

UNIVERSITE TOULOUSE III- Paul Sabatier

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

2015 TOU3 1016

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Mars 2015

Par Chloé CLEMENT

**LES ANCIENS COMBATTANTS DE LA GUERRE
D'ALGERIE SONT-ILS PLUS FRAGILES QUE LES
HOMMES DE LA MEME GENERATION QUI N'ONT PAS
CONNU CETTE GUERRE ?**

**EVALUATION COMPAREE DE LA FRAGILITE DES HOMMES
DE PLUS DE 70 ANS DANS LE BASSIN DE SANTE DE
DECAZEVILLE**

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Marielle PUECH

JURY :

Madame le Professeur Fati NOURHASHEMI

Présidente

Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Assesseur

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Assesseur

Madame le Docteur Marielle PUECH

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| Doyen Honoraire | M. ROUGE D. | Professeur Honoraire | M. SALVADOR M. |
| Doyen Honoraire | M. LAZORTHES Y. | Professeur Honoraire | M. BAYARD |
| Doyen Honoraire | M. CHAP H. | Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEIL B | Professeur Honoraire | M. FABIÉ |
| Professeur Honoraire | M. COMMANAY | Professeur Honoraire | M. BARTHE |
| Professeur Honoraire | M. CLAUD | Professeur Honoraire | M. CABARROT |
| Professeur Honoraire | M. ESCHAPASSE | Professeur Honoraire | M. DUFFAUT |
| Professeur Honoraire | Mme ENJALBERT | Professeur Honoraire | M. ESCAT |
| Professeur Honoraire | M. GEDEON | Professeur Honoraire | M. ESCANDE |
| Professeur Honoraire | M. PASQUIE | Professeur Honoraire | M. PRIS |
| Professeur Honoraire | M. RIBAUT | Professeur Honoraire | M. CATHALA |
| Professeur Honoraire | M. ARLET J. | Professeur Honoraire | M. BAZEX |
| Professeur Honoraire | M. RIBET | Professeur Honoraire | M. VIRENQUE |
| Professeur Honoraire | M. MONROZIES | Professeur Honoraire | M. CARLES |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS | Professeur Honoraire | M. BONAFÉ |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE | Professeur Honoraire | M. VAYSSE |
| Professeur Honoraire | M. FABRE J. | Professeur Honoraire | M. ESQUERRE |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS | Professeur Honoraire | M. GUITARD |
| Professeur Honoraire | M. GALINIER | Professeur Honoraire | M. LAZORTHES F. |
| Professeur Honoraire | M. LACOMME | Professeur Honoraire | M. ROQUE-LATRILLE |
| Professeur Honoraire | M. BASTIDE | Professeur Honoraire | M. CERENE |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT | Professeur Honoraire | M. FOURNIAL |
| Professeur Honoraire | M. DAVID | Professeur Honoraire | M. HOFF |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER | Professeur Honoraire | M. REME |
| Professeur Honoraire | M. GAUBERT | Professeur Honoraire | M. FAUVEL |
| Professeur Honoraire | Mme LARENG M.B. | Professeur Honoraire | M. FREXINOS |
| Professeur Honoraire | M. BES | Professeur Honoraire | M. CARRIERE |
| Professeur Honoraire | M. BERNADET | Professeur Honoraire | M. MANSAT M. |
| Professeur Honoraire | M. GARRIGUES | Professeur Honoraire | M. BARRET |
| Professeur Honoraire | M. REGNIER | Professeur Honoraire | M. ROLLAND |
| Professeur Honoraire | M. COMBELLES | Professeur Honoraire | M. THOUVENOT |
| Professeur Honoraire | M. REGIS | Professeur Honoraire | M. CAHUZAC |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS | Professeur Honoraire | M. DELSOL |
| Professeur Honoraire | M. PUJOL | Professeur Honoraire | M. ABBAL |
| Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI | Professeur Honoraire | M. DURAND |
| Professeur Honoraire | M. RUMEAU | Professeur Honoraire | M. DALY-SCHVEITZER |
| Professeur Honoraire | M. BESOMBES | Professeur Honoraire | M. RAILHAC |
| Professeur Honoraire | M. GUIRAUD | Professeur Honoraire | M. POURRAT |
| Professeur Honoraire | M. SUC | Professeur Honoraire | M. QUERLEU D. |
| Professeur Honoraire | M. VALDIGUIE | Professeur Honoraire | M. ARNE JL |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURE | Professeur Honoraire | M. ESCOURROU J. |
| Professeur Honoraire | M. PONTONNIER | Professeur Honoraire | M. FOURTANIER G. |
| Professeur Honoraire | M. CARTON | Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE J. |
| Professeur Honoraire | Mme PUEL J. | Professeur Honoraire | M. PESSEY JJ. |
| Professeur Honoraire | M. GOUZI | | |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU | | |
| Professeur Honoraire | M. PONTONNIER | | |
| Professeur Honoraire | M. PASCAL | | |

Professeurs Émérites

| | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Professeur LARROUY | Professeur JL. ADER |
| Professeur ALBAREDE | Professeur Y. LAZORTHES |
| Professeur CONTÉ | Professeur L. LARENG |
| Professeur MURAT | Professeur F. JOFFRE |
| Professeur MANELFE | Professeur J. CORBERAND |
| Professeur LOUVET | Professeur B. BONEU |
| Professeur SARRAMON | Professeur H. DABERNAT |
| Professeur CARATERO | Professeur M. BOCCALON |
| Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL | Professeur B. MAZIERES |
| Professeur COSTAGLIOLA | Professeur E. ARLET-SUAU |
| | Professeur J. SIMON |

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

| | |
|--------------------------|--|
| M. ADOUE D. | Médecine Interne, Gériatrie |
| M. AMAR J. | Thérapeutique |
| M. ATTAL M. (C.E) | Hématologie |
| M. AVET-LOISEAU H | Hématologie, transfusion |
| M. BLANCHER A. | Immunologie (option Biologique) |
| M. BONNEVILLE P. | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie. |
| M. BOSSAVY J.P. | Chirurgie Vasculaire |
| M. BRASSAT D. | Neurologie |
| M. BROUSSET P. (C.E) | Anatomie pathologique |
| M. BUGAT R. (C.E) | <i>Cancérologie</i> |
| M. CARRIE D. | Cardiologie |
| M. CHAP H. (C.E) | Biochimie |
| M. CHAUVEAU D. | Néphrologie |
| M. CHOLLET F. (C.E) | Neurologie |
| M. CLANET M. (C.E) | Neurologie |
| M. DAHAN M. (C.E) | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. DEGUINE O. | O. R. L. |
| M. DUCOMMUN B. | Cancérologie |
| M. FERRIERES J. | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. FOURCADE O. | Anesthésiologie |
| M. FRAYSSE B. (C.E) | O.R.L. |
| M. IZOPET J. (C.E) | Bactériologie-Virologie |
| Mme LAMANT L. | Anatomie Pathologique |
| M. LANG T. | Biostatistique Informatique Médicale |
| M. LANGIN D. | Nutrition |
| M. LAUQUE D. (C.E) | Médecine Interne |
| M. LIBLAU R. (C.E) | Immunologie |
| M. MAGNAVAL J.F. | Parasitologie |
| M. MALAUD B. | Urologie |
| M. MANSAT P. | Chirurgie Orthopédique |
| M. MARCHOU B. | Maladies Infectieuses |
| M. MONROZIES X. | Gynécologie Obstétrique |
| M. MONTASTRUC J.L. (C.E) | Pharmacologie |
| M. MOSCOVICI J. | Anatomie et Chirurgie Pédiatrique |
| Mme MOYAL E. | Cancérologie |
| Mme NOURHASHEMI F. | Gériatrie |
| M. OLIVES J.P. (C.E) | Pédiatrie |
| M. OSWALD E. | Bactériologie-Virologie |
| M. PARINAUD J. | Biol. Du Dévelop. et de la Reprod. |
| M. PERRET B (C.E) | Biochimie |
| M. PRADERE B. (C.E) | Chirurgie générale |
| M. RASCOL O. | Pharmacologie |
| M. RECHER Ch. | Hématologie |
| M. RISCHMANN P. (C.E) | Urologie |
| M. RIVIERE D. (C.E) | Physiologie |
| M. SALES DE GAUZY J. | Chirurgie Infantile |
| M. SALLES J.P. | Pédiatrie |
| M. SERRE G. (C.E) | Biologie Cellulaire |
| M. TELMON N. | Médecine Légale |
| M. VINEL J.P. (C.E) | Hépatogastro-entérologie |

P.U. - P.H.

2ème classe

| | |
|--------------------|---------------------------------------|
| Mme BEYNE-RAUZY O. | Médecine Interne |
| M. BIRMES Ph. | Psychiatrie |
| M. BROUCHET L. | Chirurgie thoracique et cardio-vascul |
| M. BUREAU Ch | Hépatogastro-entéro |
| M. CALVAS P. | Génétique |
| M. CARRERE N. | Chirurgie Générale |
| Mme CASPER Ch. | Pédiatrie |
| M. CHAIX Y. | Pédiatrie |
| Mme CHARPENTIER S. | Thérapeutique, méd. d'urgence, addict |
| M. COGNARD C. | Neuroradiologie |
| M. DE BOISSEZON X. | Médecine Physique et Réadapt Fonct. |
| M. FOURNIE B. | Rhumatologie |
| M. FOURNIÉ P. | Ophthalmologie |
| M. GAME X. | Urologie |
| M. GEERAERTS T. | Anesthésiologie et réanimation chir. |
| Mme GENESTAL M. | Réanimation Médicale |
| M. LAROCHE M. | Rhumatologie |
| M. LAUWERS F. | Anatomie |
| M. LEOBON B. | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. MAZIERES J. | Pneumologie |
| M. MOLINIER L. | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. OLIVOT J-M | Neurologie |
| M. PARANT O. | Gynécologie Obstétrique |
| M. PARIENTE J. | Neurologie |
| M. PATHAK A. | Pharmacologie |
| M. PAUL C. | Dermatologie |
| M. PAYOUX P. | Biophysique |
| M. PAYRASTRE B. | Hématologie |
| M. PORTIER G. | Chirurgie Digestive |
| M. PERON J.M. | Hépatogastro-entérologie |
| M. RONCALLI J. | Cardiologie |
| M. SANS N. | Radiologie |
| Mme SAVAGNER F. | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme SELVES J. | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. SOL J-Ch. | Neurochirurgie |

P.U.

| | |
|---------------|-------------------|
| M. OUSTRIC S. | Médecine Générale |
|---------------|-------------------|

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

| | |
|------------------------|---|
| M. ACAR Ph. | Pédiatrie |
| M. ALRIC L. | Médecine Interne |
| M. ARLET Ph. (C.E) | Médecine Interne |
| M. ARNAL J.F. | Physiologie |
| Mme BERRY I. | Biophysique |
| M. BOUTAULT F. (C.E) | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| M. BUSCAIL L. | Hépto-Gastro-Entérologie |
| M. CANTAGREL A. | Rhumatologie |
| M. CARON Ph. (C.E) | Endocrinologie |
| M. CHAMONTIN B. (C.E) | Thérapeutique |
| M. CHAVOIN J.P. (C.E) | Chirurgie Plastique et Reconstructive |
| M. CHIRON Ph. | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| Mme COURTADE SAIDI M. | Histologie Embryologie |
| M. DELABESSE E. | Hématologie |
| Mme DELISLE M.B. (C.E) | Anatomie Pathologie |
| M. DIDIER A. | Pneumologie |
| M. ELBAZ M. | Cardiologie |
| M. GALINIER M. | Cardiologie |
| M. GERAUD G. | Neurologie |
| M. GLOCK Y. | Chirurgie Cardio-Vasculaire |
| M. GOURDY P. | Endocrinologie |
| M. GRAND A. (C.E) | Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention |
| Mme HANAIRE H. (C.E) | Endocrinologie |
| M. KAMAR N. | Néphrologie |
| M. LARRUE V. | Neurologie |
| M. LAURENT G. (C.E) | Hématologie |
| M. LEVADE T. | Biochimie |
| M. MALECAZE F. (C.E) | Ophthalmologie |
| Mme MARTY N. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. MASSIP P. | Maladies Infectieuses |
| M. PLANTE P. | Urologie |
| M. RAYNAUD J-Ph. | Psychiatrie Infantile |
| M. RITZ P. | Nutrition |
| M. ROCHE H. (C.E) | Cancérologie |
| M. ROSTAING L (C.E). | Néphrologie |
| M. ROUGE D. (C.E) | Médecine Légale |
| M. ROUSSEAU H. | Radiologie |
| M. SALVAYRE R. (C.E) | Biochimie |
| M. SCHMITT L. (C.E) | Psychiatrie |
| M. SENARD J.M. | Pharmacologie |
| M. SERRANO E. (C.E) | O. R. L. |
| M. SOULIE M. | Urologie |
| M. SUC B. | Chirurgie Digestive |
| Mme TAUBER M.T. | Pédiatrie |
| M. VELLAS B. (C.E) | Gériatrie |

P.U. - P.H.

2ème classe

| | |
|------------------------|--|
| M. ACCADBLE F. | Chirurgie Infantile |
| Mme ANDRIEU S. | Epidémiologie |
| M. ARBUS Ch. | Psychiatrie |
| M. BERRY A. | Parasitologie |
| M. BONNEVILLE F. | Radiologie |
| M. BUJAN L. | Uro-Andrologie |
| Mme BURA-RIVIERE A. | Médecine Vasculaire |
| M. CHAYNES P. | Anatomie |
| M. CHAUFOUR X. | Chirurgie Vasculaire |
| M. CONSTANTIN A. | Rhumatologie |
| M. DELOBEL P. | Maladies Infectieuses |
| Mme DULY-BOUHANICK B. | Thérapeutique |
| M. COURBON | Biophysique |
| M. DAMBRIN C. | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| M. DECRAMER S. | Pédiatrie |
| M. DELORD JP. | Cancérologie |
| M. GALINIER Ph. | Chirurgie Infantile |
| M. GARRIDO-STÖWHAS I. | Chirurgie Plastique |
| Mme GOMEZ-BROUCHET A. | Anatomie Pathologique |
| M. GROLLEAU RAOUX J.L. | Chirurgie plastique |
| Mme GUIMBAUD R. | Cancérologie |
| M. HUYGHE E. | Urologie |
| M. LAFOSSE JM. | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| M. LEGUEVAQUE P. | Chirurgie Générale et Gynécologique |
| M. MARCHEIX B. | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| M. MARQUE Ph. | Médecine Physique et Réadaptation |
| Mme MAZEREEUW J. | Dermatologie |
| M. MINVILLE V. | Anesthésiologie Réanimation |
| M. MUSCARI F. | Chirurgie Digestive |
| M. OTAL Ph. | Radiologie |
| M. ROLLAND Y. | Gériatrie |
| M. ROUX F.E. | Neurochirurgie |
| M. SAILLER L. | Médecine Interne |
| M. SOULAT J.M. | Médecine du Travail |
| M. TACK I. | Physiologie |
| M. VAYSSIERE Ch. | Gynécologie Obstétrique |
| M. VERGEZ S. | O.R.L. |
| Mme URO-COSTE E. | Anatomie Pathologique |

M.C.U. - P.H.

| | |
|-----------------------|------------------------------------|
| M. APOIL P. A | Immunologie |
| Mme ARNAUD C. | Epidémiologie |
| M. BIETH E. | Génétique |
| Mme BONGARD V. | Epidémiologie |
| Mme CASPAR BAUGUIL S. | Nutrition |
| Mme CASSAING S. | Parasitologie |
| Mme CONCINA D. | Anesthésie-Réanimation |
| M. CONGY N. | Immunologie |
| Mme COURBON | Pharmacologie |
| Mme DAMASE C. | Pharmacologie |
| Mme de GLISEZENSKY I. | Physiologie |
| Mme DELMAS C. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme DE-MAS V. | Hématologie |
| M. DUBOIS D. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme DUGUET A.M. | Médecine Légale |
| M. DUPUI Ph. | Physiologie |
| Mme FILLAUX J. | Parasitologie |
| M. GANTET P. | Biophysique |
| Mme GENNERO I. | Biochimie |
| Mme GENOUX A. | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. HAMDI S. | Biochimie |
| Mme HITZEL A. | Biophysique |
| M. IRIART X. | Parasitologie et mycologie |
| M. JALBERT F. | Stomato et Maxillo Faciale |
| M. KIRZIN S | Chirurgie générale |
| Mme LAPEYRE-MESTRE M. | Pharmacologie |
| M. LAURENT C. | Anatomie Pathologique |
| Mme LE TINNIER A. | Médecine du Travail |
| M. LOPEZ R. | Anatomie |
| M. MONTOYA R. | Physiologie |
| Mme MOREAU M. | Physiologie |
| Mme NOGUEIRA M.L. | Biologie Cellulaire |
| M. PILLARD F. | Physiologie |
| Mme PRERE M.F. | Bactériologie Virologie |
| Mme PUISSANT B. | Immunologie |
| Mme RAGAB J. | Biochimie |
| Mme RAYMOND S. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme SABOURDY F. | Biochimie |
| Mme SAUNE K. | Bactériologie Virologie |
| M. SILVA SIFONTES S. | Réanimation |
| M. SOLER V. | Ophtalmologie |
| M. TAFANI J.A. | Biophysique |
| M. TREINER E. | Immunologie |
| Mme TREMOLLIERES F. | Biologie du développement |
| M. TRICOIRE J.L. | Anatomie et Chirurgie Orthopédique |
| M. VINCENT C. | Biologie Cellulaire |

M.C.U. - P.H

| | |
|-------------------------|--|
| Mme ABRAVANEL F. | Bactério. Virologie Hygiène |
| M. BES J.C. | Histologie - Embryologie |
| M. CMBUS J.P. | Hématologie |
| Mme CANTERO A. | Biochimie |
| Mme CARFAGNA L. | Pédiatrie |
| Mme CASSOL E. | Biophysique |
| Mme CAUSSE E. | Biochimie |
| M. CHASSAING N | Génétique |
| Mme CLAVE D. | Bactériologie Virologie |
| M. CLAVEL C. | Biologie Cellulaire |
| Mme COLLIN L. | Cytologie |
| M. CORRE J. | Hématologie |
| M. DEDOIT F. | Médecine Légale |
| M. DELPLA P.A. | Médecine Légale |
| M. DESPAS F. | Pharmacologie |
| M. EDOUARD T | Pédiatrie |
| Mme ESQUIROL Y. | Médecine du travail |
| Mme ESCOURROU G. | Anatomie Pathologique |
| Mme GALINIER A. | Nutrition |
| Mme GARDETTE V. | Epidémiologie |
| M. GASQ D. | Physiologie |
| Mme GRARE M. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme GUILBEAU-FRUGIER C. | Anatomie Pathologique |
| Mme GUYONNET S. | Nutrition |
| Mme INGUENEAU C. | Biochimie |
| M. LAHARRAGUE P. | Hématologie |
| M. LAIREZ O. | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. LEANDRI R. | Biologie du dével. et de la reproduction |
| M. LEPAGE B. | Biostatistique |
| Mme MAUPAS F. | Biochimie |
| M. MIEUSSET R. | Biologie du dével. et de la reproduction |
| Mme PERIQUET B. | Nutrition |
| Mme NASR N. | Neurologie |
| Mme PRADDAUDE F. | Physiologie |
| M. RIMAILHO J. | Anatomie et Chirurgie Générale |
| M. RONGIERES M. | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| Mme SOMMET A. | Pharmacologie |
| M. TKACZUK J. | Immunologie |
| M. VALLET P. | Physiologie |
| Mme VEZZOSI D. | Endocrinologie |

M.C.U.

| | |
|--------------------|-------------------|
| M. BISMUTH S. | Médecine Générale |
| Mme ROUGE-BUGAT ME | Médecine Générale |
| Mme ESCOURROU B. | Médecine Générale |

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

A ma présidente du jury

Madame le Professeur Fati NOURHASHEMI

Professeur des Universités

Gériatre

CHU de Toulouse

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.
Veuillez trouver par ce travail l'expression de mon profond respect et de ma très haute gratitude.

A ma directrice de thèse

Madame le Docteur PUECH Marielle

Médecin généraliste

Maître de stage

Je te remercie de m'avoir confié ce projet, de m'avoir soutenue et encouragée pendant ces années.

Merci pour ta disponibilité et ta générosité. Tes conseils sont toujours justes et avisés.

Au cours du SASPAS et des remplacements à Decazeville, travailler à tes côtés a été pour moi d'une grande richesse tant professionnelle que personnelle.

Sois assurée de mon estime et de ma profonde reconnaissance.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

*Professeur Associé de Médecine Générale
CHU Toulouse
Médecin généraliste*

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.
J'ai pour vous le plus profond respect et une grande admiration pour vos qualités de professeur, médecin, maître de stage mais aussi pour vos qualités humaines.
J'ai découvert auprès de vous l'exercice de la médecine générale et souhaite garder votre modèle pour mon activité future.
Merci pour votre confiance et votre bienveillance.

Monsieur le Professeur Marc VIDAL

*Professeur Associé de Médecine Générale
CHU Toulouse
Médecin généraliste*

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.
Veuillez trouver en ces lignes l'expression de mon profond respect.

Monsieur Le Docteur Bruno CHICOULAA

*Maître de conférences associé de médecine générale
Médecin généraliste*

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.
Soyez assuré de mes sincères remerciements pour vos précieux conseils et votre disponibilité.

Je tiens à dédier cette thèse :

Aux patients interrogés, sans qui cette étude n'aurait pu être. Ces hommes et leurs familles m'ont ouvert leur porte et leur histoire avec beaucoup de gentillesse et de sincérité. Je ne pouvais espérer un meilleur accueil.

A Monsieur Roger Lajoie-Mazenc, journaliste et membre fondateur de la FNACA de l'Aveyron pour son accueil et son soutien dans la réalisation de ce projet.

A l'équipe de la maison médicale de Decazeville,

Mes anciens maîtres de stage : Fanny pour ta grande sympathie et ton accueil dans l'Aveyron, Jacqueline pour vos observations et votre grande générosité, Jacques Maumet pour votre accueil toujours très chaleureux et aussi Jacques Bardou et Solène.

Merci à tous pour cet exemple : vous formez une équipe formidable !

Je remercie l'équipe ainsi que le Docteur Servières pour l'aide précieuse dans le recueil des patients.

Je suis extrêmement reconnaissante et touchée de la confiance que vous m'avez témoignée.

A tous les professionnels de santé rencontrés tout au long de l'internat et des remplacements,

A Olivier Couzinet, mon ancien maître de stage. Merci pour ce semestre formateur et riche d'expérience et de rencontres. Ce stage à vos côtés a conforté mon choix de médecine rurale. Un grand merci également de m'avoir fait confiance, de m'avoir permis de « me lancer » en me proposant mon premier remplacement.

A toute l'équipe de médecine interne et tous les membres du stage de gynéco-pédiatrie de Tarbes.

Aux médecins rencontrés lors des remplacements à Cazères et à Cornebarrieu.

A ma famille,

-A ma mère, sans qui je ne serais pas arrivée au bout de ce long chemin. Tu m'as toujours soutenue et encouragée. Merci pour ton écoute et ta présence si rassurante. Je mesure la chance de t'avoir.

-A ma sœur, Aude, présente depuis toutes ces années. Merci pour ces moments, cette complicité mais aussi pour tes conseils et ta relecture (ainsi que la mise en page!). A Yann, à Maëlla le petit soleil de la famille et à sa petite sœur qui arrive.

-A Pascal, tu as toujours eu confiance en moi. Merci pour ton soutien et ton regard si bienveillant.

-A mon père

-A mes oncles, tantes, cousins et cousines

A mes amis,

-A Caro, présente depuis toutes ces années, comme une sœur. Tu me comprends si bien ! Merci d'être là, toujours avec attention et humour.

-A Marine, une amie très chère. Comment te remercier de ton soutien, ton écoute, ton réconfort ainsi que ta générosité sans limite ?

-A Laure Fontan, si pétillante et si dynamique ! Merci pour ce semestre et tous les bons moments passés ensemble.

-A l'équipe des filles : Anne (le Boudhane et ses bons conseils !), Laure Falgayrac, Noémie, Virginie. Pour tous les week-ends « nanas » de détente et de réconfort et aussi la belle expérience du Cambodge qui nous a tant unies.

-A Nico un grand ami, à Benoît, Romain et François-Xavier, les amis du lycée présents depuis toutes ces années. Merci pour les sessions ski, poudreuse (ou pas), randonnées et tous ces moments partagés.

-A Clémence, et nos entraînements de boxe thaï de Figeac... mais surtout à nos liens créés depuis.

-A Laure Aliacar et Laure Guillot, co-internes puis co-remplaçantes à Cazères et amies ! Beaucoup de travail mais aussi beaucoup de rires nous ont liés.

-A Steph, Gaëlle, Sarah et tous les Tarbais

-A Jean-François Bourse, mon médecin et mon modèle. Grâce à toi, j'ai admiré et rêvé de faire ce métier.

-A Marie-Odile, un grand merci pour ton accueil chaleureux dans l'Aveyron et ces belles soirées passées en ta compagnie. C'est à toi de venir découvrir « mes montagnes » maintenant !

-A Viviane, pour ton aide très précieuse pour l'utilisation d' « Epidata ». Et aussi pour toutes ces belles randonnées que nous avons partagées.

-A Julie, pour la traduction en anglais, merci pour ton efficacité et ta gentillesse.

-A Vivien « ma belle étoile »

Grâce à toi mes projets et rêves semblent possibles. Merci d'être là.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| I. INTRODUCTION | 3 |
| II. CONTEXTE DE L'ETUDE | 4 |
| A. La fragilité | 4 |
| 1. Définitions | 4 |
| 2. Intérêt de dépister la fragilité..... | 5 |
| B. La guerre d'Algérie | 5 |
| 1. Rappel historique | 5 |
| 2. Un conflit à part..... | 5 |
| 3. Les anciens combattants | 6 |
| C. Stress, trauma et stress post traumatique | 6 |
| 1. Définitions..... | 6 |
| 2. Evaluation du syndrome de stress post traumatique | 8 |
| 3. Syndrome de stress post traumatique et vieillissement | 8 |
| III. MATERIEL ET METHODE | 10 |
| A. Population de l'étude..... | 10 |
| 1. Questionnaire | 10 |
| 2. Analyses statistiques | 11 |
| IV. RESULTATS..... | 12 |
| A. Analyse descriptive de la population..... | 12 |
| 1. Age | 12 |
| 2. Statut marital et niveau professionnel | 12 |
| 3. Isolement | 13 |
| 4. Participation à la guerre d'Algérie | 13 |
| 5. Chez les anciens combattants | 13 |
| B. Etude de la fragilité | 14 |
| 1. Prévalence de la fragilité dans l'ensemble de la population..... | 14 |
| 2. Evaluation de la fragilité selon l'âge | 14 |
| 3. Fragilité et participation à la guerre d'Algérie..... | 15 |
| 4. Association des résultats : | 15 |
| a. Fragilité et exposition au combat ou à une situation de stress | 16 |
| b. Fragilité et blessure en Algérie | 16 |
| c. Fragilité et grade dans l'armée | 16 |
| d. Fragilité et durée de participation à la guerre | 16 |
| e. Fragilité et mode d'intégration | 16 |
| C. Evaluation de la consommation d'alcool | 17 |
| 1. Evaluation de la prise d'alcool dans l'ensemble de la population étudiée | 17 |
| a. Score AUDIT | 17 |
| b. Consommation en nombre de verre | 17 |

| | |
|--|---------------|
| 2. Evaluation de la prise d'alcool chez les anciens combattants..... | 17 |
| 3. Association de résultats | 18 |
| a. Consommation d'alcool et exposition à une situation de stress pendant la guerre | 18 |
| b. Consommation d'alcool et blessure au cours de la guerre | 18 |
| D. Traitement chronique et prise de benzodiazépines | 18 |
| 1. Evaluation pour l'ensemble des sujets..... | 18 |
| a. Evaluation du nombre de médicaments | 18 |
| b. Prise de benzodiazépines et apparentés..... | 18 |
| 2. Evaluation chez les anciens combattants..... | 19 |
| 3. Association de résultats | 19 |
| E. Evaluation d'un syndrome dépressif | 19 |
| 1. Dans la population générale | 19 |
| 2. Chez les anciens combattants | 19 |
| V. DISCUSSION | 20 |
| A. La fragilité | 20 |
| B. Traumatisme de guerre et santé | 21 |
| C. Le stress post traumatique | 22 |
| D. Exposition de guerre et stress post traumatique | 23 |
| E. Stress post-traumatique et vieillissement | 24 |
| 1. Les addictions | 24 |
| 2. Le syndrome dépressif..... | 26 |
| F. En médecine générale | 27 |
| G. Forces et faiblesses de l'étude | 28 |
| VI. CONCLUSION..... | 29 |
| BIBLIOGRAPHIE | 31 |
| ANNEXES | 35 |
| ANNEXE 1 : Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique dans le DSM4..... | 36 |
| ANNEXE 2 : Echelle d'autonomie ADL | 37 |
| ANNEXE 3 : Fiche destinée aux patients | 38 |
| ANNEXE 4 : Fiches destinées aux médecins | 39 |
| ANNEXE 5 : Questions sociodémographiques | 41 |
| ANNEXE 6 : Grille de FRIED..... | 42 |
| ANNEXE 7 : Echelle ECAB..... | 44 |
| ANNEXE 8 : Mini Gériatric Depression Scale | 45 |
| ANNEXE 9 : Score AUDIT..... | 46 |

I. INTRODUCTION

La population française vieillit et cette tendance va persister pendant plusieurs décennies encore ; selon l'INSEE, le nombre de personnes de plus de 75 ans passera de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060. Soit une augmentation de plus de 10 millions. En 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans. (1)

Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique car cette population vieillissante est soumise au risque de dépendance. Dans ce contexte le dépistage de la fragilité est fondamental pour retarder et réduire l'entrée en dépendance. (2)

Les anciens combattants de la guerre d'Algérie, les « appelés », font partie de cette population vieillissante. Les conditions de cette guerre comme le retour dans leur pays ont souvent retranché ces hommes dans le silence et dans l'oubli. Les événements passés influencent-ils leur état de santé ? Comment vieillissent-ils ?

Il nous a paru intéressant d'explorer ces questions dans un travail de thèse de médecine générale.

L'objectif principal de l'étude est de rechercher si les anciens combattants d'Algérie sont plus fragiles que les hommes de la même génération n'ayant pas participé à ce conflit.

Les objectifs secondaires sont de comparer le mésusage et la dépendance à l'alcool, la dépendance aux benzodiazépines et apparentés et le risque de dépression dans ces deux groupes d'hommes âgés de plus de 70 ans.

II. CONTEXTE DE L'ETUDE

A. La Fragilité

1. Définition

La fragilité est un syndrome clinique distinct : (3) (4) (5).

Elle reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress ; le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chute, d'hospitalisation et d'entrée en institution. (Société française de gériatrie et de gérontologie, 2011)(3).

Elle est modulée par des facteurs multiples : l'âge, les comorbidités mais aussi par des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. (3)

Le modèle de Fried est adopté par le groupe de travail Frailty Task Force de la société américaine de gériatrie (6). Il définit la fragilité selon 5 critères chez les plus de 65 ans :

- 1) Perte de poids involontaire de plus de 4,5kg depuis 1 an
- 2) Epuisement ressenti par le patient
- 3) Sédentarité
- 4) Baisse de la force musculaire
- 5) Ralentissement de la vitesse de marche. (4) (7)

Les définitions de la fragilité comme les outils de dépistage sont nombreux, il n'y a pas de consensus clairement établi.(8) Les chiffres de prévalence retrouvés sont extrêmement variables allant de 4 à 59,1% dans la littérature avec une moyenne à 10,7%. (7) (9)

Aux Etats-Unis, le taux de fragilité est mesuré à 6,9 % après 65 ans. (4) (10). L'étude SHARE en 2009 étudie la fragilité dans 10 pays d'Europe : en France la fragilité est évaluée à 15 % chez les plus de 65 ans. (11)

L'étude actuelle du gérontopôle de Toulouse affiche ses résultats : sur une population sélectionnée, recrutée et pressentie fragile par les médecins généralistes, d'hommes et de femmes de plus de 65 ans, il y a 52,9% fragiles, 41,4% de pré fragiles et 5,7% de robustes. (12)

2. Intérêt de dépister la fragilité :

La fragilité est considérée comme un état dynamique et réversible, précédant la dépendance. (12) (4)

Une étude en 2010 « Effectiveness of a geriatric intervention in primary care : a randomized clinical trial » a évalué l'efficacité d'une intervention gériatrique spécifique sur une population fragile : elle a montré une augmentation du changement de statut (fragile à non fragile) après intervention spécifique et donc réduction de la morbi mortalité chez ces patients. (13).

L'intérêt du dépistage en soins primaires est important car en dépistant tôt la fragilité on pourra retarder et réduire l'entrée en dépendance. (6)

Le médecin traitant a toute sa place dans ce travail de dépistage : il doit s'adresser à tous ses patients âgés, y compris ceux qui ne sont pas encore en demande de soins. (14)

B. La Guerre d'Algérie

1. Rappel historique

En novembre 1954, après 130 années de présence française sur le territoire algérien, la guerre éclate et dure plus de 7 ans (le cessez-le-feu a lieu le 19 mars 1962).

L'état français envoie sur place 2 millions d'hommes entre 1955 et 1962.

En Algérie, le conflit a causé des centaines de milliers de morts (15) ; côté français, la guerre a fait 30 000 morts et 65 000 blessés ou accidentés. (16)

2. Un conflit à part

Le contexte historique, économique et stratégique a rendu cette guerre compliquée et cruelle (17).

La plupart des soldats, 1,2 million, sont « appelés » dans le cadre de leur service militaire dont la durée initialement de 18 mois a varié tout au long du conflit pour répondre aux besoins de l'armée. Appelés, ils n'étaient ni engagés ni militaires.

Nés entre 1932 et 1943, la majorité de ces hommes ne connaissait pas l'Algérie, certains n'avaient jamais quitté la France ni leur région natale.

D'après Benjamin STORA « Toute une génération s'est donc trouvée embarquée pour une guerre dont elle ne comprenait pas les enjeux »(15).

Envoyés en Algérie pour une opération de « maintien de l'ordre, de pacification », les militaires français ont été confrontés à une guerre non conventionnelle et violente.

Le conflit se présentait par de nombreuses embuscades, des traques permanentes, la dimension psychologique était une part essentielle de l'affrontement dans les deux camps.

(18)

La torture était présente également; d'après B ZIGG (19) deux tiers des combattants français ont été exposés à cette pratique.

L'Algérie fut la guerre de la honte, non assumée, enfouie et oubliée.

3. les anciens combattants

C'est dans ce contexte que de nombreux jeunes français, non préparés, ont connu l'horreur de la guerre. Le retour en France est également particulier car marqué par l'indifférence : pas de comité d'accueil, pas de cellule psychologique. (16)

Aujourd'hui, en 2014, la FNACA (Fédération Nationale des Anciens Combattants d'Algérie) regroupe 335 000 membres dont plus de 6000 pour l'Aveyron. (Données de l'association des Anciens combattants).

D'après une littérature peu nombreuse, la guerre en Algérie est à l'origine de nombreux syndromes de stress post-traumatiques non diagnostiqués, non reconnus et non pris en charge. (16)(18)

C. Stress, trauma et stress post-traumatique

1. Définitions

Le stress est une réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace.

Il s'agit généralement d'évènement exceptionnel mettant en danger la vie ou l'intégrité physique de l'individu.

Le stress implique une mobilisation des ressources de l'individu et sa réaction est coûteuse en énergie. Un stress prolongé ou répété va épuiser les réserves de l'organisme. (20) (21) (22)

Au-delà du stress, il y a le trauma, qui relève du registre psychologique. Le trauma est une expérience de débordement et d'effraction des défenses psychiques du sujet. Il est la marque véritable de la blessure du psychisme à l'origine du développement de la pathologie. Il est la confrontation du sujet au réel de la mort. (23) (21) (20)

Le Stress post traumatique, anciennement névrose traumatique, représente les séquelles chronicisées de ce traumatisme, s'installant après un temps de latence variable. Il est défini, par le DSM4, selon 4 critères d'une durée supérieure à un mois et entraînant une souffrance : (24) (**ANNEXE 1**)

- . Critère A : Exposition à un événement menaçant la vie ou l'intégrité physique et vécu comme un trauma, dans l'effroi, l'horreur ou le sentiment d'impuissance.
- . Critère B : reviviscence de l'évènement ou syndrome de répétition (pathognomonique)
- . Critère C : évitements des stimuli évocateurs, émoussement de la réactivité
- . Critère D : Activation neuro végétative , avec hyper vigilance et sursaut.

Le stress post traumatique peut se chroniciser ou même se révéler plusieurs années après l'évènement traumatisant. (25)(26)(27)

D'après la littérature, l'association entre un état de stress post traumatique (ESPT) et l'usage de substances psycho actives est fréquente avec une augmentation de la consommation d'alcool, de benzodiazépines et apparentés, ainsi qu'un risque plus élevé de symptomatologie dépressive. (28) (29) (30)

Nous savons, par de nombreuses études qu'un traumatisme de guerre peut engendrer un stress post traumatique immédiat, chronique ou même, s'il n'est pas traité, se révéler de nombreuses années après lors du vieillissement. (24) (27)
Il est aussi décrit un tableau clinique « spécifique » de l'état de stress post-traumatique chez les personnes âgées, plus vulnérables à une réactivation du trauma. (31) (25)

2. Evaluation du syndrome de stress post-traumatique

Il existe plusieurs grilles pour dépister le syndrome de Stress post traumatique, la PCL (Post Traumatic Stress Disorder CheckList) a été évaluée et validée par diverses études en population générale (32) et militaire (33). Cependant, elle connaît des limites comme des variations à travers les populations et les méthodes utilisées (34) et elle est validée seulement chez les 18 à 75ans : les âges extrêmes de la vie étant des critères d'exclusion de cette étude (32).

Comme notre travail évalue les hommes âgés de 70 ans et plus, nous ne l'avons pas utilisée; l'étude de la fragilité intègre l'état de santé global de ces hommes.

3. Syndrome de stress post-traumatique et vieillissement

Chez la personne âgée, le diagnostic d'ESPT est souvent difficile car il revêt une forme atypique marquée par une réduction des symptômes de répétition et une augmentation de l'intensité des réactions d'hyper vigilance. (25)

L'étude « Symptômes de Stress post-traumatique au cours du très grand âge, Conséquences du vieillissement cognitif » a évalué 3 anciens combattants de la Seconde Guerre Mondiale manifestant un ESPT au cours de leur très grand âge et le lien entre les fonctions exécutives et les souvenirs ; l'ESPT de la personne âgée pourrait être caractérisé par un trouble de l'inhibition nécessitant le développement et la validation d'une échelle adaptée. (31)

De plus, il faut distinguer un ESPT d'une anxiété de fin de vie ou d'autres traumatismes de l'âge. (27)

Des ESPT sont retrouvés, même longtemps après le traumatisme: selon une étude, 45 ans après la seconde guerre mondiale, 25% des anciens combattants avaient un ESPT. (25)

L'ESPT peut être récent, chronique avec réactivation souvent lors du vieillissement, retardé avec période de latence ou même spécifique de la personne âgée qui a des mécanismes de défense plus rigides. (25)(27)

Les anciens combattants de la guerre d'Algérie sont âgés aujourd'hui de 70 ans et plus ; il y a très peu de données sur ce conflit et sur ces hommes. Pour des raisons politiques, culturelles, c'est un conflit dont on ne parle pas, que l'on tait « on ne parle pas de ces choses là ».

Ces soldats, appelés pour la plupart, ont connu la guerre, sa violence sans être reconnus, ni soutenus à leur retour ; aujourd'hui ils vieillissent et disparaissent, emportant avec eux leurs souvenirs et leurs témoignages.

Malgré les nombreuses études réalisées chez les vétérans du Vietnam, au retour et quelques années après la guerre, il y a peu d'étude de ces hommes au delà de 70 ans et nous ne savons pas si un état de stress post-traumatique chronicisé peut altérer le vieillissement.

III. MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude transversale de prévalence de la fragilité dans le bassin de santé de Decazeville chez les hommes de plus de 70 ans.

A. Population de l'étude

La population recrutée correspond aux hommes âgés de plus de 70 ans et vivant dans le bassin de santé de Decazeville.

Les patients sont recrutés par les médecins généralistes installés dans le bassin lors de consultation.

Les patients dépendants étaient exclus de l'étude (avec ADL supérieur à 5/6) (**ANNEXE 2**)

Les médecins sont rencontrés et sensibilisés lors d'une réunion de groupe de pairs avec exposition du projet et remise des fiches de questionnaire.

Nous avons constitué deux groupes : le groupe ayant participé à la guerre d'Algérie et le groupe « témoin » d'hommes n'ayant pas participé à ce conflit afin de les comparer. Après accord des patients, une fiche de renseignements est remplie par le médecin traitant. (**ANNEXES 3 et 4**).

Réunissant ces données, j'ai rencontré chacun de ces hommes à leur domicile pour réaliser l'évaluation.

1. Questionnaire

Pour chaque groupe, les informations sociodémographiques sont recueillies : âge, statut marital, statut socioprofessionnel et isolement. (**ANNEXE 5**)

Ensuite, une évaluation de la Fragilité est réalisée selon les critères de Fried avec la grille d'analyse utilisée par le Gérontopôle de Toulouse, après entretien et informations reçues au sein de l'équipe. (**ANNEXE 6**)

- Calcul de la vitesse de marche sur 4 mètres à l'aide d'un mètre et d'un chronomètre
- Evaluation de la force musculaire avec un dynamomètre évaluant la force de la poignée
- La perte de poids est renseignée par les médecins traitants
- L'épuisement subjectif est renseigné par les grilles de questions
- L'activité est également évaluée par le questionnaire type du gérontopôle

La présence de 3 critères ou plus définit le sujet fragile ; le sujet est dit robuste pour un score à 0, et pré-fragile entre 1 et 3 critères. (4)

Les ordonnances sont étudiées par le calcul du nombre de médicaments pris au quotidien, la présence ou non de benzodiazépines ou apparentés et si oui, la recherche de dépendance à ces substances par l'échelle ECAB (**ANNEXE 7**)

Un risque de dépression est étudié par la mini-Gériatric Depression Scale (mini-GDS) (**ANNEXE 8**)

Puis, le questionnaire AUDIT est mené, évaluant la consommation d'alcool, le mésusage et la dépendance ainsi que la consommation quotidienne en nombre de verres. (**ANNEXE 9**)

Enfin, chez les anciens combattants d'Algérie, j'ai recueilli le mode d'enrôlement, la durée de leur présence en Algérie, l'exposition ou non au combat ou stress, et le fait d'être blessé ou non.

2. Analyses statistiques

Les réponses de chaque patient des deux groupes sont retranscrites dans une grille établie sur le logiciel EPIDATA.

Des tests statistiques de comparaison de données et pourcentage sont réalisés (test exact de Fisher) et calculés à l'aide du logiciel « biostat TGV ».

Le degré de significativité retenu est de 0,05 pour l'ensemble des analyses.

IV. RESULTATS

A. Analyse descriptive de la population :

Le recueil de données s'est déroulé de janvier à juillet 2014.

Nous avons recruté et rencontré 134 patients, des hommes de plus de 70 ans vivant dans le bassin de santé de Decazeville.

Le recrutement s'est réalisé auprès de 7 médecins généralistes installés.

1. Age :

Les hommes rencontrés sont âgés de 70 à 88 ans.

La moyenne d'âge est de 77,95 ans avec une variance de 23,12 et un écart type de 4,81.

La médiane est de 78 ans.

2. Statut Marital et niveau professionnel :

| CARACTERISTIQUES | POURCENTAGE SUR n=134 |
|-------------------------------------|------------------------------|
| Statut Marital : | |
| - Mariés | 83,6% (n=112) |
| - Veufs | 11,2% (n=15) |
| - Célibataires | 1,5% (n=2) |
| - Séparés | 3,7% (n=5) |
| Niveau Socio professionnel : | |
| - Ouvriers | 59,7% (n=80) |
| - Agriculteurs | 6,7% (n=9) |
| - Artisans | 13,4% (n=18) |
| - Cadres et professions libérales | 4,5% (n=6) |
| - Autre | 15,7% (n=21) |

Tableau 1 : Caractéristiques socio démographiques des patients

3. Isolement :

Dans l'échantillon étudié, 18 hommes vivent seuls (soit 13,4%) et 116 (86,6%) vivent en couple ou en famille.

4. Participation à la guerre d'Algérie :

Dans la population étudiée (n= 134 hommes) :

- **71** ont participé à la guerre d'Algérie (**53%**)
- **63** n'ont pas participé à ce conflit (**47%**) constituant le groupe témoin.

5. Chez les anciens combattants :

La moyenne d'âge des anciens combattants est 76,6 ans, pour un minimum de 70 ans et un maximum à 82 ans. L'écart-type est 3,02 pour une variance de 9,15 (à noter, la moyenne d'âge du groupe témoin est de 79,4 ans).

La durée du « service » en Algérie fut variable allant de 5 à 60 mois, pour une moyenne de 18,7 mois.

| MODE D'INTEGRATION n=71 | GRADE n=71 | BLESSURE OU MALADIE n=71 | EXPOSITION AU COMBAT : n=71 |
|--|---|---|---|
| -Appelés : 87,3% (n=62) -Rappelés : 11,2% (n=8) -Engagés : 1,4% (n=1) | -Soldats : 2,8% (n=2) -2 ^{ème} Classe : 22,5% (n=16) -1 ^{ère} Classe : 43,6% (n=31) -Caporal/Brigadier: 23,9% (n=17) -Sergent/Adjudant : 5,6% (n=4) -Autre : 1,4% (n=1) | - Blessés : 15,5% (n=11) - Non blessés: 84,5% (n=60) | - Exposés : 54,9% (n=39) -Non exposés : 45,1% (n=32) |

Tableau 2 : critères d'enrôlement, grade, blessure et exposition des anciens combattants pendant la guerre d'Algérie

B. Etude de la fragilité :

1. Prévalence de la Fragilité dans l'ensemble de la population:

Sur les 134 patients rencontrés :

- **33** sont Fragiles (**24,6%**)
- **65** sont Pré-Fragiles (**48,5%**)
- **36** sont Robustes (**26,8%**)

2. Evaluation de la Fragilité selon l'âge :

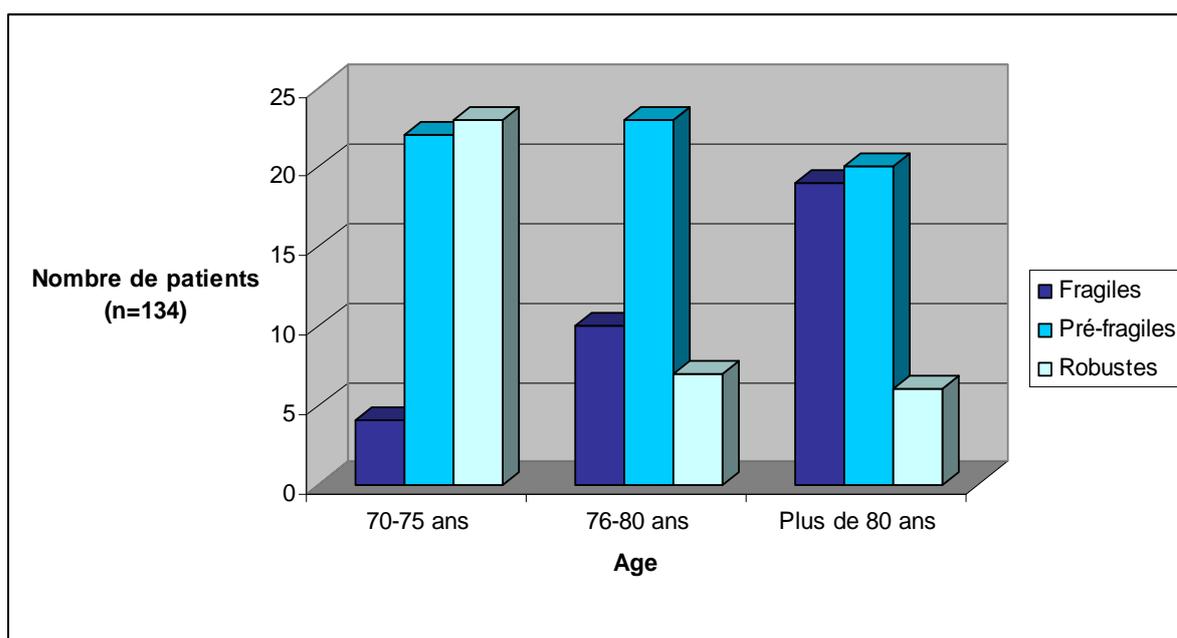


Tableau 3 : Taux de fragilité, pré-fragilité et robustesse par tranche d'âge

3. Fragilité et participation à la guerre d'Algérie :

Nous avons comparé le taux de fragilité dans les 2 groupes : chez les hommes ayant participé à la guerre d'Algérie et les hommes du groupe témoin sans guerre :

| | FRAGILES | PRE FRAGILES | ROBUSTES |
|---|------------------|---------------------|------------------|
| Groupe de Participation à la Guerre d'Algérie (n=71) | 11,2% (n=15) | 29,1 % (n= 39) | 12,6 % (n=17) |
| Groupe témoin (n=63) | 13,4 % (n=18) | 19,4 % (n=26) | 14,3 % (n=19) |

Tableau 7 : Fragilité chez les anciens combattants et chez les hommes n'ayant pas participé au conflit

Il y a plus d'hommes pré-fragiles chez les anciens combattants d'Algérie (n=39) que chez les autres (n=26), mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif ($p = 0,123$).

Le nombre de patients fragiles est plus élevé chez les hommes qui n'ont pas participé à la guerre d'Algérie (n=18) que chez les anciens combattants (n=15).

Il n'y a pas de différence pour la robustesse dans les 2 groupes d'hommes (n=17 contre 19).

4. Association des résultats :

Chez les anciens combattants de la guerre d'Algérie, nous avons comparé la fragilité actuelle à des caractéristiques ou événements de guerre vécus et pouvant être pourvoyeurs de stress post traumatique.

a. Fragilité et exposition au combat ou à une situation de stress :

Il n'y a pas de différence significative des taux de fragilité (6 contre 9), ni de robustesse chez les sujets exposés par rapport aux anciens combattants non exposés.

Il y a plus de cas de patients pré-fragiles chez les sujets exposés (n=24) que chez les sujets non exposés au stress (n=15), cette différence n'est pas statistiquement significative (p=0,24).

b. Fragilité et blessure en Algérie :

Le nombre de sujets actuellement fragiles est plus élevé chez les anciens combattants non blessés (n=10) que chez les blessés (n=5) avec p=0,046 significatif.

c. Fragilité et grade dans l'Armée :

Nous ne notons pas de différence de fragilité en fonction des différents grades.

d. Fragilité et durée de participation à la guerre :

19 hommes sont restés moins de 12 mois en Algérie ; aujourd'hui 26% sont fragiles, 53% pré fragiles, et 21% robustes.

52 hommes sont partis plus de 12 mois en Algérie avec aujourd'hui : 19% de fragiles, 56% pré fragiles et 25% robustes.

e. Fragilité et mode d'intégration :

Chez les anciens combattants de la guerre d'Algérie, les 62 appelés comptent 11 fragiles (soit 17,7%), les 8 rappelés ont 4 fragiles (50%), et le seul engagé n'est pas fragile mais robuste.

C. Evaluation de la consommation d'Alcool

1. Evaluation de la prise d'alcool dans l'ensemble de la population étudiée :

Pour chaque patient de chaque groupe, nous avons choisi d'utiliser le questionnaire AUDIT pour rechercher le risque de mésusage et de dépendance à l'alcool, ainsi que la mesure de la consommation quotidienne en nombre de verres d'alcool.

a. *Score AUDIT :*

Le mésusage de la consommation d'alcool représente 19% des patients (n= 25).
3% des patients (n=4) sont considérés comme dépendants selon l'AUDIT.

b. *Consommation en nombre de verres :*

L'OMS définit comme à risque une consommation d'alcool supérieure ou égale à 4 verres chez l'homme, soit 40 à 60 grammes d'alcool (on parle de consommation nocive au-delà de 60 grammes quotidiens) (35)

Dans cet échantillon, la consommation quotidienne minimum est de 0 verre et la maximale de 10 verres, la moyenne est de 2,54 verres par jour avec un écart-type à 2,3.

42 personnes (soit 31,3%) ont une consommation à risque.

2. Evaluation de la prise d'Alcool chez les anciens combattants :

Selon le questionnaire AUDIT, les anciens combattants d'Algérie sont plus à risque de consommation pathologique (notamment de mésusage) à l'alcool que les autres sujets avec p significatif (**p= 0,0034** pour le mésusage seul et **p=0,02** pour le mésusage et dépendance).

Par contre, la dépendance à l'alcool concerne plus de patients exempts de la guerre d'Algérie mais ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs (p=0,34).

De plus, selon la consommation quotidienne en nombre de verres, les anciens combattants ont une consommation plus à risque (n=27 contre 15), mais ces chiffres ne sont pas statistiquement significatifs (p=0,094).

3. Association de résultats :

a. Consommation d'alcool et exposition à une situation de stress pendant la guerre :

Parmi les anciens combattants, le mésusage de l'alcool est plus important chez les sujets exposés que chez les soldats non exposés (n=12 contre 8), mais ce résultat n'est pas significatif (p=0,79).

De plus, il n'y a pas de différence de consommation en nombre de verres dans ces 2 groupes.

b. Consommation d'alcool et blessure au cours de la guerre :

Nous ne constatons pas de différence de mésusage ou dépendance à l'alcool chez les soldats blessés et non blessés pendant la guerre.

D. Traitement chronique et prise de benzodiazépines

1. Evaluation pour l'ensemble des sujets :

a. Evaluation du nombre de médicaments :

Sur l'ensemble des sujets interrogés, 4 ne prennent pas de médicaments.

La moyenne est de 5 médicaments par sujet avec un maximum à 13 médicaments, l'écart-type est à 2,69.

b. Prise de benzodiazépines et apparentés :

18 patients consomment régulièrement des benzodiazépines ou apparentés (soit 13,4%) et 116 n'en consomment pas (86,6%).

L'échelle ECAB indique que 7 patients consommant des benzodiazépines sont dépendants (soit 39%).

2. Evaluation chez les anciens combattants :

Il y a plus de patients qui ont participé à la guerre d'Algérie chez les consommateurs quotidiens de benzodiazépines (12 contre 6 sujets), mais cette différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,31$). Chez les 7 patients dépendants aux benzodiazépines, 5 sont des anciens combattants de la guerre d'Algérie.

3. Association de résultats :

Il n'y a pas plus de consommation de benzodiazépines chez les anciens combattants blessés ni chez ceux exposés à un événement traumatisant.

E. Evaluation d'un syndrome dépressif

1. Dans la population générale :

32,8% des sujets de l'étude ($n=44$) sont à risque de dépression, tandis que 67,2% ne sont pas à risque.

2. Chez les anciens combattants :

Il n'y a pas de différence de risque de dépression dans les 2 groupes (guerre d'Algérie et groupe témoin).
De plus, il n'y a pas de différence significative selon les blessures ou l'exposition au combat.

V. DISCUSSION

L'objectif principal de la thèse était d'évaluer la fragilité des anciens combattants de la guerre d'Algérie par rapport à la population générale.

A. La Fragilité

Les données de fragilité étant très variables, il nous est paru utile d'évaluer la fragilité globale pour plusieurs raisons : faire un état des lieux de la fragilité en soins primaires en milieu rural et constituer un groupe de référence pour l'étude.

Pour cela, nous avons utilisé le modèle de « Phénotype of Frailty » de FRIED, reconnu par un grand nombre de chercheurs malgré quelques critiques (les facteurs cognitifs, psychologiques et sociaux n'y sont pas exprimés). (7) (9)

Dans notre travail, dans un échantillon d'hommes de plus de 70 ans et vivant dans le bassin de santé de Decazeville, nous retrouvons un taux de fragilité à **24,6%** et un taux de pré-fragilité à **48,5%**. Ces résultats sont différents des données connues à savoir 15% de fragiles selon l'étude SHARE et près de 53% selon le gérontopôle de Toulouse (11)(12). Mais il est difficile de comparer ces résultats car nous n'avons évalué que des hommes et selon les différentes études antérieures, le taux de fragilité est plus élevé chez les femmes à âge égal (36). De plus, nous avons évalué tous les hommes inclus alors que le gérontopôle évalue seulement les patients pressentis fragiles par leur médecin traitant.

A plus de 65 ans, les hommes seraient fragiles à 11,9% d'après l'étude SHARE, ce résultat se rapproche de notre étude. (11)

De plus, la moyenne d'âge ici semble plus jeune que celle du gérontopôle (77,9 ans contre 82,7 ans pour le gérontopôle).(37)

De nombreux facteurs influencent le taux de fragilité, ils sont encore mal connus, il semblerait qu'ils appartiennent aux 3 domaines : physique, cognitif et sensoriel. (38) .

Un traumatisme ancien tel que le stress post-traumatique peut-il faire partie de ces facteurs de risque ?

B. Traumatisme de guerre et santé

Il est reconnu que la guerre induit des séquelles à long terme sur la santé des anciens soldats ; de nombreuses études ont été réalisées chez les vétérans du Vietnam (Américains et Australiens) :

The Center for Disease Control Vietnam Experience Study a réalisé une grande étude sur la mortalité des Vétérans américains du Vietnam à leur retour et 30 ans après en la comparant à celle des vétérans d'autres guerres : la mortalité était plus élevée chez les vétérans du Vietnam dans les 2 périodes. La différence du taux de mortalité est significative lors des 5 premières années du retour pour la mortalité liée à des causes externes (accident de la route, suicide, empoisonnement, mort secondaire à la prise de drogues) tandis que le taux de mortalité lié à des pathologies chroniques, organiques restait similaire. (39)(40)

La "Health Status of Vietnam Veterans" du Vietnam Experience Study est une étude multidimensionnelle d'évaluation de la santé des vétérans américains du Vietnam 15 à 20 ans après leur retour. Les 2 groupes (Vétérans du Vietnam et vétérans d'autres guerres) étaient similaires en regard des critères socio-démographiques, par contre, les vétérans du Vietnam ont rapporté un état de santé général moins bon que les autres à examen clinique égal et les troubles psychiatriques comme la dépression, l'abus ou la dépendance à l'alcool y étaient plus fréquents. (30)(41)

The Australian Vietnam Veterans Health Study a évalué l'état de santé des soldats 20 ans après la guerre et la relation entre l'exposition au combat et la santé. L'étude a conclu aussi que les vétérans percevaient leur état de santé comme moins bon et étaient moins heureux que le reste de la population, de plus ils consommaient plus de médicaments et tranquillisants (3 fois plus), plus de services de santé et étaient fréquemment dépendants à l'alcool. (42)(43)

Dans la littérature, il existe peu d'études sur la guerre d'Algérie.

Il est difficile d'étudier les causes de mortalité des anciens d'Algérie pour des raisons de faisabilité et de durée de l'étude. De plus, selon la FNACA, il y a un manque de données précises par absence de recensement des anciens combattants d'Algérie. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés aux troubles et aux comorbidités liés à la guerre et pouvant persister toute la vie durant, en particulier au cours du vieillissement.

C. Le Stress post traumatique

Il semble que ce n'est pas l'évènement traumatique vécu mais plutôt le développement du syndrome de stress post-traumatique qui augmente le risque de morbidité psychiatrique. (44) « La morbidité psychiatrique qui suit un accident est largement dépendante de la réponse subjective à l'évènement et la somme de détresse qu'elle fait naître, bien plus que de la nature traumatique de l'évènement lui-même. » (45)

Les notions de terrain, de vulnérabilité et des influences environnementales paraissent déterminantes dans la genèse des états de stress post traumatique. Cette idée peut expliquer les variations de résultats trouvées lors d'une étude du stress post-traumatique et des troubles mentaux chez des jumeaux homozygotes ayant participé à la guerre du Vietnam : les différences semblent liées aux influences environnementales non partagées.

De plus, la notion de contexte géopolitique du pays est importante et rend unique dans ce cas l'évaluation des anciens combattants de la guerre d'Algérie. (46)

La fragilité étant d'origine multi factorielle, son étude nous a paru pertinente pour évaluer l'état de santé des anciens combattants d'Algérie au cours de leur vieillissement.

Nos résultats semblent cohérents avec les données connues : il y a plus de sujets fragiles-pré fragiles chez les anciens combattants d'Algérie (n= 54 contre n=44) par rapport aux hommes sans histoire de guerre, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

Ceci indique que, dans cette étude, la fragilité est comparable chez les deux populations (avec et sans guerre d'Algérie). Mais il n'est pas possible de généraliser ces résultats car à plus de 70 ans, les facteurs externes et environnementaux potentiellement traumatisants sont extrêmement nombreux et variables (veuvage, perte d'un enfant, problèmes de santé...). De plus, le nombre de cas est trop faible et une étude sur un plus grand échantillon serait justifiée.

D. Exposition de guerre et stress post traumatique

Certains éléments de guerre sont décrits dans la littérature comme étant prédictifs de stress post traumatique : l'exposition au combat et la durée d'exposition, le fait d'être blessé ou handicapé à vie, de voir mourir des hommes ou bien le fait d'être emprisonné. (47)

Nous avons donc évalué et comparé la fragilité des anciens combattants selon ces critères: dans notre population, 15,5% furent blessés et 55% exposés au combat. Il n'y a pas eu d'homme handicapé ni emprisonné.

Nous avons associé l'exposition au combat et le fait de voir quelqu'un mourir dans un même critère « exposition à un traumatisme » car la guerre d'Algérie était une guerre avec moins de combats directs mais violente par ses embuscades et les séances de torture.

Ce dernier élément reste parmi les traumatismes les plus lourds à supporter pour ces hommes ; dans cette étude, 10 anciens combattants (soit 7,5%) ont raconté avoir vu ou avoir participé à des séances de tortures. Ce chiffre est inférieur à l'estimation de B ZIGG mais il faut préciser que certains hommes n'ont pas répondu, ne souhaitant pas aborder ces sujets : « ça n'était pas joli » « on ne raconte pas ces choses-là ». J'ai, bien sûr, respecté leur choix.

De plus, il faut prendre en considération les anciens combattants décédés lors de l'étude.

On découvre que dans le groupe fragile-pré-fragile, il y a plus de sujets exposés au traumatisme de guerre (la différence se faisant surtout pour la pré-fragilité) (n=30 versus n= 24) mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif.

Les éléments de grade et de durée du service n'ont pas montré de différence pour la fragilité.

Par contre, on retrouve plus de sujets fragiles chez les non blessés (n=10) que chez les blessés (n=5) avec $p=0,046$. Ces résultats sont inattendus, mais ils peuvent être en accord avec les études précédentes chez des soldats américains : les soldats blessés ont peut-être bénéficié d'un meilleur suivi médical à leur retour que les autres. (29)

E. Stress post traumatique et vieillissement

Peu d'études d'ESPT sont réalisées chez les personnes âgées (l'âge étant souvent un critère d'exclusion) (25) pourtant, les troubles neuro-psychiatriques constituent une des principales causes de morbidité et d'incapacités liées au vieillissement.

En gériatrie, les troubles psychiatriques sont fréquents, multiples et associés (48). A cet âge, les sujets ont pu connaître dans leur vie divers traumatismes mais les troubles cognitifs sont souvent un frein pour établir le diagnostic.

L'évaluation de l'ESPT ne pouvant être précise chez les sujets âgés, l'étude de la fragilité paraît plus globale et représentative de l'état de santé de ces hommes.

1. Les addictions

Selon les différentes études, la présence d'un ESPT en gériatrie serait un élément prédictif de demande de soins et de consommation de substances : les patients avec ESPT évaluent leur état de santé comme moins bon (25), ce phénomène s'accroît avec le vieillissement à cause de la moindre capacité d'adaptation au stress. (49)

La comorbidité des addictions avec l'ESPT est constatée avec un risque de comportement addictif (usage de drogues, dépendance aux médicaments psychotropes, prise d'alcool) 4 fois plus élevé chez les personnes atteintes d'ESPT. (50) (51)

Prise d'alcool : mésusage et dépendance :

Le problème de la consommation d'alcool est fréquemment retrouvé chez les vétérans dans les diverses études (chez les vétérans du Vietnam pour le plus grand nombre) avec tendance à plus de risque de dépendance à l'alcool chez les anciens vétérans atteints d'ESPT. (52) (44)

Une étude réalisée en 2009 « Course of Alcohol Dependence Among Vietnam Combat Veterans and Nonveteran Controls » a évalué les conséquences à long terme de la participation à la guerre du Vietnam (après 25 ans) via l'abus ou la dépendance à l'alcool. 3 groupes ont été comparés : des vétérans du Vietnam, des vétérans d'autres guerres et des hommes non vétérans. Au total, près de 35% avaient un problème de consommation d'alcool et dans le groupe des alcoolodépendants, 60% étaient des vétérans du Vietnam avec association d'autres drogues. (53)

Cependant, il y a des divergences selon les études : dans le « Posttraumatic Stress Disorder and The Incidence of Nicotine, Alcohol, and Other Drug Disorders in Persons who have experienced Trauma » il est observé que l'exposition à un traumatisme, avec ou sans ESPT, ne prédit pas l'usage ni la dépendance à l'alcool. L'entrée en dépendance serait influencée par de nombreux facteurs de risque comme l'ESPT mais aussi le contexte familial, la personnalité, l'histoire.... (54)

Ainsi, les évènements de vie d'avant et d'après guerre semblent être des cofacteurs de risque.

Avec toutes ces données, il nous a paru utile d'évaluer la consommation d'alcool chez ces hommes vieillissants, d'une part pour l'évaluation du mésusage d'alcool dans le bassin de Decazeville et d'autre part pour l'évaluation dans un contexte de traumatisme.

Selon l'AUDIT, dans les deux groupes, 22% (n=29) ont un trouble de consommation d'alcool (mésusage ET dépendance) et près d'un tiers (31,3%) a une consommation à risque selon les critères de l'OMS.

Ces chiffres sont plus élevés que ceux relevés par l'INPES à savoir que 15% de la population adulte française a une consommation à risque (35). On peut expliquer ces résultats par la variabilité de la consommation d'alcool selon les régions, le sexe (ici seulement des hommes), mais aussi l'âge avec le cumul de traumatismes tout au long de la vie (guerre et autre) ainsi que le milieu socioprofessionnel de cet échantillon (près de 60% étaient ouvriers dans les usines de Decazeville et certains étaient mineurs) peut-être plus à risque d'exposition à l'alcool.

Dans ce travail, il y a plus de patients avec un problème d'alcool (mésusage et dépendance selon AUDIT) dans le groupe des anciens combattants de la guerre d'Algérie (n= 21 versus n= 8) que chez les hommes non anciens combattants et ce résultat est statistiquement significatif. Ce constat est en accord avec la majorité des enquêtes sur les vétérans ; il semblerait que la consommation d'alcool soit une réponse possible, une auto médication pour traiter une souffrance secondaire à un ou des traumatismes dont l'ESPT.

Prise de médicaments et benzodiazépines :

La poly-médication touche essentiellement les personnes âgées. En France, en 2003, la moyenne est de 5 à 6 médicaments par jour chez les plus de 75 ans (55) et la France est leader en terme de consommation en benzodiazépines : 11% des adultes ont un usage régulier et chez les plus de 65 ans, cette consommation est trois fois supérieure. On parle de toxicomanie chez les personnes âgées concernant les tranquillisants et les somnifères. Les personnes âgées sont plus sensibles aux effets secondaires et plus susceptibles de devenir potentiellement dépendantes.(56)

Dans notre étude de population, nous trouvons des résultats sensiblement comparables aux données de la littérature : la moyenne est de 5 médicaments par jour et la prise de benzodiazépines et apparentés concerne 13,4% des sujets (dont 39% sont dépendants selon l'ECAB).

Dans la littérature, la prise de tranquillisants est souvent décrite après un traumatisme via un syndrome de stress post-traumatique (57) ; la prise est essentiellement nocturne pour lutter contre les troubles du sommeil et l'anxiété. Cependant, ici, nous ne mettons pas en évidence de différence statistiquement significative de consommation de benzodiazépines parmi les deux groupes. On ne peut pas conclure à cause du manque de puissance de notre étude, aussi une enquête avec un plus grand échantillon serait nécessaire.

De plus, d'après l'étude réalisée sur l'addiction aux benzodiazépines et la symptomatologie anxieuse et dépressive chez les sujets âgés en 2001, ce n'est pas l'anxiété seule, mais l'âge, la dépression et l'association anxiété et dépression qui prédisent de manière significative l'addiction aux benzodiazépines. (56)

2. Le syndrome dépressif

En 2010, le rapport du baromètre Santé rapportait que sur la dernière année, 7,5% des 15-85 ans avaient présenté un syndrome dépressif (58). Cependant bien que cette pathologie touche fortement les personnes âgées, il n'y a pas de donnée sur la prévalence exacte de la dépression chez les personnes âgées (estimation entre 5 et 15%) (59). On sait

que 13% des plus de 65 ans et 18% des plus de 85 ans se sont vus prescrire régulièrement des antidépresseurs en 2007. (59)

Dans notre échantillon d'hommes de plus de 70 ans vivants dans le bassin de Decazeville, on estime que 32,8% d'entre eux seraient à risque de dépression.

Ces chiffres sont une supposition et une tendance car nous ne pouvons pas affirmer un syndrome dépressif en dehors des critères du DSM IV. La grille choisie (le mini-GDS) permet une évaluation simple et rapide afin de repérer des patients à risque et nécessitant une évaluation approfondie.

Dans la littérature, les différentes enquêtes étudiant le traumatisme de guerre et l'ESPT observent que les Vétérans sont plus touchés à court terme comme à long terme par des troubles dépressifs. (60)

Dans le cadre du traumatisme de guerre et la recherche de syndrome de stress post traumatique potentiel latent ou réactivé au cours du vieillissement, l'évaluation thymique est nécessaire. Mais nos résultats ne mettent pas en valeur de différence : on n'observe pas plus de risque de syndrome dépressif chez les anciens d'Algérie que chez les autres patients.

Les explications peuvent être diverses : les multiples difficultés de la vie rencontrées à cet âge, les limites de l'étude (nombre de cas, pas de diagnostic psychiatrique).

F. En médecine générale

Notre étude semble utile pour la médecine générale notamment pour la médecine de prévention en soins primaires. La fragilité est façonnée par de nombreux facteurs parmi lesquels sans doute le syndrome de stress post-traumatique évoqué ici après la guerre d'Algérie par exemple.

Ces résultats peuvent être un outil pour aider les médecins généralistes à savoir, à rechercher et à reconnaître ces cofacteurs afin de traiter la personne vieillissante de façon globale et adaptée.

G. Forces et faiblesses de l'étude :

Tout d'abord, nous pouvons évoquer dans les forces le petit nombre de refus des participants à cette enquête (moins de 5 personnes n'ont pas souhaité s'exprimer).

Il semble que le recrutement par le médecin traitant en zone de campagne soit une bonne solution grâce au rapport de confiance établi entre le médecin et son patient. Aussi les patients tiennent à aider les jeunes générations et tous ont été très accueillants et se sont rendus disponibles.

Il faut également souligner la force de ces entretiens et témoignages ; certains m'ont avoué n'avoir jamais raconté ces événements à personne, même leurs épouses ou proches ne connaissaient pas certains faits. Le rappel des souvenirs fut souvent chargé en émotion avec des pleurs pour certains. Le sujet de la torture revenait régulièrement à l'évocation des souvenirs difficiles, certains y ont assisté et se disent « marqués à vie ». La présence de la mort (chez leurs amis, lors de combats ou chez les civils Algériens) ainsi que les attaques nocturnes furent traumatisantes pour ces jeunes hommes non préparés à ce drame.

Bon nombre d'entre eux soulève la question de « l'utilité » de cette guerre ainsi que le manque de reconnaissance à leur égard.

Evoquons maintenant les principales limites de cette étude.

Tout d'abord, le manque de puissance lié au petit nombre de cas permet difficilement d'émettre des conclusions et nous avons exclu les patients dépendants, décédés et ceux opposés à l'enquête. Mais ce chiffre de 134 cas semble être cohérent avec une thèse de médecine générale.

Le recrutement s'est réalisé auprès de 7 médecins généralistes seulement, il est donc difficile d'extrapoler leur pratique et leur mode de prescription à l'ensemble de la population médicale.

De plus, nous avons évoqué la guerre d'Algérie mais ces hommes, à 70 ans et plus, ont connu d'autres événements et traumatismes de vie, potentiels facteurs prédisposant un ESPT. Nous avons choisi de ne pas les rechercher et d'évaluer un seul facteur engendrant alors les limites évoquées ci-dessus.

VI. CONCLUSION

La population générale vieillit et la dépendance des personnes âgées est un problème de santé publique. Actuellement la fragilité est évaluée et une prise en charge précoce est un moyen intéressant de prévenir la dépendance et ses coûts pour « bien vieillir ».

De nombreux facteurs participent à l'entrée en fragilité.

Par une étude transversale de prévalence dans le bassin de santé de Decazeville, nous avons comparé le taux de fragilité des anciens combattants de la guerre d'Algérie avec celui d'hommes du même âge pour rechercher une éventuelle influence de la guerre sur leur vieillissement.

Une différence non statistiquement significative concernant le taux de pré-fragilité est retrouvée entre les deux groupes d'hommes.

Le mésusage d'alcool est plus important chez les anciens combattants.

Le manque de puissance limite les conclusions et nécessiterait une évaluation à plus grande échelle.

33 patients fragiles sont repérés dans l'échantillon. Nous allons les inciter à consulter leur médecin traitant afin de bénéficier d'une évaluation globale et personnalisée en accord avec le travail du gérontopôle.

Il est possible que le syndrome de stress post traumatique, lié à la guerre ou à d'autres traumatismes, appartienne aux multiples facteurs menant à la fragilité de la personne âgée.

Il serait intéressant d'avoir une échelle d'évaluation du syndrome de stress post-traumatique adaptée aux sujets âgés et validée.

Cette étude, ces témoignages peuvent permettre une prise de conscience des soignants et la participation à la guerre d'Algérie pourrait être intégrée à l'interrogatoire médical comme un antécédent acteur du vieillissement.

Le médecin généraliste connaît son patient et son histoire, il tient une place centrale pour le dépistage et la prise en charge de ces hommes.

La richesse de ces entretiens est telle que l'on pourrait étendre la recherche vers une étude qualitative sur le vécu des anciens combattants de la guerre d'Algérie et plus particulièrement le vécu face à la torture.

Toulouse le 17.02.15

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



vu pour approbation

Professeur NOURHASHEMI Fati
CHU LA GRAVE CASSELRARDIT
Service de Médecine Interne et Gériatrie Clinique
170, Av. de Casselardit - TSA 40031
31059 TOULOUSE Cedex 9

le 24.01.15

BIBLIOGRAPHIE

1. Blanpain N, Chardon O. Insee - Projection de population à l'horizon 2060- Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans. 2010 Oct;(1320).
2. ARS midi pyrénées - Les orientations du plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées. 2012.
3. Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires? 2013.
4. 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*. 2001 Mar 1;56(3):M146–57.
5. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet*. 2013 Mar;381(9868):752–62.
6. Abellan Van Kan G, Rolland Y, Bergman H, Morley J., Kritchevsky S., Vellas B. The I.A.N.A task force on frailty assessment of older people in clinical practice. *J Nutr Health Aging*. 2008;12(1):29–37.
7. Sternberg SA, Schwartz AW, Karunanathan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The Identification of Frailty: A Systematic Literature Review. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Nov 1;59(11):2129–38.
8. Rouge Bugat M, Cestac P, Oustric S, Vellas B, Nourhashemi F. Editorial. Detecting Frailty in Primary Care: A Major Challenge for Primary Care Physicians. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Oct;13(8):669–72.
9. Collard R, Han Boter P, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Août;60:1487–92.
10. Leng S, Chen X, Mao G. Frailty syndrome: an overview. *Clin Interv Aging*. 2014 Mar;433.
11. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Jun 1;64A(6):675–81.
12. Subra J, Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B. Intégrer le concept de Fragilité dans la pratique clinique: résultats préliminaires du Gérontopôle. 2012;16(8).
13. Monteserin R, Brotons C, Moral I, Altimir S, José AS, Santa Eugenia S, et al. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial. *Fam Pract*. 2010 Jun 1;27(3):239–45.
14. Vellas B, Cestac P, Morley J. Editorial. Implementing frailty clinical practice: we cannot wait. 2012;16(7):599–600.
15. Stora B. Histoire de la guerre d'Algérie 1954-1962. La Découverte. 2011.

16. Lajoie-Mazenc R. Contribution de Roger Lajoie-Mazenc. 2014.
17. Stora B, Quemeneur T. Algérie 1954-1962. Lettres, carnets et récits des Français et des Algériens dans la guerre. Les Arènes. 2012.
18. Branche R. La dernière génération du feu? Jalons pour une étude des anciens combattants français de la guerre d'Algérie. *Histoire@Politique*. 2007 Mar;(3):6.
19. Sigg B. Le silence et la honte. Messidor; 1989.
20. Crocq L. 16 leçons sur le Trauma. Odile Jacob; 2012.
21. Psychiatrie de catastrophe : Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective [Internet]. EM-Consulte. [cited 2014 Nov 10]. Available from: <http://www.em-consulte.com/article/4068/psychiatrie-de-catastrophe-reactions-immediates-et>
22. Cremniter D, Coq J-M, Chidiac N, Laurent A. Catastrophes. Aspects psychiatriques et psychopathologiques actuels. EMC Elsevier Masson SAS Paris. 2007;Psychiatrie.
23. Chidiac N [b1] (analytic), Crocq L [b2] (analytic). Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques (French). *Stress Psychotrauma Hist Trauma Engl*. 2010 cover date;168(4):311–9.
24. Chidiac N [b1] (analytic), Crocq L [b2] (analytic). Le Psychotrauma (III) - Névrose traumatique et état de stress posttraumatique (French). *Psychotrauma III Trauma Neurosis Posttraumatic Stress Disord Engl*. 2011 cover date;169(5):327–31.
25. Jehel L, Charles E, Ducrocq F, Vaiva G, Hervé C. Particularités de l'état de stress post-traumatique de la personne âgée. *L'Encéphale*. 2006;32(6 cahier 4):1125–9.
26. Monfort E, Tréhel G. Classification des styles de coping dans une population d'anciens combattants âgés. *Ann Méd Psychol*. 2012;
27. Naccache I. Evolution à distance de l'état de Stress Post-Traumatique. [Limoges]: Faculté de Médecine; 2003.
28. Auxéméry Y. Une conception moderne du traumatisme psychique à l'usage des médecins somaticiens : des différentes formes cliniques du trauma à leurs perspectives pharmacologiques. *Rev Médecine Interne*. 2012 Dec;33(12):703–8.
29. O'Toole BI, Catts SV, Outram S, Pierse KR, Cockburn J. The Physical and Mental Health of Australian Vietnam Veterans 3 Decades After the War and Its Relation to Military Service, Combat, and Post-Traumatic Stress Disorder. *Am J Epidemiol*. 2009 Aug 1;170(3):318–30.
30. Health Status of Vietnam Veterans. I. Psychosocial characteristics. The Centers for Disease Control Vietnam Experience Study. *JAMA*. 1988 Mai;259(18):2701–7.
31. Monfort E, Tréhel G. Symptômes de Stress Post-Traumatique au cours du très grand âge. Conséquences du vieillissement cognitif. *Rev Francoph Stress Trauma*. 2007;7(4):257–68.

32. Yao S, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C, Mollard E, Ventureyra V. Evaluation des états de stress post-traumatique: validation d'une échelle, la PCLS. *L'Encéphale*. 2003;29(3, cahier 1):232–8.
33. Yarvis JS, Yoon E, Ameuke M, Simien-Turner S, Landers G. Assessment of PTSD in Older Veterans: The Posttraumatic Stress Disorder Checklist: Military Version (PCL-M). *Adv Soc Work*. 2012 Apr 16;13(1):185–202.
34. McDonald SD, Calhoun PS. The diagnostic accuracy of the PTSD Checklist: A critical review. *Clin Psychol Rev*. 2010 Dec;30(8):976–87.
35. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad). *Alcool et médecine Générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. Inpes. 2008.
36. Gale CR, Cooper C, Sayer AA. Prevalence of frailty and disability: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*. 2014 Oct 12;afu148.
37. Vellas B. Prevention of frailty and dependency in older adults. *Bull Académie Natl Médecine*. 2013 Mai;197(4-5):1009–19.
38. Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of Frailty Over Three Decades in an Older Cohort. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1998 Jan 1;53B(1):S9–16.
39. Postservice mortality among Vietnam veterans. Centers for Disease Control Vietnam Experience Study. *JAMA*. 1987 Fevrier;257(6).
40. Boehmer T, Flanders W, McGeehin M, Boyle C, Barrett D. Post service Mortality in Vietnam Veterans: 30-year follow-up. *Arch Intern Med*. 2004 Sep;164(17):1908–16.
41. Health Status of Vietnam Veterans. II. Physical Health. The Centers for Disease Control Vietnam Experience Study. *JAMA*. 1988 Mai;259(18):2708–14.
42. O'toole BI, Marshall RP, Grayson DA, Schureck RJ, Dobson M, Ffrench M, et al. The Australian Vietnam Veterans Health Study: I. Study Design and Response Bias. *Int J Epidemiol*. 1996 Apr 1;25(2):307–18.
43. O'toole BI, Marshall RP, Grayson DA, Schureck RJ, Dobson M, Ffrench M, et al. The Australian Vietnam Veterans Health Study: II. Self-Reported Health of Veterans Compared with the Australian Population. *Int J Epidemiol*. 1996 Apr 1;25(2):319–30.
44. Scherrer JF, Xian H, Lyons MJ, Goldberg J, Eisen SA, True WR, et al. Posttraumatic stress disorder; combat exposure; and nicotine dependence, alcohol dependence, and major depression in male twins. *Compr Psychiatry*. 2008 Jun;49(3):297–304.
45. Waddington A, Ampelas J, Mauriac F, Bronchard M, Zeltner L, Mallat V. État de stress post-traumatique : le syndrome aux différents visages. *L'Encéphale*. 2003;29(1):20–7.
46. Teerawichitchainan B, Korinek K. The long-term impact of war on health and wellbeing in Northern Vietnam: some glimpses from a recent survey. *Soc Sci Med*. 2012 Juin;74(12):1995–2004.

47. Bramsen I, Deeg DJH, van der Ploeg E, Fransman S. Wartime stressors and mental health symptoms as predictors of late-life mortality in World War II survivors. *J Affect Disord.* 2007 Nov;103(1-3):121–9.
48. Ancelin M, Artero S, Beluche I, Besset A, Boulenger J, Carriere I. The Esprit Projet: a longitudinal general population study of psychiatric disorders in France in subjects over 65 years old. *L'Encéphale.* 2006;
49. Liu X, Engel C, Kang H, Armstrong DW. Veterans and functional status transitions in older Americans. *Mil Med.* 2006 Oct;171(10):943–9.
50. Serre L. Le dépistage de l'Etat de Stress Post-Traumatique en consultation de médecine générale. Evaluation de la version Française du Trauma Screening Questionnaire. [Rennes]: Faculté de Médecine Rennes I; 2009.
51. Chilcoat HD, Breslau N. Posttraumatic stress disorder and drug disorders: testing causal pathways. *Arch Gen Psychiatry.* 1998 Oct;55(10):913–7.
52. Zillhardt P, Ait-Saada T, Lejoyeux M. Alcool et état de stress post-traumatique. *Perspect Psy.* 1999;38(5):362–8.
53. Jacob T, Blonigen DM, Koenig LB, Wachsmuth W, Price RK. Course of alcohol dependence among Vietnam combat veterans and nonveteran controls. *J Stud Alcohol Drugs.* 2010 Sep;71(5):629–39.
54. Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry.* 2003 Mar;60(3):289–94.
55. Poly-médication des personnes âgées: un enjeu de santé publique. *Assurance Maladie;* 2003.
56. Fernandez L, Cassagne-Pinel C. Addiction aux benzodiazépines et symptomatologie anxieuse et dépressive chez les sujets âgés. *L'Encéphale.* 2001;27(5):459–74.
57. Alderman CP, Gilbert AL, Condon JT. Characteristics of tranquilizer use among Australian Vietnam War veterans. *Ann Pharmacother.* 2000 Nov;34(11):1243–8.
58. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La santé de l'Homme, Inpes;* 2012.
59. Programme 2007-2010. Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées. *La Dépression. HAS;* 2008.
60. Koenen KC, Lyons MJ, Goldberg J, Simpson J, Williams WM, Toomey R, et al. Co-twin control study of relationships among combat exposure, combat-related PTSD, and other mental disorders. *J Trauma Stress.* 2003 Oct;16(5):433–8.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique dans le DSM4

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE DANS LE DSM IV-TR (F43.1)

- « A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
- (1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
 - (2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
Note : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
- (1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;
Note : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
 - (2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse ;
Note : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
 - (3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) ;
Note : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
 - (4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
 - (5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
- C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et épuisement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :
- (1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;
 - (2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
 - (3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
 - (4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
 - (5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
 - (6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;
 - (7) Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).
- D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes :
- (1) Difficulté d'endormissement au sommeil interrompu ;
 - (2) Irritabilité ou accès de colère ;
 - (3) Difficulté de concentration ;
 - (4) Hypervigilance ;
 - (5) Réaction de sursaut exagérée.
- E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.
- F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Spécifier si :*
- Aigu** : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,
Chronique : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.
- Spécifier si :*
- Survenue différée** : Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress. »

Echelle d'autonomie (ADL)

| ECHELLE A.D.L | | Nom |
|----------------------------|---|--------------|
| | | Prénom |
| | | Date |
| | | Score |
| Hygiène Corporelle | Autonome Aide partielle Dépendant | 1 ½ 0 |
| Habillage | Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chauffer. Dépendant | 1 ½ 0 |
| Aller aux toilettes | Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul | 1 ½ 0 |
| Locomotion | Autonomie A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant) Grabataire | 1 ½ 0 |
| Continence | Continent Incontinence occasionnelle Incontinent | 1 ½ 0 |
| Repas | Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant | 1 ½ 0 |

Total = /6

ANNEXE 3 : Fiche adressée aux patients

BONJOUR,

Vous pouvez participer à une étude clinique réalisée dans le bassin de santé de Decazeville.

Je termine mes études de médecine et réalise ce travail dans le but d'obtenir la thèse de médecine générale.

Le sujet de ce travail porte sur le dépistage de la Fragilité des hommes âgés de plus de 70 ans.

Votre médecin traitant vous a proposé de participer à ce travail et informé des modalités.

DEROULEMENT DE L'ETUDE :

- Elle se déroulera sous la forme d'entretien
- Nous fixerons un rendez-vous (au cabinet médical de votre médecin ou à votre domicile)
- Je vous poserai quelques questions et vous ferai passer des tests, pour une durée d'environ 20 à 30 minutes.
- Vous pouvez être accompagné d'un proche pendant l'entretien
- Toutes les données recueillies resteront anonymes et ne seront utilisées que pour le travail de thèse.

Merci pour votre participation,

Chloé Clément

ANNEXE 4 : Fiches adressées aux médecins

FICHE A L'ATTENTION DES MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN DE SANTE DE DECAZEVILLE

Bonjour,

A travers ce document, nous vous proposons de participer à une étude :

SUJET:

Etude de la fragilité des anciens combattants de la guerre d'Algérie vivant actuellement dans le bassin de santé de Decazeville.

OBJECTIF DE L'ETUDE :

Objectif principal :

Recherche d'un éventuel retentissement du stress post traumatique sur le déroulement du vieillissement de ces hommes, âgés aujourd'hui de plus de 70 ans, par l'étude de la fragilité.

Objectifs secondaires :

Etude de la vulnérabilité vis-à-vis des troubles dépressifs, la prise d'alcool, la consommation de Benzodiazépines.

METHODE :

Recrutement par les cabinets de médecine générale dans le bassin de santé de Decazeville d'hommes âgés de plus de 70 ans.

Deux groupes seront réalisés : le premier correspondant aux anciens de la guerre d'Algérie et le second étant le groupe « témoin » c'est-à-dire n'ayant pas participé au conflit.

Nous étudierons pour chaque groupe la fragilité ainsi que l'ordonnance avec la prise ou non de Benzodiazépines, la consommation d'alcool, et les troubles dépressifs.

(par des échelles validées)

Nous comparerons les données pour rechercher un éventuel retentissement de la participation à la guerre d'Algérie (et du stress post traumatique résultant) sur le vieillissement de ces hommes.

CONTEXTE :

La guerre d'Algérie, de 1954 à 1962, est rarement étudiée mais elle a touché directement et indirectement un grand nombre de personnes. Beaucoup de non-dits demeurent dans la mémoire des anciens combattants.

Aujourd'hui ces hommes sont âgés de 70 ans et plus ; il est temps d'aborder ce sujet et de rechercher si des traumatismes anciens et enfouis peuvent influencer leur vieillissement.

QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LE MEDECIN :

Afin de réaliser l'étude, merci de compléter cette fiche :
(Pour des patients autonomes avec ADL > 5/6)

- NOM :

- PRENOM :

- AGE :

- Numéro de téléphone :

- Adresse :

- Participation à la guerre d'Algérie :
 OUI NON

- Ce patient vous paraît-il fragile ?
 OUI NON

- Etude de l'ordonnance :
 - Nombre de médicaments :

 - présence de Benzodiazépines :
 OUI NON

- Perte de poids involontaire au cours de la dernière année :
 Perte de – de 4,5 kg
 Perte de + de 4,5 kg

MERCI

IDENTITE :

Participation à la guerre d'Algérie : OUI /
NON

• AGE :

• TAILLE :

POIDS :

• STATUT MARITAL :

• MODE DE VIE :

• SI PARTICIPATION A LA GUERRE :

Grade / Fonction :

Durée :

ANNEXE 6 : Grille de FRIED

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

Cotation des critères de Fried score sur 5 points

1. Critère « Perte de poids »

- a. Si perte de poids supérieure a 5 kg déclaré ou constaté = fragile (1 point)

2. Critère « épuisement »

- a. Réponse « souvent » ou « la plupart du temps » (réponses 3 ou 4) a une des deux questions = fragile (1 point)

3. Critère « Vitesse de Marche » (parcours de 4 mètres du SPPB)

- a. 1 point en fonction des seuils (sexe et taille) dans le tableau ci-dessous :

| Homme fragile (1 point) si : | |
|-------------------------------------|-------------------|
| Taille en cm | Temps en secondes |
| ≤ 173 | ≥ 6 |
| > 173 | ≥ 5 |
| Femme fragile (1 point) si : | |
| Taille en cm | Temps en secondes |
| ≤ 159 | ≥ 6 |
| > 159 | ≥ 5 |

4. Critère « Force du poignet » (a l'aide du dynamomètre)

- a. 1 point en fonction des seuils (sexe et IMC) dans le tableau ci-dessous :

| Homme fragile (1 point) si : | |
|-------------------------------------|-------------|
| IMC en Kg / m ² | Force en Kg |
| ≤ 24 | ≤ 29 |
| 24.1-26 | ≤ 30 |
| 26.1-28 | ≤ 30 |
| > 28.1 | ≤ 32 |
| Femme fragile (1 point) si : | |
| IMC en Kg / m ² | Force en Kg |
| ≤ 23 | ≤ 17 |
| 23.1-26 | ≤ 17.3 |
| 26.1-29 | ≤ 18 |
| > 29 | ≤ 21 |

5. Critère « Activité physique »

- a. Questionnaire de l'étude Inchiанти (dans dossier actuelle)
i. Fragile (=1 point) si réponse « aucune activité » ou « plutôt sédentaire »



Echelle ECAB

Echelle ECAB

**Echelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines
(attribuer 1 point en cas de réponse « vrai »,
sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)**

Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments **tranquillisants** et/ou **somnifères** que vous prenez.

Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.

Il est indispensable de répondre à **toutes** les propositions avec **une seule** réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.

Nom du médicament concerné :

| | Vrai | Faux |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 2. Ce médicament est pour moi comme une drogue | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin..... | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

Mini-GDS de Nassif et Clément

(GDS : Geriatric Depression Scale)
version pdf de la mini-GDS

La version brève de la Geriatric Depression Scale est un outil de dépistage d'une dépression. Elle ne permet pas de porter un diagnostic de dépression. Poser les **questions** au patient en lui précisant que , pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ni dans l'instant présent.

1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? oui = 1, non = 0
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?oui = 1, non = 0
3. Etes-vous heureux(se) (bien) la plupart du temps ?oui = 0, non = 1
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? ...oui = 1, non = 0

Cotation

Si score total égal ou supérieur à 1, très forte probabilité de dépression

Si score total = 0, très forte probabilité d'absence de dépression

Source : Clément JP, Nassif RF, Leger JM, Marchan F. Mise au point et contribution à

la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. L'Encéphale 1997;XXIII:91-9.

ANNEXE 9 : Score AUDIT

Questionnaire AUDIT (acronyme de Alcohol use disorders test)

Questions :

Score :

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

| | |
|-----------------------------|---|
| Jamais | 0 |
| Une fois par mois ou moins | 1 |
| 2 à 4 fois par mois | 2 |
| 2 à 3 fois par semaine | 3 |
| Au moins 4 fois par semaine | 4 |

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

| | |
|------------|---|
| 3 ou 4 | 1 |
| 5 ou 6 | 2 |
| 7 ou 8 | 3 |
| 10 ou plus | 4 |

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

| | |
|---------------------------|---|
| Jamais | 0 |
| Moins d'une fois par mois | 1 |
| Une fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| Tous les jours ou presque | 4 |

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

| | |
|---------------------------|---|
| Jamais | 0 |
| Moins d'une fois par mois | 1 |
| Une fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| Tous les jours ou presque | 4 |

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

| | |
|---------------------------|---|
| Jamais | 0 |
| Moins d'une fois par mois | 1 |
| Une fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| Tous les jours ou presque | 4 |

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

| | |
|---------------------------|---|
| Jamais | 0 |
| Moins d'une fois par mois | 1 |
| Une fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| Tous les jours ou presque | 4 |

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

| | |
|---------------------------|---|
| Jamais | 0 |
| Moins d'une fois par mois | 1 |
| Une fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| Tous les jours ou presque | 4 |

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

| | |
|---------------------------|---|
| Jamais | 0 |
| Moins d'une fois par mois | 1 |
| Une fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| Tous les jours ou presque | 4 |

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

| | |
|---|---|
| Non | 0 |
| Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | 2 |
| Oui, au cours de l'année | 4 |

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

| | |
|---|---|
| Non | 0 |
| Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | 2 |
| Oui, au cours de l'année | 4 |

Résultat :

Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool

Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool (Société française d'alcoologie, 2001).

TITLE: ARE ALGERIAN WAR VETERANS MORE FRAIL THAN THE OTHER MEN OF THE SAME GENERATION WHO DIDN'T EXPERIENCE THIS WAR? COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE FRAILTY OF MEN ABOVE 70 IN DECAZEVILLE HEALTHCARE AREA

City and date of presentation: Toulouse, 17 March 2015

SUMMARY:

Background: Algerian war veterans are currently seventy or more. They are growing old and facing the risks of a loss of independence. Studying frailty is an interesting geriatrics topic because it is reversible and comes before the actual dependence. The detection of frailty has a major impact regarding the public health system: being able to detect it early enough could allow to delay the beginning of dependence.

Goal and method: We did a cross-study on the prevalence of frailty on men above 70 in Decazeville healthcare area, by dividing them into 2 groups according to their involvement in the Algerian war. Are veterans frailer than the rest of the main population above 70 which didn't take part to the war? Search of a potential influence of a post-traumatic stress disorder on the ageing process. Then, study of the consumption and misuse of alcohol, the benzodiazepine and related molecules intake, and the risk of depression.

Results: We met 134 patients who are between 70 and 88. Among them, 71 (53%) were involved in the Algerian war. On the whole population (n=134), 33 are frail (24,6%), 65 are pre-frail (48,5%) and 36 are robust (26,8%). There is no significant difference between the 2 groups of men regarding frailty and robustness. 19% of the sample makes a misuse of alcohol according to the AUDIT. Algerian war veterans have a higher risk to develop a pathological consumption of alcohol than the other subjects with p being significant (p=0, 0034). 18 patients (13,4%) regularly take benzodiazepine and 7 of them are addicted to it, 32,8% have a higher risk of depression but there is no significant difference between the 2 groups regarding those criteria.

Conclusion: There is no difference regarding the state of frailty between those 2 groups, however, a difference on alcohol consumption stands out. Can we include post-traumatic stress disorders on elderly people to the multiple factors leading to the frailty? A wider sample would be more likely to help us refine those data.

Administrative discipline: GENERAL MEDICINE

Key words: frailty, Algerian war, veterans, post-traumatic stress disorder, ageing, alcohol, addictions

Faculté de Médecine Rangueil –133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cédex 04-France

Supervisor : Doctor PUECH Marielle

**TITRE : LES ANCIENS COMBATTANTS DE LA GUERRE D'ALGERIE SONT-ILS PLUS FRAGILES QUE LES HOMMES DE LA MEME GENERATION QUI N'ONT PAS CONNU CETTE GUERRE ?
EVALUATION COMPAREE DE LA FRAGILITE DES HOMMES DE PLUS DE 70 ANS DANS LE BASSIN DE SANTE DE DECAZEVILLE**

Ville et date de soutenance : Toulouse, le 17 Mars 2015

RESUME :

Contexte : Les anciens combattants de la guerre d'Algérie sont âgés aujourd'hui de 70 ans et plus. Ils vieillissent et sont confrontés aux risques de perte d'autonomie. La fragilité est très intéressante en gériatrie car elle est réversible et précède la dépendance. Le dépistage de la fragilité a un intérêt majeur en santé publique : la dépister tôt peut permettre une réduction de l'entrée en dépendance.

Objectif et méthode : Nous avons réalisé une étude transversale de prévalence de la fragilité dans le bassin de santé de Decazeville chez les hommes de plus de 70 ans constituant deux groupes selon la participation ou non à la guerre d'Algérie. Les anciens combattants sont-ils plus fragiles que ceux qui n'ont pas connu la guerre? Recherche d'un éventuel retentissement d'un stress post traumatique sur le déroulement du vieillissement. Ensuite, nous avons étudié la consommation et le mésusage d'alcool, la prise de benzodiazépines et apparentés et le risque de dépression.

Résultats : Nous avons rencontré 134 patients âgés de 70 à 88 ans. Parmi eux, 71 (53%) ont participé à la guerre d'Algérie. Sur l'ensemble de la population (n=134), 33 sont fragiles (24,6%), 65 pré fragiles (48,5%) et 36 robustes (26,8%). Il n'y a pas de différence entre les deux groupes d'hommes pour la fragilité et la robustesse. 19% de l'échantillon présente un mésusage à l'alcool selon l'AUDIT. Les anciens combattants d'Algérie sont plus à risque de consommation pathologique d'alcool que les autres sujets avec p significatif (p=0,0034). 18 patients (13,4%) consomment régulièrement des benzodiazépines et 7 d'entre eux sont dépendants, 32,8% sont à risque de dépression mais il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour ces critères.

Conclusion : Il n'y a pas de différence de fragilité entre les deux groupes, cependant, une différence apparait pour la consommation d'alcool. L'état de stress post-traumatique chez la personne âgée peut-il être intégré aux facteurs multiples menant à la fragilité ? Un échantillon plus large pourrait affiner ces données.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots clés : fragilité, guerre d'Algérie, anciens combattants, syndrome de stress post-traumatique, vieillissement, alcool, addictions

Faculté de Médecine Rangueil –133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cédex 04-France

Directeur de thèse : Docteur PUECH Marielle