ils pourraient l'être tout autant voire davantage de par leur statut d'aidant.

Les données de la littérature concernant la population générale d'aidants relèvent 66 % de femmes (21). Notre population d'aidants est aussi majoritairement féminine, à 56,86 % avec un ratio femmes/hommes de 1,31, plus faible que celui que l'on attendait au regard du sex-ratio des aidants en population réelle.

De fait, elle comprenait un pourcentage d'hommes non négligeable (43,14 %), supérieur à celui des aidants hommes en population générale mais aussi supérieur à celui du groupe non-aidant (32,64 %) et ce de façon statistiquement significative. Sur ce point, nous pouvons évoquer un biais de sélection, qui pourrait impacter certains de nos résultats (dont les performances physiques, nous le verrons). « Être aidant » pour un homme serait-il davantage fragilisant ou plus souffrant (motivait ainsi un adressage vers notre service) que pour une femme du même âge ?

Nos aidants vivent majoritairement avec leurs conjoint(e)s ou en famille, dans le même domicile. Nous pouvons supposer que dans la majorité des cas, le foyer abrite la personne aidée. Cette relation de proximité domestique et familiale est la base de l'action des aidants informels et leur permet de saisir les déficiences de la personne aidée et d'y pallier au quotidien (70). Ceci est en adéquation avec le fait que 90 % des aidants s'avèrent être des membres de la famille, la moitié sont des conjoints et un tiers des enfants (10).

Concernant le lieu d'habitation, nous avons pu voir dans les résultats que les aidants vivent dans la très grande majorité des cas chez eux, que ce soit en habitation individuelle ou collective. Deux patients vivent dans une autre structure, l'un en foyer logement et l'autre en EHPAD. Sans précisions sur les raisons du changement de logement, nous pouvons penser que ces personnes ont suivi la personne aidée dans un logement plus adapté pour elle et garder ainsi la possibilité de l'accompagner au quotidien.

La proportion d'aides professionnelles développées au domicile ne varie pas entre le groupe des aidants et des non-aidants (pas de différence statistiquement significative). On sait que le développement de ces aides professionnelles au domicile est un axe primordial de la prise en charge globale et multidisciplinaire d'un patient âgé. De nombreux aidants ne connaissent pas les dispositifs pouvant être mis à leur disposition afin d'améliorer leur qualité de vie et indirectement celle de la personne qu'ils prennent en charge au quotidien (71) (72). Certaines aides leur seraient destinées directement, d'autres à la personne aidée. Ils en tireraient d'une façon ou d'une autre un bénéfice : un allègement ou une réduction du volume des tâches physiques, se libérer du temps personnel, utiliser le temps gagné au profit de la personne aidée mais dans des activités perçues comme plus agréables et valorisantes (discussion, jeux, lecture...). Le non-usage de ces aides formelles à disposition, par méconnaissance, pourrait favoriser le développement d'un syndrome d'épuisement chez

l'aidant et ceci est d'autant plus vrai lorsque la personne accompagnée devient très dépendante (changement de groupe GIR).

Faire une liste exhaustive des recours existants est un travail rendu très difficile par la multiplicité d'acteurs et la disparité d'organisation de l'aide d'un territoire à l'autre, l'absence de guichet unique, qui participent aussi aux difficultés des aidants. Notons néanmoins quelques grandes catégories d'aides :

- Les aides financières (APA, PCH, etc, qui visent plutôt à compenser la perte d'autonomie de la personne aidée)
- Les lieux ressources (CCAS, CLIC, Maison de l'autonomie, MDPH)
- Les dispositifs de répit (Accueils de jour / nuit / weekends, hospitalisation etc.)
- Les services à la personne (soins, ménage, repas, hygiène, etc.)
- Les aides techniques (qui, là encore, visent à compenser la perte d'autonomie de l'aidé(e) et ne ciblent pas directement l'aidant, exemple : ergothérapie, canne, déambulateur, lit médicalisé, lève-malade, chaise percée etc.)
- Les services de soins infirmiers (en libéral ou par le biais d'un SSIAD)
- Les formations dédiées aux aidants
- Les groupes de parole et l'accompagnement psychologique
- Les plateformes d'information et d'orientation des aidants.

V. 1. 2 – Autonomie, cognition et nutrition :

Les aidants inclus dans l'étude ont également une meilleure autonomie que les non-aidants sur les activités instrumentales de la vie courante (IADL) (6,39 versus 5,24/8 respectivement, $p < 0,05$) et sur les actes fondamentaux de la vie quotidienne (ADL) (5,72 versus 5,39/6, $p < 0,05$).

Sur le plan cognitif, la moyenne du MMSE est plus élevée dans le groupe des aidants avec un score moyen de 26,18/30 contre 23,57/30 de moyenne dans le groupe des non-aidants ($p < 0,05$).

Voici deux résultats à forte significativité statistique auxquels on pouvait s'attendre.

Concernant les caractéristiques nutritionnelles, les aidants sont statistiquement moins dénutris que les non-aidants, selon les critères du Mini Nutritional Assessment (MNA) : il y avait 92,7 % des non-aidants non dénutris ou à risque de dénutrition, alors que 98,03 % des aidants étaient dans une de ces deux catégories. De la même manière, plus des $\frac{2}{3}$ des aidants

étaient hors de tout risque de dénutrition. Chez les non-aidants, quasiment la moitié des patients étaient à risque ou déjà dénutris.

Si l'on regarde la comparaison des IMC entre aidants et non-aidants, il n'y a pas de différence significative évidente. Les non-aidants ne sont à priori pas plus maigres ni plus obèses.

La réalisation des activités instrumentales de la vie courante leur est souvent dévolue, ainsi que la réalisation des repas. On peut supposer que s'ils sont capables de confectionner un repas de manière pluri-quotidienne, ils sont également en mesure de se nourrir de manière correcte, afin de répondre à leurs besoins nutritionnels et de lutter contre la sarcopénie.

V. 1. 3 – Capacités fonctionnelles et « fragilité » :

Parallèlement, l'étude des caractéristiques fonctionnelles des aidants met en avant leurs meilleures performances aux séquences du SPPB, avec 52,29 % réalisant de bonnes performances contre 33,10 % seulement chez les non-aidants ($p < 0,05$). A l'inverse, 40,32 % des non-aidants réalisaient de faibles performances, contre 19,61 % dans le groupe aidants. Nous en déduisons que la sarcopénie n'est probablement pas un facteur d'entrée en fragilité majeur chez les populations aidantes âgées.

Il faut par ailleurs prendre en compte un biais de recrutement précédemment évoqué, du fait de la grande part d'hommes retrouvée au sein du groupe aidant par rapport au groupe non-aidant et qui pourrait surestimer les performances physiques du groupe aidant.

Pour autant, malgré le fait que les aidants présentent un niveau d'autonomie supérieur aux non-aidants évalués à l'HDJEFPD, de même pour leur capacités cognitives et fonctionnelles, le statut de « fragilité » à proprement parler ne diffère pas de façon significative d'un groupe à l'autre avec une majorité de patients fragiles, dont 55,09 % des non-aidants et 47,71 % des aidants ($p = 0,223$). Très peu des patients « aidants » (environ 6%) restaient robustes par ailleurs. Contrairement à notre hypothèse de départ, ils ne sont pas plus fragiles ; mais ils ne le sont pas moins non plus.

Ainsi, une nouvelle problématique se pose : s'ils sont plus autonomes (meilleurs scores IADL et ADL), avec moins d'altérations des fonctions cognitives (meilleur score MMSE), si leur état nutritionnel et leur fonction locomotrice (meilleurs scores MNA et

SPPB) sont meilleurs, ces personnes âgées ayant un rôle d'aidant informel auprès d'une autre n'en sont pas moins fragiles que les autres personnes du même âge.

On peut alors légitimement se demander pourquoi ? Et secondairement, quels sont les modes d'entrée dans l'état fragile chez ses vieux aidants ?

Ceci nous a conduit à soulever deux hypothèses :

- ✓ la première étant que le statut d'aidant n'est pas un facteur d'entrée dans la "fragilité", et ainsi qu'une structure du type de l'HDJEFPD ne s'adresse pas spécifiquement à ces personnes, car son rôle (dépister et prévenir la fragilité) ne peut pas répondre à leur problématique spécifique.
- ✓ le deuxième postulat, vers lequel nous penchons, serait que le concept actuel de fragilité tel que décrit par Fried ne parvient pas à prendre en compte la "fragilité morale" alors même qu'elle est bien réelle et délétère pour la santé des aidants comme cela est exposé à maintes reprises dans la littérature. Le statut d'aidant est en effet décrit comme pouvant être source de stress, de fatigue et d'épuisement. La consommation accrue d'alcool ou de psychotropes peut être le reflet de la souffrance morale de ces aidants.

V. 1. 4 – Consommation d'alcool et tabagisme :

Notre étude ne montre pas de différence significative entre le groupe des aidants et celui des non-aidants concernant la consommation tabagique.

Par contre, sur un échantillon incomplet (mais nous pouvons partir du principe que si les données concernant l'alcool n'étaient pas remplies, la question « buvez-vous ? » avait été posée avec une réponse négative), apparaît une différence significative sur le nombre de consommateurs d'alcool dans les deux groupes. Les aidants étaient plus nombreux que les non-aidants à consommer « habituellement » de l'alcool (respectivement 46,21 % contre 34,05 %, $p=0,001$). Cependant concernant les quantités ingérées au quotidien, il n'est pas possible de conclure quoi que ce soit d'autre, ni sur le risque induit par ces consommations. Nous pouvons simplement dire que les aidants consommaient statistiquement plus d'alcool que les non-aidants, de façon générale.

Néanmoins, si l'on accorde de l'intérêt aux quantités de vin (en nombre de verres) ingérées au cours d'une journée classique chez 49 aidants ayant déclarés des consommations

quotidiennes, presque 15 % d'entre eux présentaient un mésusage de l'alcool avec au minimum un usage à risque mais parfois un usage nocif pour certains, en admettant que tous les consommateurs soient des hommes, selon la définition OMS.

L'usage à risque est défini par des seuils de consommations (1 verre = 10g d'alcool) retenus par l'OMS qui sont les suivants :

- ✓ > 4 verres pour un usage ponctuel
- ✓ > 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (soit 3 verres par jour en moyenne)
- ✓ > 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (soit 2 verres par jour en moyenne).

Si ces aidants avaient été des femmes, plus de 20 % d'entre elles auraient présenté un usage à risque (au delà de 2 verres d'alcool par jour).

Cependant, avec l'avancée en âge et surtout en présence de problèmes de santé, de prise de médicaments ou d'une altération de l'état fonctionnel, de nombreux addictologues et gériatres conseillent de revoir ces seuils de consommation à la baisse :

- ✓ Pas plus de 1 à 2 verres/jour
- ✓ Jamais plus de 3 verres par occasion.

A partir de ces seuils, il existe donc un risque théorique lié à la consommation d'alcool et donc un mésusage et cela concernait alors plus de 20 % de notre échantillon de 49 aidants consommateurs quotidiens de vin (73).

A consommation égale et à poids égal, l'alcoolémie d'un sujet âgé est plus importante que celle d'un sujet plus jeune. Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux effets de l'alcool même si les quantités consommées sont plus faibles que dans les générations plus jeunes. De faibles quantités peuvent être responsables ou aggraver l'ensemble des troubles physiques, psychologiques, cognitifs auxquels les personnes sont confrontées. Les effets peuvent également être renforcés en cas de prise simultanée d'un traitement médical et responsables de iatrogénie majeure (74).

Enfin, si l'on regarde le pourcentage d'ex-consommateurs dans nos deux groupes, ils étaient significativement plus nombreux chez les aidants (5,52 %) que chez les non-aidants (2,56 %). On peut simplement se poser la question d'un choix tout à fait libre d'arrêt des consommations, possiblement motivé par la moindre tolérance de l'alcool liée à l'avancée en âge, ou d'un impératif médical du fait d'une problématique d'usage nocif ou de dépendance

ayant été antérieurement problématique. Du fait de très petits échantillons et de la faible puissance de ces résultats, nous ne pouvons privilégier une hypothèse ou l'autre.

Cette analyse est à pondérer par le fait que l'effectif de patients aidants est de très petite taille. Les données n'étant pas toujours remplies lors de la saisie des antécédents et du mode de vie lors de l'évaluation à l'HDJEFPD, nous pouvons penser que s'il y avait consommation d'alcool, on posait la question du caractère quotidien et les renseignements concernant les quantités étaient remplis. Ceci reste un facteur confondant mais nous pouvons estimer à 32 % environ le nombre patients aidants qui consommaient quotidiennement de l'alcool (49 des 153 aidants inclus).

Malgré tout, dans l'hypothèse d'une consommation à visée anxiolytique, ces résultats vont dans le sens d'une consommation accrue de psychotropes dans la population aidante générale déjà relevée dans la littérature (75). En effet, la consommation d'alcool tout comme celle de benzodiazépines a une action inhibitrice au niveau du cerveau via les récepteurs GABAergiques, responsable d'effets pharmacologiques : anxiolytique, sédatif, hypnotique, amnésiant, myorelaxant et anticonvulsivant bien connus.

V. 1. 5 – Comorbidités :

Concernant les comorbidités, nous n'avons pas le détail des antécédents concernant la catégorie des non-aidants et ne pouvons pas analyser les différences qualitatives entre les antécédents des deux populations.

Néanmoins, l'absence de différence significative entre nos deux groupes nous informe tout de même du caractère comparable des ces populations en terme de comorbidités. L'analyse ne montrait pas de différence significative quant au nombre d'antécédents moyens avec 3,10 chez les aidants et 3,17 antécédents chez les non-aidants ($p > 0,05$).

Chez les aidants, on pouvait voir comme antécédents les plus représentés :

- les affections cardio-vasculaires (HTA, hypercholestérolémie, fibrillation auriculaire, diabète, ...),
- les affections rhumatologiques (ostéoporose, arthrose, douleurs ostéo-articulaires chroniques),
- les néoplasies,

- les troubles dépressifs chez plus de 25 % de nos aidants, sans savoir si c'était toujours une problématique médicale actuelle (nous n'avions pas non plus leurs traitements) ou un antécédent révolu, ni leur chronologie (apparition avant ou après avoir débuter leur activité d'aidant par exemple).

A noter qu'il n'y avait aucun cas recensé de pathologie neurodégénérative dans ce groupe.

V. 2 - Des aidants aussi fragiles que la population générale du même âge :

Nous n'avons malheureusement pas recueilli les données nécessaires sur les formulaires, concernant le détail des critères de Fried, pour nous permettre de voir quels critères de fragilités prédominaient chez les aidants diagnostiqués fragiles. Nous n'avions que la vitesse de marche et le testing de la force musculaire du SPPB. Ceci pourrait faire l'objet d'un nouveau travail afin de permettre d'orienter des actions de prévention en ce sens si un critère de fragilité semblait plus représenté dans la population des sujets aidants.

Il semble cependant possible à ce stade de formuler quelques hypothèses non exhaustives pour expliquer le statut fragile tout aussi fréquent de ces aidants, pourtant plus autonomes, cognitivement et fonctionnellement performants.

Nous pouvons émettre les hypothèses suivantes sur les facteurs favorisant et le mode d'entrée en fragilité :

- Les aidants de plus 65 ans sont des femmes dans plus de $\frac{2}{3}$ des cas nous l'avons vu et qui plus est, relativement âgées dans notre étude (âge moyen de 81,9 ans). Or, nous savons qu'un âge avancé et le sexe féminin représentent des déterminants majeurs de fragilité.

- La consommation de psychotropes, qu'ils soient médicamenteux ou non (alcool consommé à visée anxiolytique notamment dans notre étude), en polymédication ou non, est un facteur de fragilité.

Les aidants sont particulièrement à risque du fait d'une sur-morbidité psychiatrique réelle liée au seul statut d'« aidant ».

Les troubles du sommeil, le stress et l'anxiété, le syndrome d'épuisement et la dépression occupent la position de tête, poussant à la consommation (et bien souvent à une prescription

de notre part) de psychotropes de type benzodiazépines, ayant un rapport bénéfice/risque souvent défavorable chez des aidants âgés avec un risque de chutes, de troubles cognitifs et un sevrage qui devient rapidement problématique (du fait de l'apparition d'une accoutumance avec syndrome de sevrage à l'arrêt brutal mais aussi parce que ce sont des molécules très efficaces sur les manifestations d'angoisse ressenties par le patient, ce qui les incite naturellement à en consommer pour se sentir mieux).

De ce fait l'usage à risque d'alcool et la consommation de psychotropes au long cours pourraient être liés à l'entrée en fragilité à la fois en étant une cause directe mais également indirectement en étant le reflet fréquent d'une forte souffrance psychique de l'aidant. Il existe déjà des travaux dont les résultats vont en ce sens (76).

- Par un critère de Fried pur et dur : la fatigue ressentie.

La fatigue morale et le stress sont ressentis par les trois quarts des aidants principaux, parmi ceux déclarant des conséquences négatives sur leur bien-être ; la fatigue physique étant, quant à elle, ressentie par moins de la moitié d'entre eux allant parfois jusqu'au surmenage (10). Nous pouvons donc faire l'hypothèse qu'avec l'avancée en âge, les capacités de résistance au surmenage sont amoindries. Nous pouvons aussi supposer que le concept de fragilité tel qu'il est appliqué actuellement, selon la définition de Fried, ne parvient pas à prendre en compte la "fragilité morale" prédominante chez ces patients aidants, car il n'a pas été élaboré avec cette population particulière pour cible. En ce sens, du fait du caractère évolutif du concept de fragilité, on pourrait même imaginer, si d'autres études allaient en ce sens, que le simple fait de cocher « aidant » sur les formulaires de l'HDJFDP soit un jour considéré comme un critère de fragilité, au même titre que la fatigue.

- Nous savons également que la prise en charge d'un tiers dépendant peut mener à des complications somatiques telles que les maladies cardio-vasculaires (77), comme psychiques, notamment par l'apparition d'un syndrome d'épuisement, ayant lui même des complications graves (augmentation d'incidence des dépressions, augmentation du risque suicidaire avec un ratio tentative de suicide/suicide réussi proche de 1 dans cette population âgée).

De plus, sans parler des précédentes complications, un aidant peut très bien présenter des antécédents médicaux qui déjà le rendent susceptible à la fragilité, directement, ou du fait d'une iatrogénie.... Il reste sur ce point un sujet âgé comme les autres.

- Enfin, la dernière de nos hypothèses, mais non la moindre, concerne celle d'un lien de causalité entre la sensation de fardeau éprouvée par un aidant informel et une susceptibilité à devenir fragile plus rapidement. C'est une hypothèse qui méritera d'être testée dans de futurs travaux de recherche.

Dans notre travail, la recherche d'un lien entre le fardeau des aidants et leur statut fragile n'a pas pu être étudiée du fait d'un trop faible nombre de questionnaires de Zarit remplis lors de la primo-évaluation réalisée en hospitalisation de jour. L'objectif n'a donc pas été retenu. Les résultats n'auraient pas été représentatifs de la population des aidants adressés. Ce sera cependant une piste majeure à explorer dans un travail ultérieur avec la base de données de l'HDJEFPD.

De plus, améliorer le diagnostic de ce syndrome d'épuisement chez le proche aidant par le biais d'auto-questionnaires permettrait, dans le cadre standardisé d'une hospitalisation de jour ou d'une consultation dédiée, de prendre en charge plus précocement les complications associées au fardeau déjà connues dans la littérature. Dans cette optique, une telle prise en charge à toute sa place dans le bilan réalisé au sein de l'unité de l'HDJEFPD.

V. 3 – Forces et limites de l'étude :

V. 3. 1 - Les points forts :

Premièrement, la population des aidants commence à être bien décrite.

La spécificité ici relève du caractère gériatrique des aidants, pour lesquels on relève des problématiques propres au statut d'aidant associées à celles liées à l'âge, partagées par l'ensemble de la population de cette tranche d'âge. Notre population d'aidants était bien représentative de la population source constituée de l'ensemble des patients évalués sur la plate-forme, avec des caractéristiques identiques concernant l'âge, les comorbidités et le statut de « fragilité » notamment.

Le sujet portant sur les aidants naturels exerce un fort impact médical mais aussi socio-économique car nous l'avons vu, les aidants informels apportent la grand majorité de l'ensemble des aides (formelles/ professionnelles et informelles/ naturelles) présentes au domicile des patients dépendants. En ce sens, sa valeur économique est grande : comment remplacerait-on tous ces aidants naturels dans les domiciles s'ils s'épuisaient ou se fragilisaient ? Avec quels professionnels ? Avec quel argent formerait-on et payerait-on ces aides formelles ? Notre question permet aussi de mettre en lumière les valeurs morales et humaines, l'accomplissement que chacun peut trouver au sein d'une relation d'aide et de rappeler leur importance au sein de la société qui aurait parfois tendance à l'oublier.

Notre travail est une étude comparative, ce qui nous permet de décrire une population d'aidants tout en la comparant à la population générale du même âge. Des résultats intéressants voire surprenants ont pu sortir de cette étude afin d'ouvrir de nouvelles pistes de recherche et ce, avec un échantillon élevé de 8,9 % d'aidants donnant une bonne puissance statistique à notre travail.

A partir de nos résultats sur les caractéristiques des aidants naturels, des travaux de recherche ultérieurs pourront être menés au sein du même service, du fait de la base de données considérable qu'offre l'HDJEFPD.

V. 3. 2 -Les limites :

Comme il en est discuté plus haut, il existe un biais de sélection des patients qui restent quand même « orientés » vers l'HDJEFPD. De ce fait, des médecins pour la plupart, auront d'avantage orienté des sujets qui leur semblaient à risque d'être fragiles (donc possiblement déjà fragiles) plutôt que des sujets plus jeunes et/ou semblant plus robustes. Ce biais de recrutement explique aussi en partie la grande différence d'âge moyen entre nos patients aidants inclus et les aidants, y compris âgés, en population réelle ainsi que la forte représentation du sexe masculin au sein de notre population d'aidant.

De plus, du fait d'âges moyens similaires, nous sommes partis du principe que les patients de nos deux groupes étaient comparables, pour conclure par exemple que les aidants avaient des fonctions cognitives plus performantes que les non-aidants. L'utilisation de co-variables durant l'analyse nous aurait permis de tenir compte de certains facteurs de confusion. Enfin, l'utilisation d'une méthodologie avec une stratégie d'appariement en amont de l'analyse ou de stratification durant l'analyse selon des variables telles le sexe, l'âge, le niveau d'étude dans notre méthodologie aurait pu donner plus de puissance à nos résultats en réduisant le biais de confusion (par exemple sur le sexe, pour l'analyse des performances au SPPB).

Une autre des limites de notre travail est la présence de données manquantes pour certaines variables, diminuant la taille de l'échantillon lors des analyses et donc la puissance de notre étude, bien que l'échantillon de travail recueilli sur plus de 2 ans reste significatif.

Notre étude présente un biais de classement possible car l'enquête initiale était déclarative. En effet les patients inclus ont répondu ce qu'ils souhaitaient aux questions (notamment sur leurs antécédents, leur consommation présumée de médicaments, de vin...). Nous n'avons aucun moyen performant de vérifier les informations données avec un biais de déclaration possible.

Il y a eu un changement de méthodologie notamment dans le mode de recueil et de saisie des données au cours de la période d'inclusion avec un impact difficile à évaluer sur la puissance de l'étude.

VI - CONCLUSION :

Ce travail de recherche a permis de mieux caractériser une population de 153 sujets identifiés comme étant "aidant naturel ou informel" d'une autre personne, reçus pour une primo-évaluation à l'Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance du Gérontopôle de Toulouse, sur une période de 28 mois et de la comparer à la population globale de 1711 de sujets admis dans cette unité sur cette même période.

Il s'avère que ces sujets aidants avaient des caractéristiques un peu différentes de celle de la patientèle générale de l'unité. S'ils avaient le même âge en moyenne (81,9 ans) et le même niveau de comorbidités, les hommes étaient statistiquement plus représentés dans le groupe aidants que dans celui non-aidants (respectivement 43,14 % versus 32,64%). Les sujets inclus étaient malgré tout principalement des femmes dans les deux groupes. Les sujets aidants étaient plus autonomes avec de meilleures aptitudes physiques et fonctionnelles (sur les échelles ADL, IADL et sur le SPPB), moins altérés cognitivement (sur le MMSE) et moins dénutris (sur le MNA). Leur consommation d'alcool était plus importante que celle des non aidants.

Néanmoins, il s'est avéré que cette population d'aidants ne présentait pas de « fragilité » plus élevée sur les critères de Fried, contrairement à l'hypothèse de départ. En effet 47,71% des aidants étaient fragiles contre 55,09% des non-aidants, sans qu'une différence significative puisse être mise en évidence.

Ceci nous a conduit à soulever deux hypothèses. La première était que le statut d'aidant n'est pas un facteur d'entrée dans la "fragilité" et donc qu'une structure du type de l'HDJEFPD ne s'adresse pas spécifiquement à ces personnes, car elle ne peut répondre à leur problématique spécifique. Le deuxième postulat, vers lequel nous penchons, serait que le concept actuel de fragilité tel que décrit par Fried ne parvient pas à prendre en compte la "fragilité morale" alors même qu'elle est bien réelle et délétère pour la santé des aidants comme cela est décrit dans la littérature. Le statut d'aidant est en effet présenté comme pouvant être source de stress, de fatigue et d'épuisement. La consommation accrue d'alcool ou de psychotropes, que nous n'avons pas étudiée ici mais qui pourrait faire l'objet de travaux ultérieurs, est parfois le reflet du mal-être moral.

C'est chercher à dépister puis estimer le niveau de cette fragilité morale au sein d'une telle structure de soin, l'HDJEFPD, qui nous paraît être un axe d'étude important à l'avenir car les patients en situation de fragilisation psychologique ou morale sont probablement

nombreux et les solutions que nous leur apportons dans de telles unités certainement perfectibles. Il s'agit en tous les cas d'une question de santé publique.

La connaissance du statut d'aidant et de ses particularités reste toutefois une première étape essentielle à mettre en œuvre dans une patientèle gériatrique ambulatoire, dans une idée de dépistage du sentiment de fardeau et de prévention de l'épuisement. Ce travail aura également permis de faire évoluer la prise en charge des aidants par les professionnels de santé de l'unité, les aidants étant vus le jour de leur venue, comme des sujets standard "à risque de fragilité" à part entière.

D'autres analyses seront possibles, dans les données de l'HDJEFDP, pour mieux caractériser cette population (thérapeutiques, qualité de vie, humeur) et mieux comprendre ce qui la différencie de la patientèle générale, afin de développer des actions qui leur soient spécifiquement dédiées, dans une idée de prévention de l'épuisement.

Pour conclure, la prise en charge d'un patient gériatrique devrait, nous semble-t-il, tenir compte de son statut éventuel d'aidant, pour répondre aux besoins spécifiques de cette population, croissante en France.

Toulouse, le 28/09/18
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



Vu le 27/09/18
F. Nurhashemi
Professeur Fati NOURHASHEMI
Médecine Interne et Gériatrie Clinique
Cité de la santé - Gériatopôle
20, rue du Pont Saint-Pierre
TSA 60033
31059 TOULOUSE CEDEX 9

REFERENCES :

1. Berr C, Balard F, Blain H, Robine J-M. [How to define old age: successful aging and/or longevity]. *Med Sci MS*. mars 2012;28(3):281-7.
2. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2015. *État Santé*. 2015;326.
3. Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906668?sommaire=1906743>
4. Espérance de vie, DRESS, janvier 2018 [Internet]. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1046_-_esperance_de_vie.pdf
5. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2017 [Internet]. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/17-09_cnsa_chiffrescles_2017_exe2_bd.pdf
6. Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projection des populations âgées dépendantes. 2013;28.
7. Boisson L. Anne-Laure Gallay, Directrice des études institutionnelles. 2017;43.
8. Baromètre - Fondation APRIL [Internet]. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.fondation-april.org/barometre-fondation-april>
9. Les enquêtes Handicap-Santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/handicap-et-dependance/article/les-enquetes-handicap-sante>
10. Ilinca S, Calciolari S. The patterns of health care utilization by elderly Europeans: frailty and its implications for health systems. *Health Serv Res*. févr 2015;50(1):305-20.
11. Vellas B, Cestac P, Moley JE. Implementing frailty into clinical practice: we cannot wait. *J Nutr Health Aging*. juill 2012;16(7):599-600.
12. Grintzali G, Vontetsianos A, Gennimata D, Kampolis CF, Papakyriakou D, Boskou G. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing: The Case of the Greek EIP on AHA Network. *Int J Reliab Qual E-Healthc*. juill 2017;6(3):41-51.
13. 1,24 million de personnes âgées dépendantes [Internet]. Centre d'observation de la société. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.observationsociete.fr/ages/seniors/14-million-de-personnes-agees-dependantes.html>
14. Les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale [Internet]. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.strategie.gouv.fr/publications/perspectives-de-financement-moyen-long-terme-regimes-de-protection-sociale>
15. Fried TR, Bradley EH, Williams CS, Tinetti ME. Functional Disability and Health Care Expenditures for Older Persons. *Arch Intern Med*. 26 nov 2001;161(21):2602-7.
16. Sirven N, Rapp T. Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français. 2016;32.

17. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
18. Soullier N. Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie. :8.
19. Americans I of M (US) C on the FHCW for O. Introduction [Internet]. National Academies Press (US); 2008 [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215395/>
20. National Alliance for Caregiving. Caregiving in the U.S. 2009 [Internet]. AARP Research; 2009 déc [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: https://www.aarp.org/research/topics/care/info-2014/caregiving_09.html
21. Les aides et les aidants des personnes âgées. 2001;12.
22. recommandation_maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels.pdf
23. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. JAMA. 12 mars 2014;311(10):1052-60.
24. Soullier N. Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie. :8.
25. plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf
26. bibliographie_soutien_aux_aidants_non_professionnels.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/bibliographie_soutien_aux_aidants_non_professionnels.pdf
27. Décret n°2005-1588 du 19 décembre 2005 relatif à la prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). | Legifrance [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006052891>
28. Décret n° 2011-844 du 15 juillet 2011 relatif à la formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux et aux actions de formation dans les établissements mentionnés à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles qui ont conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12 du même code | Legifrance [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000024365850&dateTexte=20180718>
29. Isabelle L-P. Haute Autorité de santé. 2018;4.
30. Boutoleau-Bretonnière C, Vercelletto M. Fardeau de l'aidant dans la pathologie démentielle : lien avec les activités de la vie quotidienne et les troubles psycho-comportementaux. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 déc 2009;7(1):15-20.
31. Phd RS, Beach SR. ORIGINAL CONTRIBUTION Caregiving as a Risk Factor for Mortality The Caregiver Health Effects Study.

32. Help Wanted? - Providing and Paying for Long-Term Care - en - OECD [Internet]. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/els/health-systems/help-wanted-9789264097759-en.htm>
33. Dauphinot V, Delphin-Combe F, Mouchoux C, Dorey A, Bathsavanis A, Makaroff Z, et al. Risk factors of caregiver burden among patients with Alzheimer's disease or related disorders: a cross-sectional study. *J Alzheimers Dis JAD*. 2015;44(3):907-16.
34. Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, et al. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA*. 24 avr 2002;287(16):2090-7.
35. Richardson TJ, Lee SJ, Berg-Weger M, Grossberg GT. Caregiver health: health of caregivers of Alzheimer's and other dementia patients. *Curr Psychiatry Rep*. juill 2013;15(7):367.
36. [Burden experienced by informal caregivers assisting Alzheimer's patients in the REAL.FR study]. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 20 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14710456>
37. Hébert R, Bravo G, Prévile M. Reliability, Validity and Reference Values of the Zarit Burden Interview for Assessing Informal Caregivers of Community-Dwelling Older Persons with Dementia*. *Can J Aging Rev Can Vieil*. janv 2000;19(4):494-507.
38. Grant M, Sun V, Fujinami R, Sidhu R, Otis-Green S, Juarez G, et al. Family Caregiver Burden, Skills Preparedness, and Quality of Life in Non-Small-Cell Lung Cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1 juill 2013;40(4):337-46.
39. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*. déc 1980;20(6):649-55.
40. Évaluation du fardeau des aidants naturels : propriétés de la version française du brief burden interview assessment of caregiver's burden : properties of the french version of the brief burden interview [Internet]. [cité 20 sept 2018]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/271444731_EVALUATION_DU_FARDEAU_DES_AIDANTS_NATURELS_PROPRIETES_DE_LA_VERSION_FRANCAISE_DU_BRIEF_BURDEN_INTERVIEW_ASSESSMENT_OF_CAREGIVER'S_BURDEN_PROPERTIES_OF_THE_FRENCH_VERSION_OF_THE_BRIEF_BURDEN_INTERVIEW
41. Michel J-P. Key-words: aging, prevention, sarcopenia, frailty, functional dependency. 2014;20.
42. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. juin 2013;14(6):392-7.
43. Lee L, Heckman G, Molnar FJ. Frailty. *Can Fam Physician*. mars 2015;61(3):227-31.
44. Daniels R, van Rossum E, de Witte L, Kempen GIJM, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 30 déc 2008;8:278.
45. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet Lond Engl*. 2 mars 2013;381(9868):752-62.

46. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2011;9(4):387-90.
47. Sirven N, Bourgueil Y, Université de Paris 5 L interdisciplinaire de recherche appliquée en économie de la santé (LIRAES), Séminaire (, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. La prévention de la perte d'autonomie la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives: Actes du séminaire organisé par le Liraes (EA 4470) Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes, à Paris les 6-7 mars 2014 [Internet]. Paris: Irdes; 2016 [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/563-la-prevention-de-la-perte-d-autonomie-la-fragilite-en-questions.pdf>
48. Rockwood K, Andrew M, Mitnitski A. A Comparison of Two Approaches to Measuring Frailty in Elderly People. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 juill 2007;62(7):738-43.
49. Sirven N. Fragilité et prévention de la perte d'autonomie. :6.
50. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
51. Bouillon K, Kivimaki M, Hamer M, Sabia S, Fransson EI, Singh-Manoux A, et al. Measures of frailty in population-based studies: an overview. *BMC Geriatr*. 21 juin 2013;13:64.
52. Lee I-C, Chiu Y-H, Lee C-Y. Exploration of the importance of geriatric frailty on health-related quality of life. *Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc*. nov 2016;16(6):368-75.
53. Ensrud KE, Ewing SK, Cawthon PM, Fink HA, Taylor BC, Cauley JA, et al. A comparison of frailty indexes for the prediction of falls, disability, fractures, and mortality in older men. *J Am Geriatr Soc*. mars 2009;57(3):492-8.
54. Yeolekar ME, Sukumaran S. Frailty Syndrome: A Review. *J Assoc Physicians India*. nov 2014;62(11):34-8.
55. Cherubini A, Demougeot L, Jentoft AC, Curgunlu A, Roberts H, Sayer AA, et al. Validation of the gérontopôle frailty screening tool to detect frailty in primary care. 2015.
56. Demougeot L, van Kan GA, Vellas B, de Souto Barreto P. Frailty Detection with the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). *J Frailty Aging*. 2013;2(3):150-2.
57. Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
58. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B, Platform Team. The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the Gérontopôle. *J Nutr Health Aging*. août 2012;16(8):714-20.
59. Tavassoli N, Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Sourdet S, Krams T, Soto ME, et al. Description of 1,108 older patients referred by their physician to the « Geriatric Frailty

Clinic (G.F.C) for Assessment of Frailty and Prevention of Disability » at the gerontopole. J Nutr Health Aging. mai 2014;18(5):457-64.

60. Cesari M. The multidimensionality of frailty: many faces of one single dice. J Nutr Health Aging. août 2011;15(8):663-4.
61. Folstein MF, Robins LN, Helzer JE. The Mini-Mental State Examination. Arch Gen Psychiatry. juill 1983;40(7):812.
62. Juva K, Sulkava R, Erkinjuntti T, Ylikoski R, Valvanne J, Tilvis R. Usefulness of the Clinical Dementia Rating scale in screening for dementia. Int Psychogeriatr. 1995;7(1):17-24.
63. Buschke H, Kuslansky G, Katz M, Stewart WF, Sliwinski MJ, Eckholdt HM, et al. Screening for dementia with the memory impairment screen. Neurology. 15 janv 1999;52(2):231-8.
64. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol. mars 1994;49(2):M85-94.
65. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Benaïm D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutr Burbank Los Angel Cty Calif. févr 1999;15(2):116-22.
66. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. the index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 21 sept 1963;185:914-9.
67. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
68. Population par sexe et groupe d'âges en 2018 | Insee [Internet]. [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
69. Espérance de vie en 2016 | Insee [Internet]. [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749>
70. maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels_-_synthese.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels_-_synthese.pdf
71. Haute Autorité de Santé - Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile [Internet]. [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835782/fr/le-soutien-des-aidants-non-professionnels-une-recommandation-a-destination-des-professionnels-du-secteur-social-et-medico-social-pour-soutenir-les-aidants-de-personnes-agees-adultes-handicapees-ou-souffrant-de-maladie-chronique-vivant-a-domicile

72. Plaidoyer – Je t’Aide [Internet]. [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.associationjetaide.org/plaidoyer/>
73. RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
74. Prise en charge du risque alcool chez la personne âgée, ANPAA 59 et 62, 2014 [Internet]. [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: http://www.anpaa5962.org/_docs/Fichier/2014/6-140711034500.pdf
75. LIT Verlag Berlin-Münster-Wien-Zürich-London [Internet]. [cité 21 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.lit-verlag.de/isbn/3-8258-9121-6>
76. Girard P. Consommation de psychotropes chez l’aidant naturel du patient dément [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1526/>
77. Von Känel R, Ancoli-Israel S, Dimsdale JE, Mills PJ, Mausbach BT, Ziegler MG, et al. Sleep and Biomarkers of Atherosclerosis in Elderly Alzheimer Caregivers and Controls. *Gerontology*. janv 2010;56(1):41-50.

LA GRILLE AGGIR

LA GRILLE AGGIR CLASSE LES PERSONNES EN 6 NIVEAUX DE DEPENDANCE

<ul style="list-style-type: none">• GIR 1	<ul style="list-style-type: none">• le groupe iso-ressources 1 comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants
<ul style="list-style-type: none">• GIR 2	<ul style="list-style-type: none">• le groupe iso-ressources 2 concerne les 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. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
<ul style="list-style-type: none">• GIR 3	<ul style="list-style-type: none">• le groupe iso-ressources 3 réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.
<ul style="list-style-type: none">• GIR 4	<ul style="list-style-type: none">• le groupe iso-ressources 4 intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
<ul style="list-style-type: none">• GIR 5	<ul style="list-style-type: none">• le groupe iso-ressources 5 comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
<ul style="list-style-type: none">• GIR 6	<ul style="list-style-type: none">• le groupe iso-ressources 6 réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Annexe n°2 : Groupes Iso-Ressources (GIR)

Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

Cotation :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = quelquefois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque toujours

À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4

La revue du Gériatrie, Tome 26, N°4 AVRIL 2001

Annexe n°3 : Grille de Zarit d'évaluation du fardeau

Personne à prévenir pour le RDV :
 Nom :
 Lien de parenté :
 Tél :
 Nom du médecin traitant :
 Tél :
 Email :
 Nom du médecin prescripteur :
 Tél :



Informations patient
 Nom :
 Nom de jeune fille :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Tél :
 Adresse :

PROGRAMMATION HOPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITES ET DE PREVENTION DE LA DEPENDANCE

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

REPERAGE

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile: OUI NON

Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

PROGRAMMATION

Dépistage réalisé le : _____

Rendez-vous programmé le : _____

Médecin traitant informé OUI NON

Pour la prise de rendez-vous :

Contactez le 05.61.77.79.29 (ou e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr)

Faxer la fiche au 05.61.77.79.27 et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).

Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.

Annexe n°4 : Gérontopôle Frailty Screening Tool

EVALUATION DE LA FRAGILITE

CRITERES DE FRIED

A – Perte de poids involontaire

« Au cours de l'année passée, avez-vous perdu plus de 4,5 kg involontairement (c'est-à-dire sans avoir suivi de régime ni fait du sport en vue de perdre du poids) ? » ₁ oui ₀ non

B – Epuisement subjectif

La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti l'état suivant ? « *Tout ce que j'ai fait m'a demandé un effort.* » ₁ Rarement (< 1 jour) ₂ Parfois (1-2 jours) ₃ Souvent (3-4 jours) ₄ La plupart du temps

La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti l'état suivant ? « *Je ne pouvais pas aller de l'avant.* »

₁ Rarement (< 1 jour) ₂ Parfois (1-2 jours) ₃ Souvent (3-4 jours) ₄ La plupart du temps

C – Force de la poignée de main (dynamomètre)

_____ kg

D – Vitesse de marche sur une distance de 4 mètres

Temps de marche sur 4 m : |__| |__|, |__| |__| soit vitesse de marche : |__|, |__| |__| m/s

E – Activité Physique

Quel est votre niveau actuel d'activité physique ?

- ₁ Aucune activité physique (alité)
- ₂ Plutôt sédentaire, quelques courtes promenades ou autres activités physiques d'intensité très légères
- ₃ Exercice physique d'intensité légère (promenades, danse, pêche ou chasse, courses sans voiture, ...) au moins 2 à 4 heures par semaine
- ₄ Exercice physique d'intensité modérée (jogging, marche en montée, natation, jardinage, vélo, ...) pendant 1 à 2 heures par semaine, ou exercice d'intensité légère (promenades, danse, pêche ou chasse, courses sans voiture...) supérieure à 4 heures par semaine
- ₅ Exercice physique d'intensité modérée de plus de 3 heures par semaine
- ₆ Exercice physique intense plusieurs fois par semaine

SCORE TOTAL : _____/5

Annexe n°5 : Évaluation de la fragilité : les critères de Fried

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)

Etiquette du patient

Date :

Évalué(e) par :

Niveau socio-culturel

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

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

- | | | | |
|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !Oou1! | 4. Quel jour du mois ? | !Oou1! |
| 2. en quelle saison ? | !___! | 5. Quel jour de la semaine ? | !___! |
| 3. en quel mois ? | !___! | | |

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

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

APPRENTISSAGE

☞ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 11. Cigare | ou | [citron | ou | [fauteuil | !___! |
| 12. fleur | | [clé | | [tulipe | !___! |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | !___! |

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

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

- | | |
|--------|-------|
| 14. 93 | !___! |
| 15. 86 | !___! |
| 16. 79 | !___! |
| 17. 72 | !___! |
| 18. 65 | !___! |

☞ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

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

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 19. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 20. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | !___! |

LANGAGE

- | | |
|--|-------|
| 22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon. | !___! |
| 23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre | !___! |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | !___! |

☞ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

- | | |
|---|-------|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | !___! |
| 26. Pliez-la en deux. | !___! |
| 27. et jetez-la par terre ». | !___! |

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

- | | |
|---------------------------------|-------|
| 28. «faites ce qui est écrit ». | !___! |
|---------------------------------|-------|

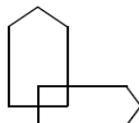
☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- | | |
|---|-------|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | !___! |
|---|-------|

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- | | |
|---|-------|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | !___! |
|---|-------|

**SCORE TOTAL (0 à 30) !___!**

Service de Gérontologie – 10 décembre 2007.

1/2

Annexe n°6 : Mini Mental State Examination (MMSE)

EVALUATION PHYSIQUE

SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)

	Chronométrage	Temps en seconde	Score
Vitesse de marche (test sur 4 m)	Temps (secondes) _ , _ _	Non réalisable	0
		> 8.70 sec	1
		6.21-8.70 sec	2
		4.82-6.20 sec	3
		< 4.82 sec	4
Se lever 5 fois d'une chaise	Temps (secondes) _ _ , _ -	Non réalisable	0
		≥ 16"7	1
		13"7 – 16"6	2
		11"2 – 13"6	3
		≤ 11"1	4
Tests d'équilibre	Equilibre pieds joints non maintenu 10 secondes		0
	Equilibre pieds joints maintenus 10 secondes Mais l'équilibre en semi tandem ne peut être maintenu 10 secondes		1
	Equilibre semi tandem maintenu 10 secondes Mais incapacité à conserver l'équilibre en position tandem plus de 2 secondes		2
	Equilibre en position tandem maintenu de 3 à 9 secondes		3
	L'équilibre en position tandem est maintenu 10 secondes		4
SCORE TOTAL			(...../ 12)

10 à 12 Bonnes performances

7 à 9 Performances Moyennes

0 à 6 Performances faibles

Annexe n°7 : Short Physical Performance Battery (SPPB)

Nom :		Prénom :		
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

- A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?**
 0 = baisse sévère des prises alimentaires
 1 = légère baisse des prises alimentaires
 2 = pas de baisse des prises alimentaires
- B Perte récente de poids (<3 mois)**
 0 = perte de poids > 3 kg
 1 = ne sait pas
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
 3 = pas de perte de poids
- C Motricité**
 0 = au lit ou au fauteuil
 1 = autonome à l'intérieur
 2 = sort du domicile
- D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?**
 0 = oui 2 = non
- E Problèmes neuropsychologiques**
 0 = démence ou dépression sévère
 1 = démence légère
 2 = pas de problème psychologique
- F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²**
 0 = IMC <19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total max. 14 points)

12-14 points: état nutritionnel normal
 8-11 points: à risque de dénutrition
 0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

- G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?**
 1 = oui 0 = non
- H Prend plus de 3 médicaments par jour ?**
 0 = oui 1 = non
- I Escarres ou plaies cutanées ?**
 0 = oui 1 = non

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

- J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?**
 0 = 1 repas
 1 = 2 repas
 2 = 3 repas

- K Consomme-t-il ?**
- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
 - Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui non
 - Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille . . . oui non
- 0,0 = si 0 ou 1 oui
 0,5 = si 2 oui
 1,0 = si 3 oui

- L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?**
 0 = non 1 = oui

- M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)**
 0,0 = moins de 3 verres
 0,5 = de 3 à 5 verres
 1,0 = plus de 5 verres

- N Manière de se nourrir**
 0 = nécessite une assistance
 1 = se nourrit seul avec difficulté
 2 = se nourrit seul sans difficulté

- O Le patient se considère-t-il bien nourri ?**
 0 = se considère comme dénutri
 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

- P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?**
 0,0 = moins bonne
 0,5 = ne sait pas
 1,0 = aussi bonne
 2,0 = meilleure

- Q Circonférence brachiale (CB en cm)**
 0,0 = CB < 21
 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
 1,0 = CB > 22

- R Circonférence du mollet (CM en cm)**
 0 = CM < 31
 1 = CM ≥ 31

Évaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points état nutritionnel normal
 de 17 à 23,5 points risque de malnutrition
 moins de 17 points mauvais état nutritionnel

Annexe n°8 : Mini Nutritionnal Assesment (MNA)

Tableau de l'Indice de Masse Corporelle pour les personnes âgées (65 ans et plus)

Taille (pieds et pouces)

	4'11"	5'0"	5'1"	5'2"	5'3"	5'4"	5'5"	5'6"	5'7"	5'8"	5'9"	5'10"	5'11"	6'0"	6'1"	6'2"	6'3"	
45	20	20	19	18	18	17	17	16	16	15	15	14	14	14	13	13	13	100
48	21	21	20	19	19	18	17	17	16	16	16	15	15	14	14	14	13	105
50	22	22	21	20	20	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15	14	14	110
52	23	23	22	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	14	115
55	24	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	120
57	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18	17	17	17	16	16	125
59	26	25	25	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16	130
61	27	26	26	25	24	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	135
64	28	27	26	26	24	24	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	18	140
66	29	28	27	27	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	19	18	145
68	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19	19	150
70	31	30	29	28	28	27	26	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19	155
73	32	31	30	29	28	28	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20	160
75	33	32	31	30	29	28	28	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	165
77	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	170
80	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	23	22	175
82	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	23	180
84	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	185
86	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	190
89	39	38	37	36	35	34	32	32	31	30	29	28	27	26	26	25	24	195
91	40	39	38	37	35	34	33	32	31	31	30	29	28	27	26	26	25	200
93	41	40	39	38	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	26	205
95	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	210
98	43	42	41	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	27	215
100	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	220
102	45	44	43	41	40	39	37	36	35	34	33	32	31	31	30	29	28	225
105	47	45	44	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	30	29	230
107	48	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	234
109	48	47	45	44	43	41	40	39	38	37	35	34	34	33	32	31	30	240
111	49	48	46	45	43	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	32	31	245
114	51	49	48	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	32	250
	150	152.5	155	157.5	160	162.5	165	167.5	170	172.5	175	177.5	180	182.5	185	188	190	

- 0 = IMC < 19
- 3 = IMC = 23 ou plus
- 1 = IMC = 19 à IMC < 21
- IMC = 21 à IMC < 23

Ce tableau abrégé de l'IMC vous est fourni par commodité pour vous aider à compléter le MNA®. Il est conforme pour le MNA®. Dans certains cas, le calcul de l'IMC peut conduire à une mesure plus précise de l'IMC.

Annexe n°9 : Tableau de l'Indice de Masse Corporelle pour les personnes âgées

EVALUATION FONCTIONNELLE

ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL)

Hygiène Corporelle

Autonomie <input type="checkbox"/> ₁	Aide partielle <input type="checkbox"/> _{0,5}	Dépendant <input type="checkbox"/> ₀
--	---	--

Habillage

Autonomie pour le choix des vêtements et de l'habillement <input type="checkbox"/> ₁	Autonomie pour le choix des vêtements et de l'habillement, mais besoin d'aide pour se chausser <input type="checkbox"/> _{0,5}	Dépendant <input type="checkbox"/> ₀
--	---	--

Toilettes

Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite <input type="checkbox"/> ₁	Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour s'habiller ou se déshabiller <input type="checkbox"/> _{0,5}	Ne peut aller aux toilettes seul <input type="checkbox"/> ₀
---	--	---

Locomotion

Autonomie <input type="checkbox"/> ₁	A besoin d'aide <input type="checkbox"/> _{0,5}	Grabataire <input type="checkbox"/> ₀
--	--	---

Contenance

Continent <input type="checkbox"/> ₁	Incontinence occasionnelle <input type="checkbox"/> _{0,5}	Incontinent <input type="checkbox"/> ₀
--	---	--

Repas

Mange seul <input type="checkbox"/> ₁	Aide pour couper la viande, peler les fruits <input type="checkbox"/> _{0,5}	Dépendant <input type="checkbox"/> ₀
---	---	--

SCORE TOTAL : _____ / 6

Annexe n°10 : Echelle d'autonomie ADL (Activities of Daily Living)

IADL: INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (Echelle de LAWTON)

Evaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne

1. Aptitude à utiliser le téléphone		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
1. Se sert normalement du téléphone	1	
2. Compose quelques numéros très connus	1	
3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
4. N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
5. Incapable d'utiliser le téléphone	0	
2. Courses		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
1. Fait les courses	1	
2. Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats)	0	
3. Doit être accompagné pour faire ses courses	0	
4. Complètement incapable de faire ses courses	0	
3. Préparation des aliments		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
0. Non applicable, n'a jamais préparé de repas		
1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1	
2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0	
3. Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas	0	
4. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir	0	
4. Entretien ménager		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
0. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères		
1. Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1	
2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que faire les lits, laver la vaisselle	1	
3. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal	1	
4. A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager	1	
5. Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0	
5. Blanchisserie		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
0. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie		
1. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1	
2. Lave des petits articles (chaussettes, bas)	1	
3. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0	
6. Moyens de transport		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
1. Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	
2. Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	1	
3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1	
4. Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0	
7. Responsabilité à l'égard de son traitement		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
1. Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1	
2. Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance	0	
3. Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l'avance	0	
8. Aptitude à manipuler l'argent		Commentaires
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		
0. Non applicable, n'a jamais manipulé d'argent		
1. Gère ses finances de façon autonome	1	
2. Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1	
3. Incapable de manipuler l'argent	0	
Total score IADL/ 8	
Nombre items non applicables/ 8	

Annexe n°11 : Echelle d'autonomie IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

AUTEUR : Baptiste BRUNEL

TITRE : Étude descriptive comparative d'une population d'aidants naturels adressés à l'Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance du Gérontopôle toulousain.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Hélène VILLARS

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : à Toulouse, le 22 Octobre 2018

Introduction : En France, un quart des 11 millions d'aidants naturels recensés est âgé de 65 ans ou plus : outre les problématiques médicales inhérentes à cette tranche d'âge, nous suspectons que leur position d'aidant naturel les fragilise d'avantage. **Objectif :** Décrire et comparer le profil des patients aidants naturels au reste de la population globale des sujets âgés adressés pour primo-évaluation à l'Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance. **Matériel et méthode :** Étude observationnelle descriptive rétrospective monocentrique d'une population de patients âgés de plus de 65 ans, primo-évalués à l'HDJEPD entre janvier 2016 et mai 2018, dont une partie s'était déclarée aidant informel. **Résultats :** 1711 patients ont été inclus : 153 dans le groupe « aidants » et 1558 chez les « non-aidants ». S'ils avaient le même âge en moyenne (81,9 vs 82,7 ans) et le même niveau de comorbidités, les hommes étaient plus représentés chez les aidants que chez les non-aidants (43,14 % versus 32,64%, $p=0,009$). Les sujets inclus étaient principalement des femmes dans les deux groupes (56,86 % versus 67,36 %, $p=0,009$). Les sujets aidants étaient plus autonomes avec de meilleures aptitudes fonctionnelles sur les échelles ADL (score moyen de 5,72 versus 5,39) et IADL (score moyen 6,39 versus 5,24, $p<0,001$) et physiques sur le SPPB (52,29 % de bonnes performances contre 33,1 %, $p=0,001$), moins altérés cognitivement sur le MMSE (score moyen de 26,18 versus 23,57, $p<0,001$) et moins dénutris sur le MNA (69,93 % de non-dénutris versus 55,73 % chez les non-aidants, $p=0,001$). Leur consommation d'alcool était plus importante (présente chez 46,21 % versus 34,05 %, $p=0,001$). Néanmoins, les aidants fragiles n'étaient pas significativement plus nombreux sur les critères de Fried (47,71% versus 55,09% de non-aidants fragiles, $p>0,05$). **Conclusion :** Les aidants sont plus autonomes, moins altérés cognitivement et dénutris que la population du même âge. Notre travail n'a pas permis de prouver qu'ils étaient plus fragiles, à l'instar de notre hypothèse de départ, sans montrer l'inverse. En supposant que le concept actuel de fragilité ne tient pas compte de la « fatigue morale », bien réelle et de forte prévalence chez ses sujets âgés aidants, il serait intéressant de réaliser des travaux ultérieurs visant à l'étudier afin de pouvoir proposer son dépistage sur des structures de prévention similaires de la fragilité.

Mots-clés : aidants naturels, sujets âgés, fragilité, fardeau, prévention, dépistage, hôpital de jour.

Introduction : In France, a quarter of the 11 million identified caregivers are aged 65 and older : in addition to age-related medical issues, we suspect that their caregivers status makes them more frail. **Objective :** Describe and compare the natural caregivers profile to the rest of the overall population of elderly subjects referred for primary evaluation at the Fragility Assessment and Dependency Prevention Day Hospital. **Methods :** Retrospective single-center descriptive and analytical observational study of a population of patients of 65 years and over, referred for first assessment to the Toulouse geriatric frailty day hospital between January 2016 and May 2018, some of whom declared themselves informal caregivers. **Results :** 1711 patients were included: 153 in the "caregivers" group and 1558 in the "non-caregivers" group. While they had an average same age (81.9 vs 82.7 years) and the same level of co-morbidities, men were more represented among caregivers than non-caregivers (43.14% versus 32.64%). , $p = 0.009$). Subjects included were mainly women in both groups (56.86% versus 67.36%, $p = 0.009$). Caregivers were more independent with better functional abilities on the ADL and IADL scales (mean score of 5.72 versus 5.39 and 6.39 versus 5.24, $p < 0.001$) and physical performances on SPPB (52.29% good scores against 33.1%, $p = 0.001$), less cognitive impairment on the MMSE (mean score of 26.18 versus 23.57, $p < 0.001$) and less undernourished on the MNA (69.93 % of non-malnourished versus 55.73% among non-caregivers, $p = 0.001$). Their alcohol consumption was higher (present in 46,21% versus 34,05%, $p = 0.001$). Nevertheless, frail caregivers weren't significantly more numerous on Fried's criteria (47.71% versus 55.09% frail non-caregivers, $p > 0.05$). **Conclusion :** Caregivers are more autonomous, less cognitively impaired and malnourished than the same-age population. Our work didn't prove they were more frail, unlike our initial hypothesis, without showing the opposite. Assuming that the current concept of frailty doesn't take account the « moral strain », real and with high prevalence among elderly caregivers, it would be interesting to carry out further studies in order to be able to offer screening on similar prevention structures of frailty.

Keywords : caregivers, elderly, frailty, burden, prevention, screening, day hospital.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31400 TOULOUSE – France