UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2019 2019 TOU3 1003

# THESE

## POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

## MEDECINE GENERALE

Présenté et soutenue publiquement

Par

**Simon Valenti**

Le 29 Janvier 2019

# Quelles sont les raisons qui poussent les familles à institutionnaliser leurs ainés en EHPAD ?

Directeur de thèse : Dr Philippe ROUX

**JURY :**

| | |
|---|---|
| **Monsieur le Professeur MESTHE** | **Président** |
| **Madame le Docteur ESCOURROU** | **Assesseur** |
| **Monsieur le Docteur CHICOULAA** | **Assesseur** |
| **Monsieur le Docteur TACHOUSIN** | **Assesseur** |
| **Monsieur le Docteur ROUX** | **Assesseur** |

UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2019 2019 TOU3 1003

# THESE

## POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

## MEDECINE GENERALE

Présenté et soutenue publiquement

Par

**Simon Valenti**

Le 29 Janvier 2019

# Quelles sont les raisons qui poussent les familles à institutionnaliser leurs ainés en EHPAD ?

Directeur de thèse : Dr Philippe ROUX

**JURY :**

| | |
|---|---|
| **Monsieur le Professeur MESTHE** | **Président** |
| **Madame le Docteur ESCOURROU** | **Assesseur** |
| **Monsieur le Docteur CHICOULAA** | **Assesseur** |
| **Monsieur le Docteur TACHOUSIN** | **Assesseur** |
| **Monsieur le Docteur ROUX** | **Assesseur** |

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

**TABLEAU du PERSONNEL HU des**
**Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**
**Au 1er 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 |
| Professeur Honoraire | M. RIBAUT Louis | Professeur Honoraire | Christian 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. MONRZIES 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-SCHVEITZER 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. FOURTANIER Gilles |
| Professeur Honoraire | M. SUC Jean-Michel | Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE Jacques |
| Professeur Honoraire | M. VALDINGUIE 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 Emérites

| | |
|---|---|
| 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 |

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

**37 Allées Jules Guesde – 31062 TOULOUSE Cedex** — **Doyen : D. CARRIE**

### P.U.-P.H.

Classe exceptionnelle 1ère classe

| | |
|---|---|
| M. ADOUE | Médecine Interne, Gériatrie |
| M. AMAR Jacques | Thérapeutique |
| M. ATTAL Michel (C.E) | Hématologie |
| M. AVET-LOISEAU Hervé | Hématologie, transfusion |
| Mme BEYNE-RAZY Odile | Médecine Interne |
| M. BIRMES Philippe | Psychiatrie |
| M. BLANCHER Antoine | Immunologie (option Biologique) |
| M. BONNEVIALLE Paul | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| M. BOSSAVY Jean-Pierre | Chirurgie Vasculaire |
| M. BRASSAT David | Neurologie |
| M. BROUCHET Laurent | Chirurgie thoracique et cardio-vascul |
| M. BROUSSET PIERRE (C.E) | Anatomie pathologique |
| M. CARRIE Didier | Cardiologie |
| M. CHAUVEAU Dominique | Néphrologie |
| M. CHOLLET François (C.E) | Neurologie |
| M. DAHAN Marcel (C.E) | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. DE BOISSEZON Xavier | Médecine Physique et Réadapt fonct. |
| M. DEGUINE Olivier | Oto-rhino-laryngologie |
| M. DUCOMMUN Bernard | Cancérologie |
| M. FERRIERES Jean | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. FOURCADE Olivier | Anesthésiologie |
| M. GEERAERTS Thomas | Anesthésiologie et réanimation |
| M. IZOPET Jacques (C.E) | Bactériologie-Virologie |
| Mme LAMANT Laurence | Anatomie Pathologique |
| M. LANG Thierry (C.E) | Biostatistiques et Informatique Médicale |
| M. LANGIN Dominique | Nutrition |
| M. LAUQUE Dominique (C.E) | Médecine Interne |
| M. LAUWERS Frédéric | Anatomie |
| M. LIBLAU Roland | Immunologie |
| M. MALAVAUD Bernard | Urologie |
| M. MANSAT Pierre | Chirurgie Orthopédique |
| M. MARCHOU Bruno | 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 Fatemeth (C.E) | Gériatrie |
| M. OLIVES Jean-Pierre | 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 |
| M. SELVES Janick | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. SERRE Guy (C.E) | Biologie Cellulaire |
| M. TELMON Norbert | Médecine Légale |
| M. VINEL Jean-Pierre (C.E) | Hépato-Gastro-Entérologie |

### P.U.-P.H.

2ème classe

| | |
|---|---|
| Mme BONGARD Vanina | Epidémiologie |
| M.BONNEVIALLE Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M. BUREAU Christophe | Hépato-Gastro-Entéro |
| M. CALVAS Patrick | Génétique |
| M. CARRERE Nicolas | Chirurgie Générale |
| M. CASPER Charlotte | Pédiatrie |
| M. CHAIX Yves | Pédiatrie |
| M. CHARPENTIER Sandrine | Thérapeutique, méd. D'urgence, addict |
| M. COGNARD Christophe | Neuroradiologie |
| M. FOURNIE Bernard | Rhumatologie |
| M. FOURNIÉ Pierre | Ophtalmologie |
| M. GAME Xavier | Urologie |
| M. LAROCHE Michel | Rhumatologie |
| M. LEOBON Bertrand | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. LOPEZ Raphael | Anatomie |
| M. MARX Mathieu | Oto-rhino-laryngologie |
| M. MAS Emmanuel | Pédiatrie |
| M. OLIVOT Jean-Marc | Neurologie |
| M. PARANT Olivier | Gynécologie Obstétrique |
| M. PAYRASRE Bernard | H2MATOLOGIE |
| M. PERON Jean-Marie | Hépato-Gastro-Entérologie |
| M. PORTIER Guillaume | Chirurgie Digestive |
| M. RONCALLI Jérôme | Cardiologie |
| Mme SAVAGNER Frédérique | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. SOL Jean-Christophe | Neurochirurgie |

### P.U. Médecine générale

| | |
|---|---|
| M. OUSTRIC Stéphane | Médecine Générale |

### P.U. Médecine générale

| | |
|---|---|
| M. MESTHE Pierre | Médecine Générale |

### P.U. Médecine générale

| | |
|---|---|
| M. 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

| | |
|---|---|
| M. ACAR Philippe | Pédiatrie |
| M. ALRIC Laurent | Médecine Interne |
| Mme ANDRIEU Sandrine | Epidémiologie |
| M. ARNAL Jean-François | Physiologie |
| Mme BERRY Isabelle (C.E) | Biophysique |
| M. BOUTAULT Franck (C.E) | Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie |
| M. BUJAN Louis (C.E) | Urologie-Andrologie |
| Mme BURA-RIVIERE Alessandra | Médecine Vasculaire |
| M. BUSCAIL Louis (C.E) | Hépato-Gastro-Entérologie |
| M. CANTAGREL Alain (C.E) | Rhumatologie |
| M. CARON Philippe (C.E) | Endocrinologie |
| M. CHIRON Philippe (C.E) | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| M. CONSTANTIN Arnaud | Rhumatologie |
| M. COURBON Frédéric | Biophysique |
| Mme COURTADE SAIDI Monique | Histologie Embryologie |
| M. DAMBRIN Camille | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| M. DELABRESSE Eric | Hématologie |
| Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E) | Anatomie Pathologie |
| M. DELORD Jean-Pierre | Cancérologie |
| M. DIDIER Alain (C.E) | Pneumologie |
| Mme DULY-BOUHANICK Béatrice | Thérapeutique |
| M. ELBAZ Meyer | Cardiologie |
| M. GALINIER Michel | Cardiologie |
| M. GALINIER Philippe | Chirurgie Infantile |
| M. GLOCK Yves (C.E) | Chirurgie Cardio-Vasculaire |
| M. GOURDY Pierre | Endocrinologie |
| M. GRAND Alain (C.E) | Epidémiologie Eco de la Sante et Prévention |
| M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis | Chirurgie Plastique |
| Mme GUIMBAUD | Cancérologie |
| Mme HANAIRE Hélée (C.E) | Endocrinologie |
| M. KAMAR Nassim | Néphrologie |
| M. LARRUE Vincent | Neurologie |
| M. LEVADE Thierry (C.E) | Biochimie |
| M. MALECAZE François (C.E) | Ophtalmologie |
| M. MARQUE Philippe | Médecine Physique et Réadaptation |
| Mme MAZEREEUW Juliette | Dermatologie |
| M. MINVILLE Vincent | Anesthésiologie Réanimation |
| M. RAYNAUD Jean-Philippe | 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. 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 |

Professeur associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

### P.U. – P.H.
2ème classe

| | |
|---|---|
| M. ACCADBLED Franck | Chirurgie Infantile |
| M.ARBUS Christophe | Psychiatrie |
| M. BERRY Antoine | Parasitologie |
| M. BONNEVILLE Fabrice | Radiologie |
| M. BOUNES Vincent | Médecine d'urgence |
| Mme BOURNET Barbara | Gastro-entérologie |
| M. CHAUFOUR Xavier | Chirurgie Vasculaire |
| M. CHAYNES Patrick | Anatomie |
| Mme DALENC Florence | Cancérologie |
| M. DECRAMER Stéphanie | Pédiatrie |
| M. DELOBEL Pierre | Maladies Infectieuses |
| M. FRANCHITTO Nicolas | Addictologie |
| M. GARRIDOS-STOWHAS Ignacio | Chirurgie Plastique |
| Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-MURIEL | Anatomie Pathologique |
| M. HUYGHE Éric | Urologie |
| Mme LAPRIE Anne | Radiothérapie |
| M. MARCHEIX Bertrand | Chirurgie thoracique |
| M. MAURY Jean-Philippe | Cardiologie |
| M. MEYER Nicolas | Dermatologie |
| M. MUSCARI Fabrice | Chirurgie Digestive |
| M. OTAL Philippe | Radiologie |
| M. SOLER Vincent | Ophtalmologie |
| Mme SOTO-MARTAIN Maria-Eugénie | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| M. TACK Ivan | Physiologie |
| M. VERGEZ Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| M. YSEBAERT Loïc | Hématologie |

P.U. Médecine générale

| | |
|---|---|
| Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve | Médecine générale |

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**
**37, allée Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex**

**M.C.U.-P.H.**

| | |
|---|---|
| M. ABBO Olivier | Chirurgie Infantile |
| M. APOIL Pol Anne | Immunologie |
| Mme ARNAUD Catherine | Epidémiologie |
| M. BIETH Éric | Génétique |
| Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie | Nutrition |
| Mme CASSAING Sophie | Parasitologie |
| M. CAVAIGNAC 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. HAMDI Safouane | Biochimie |
| M. 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 TREMOLLIERES Florence | Biologie du développement |
| Mme VAYSSE Charlotte | Cancérologie |
| M. VIDAL Fabien | Gynécologie obstétrique |

**M.C.U. Médecine générale**

| | |
|---|---|
| M. BRILLAC Thierry | |
| Mme DUPOUY Julie | |

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**
**133, route de Narbonne- 31062 TOULOUSE Cedex**

**M.C.U – P.H.**

| | |
|---|---|
| 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 Anne-Valérie | Biochimie |
| Mme CARFAGNA Luana | Pédiatrie |
| Mme CASSOL Emmanuelle | Biophysique |
| Mme CAUSSE Elizabeth | Biochimie |
| M. CHAPUT Benoît | 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. DEDOUIT 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 du 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 | Médecine Générale |
| Mme ESCOURROU Brigitte | Médecine Générale |

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

| | |
|---|---|
| Dr ABITTEBOUL Yves | Dr BOYER Pierre |
| Dr CHICOULAA Bruno | Dr ANE Serge |
| Dr IRI-DELAHAYE Motoko | Dr BIREBENT Jordan |
| Dr FREYENS Anne | Dr LATROUS Leila |

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Professeur des Universités

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Vous nous avez témoigné durant notre internat votre souci quant à notre formation, et votre sens de la rigueur qu'exige la pratique de la médecine. Nous vous remercions de votre disponibilité et de votre aide. Soyez assuré de notre profond respect et de notre gratitude.

A notre jury de thèse

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Maître de conférences associé

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail. Votre engagement auprès de notre formation pour nous transmettre les clés de notre futur pratique est un exemple. Soyez assuré de de notre respect et de notre gratitude.

.

A notre jury de thèse

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Maître de conférences universitaire

Nous vous remercions d’avoir accepté de juger ce travail. Votre dynamisme au sein de notre formation nous a permis de prendre notre envol. Soyez assuré de notre respect et de notre gratitude

.

A notre jury de thèse

Monsieur le Docteur Philippe ROUX

Docteur en médecine générale

Merci d’avoir dirigé ce travail de thèse. Grâce à votre rigueur ce travail a pu arriver à son terme. J’espère pouvoir encore bénéficier de votre enseignement. Soyez assuré de mon respect et de ma gratitude.

A notre jury de thèse

Monsieur le Docteur Paul TACHOUSIN

Docteur en médecine générale

Merci d’avoir accepté de juger ce travail de thèse. Ta motivation et ton dynamisme sont une source de motivation pour travailler. Ton humanité auprès des patients est un exemple. Sois assuré de mon respect et de ma gratitude.

# Remerciements :

A mes chers parents, pour votre présence tout au long de ces années. Pour votre patience malgré mes humeurs changeantes. Pour me soutenir dans mes projets farfelus.

Au Bigorneau, sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

A Thomas, nos soirées à refaire le monde autour d'un verre. A monter des projets toujours plus fous. Merci de ton soutien sans faille.

A Tomtom, le meilleur pneumologue que je connaisse. Aux verres pris au London et Black Lions,

A Clairou, notre maman à tous. Heureusement que tu es là pour me rappeler tous les cours. Tes talents de couture m'ont toujours impressionné.

A Mélanie, nos discussions sur les nanards et tous ceux qui nous restent à découvrir.

A Wiwi, pour avoir supporté tous mes trouvailles inutiles mais forcément indispensable sur le net.

A Steeven, le seul motard qui en respectant toutes les limitations de vitesse, fait Plaisance du touch – hôpital de Castres en 50 min. Tu es un très grand clinicien.

A Jo, nos discussions sans fin sur les relations médecin-pharmacien. A tes histoires avec les patients. Merci pour tous ces fous rires.

A Johanna, ton incroyable sens de l'organisation me fait rêver. La meilleure urgentiste que je connaisse.

みき先生のお陰で日本語を習い、話したり、書いたりする事が出来るようになりました。本当に感謝しかありません。今までありがとうございました。とかで感謝の気持ちは伝わるよ

A tous les amis, loin d'ici, merci de votre soutien et de votre motivation sans faille.

# Table des matières

I. Introduction ..... 18
A. Contexte national ..... 18
B. Contexte de notre étude : ..... 19
II. Objectif ..... 21
III. Matériel et méthodes ..... 21
A. Type d'étude ..... 21
B. Caractéristiques générales de la population étudiée ..... 21
C. Caractéristiques du plan d'aide ..... 22
1) Les aides humaines ..... 22
2) Les aides matérielles ..... 22
D. Ressenti de l'aidant ..... 22
IV. Résultats ..... 22
A. Population étudiée ..... 22
B. Caractéristiques générales du plan d'aide des aînés ..... 23
C. Relation entre l'aidant et son aîné ..... 24
1) L'institutionnalisation en EHPAD ..... 24
2) Changement induit par le travail de l'aidant ..... 24
3) Ressenti de l'aidant ..... 25
V. Discussions et commentaires ..... 26
A. État du plan d'aide et ses limites ..... 26
1) Les aides humaines ..... 26
2) Les aides matérielles ..... 27
B. L'entrée en EHPAD ..... 28
C. Vécu de l'aidant ..... 29
1) Les points positifs et négatifs ..... 29
2) Les solutions possibles ..... 31
D. Les limites de notre étude ..... 32
VI. Conclusion ..... 33

VII. Bibliographie ..... 35

VIII. Annexe ..... 38

A. Liste des annexes : ..... 38

1) Annexe n°1 : Questionnaire ..... 38

2) Annexe n°2 : « Vieillir et bien vivre chez soi », Guide pour la réalisation de travaux d'amélioration et d'adaptation du logement, réalisé par l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat), extrait. Année inconnue ..... 38

3) Annexe n°3 : Pyramide des âges de 2018 ..... 38

4) Annexe n°4 : Taux d'effort par GIR selon que l'on tient compte ou non de l'APA et des réductions d'impôts ..... 38

# ❖ Glossaire

ANAH : Agence nationale de l'habitat

APA : L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sert à payer (en totalité ou en partie) les dépenses nécessaires pour vous permettre de rester à votre domicile. Elle est versée par les services du département.

GIR : Le GIR est le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation réalisée à l'aide de la grille AGGIR. L'évaluation du GIR permet de savoir si une personne âgée peut bénéficier de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie).

L'indicateur conjoncturel de fécondité : la somme des taux de fécondité par âge d'une année

Solde naturel : différence entre le nombre de naissances vivantes et le nombre de décès sur un territoire au cours d'une période

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

Taux d'effort : Le rapport entre les dépenses pour la dépendance et les ressources de la personne

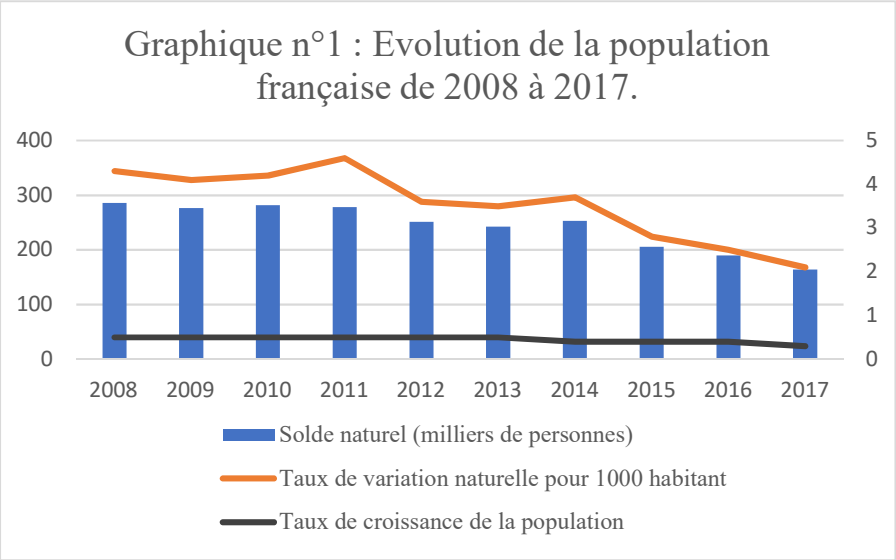
Taux de variation naturelle : Il est égal à la différence entre le taux de natalité et le taux de mortalité. Il est généralement exprimé pour mille personnes, mais il peut également s'exprimer en pourcentage.

# I. Introduction

## A. Contexte national

La France compte au 1er janvier 2017 une population de 66 953 000 habitants (1). Depuis 2009, on observe un ralentissement du taux de croissance de la population française. Sur la période de 2008 à 2013 le taux est de 0,5 %, de 2014 à 2016 le taux est de 0,4 % et en 2017 il est de 0,3 %.

Le principal moteur de croissance de la population française est le solde naturel. Or le solde naturel français ne cesse de ralentir depuis une dizaine d'années. En 2008 il était de +285 800 personnes et en 2017 de +164 000, soit un taux de variation naturelle de 2,1 en 2017(2).




La baisse du solde naturel s'explique par le ralentissement de l'indice conjoncturel de fécondité (1,88 en 2017)(1). Il y avait une stabilité de cet indice qui oscillait près de 2 de 2006 à 2014. Depuis maintenant 3 ans on observe une baisse constante de celui-ci.

En parallèle de la baisse de l'indice conjoncturel de fécondité, le taux de mortalité en France présente une légère augmentation depuis une dizaine d'années : de 8,3 en 2007 (531 200) il s'est établi à 9,0 en 2017 (603 000). Cette augmentation s'explique par l'arrivée des générations du baby-boom dans la catégorie d'âge des plus de 65 ans. Le papy-boom, phénomène démarré en 2010, entraîne un vieillissement de la population française (3).

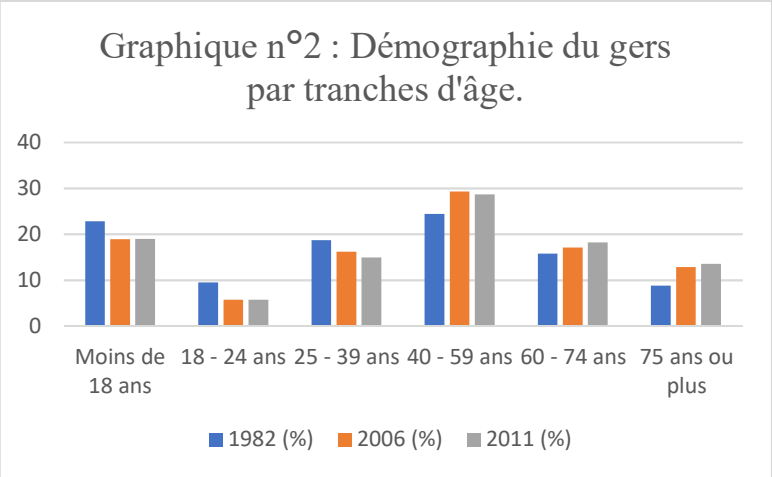
Le vieillissement d'une population peut se définir selon 4 critères : (4)

- Une baisse de la fécondité induisant une baisse des effectifs des jeunes, soit un vieillissement par le bas
- La composition des flux migratoires. Des flux d'émigration composés de jeunes adultes entraîneront un vieillissement de la population. Inversement si le flux d'immigration est composé de personnes âgées.
- La baisse de la mortalité des personnes âgées par une augmentation de l'espérance de vie. C'est le vieillissement par le haut.
- L'héritage des évolutions passées : les deux guerres mondiales ayant réduit le nombre de personnes âgées. Au contraire, le baby-boom l'augmente.

La conjonction de ces facteurs est à l'origine du vieillissement de la population française. Dans les années à venir, les plus de 65 ans vont représenter plus du quart de la population.

## B. Contexte de notre étude :

Le département du Gers est un département dans le sud-ouest de la France. Ce département a une économie reposant sur le secteur agricole. L'industrie se développe peu dans ce département. Sur le plan démographique, le département présente une croissance de 0,2 % par an pour l'année 2017 (au-dessous de la moyenne nationale qui est de +0,4 %)(5). Cette croissance est permise par une immigration importante plus que par le solde naturel(6). Actuellement l'âge moyen dans le Gers est de 43 ans(7), c'est le département le plus âgé de France. Ce vieillissement de la population va entraîner de nombreux défis dans les années à venir.




Les données des derniers recensements montrent une part plus faible de jeunes de moins de 25 ans que de personnes de 40 à 59 ans (8). La part des 40 59 ans correspond à la génération baby-boom qui arrive à l'âge de la retraite. Les conséquences sont nombreuses, une baisse de la population active et à terme une augmentation des besoins de place en EHPAD. Au 31 décembre 2015, le département du Gers compte 2759 lits en EHPAD(9). Dans un futur proche, le nombre de places devra augmenter pour faire face à l'augmentation des besoins.

Une grande partie de ses personnes âgées ont toujours vécu dans le même domicile et le même village. L'attachement sentimental qu'elles ont développé vis-à-vis de cet environnement rend difficile, voire impossible, l'institutionnalisation. Malgré ce fort désir de rester à domicile, les familles se voient parfois dans l'obligation de les institutionnaliser en EHPAD, et ce pour diverses raisons. L'identification de ces diverses raisons va être l'objet de ce travail de thèse.

# II. Objectif

Le département du Gers compte en 2018 36 EHPAD répartis sur son territoire. Les EHPAD sont disposés de façon à quadriller le territoire. Mais ceux-ci sont majoritairement regroupés dans les centres urbains. La ville d'Auch en regroupe plusieurs, tandis qu'en périphérie nous retrouvons souvent un seul établissement pour plusieurs villes ou villages.

Un questionnaire est distribué dans ces établissements. Ce questionnaire à faire remplir par les familles permet de faire le point sur les moyens mis en œuvre avant l'entrée en EHPAD et d'analyser le ressenti de l'aidant vis-à-vis du travail en la qualité d'aidant.

# III. Matériel et méthodes

## A. Type d'étude

Notre étude est une étude descriptive, rétrospective. Elle a été réalisée auprès de 18 EHPAD répartis au sein du département du Gers. Des questionnaires ont été distribués aux établissements. Les établissements transmettaient ensuite ce questionnaire aux familles de personnes déjà institutionnalisées. Le recueil des données a été réalisé entre le mois de juin 2018 et le mois d'octobre 2018.

Pendant cette période nous avons recueilli les réponses de 56 personnes. Toutes ces personnes étaient les aidants de personnes institutionnalisées au sein d'EHPAD.

Nous avons recherché quel était le plan d'aide de l'aîné avant son entrée au sein de l'établissement. Le plan d'aide a été exploré sur le plan humain (passage d'IDE, auxiliaire de vie, …) et sur le plan matériel (soutien financier, téléalarme…)

La deuxième partie du questionnaire s'est concentré sur le ressenti de l'aidant par rapport à ce travail. Nous avons cherché à identifier l'impact sur la vie quotidienne (organisation, travail, enfants) et sur l'équilibre psychologique de l'aidant.

## B. Caractéristiques générales de la population étudiée

Pour chacune des réponses, nous avons identifié plusieurs caractéristiques générales des répondeurs. Ces caractéristiques nous ont permis de dresser un portrait-robot de l'aidant. Les caractéristiques relevées étaient l'âge, le sexe, aidant principal ou non, son statut marital et le lien de parenté avec l'aîné.

## C. Caractéristiques du plan d'aide

Le plan d'aide a été analysé sur deux éléments, les aides matérielles et les aides humaines.

### 1) Les aides humaines

Pour étudier les aides humaines, les questions se sont axées sur le type d'aide présent (IDE à domicile, auxiliaire de vie…) afin de chercher à identifier quels sont les principaux axes de soutien engagé par les familles. De plus, nous avons cherché à identifier le nombre d'heures alloué pour chacune de ces aides.

### 2) Les aides matérielles

Nous avons essayé de décrire quels sont les soutiens matériels qui étaient en place dans la majorité des cas. Les soutiens financiers comme l'APA et les aides matérielles présentes comme la téléassistance ou la présence de réseau. De plus, nous avons essayé de savoir si les accueils de jour étaient utilisés par les familles.

## D. Ressenti de l'aidant

Enfin, la dernière partie du questionnaire a tenté d'analyser l'impact de cette relation particulière entre l'aidant et son aîné. Une partie du questionnaire est orientée sur l'impact du travail de l'aidant sur ses relations sociales (familles, activité, travail). L'autre partie est centrée sur le ressenti psychologique (épuisement, sensation de maltraitance).

# IV. Résultats

## A. Population étudiée

56 réponses ont été recueillies pour notre étude. Elles comptaient 36 femmes et 20 hommes, entre 30 ans et 90 ans, pour une moyenne d'âge de 65 ans. Sur ces 56 personnes, 47 étaient en couples, 7 célibataires et 2 divorcées. 44 étaient l'aidant principal et 47 faisaient partie de la famille, 9 étaient le conjoint.

| Tableau n°1 : Caractéristique de la population étudiée | | |
|---|---|---|
| **Caractéristiques** | **Effectif** | **Pourcentage** |
| Moyenne d'âge | 65 ans | |
| Femme | 36 | 64 % |
| Homme | 20 | 36 % |
| Couple/Célibataire/Divorcé | 47/7/2 | 83 %/12,5 %/3,5 % |
| Famille/Conjoint | 47/9 | 83 %/17 % |
| Aidant principal | 44 | 78 % |
| Total | 56 | 100 % |

# B. Caractéristiques générales du plan d'aide des aînés

Concernant le plan d'aide, 26 personnes âgées recevaient une aide financière (APA, extérieure), soit 46 %. La téléalarme était en place pour 21 personnes soit 37 %. 1 seule personne bénéficiait du soutien d'un réseau.

Sur le plan humain, une infirmière passait à domicile pour 28 personnes. Concernant le passage infirmier, le nombre de passages par semaine était en moyenne de 2.

Les autres aides humaines (aides ménagères, auxiliaire de vie…) étaient présentes dans 67 % des réponses soit 38 personnes. Au sein des différentes aides humaines, l'aide-ménagère est majoritaire avec 27 réponses. En moyenne ces personnes recevaient 16 h d'aides ménagères par mois. Pour l'aide à la toilette et autres soutiens, seules 8 personnes y avaient recours.

Un kinésithérapeute passait à domicile pour 14 personnes.

Enfin seulement 6 personnes ont utilisé les accueils de jour.

| Tableau n°2 : Etat du plan d'aide des répondeurs. | | |
|---|---|---|
| **Plan d'aide** | **Effectif** | **Pourcentage** |
| Auxiliaire de vie | 38 | 67,85 % |
| – Aide-ménagère | 27 | 48 % |
| – Aux de vie | 8 | 14 % |
| Infirmière à domicile | 28 | 50 % |
| Aide financière | 26 | 46 % |
| Téléalarme | 21 | 37,50 % |
| Kinésithérapie | 14 | 25 % |
| Accueil de jour | 6 | 10,71 % |
| Réseau | 1 | 1,78 % |

# C. Relation entre l'aidant et son aîné

## 1) L'institutionnalisation en EHPAD

Le sujet de l'entrée en EHPAD a été abordé par 40 aidants avec leur aîné soit 71,42 % des répondants. Seulement 19 aînés ont formulé une demande d'entrée au sein d'un établissement soit 33,92 %.

## 2) Changement induit par le travail de l'aidant

Le travail d'aidant a entraîné des modifications du rythme de vie chez de nombreux aidants. Parmi les répondeurs, 29 ont répondu manquer de temps pour s'occuper de leur aîné. L'augmentation du stress lié à la prise en charge de leur aîné est présente chez 32 répondeurs.

De plus, 22 répondeurs annoncent avoir des difficultés à équilibrer leur emploi du temps entre leurs enfants et leur aîné. Des contraintes matérielles sont aussi apparues pour 25 d'entre eux. Ces contraintes se sont surtout concentrées sur l'aménagement du domicile.

## 3) Ressenti de l'aidant

Au cours de la prise en charge, l'aidant voit son lien social et affectif se modifier. 19 répondeurs ont répondu se sentir isolés socialement par la prise en charge de leurs aînés. 30 d'entre eux ne pouvaient plus faire les activités dont ils avaient envie.

La charge de travail était trop élevée pour 49 personnes et un sentiment d'être seul dans cette tâche est présent pour 22 d'entre eux. L'épuisement psychologique est présent pour 38 personnes. Un sentiment d'être parfois maltraitant était présent chez 12 personnes. Enfin, la relation à leur aîné est modifiée pour 19 répondeurs (10 répondeurs l'ont ressenti comme un fardeau, 11 comme une obligation et enfin 10 ont ressenti un rapprochement)

Enfin, 15 personnes ont répondu que le manque de connaissance sur la pathologie était un frein à une prise en charge optimale. Et pour 12 d'entre eux, c'est le manque de connaissances sur les aides disponibles.

**Tableau n°3 : Ressenti des aidants par rapport au travail d'aidant**

| Ressenti de l'aidant | Effectif | Pourcentage |
|---|---|---|
| Charge de travail trop élevée | 49 | 87,50 % |
| Épuisement psychologique | 38 | 67,85 % |
| Limitations des activités | 30 | 53,57 % |
| Isolé dans cette tâche | 22 | 39,28 % |
| Isolé socialement | 19 | 33,92 % |
| Modification de la relation | 19 | 33,92 % |
| – Fardeau | 10 | 17,85 % |
| – Obligation | 11 | 19,64 % |
| Manque de connaissance | 15 | 26,78 % |
| – Sur la pathologie | 15 | 26,78 % |
| – Sur les aides présentes | 12 | 21,42 % |
| Sensation de maltraitance | 12 | 21,42 % |
| – Rapprochement | 10 | 17,85 % |

# V. Discussions et commentaires

## A. État du plan d'aide et ses limites

### 1) Les aides humaines

Les différentes réponses ont apporté un éclairage sur les plans d'aide en cours chez les personnes âgées avant leur institutionnalisation. Dans notre étude les aides informelles sont dans 64 % des cas des femmes. Sur le plan national en 2000, les femmes étaient pourvoyeuses d'aide pour 70 % des cas (11).

La mise en place des aides humaines professionnelles se fait de façon progressive. Les aides humaines majoritaires sont l'IDE dans 50 % des réponses et l'auxiliaire de vie dans 67 % des réponses (regroupant les aides ménagères et les autres aides humaines).

L'instauration de passage infirmier pourrait être une évolution logique de l'avancée en âge. Les aînés entrant en institution sont souvent âgés ou atteints de pathologie lourde. Cette avancée en âge va entraîner une surveillance plus importante du comportement et des constantes (tension artérielle, prise de sang, changement de pansement…). De plus, la personne âgée est souvent polypathologique. Des traitements aux visées diverses sont instaurés. Certaines familles peuvent se retrouver déboussolées par la présence de tous ces traitements avec leur lot de risque et de complexité. Ainsi le passage infirmier permet de gérer au mieux ces soins et de rassurer les familles. Les infirmières passant au domicile vont surveiller les constantes des patients et gérer les traitements. Plus le patient présente un GIR élevé, plus les infirmières vont passer souvent (12). Un patient GIR 1 reçoit 13,4 passages par semaine en moyenne contre 7,4 passages pour un GIR 4. Enfin elles vont créer un lien avec le médecin traitant pour permettre une prise en charge optimale du patient.

67 % des répondeurs ont fait appel à des auxiliaires de vie, parmi celles-ci 48 % étaient des aides ménagères. De nombreuses personnes âgées se plaignent de l'impossibilité de faire leur ménage. Souvent les familles remarquent vite la dégradation de l'environnement de leur aîné et mettent en place dès les premiers instants cette aide. Actuellement de très nombreuses mutuelles proposent des formules avec des aides ménagères facilitant la mise en place de celles-ci.

En contrepartie, dans les plans d'aide nous retrouvons un faible pourcentage d'auxiliaire de vie notamment pour les toilettes. Ce manque au sein des plans d'aide pourrait avoir plusieurs explications :

- La toilette est un moment intime que les familles souhaitent préserver des étrangers le plus longtemps possible.
- C'est aussi un moment privilégié pour se retrouver avec son aîné.
- Pour les patients ayant un lourd handicap, le coût pour faire passer une aide tous les jours serait trop élevé pour les familles.
- L'absence de disponibilité d'IDE dans certaines zones géographiques.

Le maintien à domicile est possible si le patient conserve une autonomie de marche suffisante. L'entretien de cette autonomie se fait au travers du maintien d'une activité physique et la réalisation d'exercice pour travailler l'équilibre. Dans le cadre de l'étude, il a été demandé si un kinésithérapeute venait à la maison du patient pour entretenir cet équilibre. Le kinésithérapeute en venant au domicile peut étudier l'aménagement de l'espace et expliquer les techniques pour se relever au patient en fonction de son environnement. Parmi les répondeurs seuls, 25 % avaient recours au kiné à domicile. La difficulté d'accès à ce type d'aide peut s'expliquer par un manque de disponibilité de ceux-ci, car ils sont déjà beaucoup sollicités pour la rééducation de patients à leur cabinet.

## 2) Les aides matérielles

Notre étude a montré que 46 % des personnes au sein de l'établissement percevaient l'APA. Or en 2015 au niveau national, 67 % des personnes en EHPAD percevaient cette aide, dans le Gers la proportion était de 73,83 % (13). Le résultat de notre étude est inférieur à la moyenne nationale ce résultat peut s'expliquer par un biais de mémorisation de la part des répondeurs.

L'APA à domicile est égale au montant de la fraction du plan d'aide en cours, auquel on soustrait une certaine somme restant à votre charge (appelée aussi *participation financière*). Cette contribution permet de diminuer la charge financière des familles.

En 2017, le montant de la pension de retraite versé aux retraités ayant une carrière complète au régime général est de 1027 euros (14). Le taux d'effort pour chaque bénéficiaire de l'APA va varier en fonction de son GIR. Pour un bénéficiaire de GIR 1 celui-ci est de 110 %, GIR 2 : 90 %, GIR 3 : 70 %, GIR 4 : 40 % (15). Pour de nombreux

bénéficiaires le financement d'un plan d'aide optimal et de la dépense quotidienne serait impossible. Grâce à l'APA, le taux d'effort va diminuer de façon importante (cf. annexe 4)

Dans le cas où la personne finance par elle-même son plan d'aide on observe un phénomène de paupérisation. Cette incapacité de pouvoir financer l'intégralité du plan d'aide va entraîner la nécessité de faire des choix concernant le type d'aide qui sera prioritaire. La famille va aussi apporter son aide de différentes façons sur le plan matériel (les courses, gestion des éléments administratifs) mais aussi humain (surveillance journalière, toilette). Il arrive que l'aidant cesse son activité professionnelle (16) pour venir aider son aîné. Or en arrêtant son activité professionnelle, celui-ci cesse de cotiser pour la retraite. Par conséquent, l'aidant va réduire le capital à sa disposition quand s'il est lui-même en état de dépendance.

## B. L'entrée en EHPAD

L'entrée en EHPAD a été abordée par les aidants avec leurs aînés dans 71,42 % des cas. Cette discussion entre les deux partenaires de cette relation est une étape importante dans le processus de soutien de l'aîné. Pour l'aidant, l'entrée en établissement est un passage de relai, mais cela peut être vécu comme une sensation d'échec. L'accompagnement de l'aidant dans cette décision est extrêmement important.

L'aidant dans le cadre de cette démarche va rechercher le consentement de son aîné. Dans notre étude seulement 19 % des aidants ont exprimé un souhait d'entrée en EHPAD. Ce faible pourcentage de demande d'entrée en EHPAD peut s'expliquer par le souhait de vieillir à domicile dans la majorité des personnes âgées. Le refus exprimé par l'aîné va créer un frein pour l'institutionnalisation de celui-ci (17). Même si l'aîné est atteint d'une démence importante, l'aidant ne saura pas à quel moment il peut passer outre le refus de son aîné. L'entrée sous contrainte est souvent mal vécue par les deux partenaires de cette relation. Le médecin généraliste dans le cadre de cette entrée va avoir un rôle de médiateur primordial.

# C. Vécu de l'aidant

## 1) Les points positifs et négatifs

### a) Les points positifs

Au cours des dernières années, de nombreuses études ont été réalisées pour étudier le vécu de l'aidant (18), (18). Il en ressort que de nombreux aidants se sentent valorisés par ce travail et évoquent un rapprochement avec leurs aînés (20), (21), (22). La majorité des aidants ne le ressentent pas comme une obligation, mais comme le cours normal des choses.

Le rôle d'aidant va entraîner de nombreuses modifications dans leur relation à leur aîné. Comme le dit Sassine (2005), certains proches aidants « ... percevront des sentiments d'utilité et d'accomplissement, des occasions d'apprentissage, une possibilité de renouer avec leur parent et d'approfondir leur relation mutuelle… somme toute, des récompenses à soigner » (22)

Dans notre étude les répondeurs vont mettre en avant pour 17 % d'entre eux un rapprochement avec leur aîné. Les études réalisées sur les aspects positifs du rôle d'aidant mettent en avant ce sentiment et la notion de solidarité intergénérationnelle (24). La notion de solidarité est une valeur importante des aidants. Elle est un des moteurs principaux de leur action et leur permet de retirer pleine satisfaction de leur action.

Deuxième point avancé, le rapprochement des liens familiaux. Dans plus de 80 % des cas, l'aidant est un des enfants ou un proche. Le conjoint étant souvent aussi âgé que l'aîné, même s'il peut apporter de l'aide, sa condition physique va rapidement le limiter. Les enfants en effectuant ce travail ressentent un rapprochement avec leurs parents. Ils aident pour la vie quotidienne et pour les tâches administratives, favorisant les moments d'intimités. Malgré le fardeau de cette prise en charge, les aidants peuvent refuser toute aide extérieure. Ce refus va varier en fonction du milieu de vie, la culture, l'âge de l'aidant et sa proximité relationnelle. Cette notion de milieu est très importante dans le milieu rural. Dans les villages, la proximité est très importante et les gens se connaissent. Si la famille fait appel à une aide extérieure, la famille peut avoir peur du commérage et du qu'en dira-t-on. Par le passé, les personnes atteintes de maladies psychiatriques ou neurologiques étaient cachées (asile, hospice), mais avec les récentes campagnes d'informations cette tendance diminue. Mais dans les villages il y a l'importance de l'image que l'on renvoie, l'image du bien portant. En conséquence, l'aîné malade va de plus en plus rester enfermé,

pour ne pas entacher cette image du bien portant (25). Si une aide extérieure venait au domicile pour aider, cette image serait abimée et cela reviendra à admettre sa faiblesse. Certaines familles refusent de laisser un étranger pénétrer dans leur domicile et voir leur fonctionnement, car ces aides vont la déposséder de ces moments. Ils peuvent ressentir un sentiment de perte de contrôle, de perdre leurs parents, un sentiment d'échec, car un autre le fait à leur place (26). Il est nécessaire d'expliquer aux aidants le rôle d'auxiliaire de vie et le bénéfice qu'elles peuvent leur apporter (25). Elles ne vont pas les déposséder de leurs parents, mais alléger la charge de leur travail d'aidant pour leur permettre de profiter d'autres moments.

Enfin troisième élément avancé, L'évolution de la capacité à gérer cette situation inédite. Au début de la prise en charge, les aidants se sentent souvent démunis devant l'ampleur de la tâche à accomplir. Mais en effectuant les différentes tâches de manière progressive, ils se découvrent de nouvelles capacités jusque-là insoupçonnées(26), (27). Cette découverte est une immense satisfaction personnelle dont ils sont fiers. Il est très important de les encourager pour maintenir cette motivation sur le long terme(27).

### b) Les points négatifs

Concernant les problèmes rencontrés au cours de la prise en charge, plusieurs points sont à noter. Les répondeurs ont signalé que la charge de travail était trop élevée pour eux dans 87,50 % des cas. Ce sentiment va en s'amplifiant en même temps que la pathologie de leur aîné s'aggrave. L'aggravation va augmenter la nécessité du temps d'aide à la personne (toilette, habillage, course…). Ces actions devenant de plus en plus chronophages et stressantes, va épuiser psychologiquement et physiquement (27) l'aidant. Cet épuisement peut atteindre un point de rupture où l'aidant peut décéder avant la personne aidée. Dans notre étude 67 % des répondeurs rapportent ressentir un épuisement psychologique. De cet état d'épuisement psychologique plusieurs éléments vont découler. Les aidants vont être plus à risque que le reste de la population concernant les pathologies psychiatriques(29), (30). Le décès pourra survenir plus précocement que son aîné.

Or pour que l'aidant puisse se reposer et reprendre des forces, il est nécessaire qu'il puisse prendre du temps pour lui. Dans plus de la moitié des cas, il ressent une limitation de son activité et un stress supplémentaire pour gérer son propre foyer et son éventuelle activité professionnelle. Les aidants peuvent cesser leur activité professionnelle pour se dégager du temps, mais au détriment de leurs finances (16). Cette baisse des finances entraîne une baisse de leur niveau de vie, des difficultés à financer le plan d'aide de leur aîné peuvent en découler.

## 2) Les solutions possibles

À chaque consultation, il est important de féliciter l'aidant pour tous les efforts fournis. Ces félicitations vont l'aider à poursuivre son travail d'aidant et le conforter dans sa capacité à le faire. De plus les félicitations vont améliorer l'image qu'il se fait de son travail (19). Dans le cas où des ajustements sont nécessaires, il convient de procéder avec tact et diplomatie. L'aidant ayant mis en place des structures et une organisation qui selon lui correspond au mieux à ses besoins. En voulant rectifier le plan et montrer les faiblesses de celui-ci, nous risquons de le froisser et de bloquer l'alliance thérapeutique. Il faut amener l'aidant à discuter d'éventuelles modifications sans qu'il ait l'impression qu'elles lui sont imposées.

De plus, chaque consultation est l'occasion de parler de l'environnement de l'aîné et des problèmes éventuellement rencontrés (escalier, place de la chambre à coucher…). L'aménagement du domicile étant un axe important pour le maintien à domicile des personnes âgées. Cet aménagement peut être en partie financé par l'ANAH (28), la caisse de retraite ou le conseil départemental. Une fiche a été créée pour aider les personnes âgées à adapter leur domicile (29). Mais des problèmes inattendus peuvent surgir comme trouver de nouveaux moyens de déplacement, changer les chaussures. Il convient de les régler avant qu'ils ne deviennent handicapants pour la suite de la prise en charge.

Un des points les plus importants sera celui du ressenti de l'aidant. L'aidant est le principal interlocuteur au cours de cette prise en charge. Au cours des années l'état psychologique de l'aidant peut varier. Il est du rôle du médecin généraliste de rechercher les nombreux signes d'alertes. La prise en charge de ceux-ci n'est pas toujours médicamenteuse. Des systèmes de soutien auprès des aidants sont mis en place, il existe des numéros de téléphone à contacter avec ces numéros l'aidant peut joindre du personnel qualifié et recevoir des informations sur la prise en charge de son aîné. Des plateformes de répit sur internet sont en cours de développement. Elles permettent une plus grande flexibilité d'accès au soutien, sans limitations d'horaire (30). Enfin il est possible de placer l'aîné en accueil de jour, voire de semaine afin de ménager du temps pour l'aidant.

Le système d'accueil de jour est un soutien extrêmement important qu'il est nécessaire de développer. En plaçant l'aîné dans ces structures de façon régulière, celui-ci va s'habituer à ce nouvel environnement. Les bénéfices sont multiples, l'aidant retrouve une part de liberté par rapport à son travail quotidien. L'aîné effectue des activités adaptées à son état physique et mental, de plus il est sollicité au niveau social (31). Le plan Alzheimer 2008 –

2012 promouvait les accueils de jour et les hébergements temporaires. En accord avec ce plan 11 000 places d'accueil de jour devaient être créées dont 5600 places sur la durée du plan. Les accueils de jour sont soit adossés à un établissement avec hébergement permanent, soit autonomes financièrement.

En 2009, en moyenne il y a 12,8 places pour les établissements autonomes financièrement et 6,4 pour les accueils de jours adossés à un établissement effectuant de l'hébergement permanent (EHPAD…). Le coût moyen journalier est de 35 € pour les établissements spécialisés et de 29 € pour les non spécialisés. En moyenne 1 place bénéficie à 3 personnes et chaque bénéficiaire en bénéficie pour 4 jours (32).

Enfin quand le maintien à domicile devient trop difficile, la personne ayant déjà été dans cette structure aura moins de difficulté à intégrer celle-ci et s'y adapter. La famille connaîtra les équipes et les structures disponibles, permettant de les rassurer sur la prise en charge.

# D. Les limites de notre étude

La portée de notre étude est limitée par plusieurs facteurs.

- Tout d'abord, cette étude est rétrospective et les personnes répondant au questionnaire n'étaient pas toujours l'aidant principal. Elles pouvaient donc avoir une méconnaissance du plan d'aide présent avant l'entrée. De plus, l'institutionnalisation pouvait avoir eu lieu plusieurs mois avant. Ce délai entraîne un biais de mémorisation.
- La faible taille de notre échantillon, 56 répondeurs.
- Une partie des réponses peut être perdue car les questionnaires devaient être transmis aux familles par les établissements puis nous être remis. La présence d'un intermédiaire peut entraîner une baisse quantitative des réponses.

# VI. Conclusion

Les résultats de notre étude mettent en évidence plusieurs éléments concernant le ressenti des aidants et l'état des plans d'aide mis en place dans le département du Gers. Nous avons pu faire apparaître plusieurs carences dans les plans d'aide qui étaient en place avant l'institutionnalisation.

Dans la moitié des situations les plans d'aide ne sont pas optimisés. Nous avons mis en évidence un défaut d'utilisation des aides humaines. Elles sont majoritairement tournées vers les soins infirmiers et l'aide-ménagère. De nombreux pans de la prise en charge à domicile sont délaissés, voire sous-exploités. La conséquence est une augmentation du travail devant être réalisé par l'aidant.

De nombreuses personnes doivent avancer une importante somme d'argent tous les mois pour financer ce plan d'aide. Or près de la moitié d'entre elles n'ont pas l'APA. Ce soutien permet d'alléger le fardeau financier pesant sur ces familles

L'autre versant de notre étude à montrer l'impact social et psychologique du travail de l'aidant. Le repli de l'aidant va l'empêcher de rechercher des ressources extérieures pour lui permettre de récupérer. L'épuisement psychologique est très souvent avancé par les aidants, de même que la sensation d'isolement dans ce travail.

Il est nécessaire de renforcer la surveillance psychologique de l'aidant et le soutien matériel et humain. En renforçant le plan d'aide, nous pouvons permettre à l'aidant de se créer un espace personnel où il pourra puiser ses ressources.

Notre étude a permis d'avoir une idée de l'utilisation des réseaux d'aides dans le département à l'orée du papy-boom. Nous avons commencé à développer des réflexions pour permettre d'améliorer la prise en charge des aînés et favoriser un maintien à domicile dans de bonnes conditions.

Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude d'ici quelques années pour voir l'évolution de la situation.

Vu
Toulouse le 18/12/2018
Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 19/12/18
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE

# VII. Bibliographie

1. Évolution de la population − Bilan démographique 2017 | Insee [Internet]. [cité 8 juill 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926#titre-bloc-13

2. Évolution de la population − Bilan démographique 2017 | Insee [Internet]. [cité 8 juill 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926#titre-bloc-13

3. Pyramide des âges en 2018 | Insee [Internet]. [cité 8 juill 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381472#graphique-Donnes

4. Dumont GF. Les territoires face au vieillissement en France et en Europe. Géographie, politique, prospective. Ellipses Marketing; 14 septembre2006. 416 p. (Carrefours).

5. Régions - Départements − Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 1 déc 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303305?sommaire=3353488#titre-bloc-3

6. 190 625 habitants dans le Gers - Insee Flash Occitanie - 26 [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2533704

7. La population du Gers augmente encore - Insee Analyses Midi-Pyrénées - 13 [Internet]. [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285780

8. Dossier complet − Département du Gers (32) | Insee [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-32#tableau-POP_G2

9. Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2015 | Insee [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690

10. Bonnet C, Cambois E, Cases C. La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? Population et sociétés. nov 2011;(483):1-4.

11. SSIAD.pdf [Internet]. [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf

12. Beyond 20/20 WDS - Rapports [Internet]. [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx

13. StatDpt_32.pdf [Internet]. [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: https://www.statistiques-recherches.cnav.fr/images/stat-en-region/midi-pyrenees/StatDpt_32.pdf

14. ddd1.pdf [Internet]. [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ddd1.pdf

15. Chadili N, Coll-Cabarrus M, Fau-Prudhomot P, Le Jeune C, Locher F, Montéléon P-Y, et al. Effets de la situation d'aidant non professionnel sur le travail et la santé. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement [Internet]. 1 juin 2017 [cité

5 déc 2018];78(3):239-51. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1775878516308323

16. Balard F, Somme D. Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe. nps [Internet]. 2011 [cité 4 déc 2018];24(1):85-100. Disponible sur: http://www.erudit.org/en/journals/nps/2011-v24-n1-nps031/1008220ar/abstract/

17. Jaouad A, Michaud JG, Leblanc L. Les caractéristiques du stress et du fardeau sur les aidants naturels francophones œuvrant auprès des personnes atteintes de démence et diagnostiquées précoces : problémat ique , recension des éc rits et hypothèses de recherche [Internet]. 2015. Disponible sur: https://zone.biblio.laurentian.ca/bitstream/10219/2343/1/Les%20caract%C3%A9ristiques%20du%20stress%20et%20du%20fardeau%20sur%20les%20aidants%20naturels%20francophones%20%C5%93uvrant%20aupr%C3%A8s%20des%20personnes%20atteintes%20de%20d%C3%A9mence%20et%20diagnostiqu%C3%A9es%20pr%C3%A9coces.pdf

18. Grant G, Ramcharan P, McGrath M, Nolan M, Keady J. Rewards and gratifications among family caregivers: towards a refined model of caring and coping. J Intellect Disabil Res. févr 1998;42 ( Pt 1):58-71.

19. Saint-Arnaud J. Ducharme, Francine, Famille et soins aux personnes âgées. Enjeux, défis et stratégies, Montréal, Beauchemin, 2006, 210 p. Frontières [Internet]. 2007 [cité 7 déc 2018];19(2):77. Disponible sur: http://id.erudit.org/iderudit/017506ar

20. Coyle J. Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 29 mars 2002 [cité 7 déc 2018];37(6):589-97. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2002.02133.x

21. Wilson-Genderson M, Pruchno RA, Cartwright FP. Effects of caregiver burden and satisfaction on affect of older end-stage renal disease patients and their spouses. Psychology and Aging [Internet]. 2009 [cité 7 déc 2018];24(4):955-67. Disponible sur: http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0017368

22. Sassine - faculté des sciences infirmières.pdf [Internet]. [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/17118/Sassine_Rima_2005_these.pdf?sequence=1

23. Meulen RT, Wright K. Family Solidarity and Informal Care: The Case of Care for People with Dementia. Bioethics [Internet]. 1 sept 2012 [cité 7 déc 2018];26(7):361-8. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8519.2012.01992.x

24. Paquet M. La réticence familiale à recourir au soutien formel : un obstacle à la prévention de l'épuisement des personnes-soutien de personnes âgées dépendantes. Nouvelles pratiques sociales [Internet]. 1997 [cité 8 déc 2018];10(1):111. Disponible sur: http://id.erudit.org/iderudit/301390ar

25. Coudin G. La réticence des aidants familiaux à recourir aux services gérontologiques : une approche psychosociale. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement [Internet]. 1 déc 2004 [cité 6 déc 2018];2(4):285-96. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/pnv/e-

docs/la_reticence_des_aidants_familiaux_a_recourir_aux_services_gerontologiques_une_approche_psychosociale_265779/article.phtml?tab=texte

26. Coudin G, Mollard J. Être aidant de malade Alzheimer : difficultés, stratégies de faire face et gratifications. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement [Internet]. 1 sept 2011 [cité 8 déc 2018];9(3):363-78. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/etre_aidant_de_malade_alzheimer_difficultes_strategies_de_faire_face_et_gratifications_289651/article.phtml?tab=texte

27. Sassine R. faculté des sciences infirmières. :275.

28. Soullier N. Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie. :8.

29. Dépression et niveau de fardeau chez les aidants familiaux des sujets déments en Tunisie | Jihène | Pan African Medical Journal [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/82569

30. Thomas P, Hazif-Thomas C, Delagnes V, Bonduelle P, Clément J-P. La vulnérabilité de l'aidant principal des malades déments à domicile. L'étude Pixel. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement [Internet]. 1 sept 2005 [cité 5 déc 2018];3(3):207-20. Disponible sur: http://www.jle.com/en/revues/pnv/e-docs/la_vulnerabilite_de_laidant_principal_des_malades_dements_a_domicile._letude_pixel_266737/article.phtml?tab=texte

31. Anticiper pour bien vieillir chez vous [Internet]. Anah. [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: http://www.anah.fr/proprietaires/proprietaires-occupants/anticiper-pour-bien-vieillir-chez-vous/

32. ANAH_vieillir-chez-soi.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur: https://www.metamorphouse.info/PDF/ANAH_vieillir-chez-soi.pdf

33. Wu Y-H, Faucounau V, Rotrou J de, Riguet M, Rigaud A-S. Intervention psychosociale auprès d'aidants familiaux de patients atteints de la maladie d'Alzheimer et technologies de l'information et de la communication : une revue de la littérature. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement [Internet]. 1 sept 2009 [cité 8 déc 2018];7(3):185-92. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/pnv/e-docs/intervention_psychosociale_aupres_daidants_familiaux_de_patients_atteints_de_la_maladie_dalzheimer_et_technologies_de_linfor_282122/article.phtml?tab=texte

34. Villars H, Gardette V, Sourdet S, Andrieu S, Vellas B. Evaluation des structures de répit pour le patient atteint de maladie d'Alzheimer (et syndrome apparentés) et son aidant principal : revue de la littérature. :20.

35. Perrin-Hayne J, Chazal J. Les personnes âgées en institution. 2011;32.

36. Zoom : Prix du maintien à domicile [Internet]. Ooreka.fr. [cité 7 juill 2018]. Disponible sur: https://aide-a-domicile.ooreka.fr/astuce/voir/746375/prix-du-maintien-a-domicile

37. Pyramide des âges [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/pyramide-ages/

# VIII. Annexe

## A. Liste des annexes :

1) Annexe n°1 : Questionnaire
2) Annexe n°2 : « Vieillir et bien vivre chez soi », Guide pour la réalisation de travaux d'amélioration et d'adaptation du logement, réalisé par l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat), extrait. Année inconnue
3) Annexe n°3 : Pyramide des âges de 2018
4) Annexe n°4 : Taux d'effort par GIR selon que l'on tient compte ou non de l'APA et des réductions d'impôts

# Annexe n°1 : Questionnaire

Le questionnaire qui suit rentre dans le cadre d'une étude pour une thèse de médecine générale. Ce travail de recherche va porter sur les raisons qui poussent les aidants à institutionnaliser leurs ainés en EHPAD. L'identification des causes va permettre de révéler les défaillances possibles des réseaux d'aides déjà mis en place, et d'apporter de nouvelles propositions pour aider les familles à l'avenir.

Questions :

Caractéristiques du répondeur :

Quel est votre âge :

Sexe : M / F

Quel est votre lien de parenté avec la personne institutionnalisée ? parent (conjoint, enfants, neveux, …), ami, autre :

Aidant principal : oui / non

Quel est votre situation : en couple / célibataire

Quel était le plan d'aide de la personne âgée à domicile :

1. Votre ainé bénéficiait-il d'une infirmière à domicile ? oui / non / ne sait pas
    - Si oui : combien de passages par semaine ?
2. Votre ainé bénéficiait-il du passage d'une auxiliaire de vie ? oui / non / ne sait pas
    - Si oui de quel type (aide-ménagère, auxiliaire de vie sociale, …) :
    - Combien d'heures et de passage par semaine ?
3. Votre ainé bénéficiait-il de séance de kinésithérapie à domicile : oui / non / ne sait pas
4. Aviez-vous ou avez-vous le soutien d'un réseau (soins palliatifs, prise en charge douleur, …) ? oui / non / ne sait pas
5. Votre ainé bénéficiait-il d'une aide financière ? oui / non / ne sait pas
    - Si oui laquelle ?
6. La téléassistance était-elle installée ? oui / non / ne sait pas
7. Avez-vous utilisé les structures d'accueil de jour ? oui / non / ne sait pas
8. Autres aides présentes ? …….

Quelles sont les raisons d'entrée en EHPAD ?

Les questions qui vont suivre vont porter sur plusieurs axes d'approches.

Ainé :

1. Avez-vous abordé le sujet de l'entrée en EHPAD avec votre ainé ? oui / non / ne sait pas
2. La demande d'entrée en EHPAD a-t-elle été formulée par votre ainé ? oui / non / ne sait pas
3. Aviez-vous l'impression de manquer de temps pour vous occuper de lui ? oui / non / ne sait pas
4. En vous occupant de lui, avez-vous ressenti un stress plus important par rapport à votre travail ? oui / non / ne sait pas

Raison personnelle :

1. Avez-vous éprouvé des difficultés à aider vos enfants et votre ainé dans la même journée ? oui / non / ne sait pas
2. L'investissement en tant qu'aidant a-t-il entraîné des difficultés à votre domicile ? oui/non/ne sait pas
    a. Lesquelles ?
3. Avez-vous eu la sensation de vous retrouver isolé socialement ? oui/non/ne sait pas
4. Avez-vous eu la sensation de ne plus pouvoir faire les activités que vous aimiez ? oui/non/ne sait pas
5. Avez-vous eu la sensation de maltraiter votre ainé sans le vouloir ? oui/non/ne sait pas
6. Avez-vous eu la sensation que la prise en charge de cette pathologie était trop lourde pour vous ? oui/non/ne sait pas
7. Avez-vous ressenti une sensation d'épuisement psychologique ou physique à cause de votre rôle d'aidant ? oui/non/ne sait pas
8. Avez-vous eu la sensation d'être seul dans la prise en charge de votre ainé ? oui/non/ne sait pas
9. Le travail effectué en tant qu'aidant a-t-il modifié la relation avec votre ainé ? oui/non/ne sait pas
    a. Si oui : vous le ressentiez comme un fardeau ?
    b. Une obligation ?
    c. Cette prise en charge vous a-t-elle rapprochée de votre aîné ?
    d. Autres :

10. Le manque de connaissances sur sa maladie vous a-t-elle pénalisé pendant sa prise en charge ? oui/non/ne sait pas
11. Le manque de connaissances sur les droits et les aides disponibles vous a-t-il pénalisé pour sa prise en charge ? oui/non/ne sait pas

Merci de votre participation

Annexe n°2 « Vieillir et bien vivre chez soi », Guide pour la réalisation de travaux d'amélioration et d'adaptation du logement, réalisé par l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat), extrait. 2005

LA CHAMBRE

## Se lever, se coucher, s'habiller, ranger de façon pratique et sûre

## Adaptations et aménagements

La chambre est un lieu d'intimité où chacun aspire à être dans un univers confortable et accueillant.

Cet espace ne doit donc pas être négligé du point de vue de sa sécurité et de son agencement.

En vieillissant on éprouve plus souvent le besoin de se reposer dans la journée.

**LA CHAMBRE EST INCONFORTABLE, SI :**

- il y a trop de bruits pour se reposer,
- il faut se lever pour accéder au téléphone ou à la lumière,
- fermer et ouvrir ses volets demande des efforts,
- l'accès aux rangements est difficile,
- lire est fatiguant,
- il fait trop chaud ou trop froid.

**UNE CHAMBRE EST DANGEREUSE, SI :**

- les tapis ou les descentes de lit sont posées sur un sol glissant,
- on est obligé de monter sur un tabouret pour accéder à un rangement,
- on est obligé de se pencher pour atteindre un volet,
- l'éclairage est insuffisant,
- faire son lit obligé à faire des gestes pénibles.



**DES IDÉES SIMPLES...**

- DISPOSER DE PRISES DE COURANT EN NOMBRE SUFFISANT,
- POSER UN VA-ET-VIENT PRÈS DU LIT ET DE LA PORTE,
- INSTALLER DES RANGEMENTS ACCESSIBLES,
- POSER DES POIGNÉES DE VOLETS QUI ÉVITENT DE SE PENCHER OU OPTER POUR UNE COMMANDE ÉLECTRIQUE,
- AMÉLIORER L'ISOLATION THERMIQUE ET ACOUSTIQUE (MURS, FENÊTRES, ...),
- PRÉFÉRER DES OCCULTATIONS EXTÉRIEURES PLUTÔT QU'INTÉRIEURES POUR SE PROTÉGER DU SOLEIL.

**DES EXEMPLES**

**DISPOSER LE MOBILIER DE FAÇON À FACILITER L'ACCÈS ET L'USAGE :**

- accéder à son lit des deux côtés est plus confortable,
- ouvrir ou fermer le store ou le volet extérieur à partir de son lit (télécommande ou interrupteurs) est plus pratique et nécessaire pour se protéger du soleil l'été.

**AMÉLIORER LE CONFORT ET LA SÉCURITÉ ÉLECTRIQUE :**

- des prises de courant en nombre suffisant permettent de supprimer des fils au sol,
- une applique murale pour lire au lit dégage la table de nuit,
- une commande en va-et-vient, en tête de lit, permet d'éteindre ou d'allumer sans avoir à se relever,...

**AUGMENTER LE CONFORT DE LA CHAMBRE :**

- adapter la hauteur du lit pour pouvoir se lever facilement,
- disposer de siège pour se reposer sans pour autant se coucher,
- prévoir un poste de téléphone pour appeler et répondre dans la chambre.

Disposer d'une chambre confortable et sûre.



LE LOGEMENT

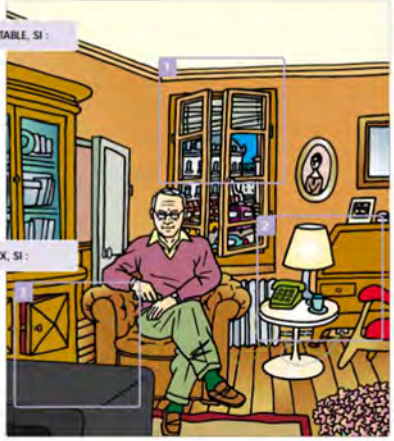
## Si le logement n'est pas aménagé correctement, difficile d'en profiter sans risque !

## Adaptations et aménagements

Les mauvaises habitudes, les négligences favorisent les accidents domestiques.

Chaque année, de nombreuses personnes sont victimes d'un accident de la vie courante. La majorité de ceux-ci surviennent au domicile et concernent principalement les chutes chez les personnes âgées. Les objets inutiles ou mal placés sont facteur de risque.

Des variations de température trop fortes peuvent également être préjudiciables pour la santé et le confort.



**LE LOGEMENT EST INCONFORTABLE, SI :**

- le chauffage est insuffisant,
- l'utilisation du chauffage est pénible (alimentation, allumage),
- les bruits de l'extérieur envahissent le logement ou la maison,
- on ne peut se protéger de la chaleur l'été.

**LE LOGEMENT EST DANGEREUX, SI :**

- l'installation de chauffage est défectueuse ou la ventilation insuffisante,
- la chaleur de la journée, en été, ne peut être éliminée la nuit,
- des fils électriques traînent au sol,
- le mobilier empêche de se déplacer aisément,
- l'éclairage est insuffisant et laisse des zones sombres.



**DES IDÉES SIMPLES...**

- INSTALLER DES PORTES ET DES FENÊTRES FACILES À UTILISER ET OFFRANT UNE BONNE ISOLATION,
- CONSERVER OU INSTALLER DES OCCULTATIONS PROTÉGE VOTRE INTÉRIEUR DU SOLEIL,
- METTRE AUX NORMES L'INSTALLATION ÉLECTRIQUE,
- DÉGAGER LES LIEUX DE PASSAGE,
- INSTALLER UN CHAUFFAGE PRATIQUE ET SÛR,
- FAIRE INSTALLER UN SYSTÈME DE RAFRAÎCHISSEMENT OU DE CLIMATISATION DANS UNE PIÈCE POUR L'ÉTÉ.

**DES EXEMPLES**

**DISPOSER DE FENÊTRES ADAPTÉES :**

- prévoir une isolation acoustique suffisante pour ne pas être gêné et fatigué par les bruits de la rue (double vitrage, ...),
- assurer une bonne isolation thermique, utile hiver comme été,
- préférer des fenêtres offrant un maximum de clarté (grands carreaux, baies vitrées, ...), et faciles à nettoyer,
- privilégier un type de fenêtre facile à ouvrir,
- opter pour des volets ou des stores électriques.

**BIEN VOIR POUR SE DÉPLACER :**

- augmenter le nombre de points de lumière et privilégier les plafonniers,
- supprimer les fils dangereux qui courent sur le sol,
- installer des prises électriques en nombre et éviter l'usage de rallonge,
- faire installer des interrupteurs facilement repérables,
- prévoir des va-et-vient électriques aux entrées des pièces et près du lit.

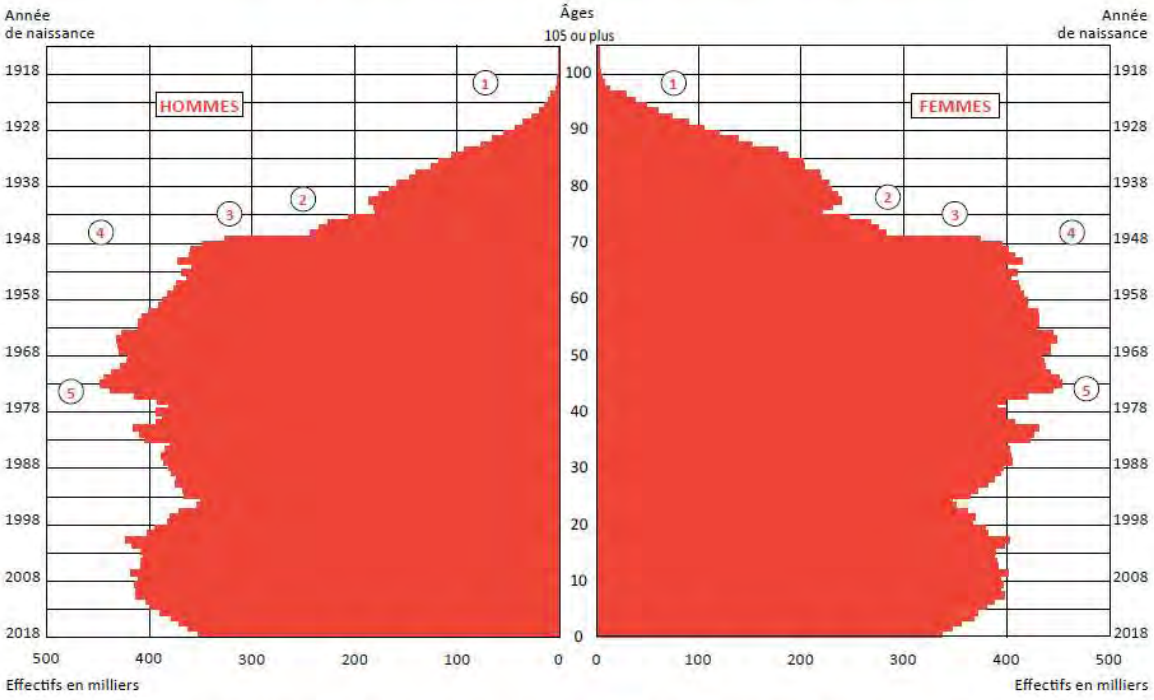
**FACILITER LE RANGEMENT :**

- remplacer les portes des placards trop lourdes ou encombrantes par des portes coulissantes, rideaux, ...
- prévoir de l'éclairage dans les rangements,
- prévoir des placards et des tiroirs dont on peut atteindre le fond.

Aménager son logement pour qu'il reste confortable et sûr

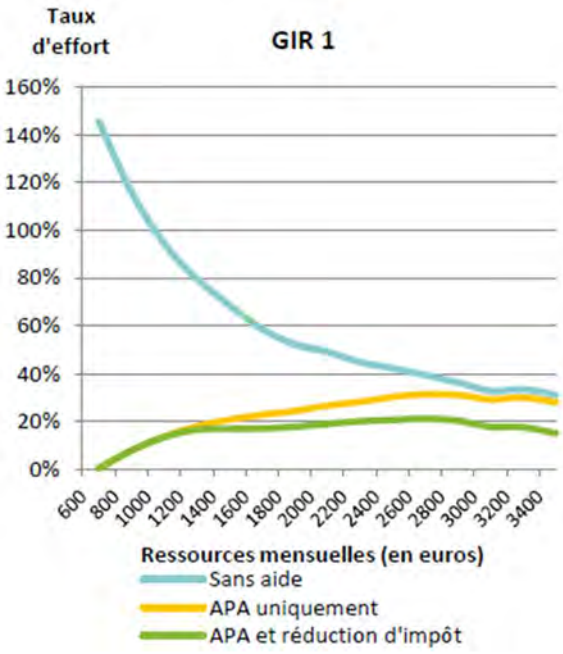
# Annexe n°3 : Pyramide des âges de 2018(37)

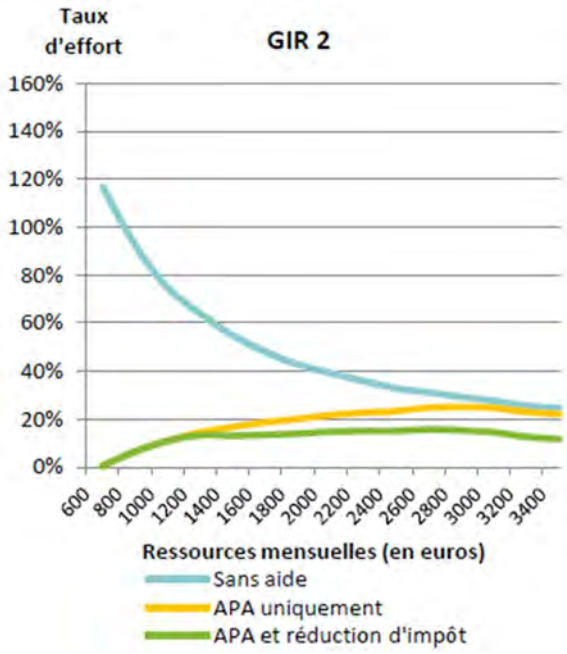
## Population de la France - Évaluation provisoire au 1er janvier 2018

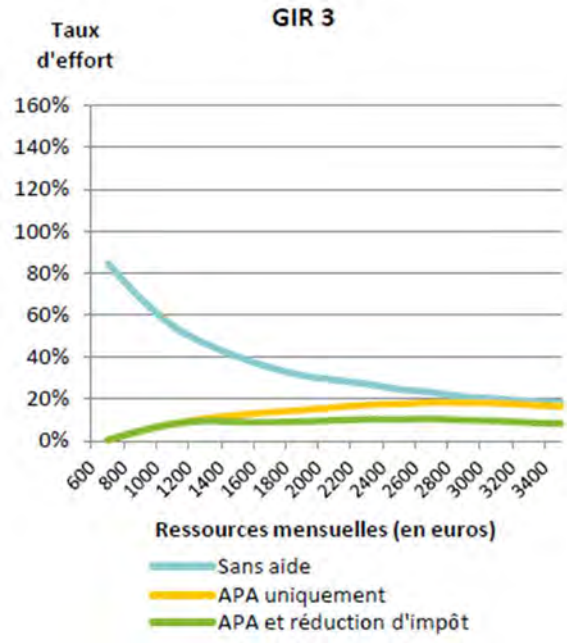


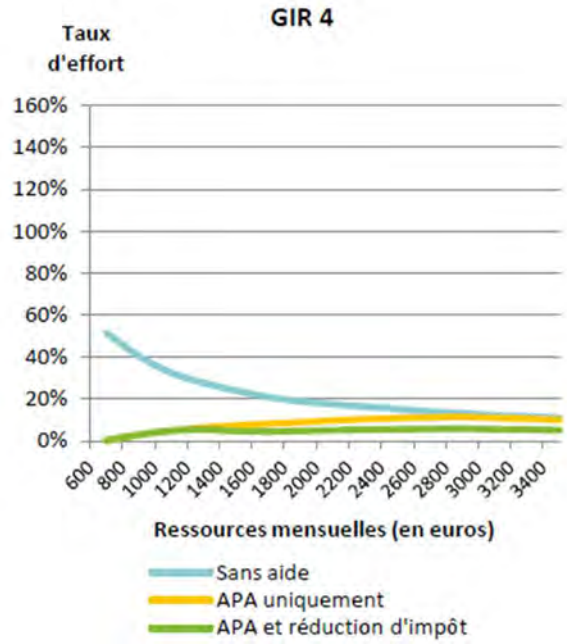

(G. Pison, *Population et Sociétés*, n° 553, Ined, mars 2018)

# Annexe n°4 : Taux d'effort par GIR selon que l'on tient compte ou non de l'APA et des réductions d'impôts


Taux d'effort
GIR 1
160%
140%
120%
100%
80%
60%
40%
20%
0%
600 800 1000 1200 1400 1600 1800 2000 2200 2400 2600 2800 3000 3200 3400
Ressources mensuelles (en euros)
Sans aide
APA uniquement
APA et réduction d'impôt


Taux d'effort
GIR 2
160%
140%
120%
100%
80%
60%
40%
20%
0%
600 800 1000 1200 1400 1600 1800 2000 2200 2400 2600 2800 3000 3200 3400
Ressources mensuelles (en euros)
Sans aide
APA uniquement
APA et réduction d'impôt


GIR 3
Taux d'effort
160%
140%
120%
100%
80%
60%
40%
20%
0%
600 800 1000 1200 1400 1600 1800 2000 2200 2400 2600 2800 3000 3200 3400
Ressources mensuelles (en euros)
Sans aide
APA uniquement
APA et réduction d'impôt


GIR 4
Taux d'effort
160%
140%
120%
100%
80%
60%
40%
20%
0%
600 800 1000 1200 1400 1600 1800 2000 2200 2400 2600 2800 3000 3200 3400
Ressources mensuelles (en euros)
Sans aide
APA uniquement
APA et réduction d'impôt

LAST NAME: Valenti FIRST NAME: Simon

# TITLE: **What are the factors that motivate families to institutionalize their elders?**

**SUPERVISOR:** Dr Roux Philippe

PLACE AND DATE OF THESIS DEFENCE: Faculté de médecine Toulouse Purpan ( allées J. Guesde) , Toulouse, the 29th January 2018

Entry in nursing home is the result of various factors such as family, organizational. These factors are the cause of the failure for elderly people to stay at home. Our study tried to identify the factors that motivate to institutionalize their elders. With a retrospective method, we have analyzed the aid plan before entering in nursing home and the care's psychological affect. We have shown those aid plans are not efficiency set. Caregiver mostly declared to burn out and the feeling to be alone to support this burden. We can conclude that the lack of optimal efficiency of those aids plan and support to the caregiver could be one of the factors that motivate the institutionalization.

**ADMINISTRATIVE DISCIPLINE: GENERAL MEDECINE**

**Keyword:** EHPAD – aidants - ainés - plan d'aide – démographie – Gers – soutien

**Faculté de Médecine Toulouse-Purpan** – 37 allées Jules Guesde – BP 7202 – 31073 Toulouse Cedex 7

NOM : Valenti PRENOM : Simon

# TITRE : **Quelles sont les raisons qui poussent les familles à institutionnaliser leurs ainés en EHPAD ?**

**DIRECTEUR DE THESE :** Dr Roux Philippe

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de médecine Toulouse Purpan ( allées J. Guesde)

Toulouse le 29 janvier 2018

L'entrée en EHPAD des personnes âgées est le résultat de causes diverses (familial, matériel, organisationnelle). Ces raisons empêchent le maintien à domicile de l'aîné. Notre étude a cherché à identifier les diverses raisons qui poussent les familles à institutionnaliser leurs aînés. De manière rétrospective, nous avons analysé le plan d'aide présent avant l'entrée en EHPAD et le ressenti de l'aidant. Nous avons mis en évidence des plans d'aide insuffisamment optimisés sur de nombreux points. Les aidants ont essentiellement déclaré un épuisement psychologique et une sensation d'isolement. Ceci suggère que le manque d'optimisation des plans d'aide et de soutien envers les aidants favorise l'institutionnalisation des aînés.

Titre et résumé en Anglais : voir au recto

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : MEDECINE GENERALE**

**Mots clés :** EHPAD – aidants - aînés - plan d'aide – démographie – Gers – soutien

**Faculté de Médecine Toulouse-Purpan** – 37 allées Jules Guesde – BP 7202 – 31073 Toulouse Cedex 7