

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER – FACULTÉS DE
MÉDECINE**

Année 2015

2015-TOU3-1053

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 25 Juin 2015

Par **TISSANDIER Marion**

**LIENS ENTRE SOINS PERSONNELS ET FRAGILITE : étude
transversale sur 100 patients de la plateforme d'évaluation de la
fragilité.**

Directeur de thèse : **Monsieur le Docteur Gabor ABELLAN VAN KAN**

Jury : Président : Monsieur le Professeur Bruno VELLAS

Assesseur : Madame le Professeur Sandrine ANDRIEU

Assesseur : Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Assesseur : Monsieur le Docteur Gabor ABELLAN VAN KAN

Assesseur : Madame le Docteur Anne Marie SCHMITT

<u>1. INTRODUCTION</u>	2
1.1 Fragilité	3
1.2 Soins personnels et bien-être	4
<u>2. MATERIEL ET METHODE</u>	5
2.1 Population	6
2.2 Hypothèses et objectifs de travail	9
2.3 Variables	9
2.3.1 Evaluation de la fragilité , les critères de Fried.....	9
2.3.2 Evaluation des soins personnels (enquête).....	10
2.3.3 Co variables	12
2.4 Analyses statistiques	13
<u>3. RESULTATS :</u>	14
3.1 Caractéristiques de la population	14
3.2 « Le fait de « vous laver, de vous sentir propre » (soins personnels) est pour vous ? ».....	15
3.3 « Le fait de « prendre soin de votre peau et cheveux » (soins cosmétiques) est pour vous ? »	18
3.4 « Combien de fois par semaine vous occupez-vous de votre toilette ? »	19
3.5 « Combien de temps passez-vous pour la toilette, le soin de la peau et des cheveux ? »	21
3.6 « Depuis 3 mois, avez-vous l'impression de ne plus pouvoir prendre soin de vous-même ou d'avoir diminué le temps de soins ? Si oui, Pourquoi ? ».....	22
3.7 Co-variables.....	24
<u>4. DISCUSSION</u>	25
<u>5. CONCLUSION</u>	28
<u>6. BIBLIOGRAPHIE</u>	29
<u>7. ANNEXES</u>	32

1. INTRODUCTION :

1.1 Fragilité :

L'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne de nouveaux enjeux en particulier celui de ne pas seulement vivre plus longtemps mais aussi de permettre aux personnes âgées de rester actives et indépendantes le plus longtemps possible. En l'état actuel des choses les projections démographiques prévoient une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de 350 millions en 2010 à 614 millions en 2050 (1) avec les conséquences socio-économiques désastreuses que l'on peut imaginer (2) tant sur le plan humain qu'économique. Il est donc important de prévenir le déclin fonctionnel et d'anticiper la prise en charge des personnes âgées à risque d'entrée dans la dépendance.

On distingue 3 types de personnes âgées :

- Les « robustes » qui sont en bonne santé et totalement autonomes. (environ 50 % des 65 ans et plus).
- Les « dépendantes », environ 10% des plus de 65 ans. Dans la majorité des cas il s'agit d'un état irréversible.
- Les « fragiles » qui représentent 40% des plus de 65 ans (3,4). En 2011, la Société française de gériatrie et de gérontologie a adopté la définition de la fragilité comme étant un « syndrome clinique reflétant la diminution des capacités physiologiques de réserve et l'altération des mécanismes d'adaptation au stress » (5,6). Ainsi les personnes âgées fragiles ont un risque accru d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. Ces personnes restent autonomes pour les activités de base de la vie quotidienne (*Activities of Daily Living ADL* ≥ 5 (annexe 1)) comme marcher, s'alimenter, assurer les soins d'hygiène, la continence et se rendre aux toilettes.

La fragilité étant un état réversible ces personnes sont une cible idéale pour la mise en place d'actions de prévention. L'objectif est de retarder ou réduire la fréquence des complications et de prévenir l'entrée dans la dépendance. Pour cela on peut agir par exemple sur la nutrition, la sédentarité, la polymédication ou l'adaptation de l'environnement...

Mais pour améliorer la prise en charge de la fragilité il est indispensable de faciliter son identification. Il est donc nécessaire de disposer d'outils de repérages simples, reproductibles et utilisables par l'ensemble des personnes qui côtoient les sujets potentiellement fragiles (infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, pharmaciens, aides ménagères, travailleurs sociaux...) afin de pouvoir repérer au plus tôt cet état de « pré-dépendance » et lutter contre la perte d'autonomie fonctionnelle. Nous nous sommes donc intéressés à la possibilité d'utiliser des gestes simples de la vie quotidienne, observables facilement, comme marqueurs de la fragilité du sujet âgé à domicile. Ainsi les acteurs de proximité qui interviennent auprès de ces personnes quotidiennement pourraient exercer une fonction d'alerte auprès du médecin traitant à qui appartiendrait ensuite la décision d'adresser ou non la personne pour une évaluation gériatrique complète.

1.2 Soins personnels et bien-être :

Parmi les indicateurs de dépendance, l'échelle ADL (annexe 1) permet d'évaluer le niveau d'autonomie fonctionnelle des sujets âgés concernant les actes de la vie quotidienne (7). Sont évalués par cette échelle la capacité à réaliser, avec ou sans aide, les soins d'hygiène corporelle, l'habillement, le fait d'aller aux toilettes, de s'alimenter et la continence.

Dans cette étude nous nous sommes intéressés aux soins d'hygiène personnelle liés à la notion de bien-être. Outre le fait que ces soins personnels soient en lien avec la notion de dépendance (le fait d'être capable de réaliser ses soins) ils sont aussi liés à une notion de bien-être (le fait d'avoir envie de réaliser ses soins). Cette dernière notion étant de plus en plus prise en compte dans le « bien vieillir ». Bien que peu de travaux aient été réalisés sur ce sujet à l'heure actuelle, il existerait une relation bidirectionnelle entre la santé physique et le bien-être subjectif (8). De plus en plus d'études s'intéressent à la relation entre le bien-être et la santé physique, non seulement dans l'hypothèse que l'absence de bien-être, et la diminution de la qualité de vie seraient associés aux maladies chroniques (9, 10) mais également dans l'hypothèse où le bien-être aurait un effet protecteur sur la mortalité (11,12). Une

analyse tirée de *the English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA) évoque cet effet protecteur. Les résultats retrouvaient une association entre le bien-être et une augmentation de la survie en montrant que 29,3% des personnes dans le quartile inférieur de bien-être étaient décédées au cours de la période de suivi (8,5 ans) contre 9,3% de celles appartenant au quartile le plus élevé. (8,13)

La dégradation des soins personnels, et donc l'abandon de la notion de bien-être, chez des sujets pourtant autonomes pour les actes de la vie quotidienne peut être en relation avec la fragilité. On retrouve dans le concept de fragilité une notion d'épuisement subjectif qui peut expliquer que plus une personne est fragile, plus ses réserves physiologiques sont altérées et plus elle consacre ses capacités restantes à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne au détriment de ce qui peut sembler superflu, comme le bien-être. Certaines études ont évalué la fatigue comme marqueur de fragilité. Selon Schultz-Larsen et al. la fatigue subjective concernant les actes de la vie quotidienne semble être un facteur prédictif fort et indépendant de perte d'autonomie et de mortalité (risque multiplié par 2) après 15 ans de suivi dans une population de 705 patients âgés et autonomes. (14). Cette relation de cause à effet peut être expliquée par les changements physiologiques liés à l'âge ou par la présence d'une maladie active ou à un stade préclinique.

La recherche de la fragilité selon les critères de Fried reste complexe à mettre en œuvre et donc peu utilisée en pratique clinique courante. Dans ce contexte notre objectif a été d'évaluer la possibilité d'utiliser la détérioration des soins personnels comme outil simple d'alerte dans le repérage de la fragilité à domicile.

2. MATERIEL ET METHODE :

Analyse transversale mono-centrique observationnelle portant sur 100 patients adressés à l'hôpital de jour d'évaluation de la fragilité du CHU de Toulouse.

2.1 Population :

Notre travail s'appuie sur l'activité clinique de la plateforme d'évaluation de la fragilité et prévention de la dépendance (PEFPD) qui a été mise en place en 2011 par le Gérotopôle de Toulouse au sein de l'hôpital la Grave pour permettre la recherche des causes de fragilité du sujet âgé. Le but est de proposer, en lien avec le médecin traitant, un plan d'intervention personnalisé pour tenter de prévenir l'entrée dans la dépendance souvent irréversible. (3)

Les patients sont référés à la PEFPD par leur médecin traitant. Pour cela le Gérotopôle a mis en place un outil de dépistage simple et rapide : le « Gérotopôle Frailty Screening Tool » (GFST) (15) (annexe 2) qui associe dans un premier temps 4 questions dérivées des critères physiques de fragilité de Fried, l'exploration de l'environnement social et la notion de trouble mnésique. Dans un second temps, le médecin exprime son impression subjective que le sujet est fragile ou non, et selon les résultats de l'ensemble du questionnaire décide ou non d'adresser le patient à la PEFPD pour une évaluation globale (4). Le GFST est approuvé par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme un outil national pour le dépistage de la fragilité chez les personnes âgées de plus de 65 ans sans dépendance physique ou pathologie aigue intercurrente (16).

A la PEFPD l'évaluation est faite par une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins (gériatres ou médecins généralistes formés à la gériatrie), d'infirmières et aides soignantes. Des avis spécialisés peuvent ensuite être demandés en fonction des premiers résultats ainsi que l'intervention d'une diététicienne, d'un professeur d'activité physique, d'un psychologue, d'un orthophoniste, ou encore d'une assistante sociale sur place.

Au cours de la journée sont explorés, au moyen de différentes échelles, les domaines suivants : (4)

- Cognition : Memory Impairment Screen free (MIS) and delayed recall (MIS-D), Mini Mental State Examination (MMSE), Clinical Dementia Rating (CDR).

- Capacités physiques : critères de Fried, Activities of Daily Living (ADL) (annexe 1) and Instrumental ADL (IADL), mesures des performances physiques (Short Physical Performance Battery, SPPB)
- Statut nutritionnel : Poids, Index de Masse Corporelle (IMC), Mini Nutritional Assessment (MNA)
- Humeur : Geriatric Depression Scale (GDS)
- Vision et Audition : vision de loin , vision de près, grille d'Amsler (DMLA), the Hearing Handicap Inventory for the Elderly-screening (HHIES)
- Autres évaluation : Initial Standard Continence Screening Form for urinary incontinence, Oral Health Assessment Tool (OHAT) and International Prostate Score Symptom (IPSS) pour les hommes.

A la fin de la journée les patients sont classés selon leurs résultats dans les catégories « robustes », « pré-fragiles » ou « fragiles » selon les critères de FRIED. Un plan de prévention personnalisé est alors proposé au patient et transmis au médecin traitant. Il peut porter sur plusieurs domaines comme la nutrition, l'activité physique, la cognition, l'adaptation thérapeutique, l'adaptation de l'environnement, le contexte social...(17). Un suivi à long terme, en relation avec le médecin traitant, est ensuite mis en place pour s'assurer de l'adhésion du patient (3,4).

Les tableaux suivants (tableau 1 et 2) présentent les caractéristiques des patients ayant bénéficié d'une évaluation à la PEFPD. On constate qu'il s'agit de personnes âgées en moyenne de 83 ans, majoritairement des femmes, vivant seules à domicile pour près de la moitié d'entre eux (42,5%), présentant en moyenne 5 comorbidités. Concernant la fragilité, plus de la moitié des patients étaient fragiles et seulement 6% robustes.

Tableau 1 - Caractéristiques sociodémographiques de 1108 premiers patients évalués à l'HDJ Fragilités à Toulouse.

Caractéristiques	Population HDJ Fragilités
Âge (années), n = 1 108 *	82,9±6,1
Sexe (femme), n = 1 108 n (%)	764 (69,0)
IMC (kg/m ²), n = 698 *	25,9±5,1
Seul à domicile, n = 1,083 n(%)	460 (42,5)
Nombre moyen de comorbidités/personnes, n=560 *	4,8±3,0
Antécédent(s) de chutes dans les 3 derniers mois, n = 285 n (%)	108 (37,9)
Présence de toute sorte d'aide à domicile, n = 1,105 n (%)	767 (69,4)
Aide ménagère n (%)	575 (62,0)
APA patient n(%)	190 (17,2)

APA, allocation personnalisée d'autonomie ; ET, écart type ; HDJ Fragilités, hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance ; IMC, indice de masse corporelle.

* Moyenne + ET

Tableau 2 - Caractéristiques médicales de 1 108 premiers patients évalués à l'HDJ Fragilités à Toulouse.

Caractéristiques	Population HDJ Fragilités
Statut de fragilité, n = 1 082	
Robuste n(%)	69 (6,4)
Pré-fragile (1-2 critères) n(%)	423 (39,1)
Fragile (≥ 3 critères) n(%)	590 (54,1)
Perte de poids involontaire, n = 1 098 n(%)	358 (32,6)
Épuisement subjectif, n = 1 083 n(%)	353 (32,6)
Vitesse de marche lente, n = 1 065 n(%)	547 (51,4)
Faiblesse musculaire, n = 1 084 n(%)	722 (66,6)
Sédentarité, n = 1 084 n(%)	665 (60,7)
MMSE score (/30), n = 1 071 *	24,6±4,9
ADL score (/6), n = 1,102 *	5,5±1,0
IADL score (/8), n = 1,094 *	5,6±2,4
Bonne performance (SPPB = 10-12) n(%)	272 (25,6)
Performance moyenne (SPPB = 7-9) n(%)	388 (36,5)
Faible performance (SPPB = 0-6) n(%)	403 (37,9)
Vitesse de marche (m/s), n = 1,065 *	0,78±0,27
Force de poignet (kg), n 1,048 *	20,6± 8,2
Bon état de nutrition (MNA>23,5) n(%)	550 (52,5)
Risque de dénutrition (MNA=17-23,5) n(%)	414 (36,5)
Dénutrition (MNA<17) n(%)	84 (8,0)
GDS score (/15), n = 424 *	4,8±3,1
Présence de symptômes dépressifs (GDS>5) n(%)	155 (36,6)

ADL, Activities of Daily Living [0=Low (patient very dependent), 6=High (patient independent)]; ET,

écart type ; GDS, Geriatric Depression Scale; HDJ Fragilités, hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance; IADL, Instrumental Activities of Daily Living [0=Low (patient very dependent), 8=High (patient independent)];MNA, Mini Nutritional Assessment; MMSE, Mini Mental State; SPPB, Short Physical Performance Battery

* Moyenne + ET

2.2 Hypothèses et objectifs de travail:

Notre hypothèse de départ est qu'il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur des signes d'alerte simples, utilisables par le plus grand nombre, pour pouvoir repérer le plus précocement possible la fragilité et ainsi en retarder les conséquences et notamment la dépendance. Notre objectif a été de rechercher un lien entre la fragilité et la diminution des soins personnels afin de savoir s'il est possible de l'utiliser comme un critère d'alerte dans le domaine de la fragilité à domicile.

2.3 Variables :

2.3.1 Evaluation de la fragilité , les critères de Fried :

Les patients étaient considérés comme fragiles selon les critères de Fried (18). Les critères suivants ont été évalués en intégrant les données du dossier médical : (17)

- Perte de poids involontaire : le poids de chaque patient était mesuré le jour de la consultation à la PEFPD et comparé avec le dernier poids connu quand cela était possible, sinon la perte de poids était évaluée par la question « Avez-vous récemment perdu du poids involontairement ? »
- Diminution de la vitesse de marche : la vitesse de marche était calculée sur 4 mètres entre deux repères au sol, le patient étant chronométré par une infirmière et la vitesse interprétée en fonction du sexe et de la taille du patient.
- Faiblesse musculaire : la force de la « poignée de main » a été mesurée par un dynamomètre calibré et interprétée en fonction du sexe et de l'indice de masse corporelle du patient comme définit par Fried et al. (18).

- Sensation subjective d'épuisement : présente si le patient répondait « souvent » ou « la plupart du temps » à 2 items issus de l'échelle CES-D (19): « tout ce que je fais m'a demandé un effort » et « je ne pouvais pas aller de l'avant ».
- Diminution de l'activité physique : le niveau d'activité physique est évalué en posant la question « Quel est votre niveau d'activité physique actuel ? », les réponses possibles étaient :
 - Aucune activité physique (alidité),
 - Plutôt sédentaire (quelques courtes promenades ou autres activités physiques d'intensité très légère),
 - Exercice physique d'intensité légère au moins 2 à 4 heures par semaine,
 - Exercice physique d'intensité modérée pendant 1 à 2 heures par semaine, ou d'intensité légère supérieure à 4 heures par semaine,
 - Exercice physique d'intensité modérée de plus de 3 heures par semaine.
 - Exercice physique intense plusieurs fois par semaine.

Un point était côté si la réponse était « aucune activité physique » ou « plutôt sédentaire ». Il s'agit d'une méthode approchant les critères de Fried, plus proche du quotidien et déjà proposée dans d'autres études récentes comme l'INCHIANTI. (20,21)

3 populations ont été ainsi distinguées, les patients ne présentant aucun des critères étaient considérés comme robustes, ceux chez qui était retrouvés 1 ou 2 critères comme pré-fragiles, et enfin les sujets fragiles présentaient 3 critères ou plus. (18)

2.3.2 Evaluation des soins personnels (enquête) :

Concernant les soins personnels nous avons proposé aux patients consultant à la PEFPD un auto-questionnaire (annexe 3) comportant quatorze questions à choix multiples portant sur les soins personnels et cosmétiques, remis par l'infirmière de la plateforme. Nous nous sommes intéressés pour notre hypothèse de travail aux données concernant les soins personnels uniquement.

Les soins personnels étaient définis par le fait de « se laver, de se sentir propre ».

La première question concernait les motivations de la personne à réaliser ses soins, afin de déterminer s'il s'agissait pour le patient d'un plaisir, d'une nécessité sociale, d'une corvée, d'une perte de temps ou bien si ce n'était pas une priorité pour lui. Plusieurs réponses étaient possibles. La même question était ensuite posée portant cette fois-ci sur le fait de prendre soin de sa peau et de ses cheveux.

Le questionnaire portait également sur la fréquence à laquelle la patient s'occupait de sa toilette (tous les jours, 5 fois par semaine, 2 à 3 fois ou 1 fois par semaine) et sur le temps qu'il y consacrait (5-15 min, 15-30 min, 30-45 min, 45-60 min, > 1 heure).

Nous avons également essayé de définir si le patient avait l'impression de ne plus pouvoir prendre soin de lui-même ou d'avoir diminué le temps de soin au cours des 3 derniers mois. Si c'était le cas une question portait sur les raisons de ce changement, les réponses possibles étaient :

- fatigue
- difficultés dans les gestes
- pas le temps
- moins envie
- troubles visuels
- difficultés financières
- autres.

L'auto-questionnaire a été proposé à tous les patients consultant à la PEFPD sur la période de l'étude, excepté les patients avec des troubles cognitifs considérés comme trop sévères pour pouvoir répondre aux questions de manière fiable (présence de démence ou MMS < 18), les patients dont l'autonomie était déjà altérée avec un ADL inférieur à 4/6 (annexe 1). Les patients consultant pour une évaluation gériatrique dans le cadre de la filière onco-gériatrique ont aussi été exclus de l'étude.

2.3.3 Co variables :

Une fois l'auto-questionnaire rempli par le patient les données sociodémographiques : sexe (homme/femme), âge, mode d'habitation (seul(e), avec conjoint(e), avec famille ou autre), statut marital (marié, veuf, célibataire, divorcé), niveau d'études (pas de scolarité, primaire ou secondaire/supérieur) ainsi que les données recueillies pendant l'évaluation étaient renseignées par le médecin :

- ADL : (Activities of Daily Living), échelle explorant les activités de la vie quotidienne : hygiène, habillage, utilisation des toilettes, locomotion, continence, prise des repas. Chacun des items est coté de 0 à 1 : 1 si le patient est autonome, 0.5 si le patient est partiellement dépendant et 0 si le patient est totalement dépendant. Le score d'ADL est défini de 0 à 6. Dans notre analyse nous avons exclu les personnes ayant un ADL < à 4.
- MMSE (Mini Mental States Examination) : le MMSE est une échelle allant de 0 à 30. Elle explore l'orientation (10 points), l'apprentissage et le rappel mnésique (6 points), l'attention et le calcul (5 points), le langage (7 points) et les praxies constructives (1 point). Cette échelle est corrélée à la sévérité des troubles cognitifs, considérant les personnes avec un score < à 24 comme souffrant d'un trouble cognitif à étiqueter.
- Qualité de vie : il s'agit d'une échelle visuelle analogique (EVA), allant de 0 à 100 dans laquelle le patient doit évaluer sa qualité de vie au moment de l'évaluation. 0 correspond à la pire qualité de vie qu'il peut imaginer, et 100 la meilleure.
- GDS (Geriatric Depression Scale) : est une échelle de 15 questions explorant le domaine thymique avec une cotation allant de 0 à 15. Un score \geq à 5 témoigne de la présence d'une symptomatologie dépressive.
- Vitesse de marche sur 4m : test de performance physique chronométré sur 4m, en demandant au patient de marcher à une allure normale.

Les résultats étaient ensuite anonymisés.

2.4 Analyses statistiques :

Nous avons réalisé une étude transversale, observationnelle, monocentrique entre le 1 janvier 2014 et le 1 janvier 2015 portant sur 100 patients ayant consultés à la PEFPD.

La variable d'intérêt de notre étude était la présence de fragilité, variable qualitative en 3 classes (robuste, pré-fragile fragile). La distribution de la fragilité a été évaluée pour chaque question de notre enquête.

Les autres co-variables cliniques étaient répertoriées en fonction de leur pertinence clinique en lien avec notre hypothèse de travail.

Les variables qualitatives binaires : sexe, GDS.

Les variables qualitatives exprimées en classes : l'autonomie globale (ADL), mode d'habitation, niveau d'étude, statut marital, niveau d'étude, critères de Fried.

Les variables quantitatives : Age, MMSE, EVA QoI, vitesse de marche.

L'analyse présente trois étapes :

- Une analyse univariée : la distribution et le nombre de données manquantes ont été étudiés pour chaque variable. Les données extrêmes ont été repérées graphiquement par la réalisation de boîte à moustache pour les données quantitatives. Les données des sujets ainsi repérées ont été étudiées afin de s'assurer de leur cohérence.
- La distribution des variables quantitatives (distribution normale pour toutes les variables) a été représentée par sa moyenne et son écart type. Les variables qualitatives étaient décrites par leur distribution de fréquence et leur pourcentage.
- Une analyse bivariée : pour comparer 2 moyennes reposant sur le test t de Student si les hypothèses suivantes étaient vérifiées : distributions normales, et égalité des variances entre les groupes. Sinon le test de Mann-Whitney était utilisé (test non paramétrique). Pour les variables qualitatives le test du chi2 était utilisé si les effectifs théoriques sont supérieurs à 5, sinon le test de Fischer exact doit être employé.
- L'analyse multivariée par régression logistique saturée (toutes les variables clinique d'intérêt ont été incluses dans le modèle) permet de faire ressortir les variables indépendantes et de statuer sur la relation indépendante entre

fragilité et soins personnels ajustés sur les autres co-variables. Le seuil de significativité était fixé à 5% pour les analyses. Les résultats sont répertoriés par leur rapport de cote (Odd Ratio) avec un intervalle de confiance de 95%.

3. RESULTATS :

3.1 Caractéristiques de la population :

Nous avons interrogé 100 patients entre le 1 janvier 2014 et 1 janvier 2015.

La moyenne d'âge était de 80 ans, avec des âges variant de 65 à 93 ans. 57% des sujets étaient des femmes. Concernant le niveau d'étude, 75% avaient un niveau secondaire ou supérieur. 44 % des sujets vivaient seul(e)s et 42% avec un conjoint, les autres vivant en famille ou en foyer. 88% des sujets avaient un ADL entre 5,5 et 6/6 et seulement 12% un ADL compris entre 4 et 5. En ce qui concerne la fragilité 21% étaient robustes, 58% pré-fragiles et 21% fragiles. Le MMSE moyen est de 28 ± 2.6 . La vitesse de marche moyenne dans la population était de 0.89 m/sec . (tableau 3)

Malgré l'absence d'analyse spécifique notre population semblait cliniquement comparable à la population générale évaluée à la PEFPD, à l'exception de la répartition de la fragilité. En effet la proportion de sujets robustes et pré-fragiles est supérieure dans notre échantillon et de ce fait les sujets fragiles sont moins nombreux. Ce phénomène peut être expliqué par nos critères d'exclusion. Le pourcentage de femme est aussi légèrement inférieur dans notre échantillon car nous avons tenté de réduire l'écart de pourcentage homme/femme en fin d'enquête en privilégiant volontairement le fait de proposer le questionnaire à des hommes pour limiter au maximum les biais liés au sexe lors de l'analyse.

Le tableau 3 présente les caractéristiques sociodémographiques des patients que nous avons inclus dans l'étude.

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des patients inclus dans l'étude :

Age (n=100)	80.32 ± 6.19 (min 65, max 93)
Sexe (n=100)	57 (57 %) de femme 43 (43 %) d'homme
Niveau D'étude (n=97)	4 (4.12 %) pas de scolarité 20 (20.62 %) primaire 73 (75.26 %) secondaire-supérieure
Statut marital (n=99)	35 (35.35 %) veuf 49 (49.49 %) marié 7 (7.07 %) célibataire 8 (8.08 %) divorcé
Mode d'habitation (n=99)	44 (44.44 %) seul(e) 42 (42.42 %) avec conjoint 6 (6.06 %) avec famille 7 (7.07 %) autres.
ADL (n=100)	55 (55 %) 6/6 33 (33 %) 5.5/6 9 (9 %) 5/6 2 (2%) 4.5/6 1 (1%) 4/6
FRIED (n=100)	21 (21%) Robustes 58 (58%) Pré-fragiles 21 (21%) Fragiles
MMSE moyen (n=98)	28.12 ± 2.60 (min 18, max 30)
EVA Qol moyenne (n=97)	65.90/100 ± 16.25 (min 25, max 100)
GDS ≥ 5 (n=71)	21 (29.58 %)
Vitesse de marche (n=100)	0.89 m/sec ± 0.22

3.2 « Le fait de « vous laver, de vous sentir propre » (soins personnels) est pour vous ? »

Cette question explorait les motivations des sujets à réaliser leurs soins personnels. Plusieurs réponses étaient possibles. Seules les réponses « un plaisir, un bien être » (89%) et « une nécessité sociale » (32%) ont été choisies. Aucun des répondants n'a utilisé les propositions « une corvée », « une perte de temps » ou « ce n'est pas ma priorité ». Le sujet pouvait choisir plusieurs réponses. (tableau 4 et 5)

95 % des sujets robustes ont déclaré réaliser leurs soins personnels par plaisir, comme 85% des pré-fragiles et 95% des fragiles. On ne constate donc pas ici de différence selon que la personne soit fragile ou non.

Pour la « nécessité sociale » cela concernait 42.86% des sujets robustes, 34% des pré-fragiles contre seulement 14.29% des personnes fragiles. On note une diminution de l'intérêt des sujets pour la dimension sociale lorsque que les personnes deviennent fragiles. ($p= 0.05$) .

Tableau 4 : Patients réalisant leurs soins personnels par « Plaisir, Bien-être » en fonction du statut robuste, pré-fragile ou fragile.

« Plaisir, Bien-être »	Robustes	Pré-fragiles	Fragiles	p
Oui	20 95.24 %	49 84.48%	20 95.25%	1.0
Non	1 4.47%	9 15.52%	1 4.76%	
Total	21 100%	58 100%	21 100%	

Tableau 5 : Patients réalisant leurs soins personnels par « Nécessité sociale » en fonction du statut robuste, pré-fragile ou fragile.

« Nécessité sociale »	Robustes	Pré-fragiles	Fragiles	p
Oui	9 42.86%	20 34.48%	3 14.29%	0.05
Non	12 57.14%	38 65.52%	18 85.71	
Total	21 100%	58 100%	21 100%	

3.3 « Le fait de « prendre soin de votre peau et cheveux » (soins cosmétiques) est pour vous ? »

Le sujet pouvait également choisir plusieurs réponses. Pour 66% des personnes il s'agissait « d'un plaisir, d'un bien-être », pour 39% d'une « nécessité sociale », pour 2% d'une « corvée », pour 3% il ne s'agissait « pas d'une priorité », 5% ne réalisaient pas du tout de soins cosmétiques. Personne n'a utilisé la réponse « une perte de temps ». (tableau 6)

Le fait de réaliser ces soins cosmétiques par plaisir concerne 76% des robustes, 64% des pré-fragiles et 61.90% des fragiles. La nécessité sociale concerne 52% des robustes, 38% des pré-fragiles et 29% des fragiles. Ces soins sont une corvée, une perte de temps ou ne sont pas une priorité pour aucun des sujets robustes mais pour 7% des pré-fragiles et presque 10% des fragiles. (tableau 7)

Même si les résultats ne sont pas statistiquement significatifs les chiffres tendent à montrer que plus la personne est fragile moins elle réalise ses soins par plaisir ou nécessité sociale, plus cela correspond à une corvée ou une perte de temps. Il n'y a pas de différence concernant le fait de ne pas réaliser de soins cosmétiques.

Tableau 6 : Motivation à réaliser ou non les soins cosmétiques.

Un plaisir, un bien-être	66 (66%)
Une nécessité sociale	39 (39%)
Une corvée	2 (2%)
Une perte de temps	0 (0%)
Ce n'est pas ma priorité	3 (3%)
Non applicable, je ne réalise pas de soins cosmétiques	5 (5%)

Tableau 7 : Motivation à réaliser les soins cosmétiques en fonction du statut robuste, pré-fragile ou fragile.

	Robustes	Pré-fragiles	Fragiles	p
« Plaisir, bien-être »	16 76.19%	37 63.79%	13 61.90%	0.534
« Nécessité sociale »	11 52.38%	22 37.93%	6 28.57%	0.277
« Corvée, perte de temps, pas ma priorité »	0 0%	4 6.90%	2 9.52%	0.20
« Je ne réalise pas de soins cosmétiques »	2 9.52%	2 3.45%	2 9.52%	1

3.4 « Combien de fois par semaine vous occupez-vous de votre toilette ? »

Une large majorité des sujets (92.86%) affirment réaliser leur toilette « tous les jours » contre 7.14% qui ne la réalisent que « 2 à 5 fois par semaine ». Aucun des patients n'a répondu « 1 fois par semaine ». (tableau 8)

On note de manière statistiquement significative que 100% des personnes robustes réalisent une toilette quotidienne contre seulement 80% des fragiles. Pour ceux qui ne le font pas quotidiennement on retrouve 20% des fragiles et 5.17% des pré-fragiles mais aucun robuste. (tableau 9)

Tableau 8 : Fréquence à laquelle le sujet s'occupe de sa toilette : (n=98)

Tous les jours	91 (92.86%)
5 fois par semaine	4 (4.08%)
2-3 fois par semaine	3 (3.06%)
1 fois par semaine	0 (0%)

Tableau 9 : Fréquence à laquelle le sujet s'occupe de sa toilette en fonction du statut robuste, pré-fragile ou fragile. (n=98)

	Robustes	Pré-fragiles	Fragiles	p
Tous les jours	20 100%	55 94.83%	16 80%	0.0146
2 à 5 fois par semaines	0 0%	3 5.17%	4 20%	
Total	20 100%	58 100%	20 100%	

3.5 « Combien de temps passez-vous pour la toilette, le soin de la peau et des cheveux ? »

81.25% des sujets consacraient moins de 30 minutes quotidiennement à leur toilette, dont 20,83% de 5 à 15 minutes et 60,42% de 15 à 30 minutes (tableau 10). La tranche 5 à 15 minutes concerne 15% des sujets robustes, 20% des pré-fragiles et 28,57% des fragiles. La tranche de 15 à 30 minutes regroupe 60% des sujets robustes, 63,64% des pré-fragiles et 52.38% des fragiles. Il semble donc que plus le sujet est fragile moins il consacre de temps à sa toilette. Cette tendance se retrouve également chez les sujets y consacrant plus de 30 minutes (tableau 11).

Tableau 10 : Temps consacré à la toilette chaque jour. (n=96)

5 à 15 minutes	20 (20.83%)
15 à 30 minutes	58 (60.42%)
30 à 45 minutes	14 (14.58%)
45 à 60 minutes	2 (2.08%)
Plus de 60 minutes	2 (2.08%)

Tableau 11 : Temps consacré à la toilette chaque jour en fonction du statut robuste, pré-fragile et fragile. (n=96)

	Robustes	Pré-fragiles	Fragiles	p
5 à 15 min	3 15%	11 20%	6 28.57%	0.650
15 à 30 min	12 60%	35 63.64%	11 52.38%	
30 à 45 min	4 20%	7 12.73%	3 14.29%	
45 à 60 min	1 5%	0 0%	1 4.76%	
Plus de 60 min	0 0%	2 3.64%	0 0%	
Total	20 100%	55 100%	21 100%	

3.6 « Depuis 3 mois, avez-vous l'impression de ne plus pouvoir prendre soin de vous-même ou d'avoir diminué le temps de soins ? Si oui, Pourquoi ? »

87.88% des patients interrogés déclaraient ne pas avoir modifié leurs habitudes contre 12.12% qui les avaient modifiées (tableau 12).

Aucun des sujets considérés comme robustes n'avaient diminué leur temps de soin contre 91.23% des pré-fragiles et seulement 66.67% des fragiles. Par contre 8.77% des pré-fragiles et 33.33% des fragiles estimaient qu'ils l'avaient diminué (tableau 13).

Nous nous sommes ensuite intéressés aux raisons qui avaient poussé les patients à modifier leurs habitudes. Plusieurs réponses étaient possibles. 50% disent avoir

changé leur comportement à cause de la fatigue, 58.3% par difficultés dans les gestes et 16.6% parce qu'ils ont moins envie. Aucun des sujets n'a invoqué le manque de temps, les troubles visuels, les difficultés financières, ou la proposition « autre ».

On constate que seuls des sujets pré-fragiles ou fragiles ont changé leurs habitudes. Il semble que plus le sujet est fragile plus il est susceptible d'avoir l'impression de moins pouvoir prendre soin de lui et de diminuer le temps qu'il consacre aux soins notamment à cause de la fatigue, des difficultés dans la réalisation des gestes ou encore par manque d'envie.

Tableau 12 : Pourcentage des sujets ayant l'impression de ne plus pouvoir prendre soin d'eux même ou d'avoir diminué leur temps de soins depuis 3 mois. (n=99)

Oui	12 12.12%
Non	87 87.88%

Tableau 13 : Pourcentage des sujets ayant l'impression de ne plus pouvoir prendre soin d'eux même ou d'avoir diminué leur temps de soins depuis 3 mois en fonction du statut robuste, pré-fragile ou fragile. (n=99)

	Robuste	Pré-fragile	Fragile	p
Non	21 100%	52 91.23%	14 66.67%	P= 0.002
Oui	0 0%	5 8.77%	7 33.33%	
Total	21 100%	57 100%	21 100%	

3.7 Co-variables:

L'analyse multivariée saturée, après ajustement sur les co-variables, s'est révélée non significative. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien statistiquement significatif entre la fragilité et la diminution de temps consacré aux soins personnels depuis les 3 derniers mois.

Le faible effectif de l'étude est une première hypothèse pour expliquer ces résultats au vu des écarts types importants retrouvés et compte tenu du fait qu'aucune autre variable n'est significative. Une seconde hypothèse est qu'il n'existe peut être pas de lien entre la fragilité et la diminution du temps consacré aux soins personnels.

	Odd Ratio IC 95%	
Fragilité	Robustes	1 [réfèrent]
	Pré-fragiles	0.70 [0.17-2.73]
	Fragiles	1.23 [0.14-10.85]

Age	1.09 [0.97-1.22]
Sexe	2.69 [0.76-9.46]
Niveau d'étude	0.79 [0.28-2.27]
ADL	0.42 [0.10-1.71]
GDS	1.01 [0.99-1.02]
MMSE	1.1 [0.87-1.39]
EVA	1.02 [0.98-1.06]
Vitesse de marche	0.84 [0.57-1.24]

4. DISCUSSION :

Les principales conclusions de notre étude sont :

- 1) Tous les sujets ayant déclarés avoir l'impression de ne plus pouvoir prendre soin d'eux même ou d'avoir diminué le temps de soins depuis 3 mois sont uniquement des personnes pré-fragiles ou fragiles. Aucun des sujets robustes n'étaient concernés. Il existe donc bien un lien entre la diminution des soins personnels et la fragilité en analyse bivariée. Les raisons invoquées par les patients à ce changement étaient la fatigue, les difficultés dans la réalisation des gestes et le manque d'envie. Malgré une analyse bivariée significative, l'analyse multivariée saturée n'a pas permis de mettre en évidence de facteurs significativement associés.
- 2) L'ensemble des patients ayant déclaré ne pas réaliser leur toilette de manière quotidienne était des sujets fragiles, ou pré-fragiles, alors que tous les patients robustes déclaraient la réaliser de manière quotidienne.
- 3) Plus le sujet est fragile moins le temps consacré quotidiennement à la toilette est important. On peut supposer que les fragiles ou pré-fragiles sont limités par leurs capacités physiques.

- 4) Plus les patients sont fragiles ou pré-fragiles moins la dimension sociale rentre en compte dans leurs motivations à réaliser des soins personnels ou cosmétiques.
- 5) Bien que les résultats ne soient pas significatifs statistiquement les chiffres tendent à montrer que plus les personnes âgées sont pré-fragiles ou fragiles moins elles réalisent leurs soins de peau et de cheveux par plaisir ou nécessité sociale, et plus ces soins sont vécus comme une corvée ou une perte de temps.

Les principales limites de notre étude sont les suivantes : premièrement, la taille de notre population puisque l'étude n'a été réalisée que sur 100 patients ce qui réduit la puissance statistique des analyses. La répartition dans les différents groupes (fragiles, pré-fragiles, et robustes) n'était pas équilibrée. Le fait que nous ayons sélectionné les patients les plus autonomes sur le plan fonctionnel ($ADL > 4$) et donc potentiellement plus de sujets capables de réaliser ces soins sans difficulté. Enfin nous avons réalisé une étude transversale qui nous permet d'établir un lien entre les soins personnels et la fragilité mais il nous est impossible avec une telle étude d'établir un lien de causalité mais uniquement de rechercher des facteurs associés.

On peut se demander si avec le changement de génération et l'évolution des habitudes d'une génération à l'autre nos résultats actuels en matière de soins personnels seront toujours d'actualité. En effet les personnes âgées actuelles avaient, à l'époque où elles étaient plus jeunes, des habitudes différentes de celles des générations d'aujourd'hui. Il n'était pas, par exemple, forcément usuel pour ces générations de se doucher quotidiennement. Cela influence probablement leurs habitudes actuelles.

D'autres part une des forces de notre étude est qu'elle concerne une cohorte de patients sélectionnés par leur médecin traitant comme étant suspects d'être fragiles, de ce fait notre population comporte 79% de patients pré-fragiles ou fragiles, soit beaucoup plus que dans la population générale, ce qui nous permet de mieux étudier les caractéristiques particulières de ces patients. Enfin, l'évaluation ayant été réalisée pour tous les patients de la cohorte à la PEFPD par la même équipe nous avons d'une

part bénéficié d'une bonne reproductibilité et d'autre part l'évaluation a été réalisée à l'aide d'échelles validées.

Dans l'objectif de réduire ou retarder les complications de la fragilité, et surtout de retarder l'entrée dans la dépendance, en mettant en place des mesures de prévention le repérage précoce de la fragilité est un enjeu important. Pour cela de nombreuses études s'intéressent aux facteurs associés à la fragilité qui pourraient permettre de mettre au point de nouveaux moyens de dépistage. Cependant il n'existe à notre connaissance dans la littérature aucune étude portant sur le lien entre les soins personnels et la fragilité. Il nous est donc impossible pour le moment de comparer nos résultats à des données préexistantes.

Notre étude a montré des premiers résultats encourageants, il est maintenant nécessaire de continuer les investigations dans ce domaine, afin de pouvoir espérer utiliser la diminution des soins personnels comme un marqueur simple d'alerte pour que tous les intervenants quotidiens puissent repérer facilement les sujets à risque d'être fragiles. Nous pensons que pour approfondir les données dans ce domaine il est nécessaire d'avoir des informations plus précises sur les habitudes, le ressenti par rapport aux soins personnels, les difficultés que les personnes âgées peuvent rencontrer dans leurs réalisations... Pour cela des entretiens, avec une dimension sociologique plus grande, seraient plus informatifs et pourraient nous permettre de mettre en place un questionnaire plus adapté et ainsi réaliser à terme une étude de plus grande envergure.

5. CONCLUSION :

Notre étude retrouve donc une association entre la fragilité et la diminution récente des soins personnels lors des analyses bivariées non retrouvée en multivariée.

Néanmoins nos résultats tendent à montrer que plus le sujet est fragile :

- moins les soins d'hygiène sont fréquents,
- moins il consacre du temps à ses soins personnels,
- plus les soins de la peau et des cheveux sont considérés comme une corvée, une perte de temps.

Cette étude pilote nécessite maintenant d'être confirmée par une étude de plus grande envergure pour pouvoir espérer utiliser la diminution des soins personnels comme marqueur de fragilité. Au préalable, une étude sociologique approfondie devrait permettre de mieux identifier le soin personnel dans cette population fragile car des réponses paradoxales ont été retrouvées.

6. BIBLIOGRAPHIE :

1. Alzheimer disease international : World Alzheimer Report 2013, journey of Caring.
2. Fried TR, Bradley EH, Williams CS, Tinetti ME. Functional disability and health care expenditures for older persons. Arch Intern Med. 26 nov 2001;161(21):2602-7.
3. Tavassoli N, Lafont C, Soto M, Nourhashémi F, Vellas B. Repérer la fragilité et retarder l'entrée dans la dépendance. Soins Gériatrie. janv 2015;20(111):14-8
4. Tavassoli N, Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Sourdet S, Krams T, Soto ME, et al. Description of 1,108 older patients referred by their physician to the « Geriatric Frailty Clinic (G.F.C) for Assessment of Frailty and Prevention of Disability » at the gerontopole. J Nutr Health Aging. mai 2014;18(5):457-64.
5. Rolland Y, Benetos A, Gentic A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. déc 2011;9(4):387-90.
6. 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. mars 2001;56(3):M146-56
7. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. The Lancet. févr 2015;385(9968):640-8.
8. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 21 sept 1963;185(12):914-9.
9. Steptoe, A., editor. Depression and Physical Illness. Cambridge University Press; Cambridge: 2006.
10. Wikman A, Wardle J, Steptoe A. Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: a cross-

sectional population based study. PLoS ONE. 2011;6(4):e18952.

11. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychol Bull.* 2005; 131(6):803–55. [PubMed: 16351326]
12. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med.* 2008; 70(7):741–56. [PubMed: 18725425]
13. Steptoe A, Breeze E, Banks J, Nazroo J. Cohort profile: English Longitudinal Study of Ageing. *Int J Epidemiol.* in press.
14. Schultz-Larsen K, Avlund K. Tiredness in daily activities: a subjective measure for the identification of frailty among non-disabled community-living older adults. *Arch Gerontol Geriatr.* févr 2007;44(1):83-93.
15. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Ghisolfi-Marque A, Subra J, et al. Looking for frailty in community-dwelling older persons: the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). *J Nutr Health Aging.* juill 2013;17(7):629-31.
16. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
17. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B. Intégrer le concept de fragilité dans la pratique clinique : l'expérience du Gérontopôle à travers la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. *Les cahiers de l'année gérontologique.* sept 2012;4(3):269-78.
18. 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.* mars 2001;56(3):M146-56.
19. Lewinsohn PM, Seeley JR, Roberts RE, Allen NB. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychol Aging.* juin 1997;12(2):277-87.
20. Patel KV, Coppin AK, Manini TM, Lauretani F, Bandinelli S, Ferrucci L, et al. Midlife physical activity and mobility in older age: The InCHIANTI study. *Am J Prev Med.* sept 2006;31(3):217-24.

21. Cesari M, Pahor M, Lauretani F, Zamboni V, Bandinelli S, Bernabei R, et al. Skeletal muscle and mortality results from the InCHIANTI Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* mars 2009;64(3):377-84.

7. ANNEXES :


Annexe 1 : Echelle d'évaluation des activités de la vie quotidienne, Activities Daily Living (ADL).

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 chausser. 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
Contenance	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 2 : Gerontopole Frailty Screening Tool. (GFST)

<p>Personne à prévenir pour le RDV : Nom : Lien de parenté : Tél : Nom du médecin traitant : Tél : Email : Nom du médecin prescripteur : Tél :</p>		<p style="text-align: center;">Informations patient</p> Nom : Nom de jeune fille : Prénoms : Date de naissance : Tél : Adresse :
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

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

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

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

PROGRAMMATION	
Dépistage réalisé le :	Rendez-vous programmé le :
Médecin traitant informé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<u>Pour la prise de rendez-vous :</u>	
Contacter le : 05 61 77 66 23 (ou e-mail : gerontga.avalde@chu-toulouse.fr)	
Faxer la fiche au 05 61 77 66 27 et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).	
Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.	



**Enquête sur les soins cosmétiques et personnels
des personnes âgées**

● **Le fait de « vous laver, de vous sentir propre » (soins personnels) est pour vous :**

- Un plaisir, un bien-être (« j'en ai besoin pour me sentir bien »)
- Une nécessité sociale (« je dois être présentable »)
- Une corvée (« c'est pénible, c'est fatiguant »)
- Une perte de temps (« je suis trop vieille/vieux » ou ce n'est plus de mon âge)
- Ce n'est pas ma priorité.

Pourquoi ?.....

● **Le fait de « Prendre soin de votre peau et cheveux » (soins cosmétiques) est pour vous :**

- Un plaisir, un bien-être (« j'en ai besoin pour me sentir bien »)
- Une nécessité sociale (« je dois être présentable »)
- Une corvée (« c'est pénible, c'est fatiguant »)
- Une perte de temps (« je suis trop vieille/vieux » ou ce n'est plus de mon âge)
- Ce n'est pas ma priorité.

Pourquoi ?.....

- Non-applicable, je ne réalise pas des soins cosmétiques

● **Que faites-vous pour « Prendre soin de votre peau et cheveux » (soins cosmétiques):**

- Coiffeur en ville
- Coiffeur à domicile
- Esthéticienne en ville
- Esthéticienne à domicile
- Je m'applique des crèmes, des masques sur le visage
- Je m'applique des crèmes, des masques sur le corps
- Je m'applique des crèmes, des masques sur les cheveux

● **Combien de fois par semaine vous occupez-vous de votre toilette ?**

- Tous les jours
- 5 fois par semaine

- 2-3 fois par semaine
- 1 fois par semaine

● **A quel moment de la journée, faites-vous le plus souvent votre toilette ?**

- Matin avant 9H
- Matin après 9H
- Après-midi
- Soir

● **Habituellement, à quel moment de la matinée, vous habillez-vous ?**

- Matin avant 9H
- Matin avant 10H
- Matin avant 12H
- Généralement je reste en robe de chambre le matin
- Après-midi

● **Combien de temps passez-vous pour la toilette, le soin de la peau et des cheveux ?**

- 5 à 15 min
- 15 à 30 min
- 30 à 45 min
- 45 à 60 min
- > 1 heure

● **Depuis 3 mois, avez-vous l'impression de ne plus pouvoir prendre soin de vous-même, ou d'avoir diminuer le temps de soins ?**

- Non
- oui

Si oui, pourquoi ?

- Fatigue
- Difficulté dans les gestes
- Pas le temps
- Moins envie
- Trouble visuel
- Difficulté financières
- Autre :

● **Quels produits cosmétiques avez-vous utilisé ce dernier mois ?**

- | | | |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> savon | <input type="checkbox"/> crème hydratante pour le visage | <input type="checkbox"/> rouge à lèvres |
| <input type="checkbox"/> crème pour les pieds | <input type="checkbox"/> gel douche | <input type="checkbox"/> crème pour les mains |
| <input type="checkbox"/> vernis à ongles | <input type="checkbox"/> crème incontinence urinaire | <input type="checkbox"/> shampooing |
| <input type="checkbox"/> lait pour le corps | <input type="checkbox"/> laque | <input type="checkbox"/> masque de beauté |
| <input type="checkbox"/> shampooing sec | <input type="checkbox"/> crème cicatrisante | <input type="checkbox"/> camouflage taches et ecchymoses |
| <input type="checkbox"/> après shampooing | <input type="checkbox"/> soin anti âge | <input type="checkbox"/> protecteur solaires |
| <input type="checkbox"/> teinture capillaire | <input type="checkbox"/> déodorants | <input type="checkbox"/> stick pour les lèvres |
| <input type="checkbox"/> autre : | | |

● **Où achetez-vous vos produits cosmétiques ?**

- Dans une pharmacie
- Dans un supermarché
- Dans une parfumerie

● **Qui achète vos produits cosmétiques ?**

- Vous-même
- une tierce personne (merci de préciser):.....

● **Si vous êtes une femme, vous maquillez vous ?**

- Oui tous les jours
- Oui, de temps en temps
- Non

● **Vous arrive-t-il de vous parfumer ?**

- Oui, tous les jours
- Oui, de temps en temps
- Non

● **Pour un produit identique, lequel choisissez-vous ?**

- Produit parfumé car
- Produit non parfumé car

TISSANDIER Marion

FRAILITY AND PERSONNAL CARE : cross-sectional study in Geriatric Frailty Clinic for Assessment of Frailty and Prevention of Disability.

Année 2015

2015-TOU3-1053

TOULOUSE, le 25 juin 2015

Introduction: To improve the care of fragility management, and thus try to prevent addiction, it is essential to have simple screening tools used by all stakeholders in contact with the elderly. Our objective was to evaluate the possibility of using lower personal care as a single marker in the identification of fragility. Method: We performed a cross-sectional study of 100 patients referred to the fragility assessment platform. Each enrolled patient completed a self-administered questionnaire on personal care. Frailty was defined by the criteria of Fried. Results: 12% of subjects reported having the impression that they are not able to care for themselves or that they have reduced the time for care in the last 3 months. Among them 33% of fragile and 8% of pre-frail, there were no robust. 7% of patients did not achieve their daily wash, among them only pre-fragile or fragile subjects, again no robust. Conclusion: There is indeed a link between the recent decline in personal care and fragility. This pilot study now needs to be complemented by a more extensive study.

Mots-Clés : frailty, personnal care, dépendence, elderly

TISSANDIER Marion

LIEN ENTRE FRAGILITE ET SOINS PERSONNELS : Etude transversale sur 100 patients de la plateforme d'évaluation de la fragilité et prévention de la dépendance.

Année 2015

2015-TOU3-1053

TOULOUSE, le 25 juin 2015

Introduction : Pour améliorer la prise en charge de la fragilité, et ainsi tenter de prévenir la dépendance, il est indispensable de disposer d'outils de repérage simples utilisables par tous les intervenants en contact avec les personnes âgées. Notre objectif a été d'évaluer la possibilité d'utiliser la diminution des soins personnels comme marqueur simple dans le repérage de la fragilité. *Méthode* : Nous avons réalisé une étude transversale portant sur 100 patients adressés à la plateforme d'évaluation de la fragilité. Chaque patient inclus a rempli un auto-questionnaire portant sur les soins personnels. La fragilité était définie par les critères de Fried. *Résultats* : 12% des sujets déclaraient avoir l'impression de ne plus pouvoir prendre soin d'eux même ou avoir diminuer le temps de soins depuis 3 mois. Parmi eux 33% des fragiles et 8% des pré-fragiles, aucun robuste. 7% des sujets ne réalisent pas leur toilette quotidiennement, parmi eux uniquement des sujets pré-fragiles ou fragiles, encore une fois aucun robuste. *Conclusion* : Il existe effectivement un lien entre la diminution récente des soins personnels et la fragilité. Cette étude pilote nécessite dorénavant d'être complétée par une étude de plus grande envergure.

Titre en anglais : Frailty and personal care : cross-sectional study in Geriatric Frailty Clinic for Assessment of Frailty and Prevention of Disability.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-Clés : fragilité, soins personnels, dépendance, personnes âgées

Faculté de Médecine Rangueil – 133, route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de Thèse : Dr Abellan Van Kan Gabor.