

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 015

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Karen BRIODEAU

Née le 21 janvier 1983 à Cholet

Présentée et soutenue publiquement le 21 mai 2013

**INFLUENCE DE LA QUALITE DE VIE PERCUE PAR LA PERSONNE
AGEE EN SOINS DE SUITE POLYVALENTS ET CELLE ESTIMEE
PAR L'AIDANT NATUREL SUR L'ORIENTATION A LA SORTIE ET LE
DEVENIR A 3 MOIS**

Président : Monsieur le Professeur BERRUT Gilles
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur OULD AOUDIA Vincent

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
INTRODUCTION	3
PARTIE 1 : GENERALITES.....	5
I. LE VIEILLISSEMENT	5
1. Définitions vieillesse, vieillissement.....	5
2. Données démographiques	5
3. Données biologiques, génétiques et aspects fonctionnels du vieillissement	6
a) Sur le plan génétique :	7
b) Sur le plan moléculaire et cellulaire :	7
c) Aspects fonctionnels du vieillissement.....	8
4. Notion de fragilité.....	9
II. HOSPITALISATION DES PERSONNES AGEES	11
1. Hospitalisation des personnes de plus de 75 ans : données épidémiologiques	11
2. Conséquences sur la société : organisation, coût.....	12
3. Rôle des soins de suite polyvalents	13
III. ENTRE MAINTIEN A DOMICILE ET INSTITUTIONNALISATION.....	15
1. Données épidémiologiques	15
2. Aidants naturels et fardeau.....	16
3. Facteurs de risque d'institutionnalisation.....	16
IV. QUALITE DE VIE	19
1. Définition de la qualité de vie et de la qualité de vie liée à la santé	19
2. Les échelles mesurant la qualité de vie liée à la santé	20
a) Echelles génériques	21
b) Echelles spécifiques gériatriques.....	22
3. Qualité de vie et vieillissement	23
PARTIE 2 : TRAVAIL DE THESE.....	24
V. OBJECTIFS DU TRAVAIL DE THESE	24
1. Question de recherche :	24
2. Hypothèses.....	24
3. Objectifs.....	24
VI. METHODE	25
1. Présentation des soins de suite polyvalents de l'hôpital de Luçon	25
2. Type d'étude :	25
3. Population de l'étude	25
4. Données recueillies	26
a) Echelle Qol AD	26
b) Autres données dont MMSE, inventaire du fardeau de Zarit (fardeau des aidants)	27
5. Critères de jugement :	28
6. Analyse statistique.....	28
VII. RESULTATS.....	30
1. Description de la population de l'étude.....	30
a) Description de la population participante (30 patients)	30
b) Description de la population pouvant être incluse mais n'ayant pas participé à l'étude	31
2. Résultats.....	31
a) Population étudiée :	31
b) Devenir	33

VIII. DISCUSSION :.....	36
1. <i>Analyse des résultats</i>	36
a) Population étudiée.....	36
b) Devenir.....	37
2. <i>Discussion</i>	38
a) Limites de l'étude.....	38
b) Influence de la qualité de vie du patient perçue par le patient lui-même sur son devenir ...	39
c) Influence de la qualité de vie du patient estimée par l'aidant naturel sur son devenir	39
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	48

INTRODUCTION

La population française vieillit. Selon l'INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, en France, la proportion des personnes âgées de plus de 75 ans passera de 8.5% en 2007 à 13.6% en 2035 et 16.2% en 2060 (1). Dans la population hospitalisée en France, les personnes âgées sont surreprésentées. Ainsi, les personnes de 75 ans et plus représentaient en 2009 15% de la population hospitalisée au moins une fois dans l'année (2).

La question de leur devenir après l'hospitalisation est très importante (2). Et ce notamment après une hospitalisation dans un service de soins de suite, destiné aux personnes ne pouvant rentrer à domicile dans les suites d'une hospitalisation en soins aigus et dont le rôle est défini par cinq fonctions se combinant à des degrés variés : limitation des handicaps physiques, restauration somatique et psychologique, éducation du patient et de son entourage, poursuite et suivi des soins et du traitement, et préparation de la sortie et de la réinsertion (3). Cette question est d'autant plus importante qu'à partir de 80 ans, le désir de rester à son domicile augmente fortement et devient supérieur à la moyenne des opinions tous âges confondus (4).

L'entrée en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) arrive suite à un tournant dans la vie de la personne âgée, comme le rappelle le rapport de l'IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales, d'août 2009 relatif aux coûts à la charge des résidents en EHPAD, « *on ne se situe pas dans la logique d'un choix éclairé entre plusieurs solutions alternatives : l'admission en EHPAD se fait lorsqu'il n'existe plus aucune autre solution. L'admission en EHPAD se fait après qu'on soit allé au bout des autres solutions et particulièrement du maintien à domicile et/ou à la suite d'un accident qui précipite le cours des choses. Le consommateur n'est donc pas en situation de choix entre une admission en EHPAD et une autre modalité* » (4). Ainsi, les personnes âgées entrent dans un de ces établissements dans la plupart des cas dans les suites de problèmes de santé ou dans les suites d'une hospitalisation (selon le dossier de la DREES en 2003, interrogés sur les raisons ayant conduit à leur entrée en établissement, 67 % des résidents évoquent leur état de santé ou une incapacité physique (5)). Et « l'acteur social » majeur dans le processus d'institutionnalisation est la famille, qui a participé (comme acteur principal ou non) à la demande d'admission dans 37 % des cas (5). Et lorsque les personnes âgées déclarent avoir fait le choix d'entrée en EHPAD (10% (5)), il s'agit plus d'un « choix sous contrainte dans lequel rester à domicile est vécu comme une exposition à un risque trop important (6) », ce qui renvoie à une évaluation objective mais aussi subjective de la situation par la personne âgée elle-même et/ou par son entourage.

La qualité de vie est définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (OMS, 1993) (7). Ce concept renvoie souvent à quatre dimensions (8), tant objectives que subjectives : l'état de santé physique de la personne et ses habilités fonctionnelles, ses sensations somatiques, son état de santé psychologique, son statut social et son environnement relationnel.

Le concept a pour point central la notion de perception, de « satisfaction globale du sujet vis-à-vis du sens général qu'il donne au bien-être » (9). Cette importance conférée au

point de vue de la personne ajoute à la complexité du concept : la qualité de vie est un critère d'appréciation censé revêtir un caractère objectif alors même qu'elle est l'objet d'une interprétation subjective au plus haut point (8).

Enfin, si la qualité de vie varie selon l'appréciation de chaque personne, elle évolue également dans le temps : elle renvoie à une situation à un moment donné et non à un état stable. Ainsi la qualité de vie perçue par les personnes âgées et celle estimée par leur entourage semblent être un des éléments pris en compte lors de la décision d'entrée en EHPAD.

De nombreuses études portent sur les facteurs de risque d'institutionnalisation dans la population générale dont les principales ont fait l'objet d'une synthèse par Miller et Weissert (10) et d'une méta analyse par Gaugler (11). D'autres études rendent compte des facteurs prédictifs d'entrée en maison de retraite (nursing home des anglo-saxons) à la sortie d'hôpital (12), ou bien analysent un facteur particulier comme les ressources (13), l'existence ou non d'une dépression (14), le fardeau des aidants (15)(16). Enfin, plusieurs études montrent une corrélation entre l'état de santé subjectif (qui est un élément de la qualité de vie) et la morbidité et la mortalité(17) ou bien l'influence de la qualité de vie rapportée à la santé à un moment donné sur celle mesurée plus tard(18).

Mais aucune étude ne s'intéresse à l'influence de qualité de vie des personnes âgées hospitalisées en soins de suite et à celle estimée à ce moment-là par leur entourage, notamment leurs aidants naturels sur leur devenir.

PARTIE 1 : GENERALITES

I. LE VIEILLISSEMENT

1. Définitions vieillesse, vieillissement

L'âge d'entrée dans la vieillesse recule avec l'augmentation de l'espérance de vie. L'OMS retient le critère d'âge à partir de 60 ans et plus (19). Pour l'INSEE et les Pouvoirs Publics, c'est plutôt 65 ans c'est-à-dire l'âge du départ en retraite (20). Pour le Gériatre, c'est 75 ans, âge de la prise en charge par la médecine des personnes âgées et âge de survenue des premières situations de dépendance.

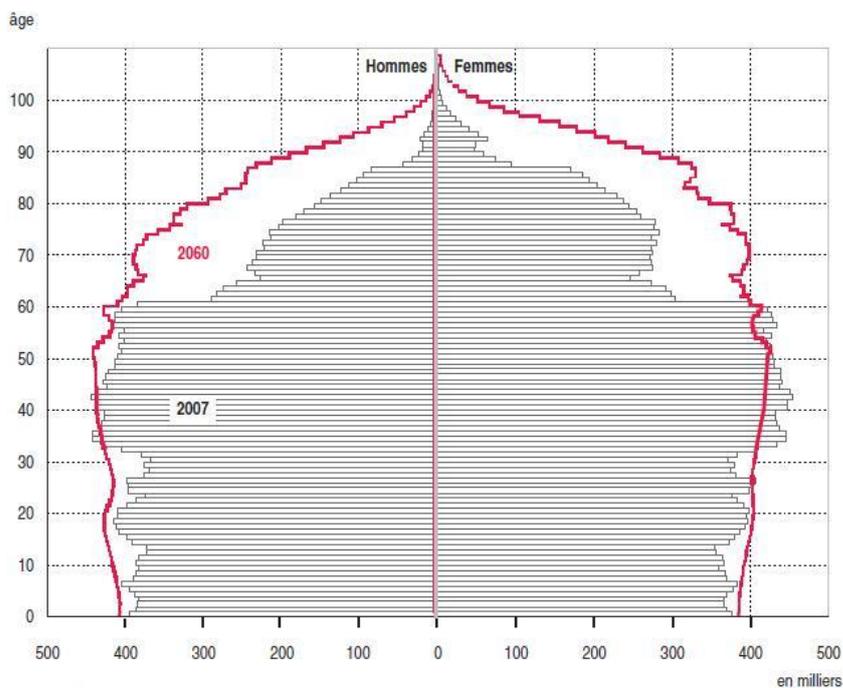
Sur le plan socio-économique, la vieillesse correspond au changement de statut social et résulte de la cessation d'activité professionnelle soit vers l'âge de 50 à 60 ans (21). Mais pour le calcul du taux d'équipements et de services destinés aux personnes âgées, l'âge de 75 ans est pertinent (22). Ambigu et peu représentatif de la notion qu'il véhicule, l'âge seul, choisi pour représenter la vieillesse, n'est pas suffisant. L'approche classique qui définit la personne âgée à partir d'une limite d'âge ne permet pas de représenter la variabilité extrême entre les individus.

Selon la définition de l'OMS : « le vieillissement est un processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps ». Il correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Le processus de vieillissement est complexe et multifactoriel. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent, progressif et irréversible. (23)

2. Données démographiques

Le vieillissement démographique est défini par l'accroissement de la population âgée par rapport à la population totale (24). En France, la population française vieillit. En 1960, les plus de 60 ans représentaient 16.7% et les plus de 75 ans 4.3% de la population totale (1) ; en 2011, les plus de 60 ans représentent 22.9% et les plus de 75 ans près de 8.9% de la population totale (25). Ceci s'explique à la fois par la transition démographique, par l'augmentation de l'espérance de vie et par le recul de la fécondité (même si le taux de fécondité en France, malgré un fort recul jusqu'en 1998, est en augmentation depuis ; il est plutôt élevé, à 2.01 enfants par femme en 2011 pour une moyenne européenne de 1.59 (25) en 2010). C'est pourquoi, comme nous l'écrivions dans l'introduction, selon l'INSEE, en France, la proportion des personnes âgées de plus de 75 ans passera de 8.5% en 2007 à 13.6% en 2035 et 16.2% en 2060 (1). Si les tendances démographiques actuelles se maintiennent, le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait, à lui seul, de 10,4 millions entre 2007 et 2060. En 2060, 23,6 millions de personnes seraient ainsi âgées de 60 ans ou plus, soit une hausse de 80 % en 53 ans. L'augmentation est la plus forte pour les plus âgés : le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions (1) donnant à la pyramide des âges une forme de « jarre » ou de « bonbonnière » (figure 1).

Figure 1 : Pyramide des âges en 2007 et 2060



Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060.

L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. En 2011, l'espérance de vie des femmes à la naissance est de 84.8 ans et celui des hommes de 78.2 ans, soit un gain de 1.9 ans pour les femmes et 2.8 ans pour les hommes en 10 ans (25). Il persiste toujours un écart même s'il tend à se réduire, l'espérance de vie des hommes augmentant un peu plus rapidement (en moyenne 3 mois par an) que celui des femmes (2 mois par an) (25).

L'augmentation de l'espérance de vie a conduit à s'interroger sur la qualité de ces années gagnées, et le concept d'espérance de vie en bonne santé a ainsi été développé. L'espérance de vie en bonne santé ou années de vie en bonne santé (AVBS), représente le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre, une bonne santé étant définie par l'absence de limitations d'activités (dans les gestes de la vie quotidienne) et l'absence d'incapacités ; elle est aussi appelée espérance de vie sans incapacité (EVS) (26). En 2010, elle est pour les femmes de 63.5 ans et pour les hommes de 61.9 ans, en léger recul pour les deux sexes (27).

3. Données biologiques, génétiques et aspects fonctionnels du vieillissement

Le vieillissement est un phénomène physiologique complexe avec des facteurs à la fois génétiques et environnementaux.

a) Sur le plan génétique :

On distingue trois phases au cours de la vie pour toutes les espèces animales :

- Le développement : temps de la croissance
- La reproduction : temps de la fertilité
- La sénescence : temps physiologique aboutissant à la mort programmée

Lors de la sénescence, au sein d'une même espèce, des facteurs génétiques individuels interviennent comme le montre la comparaison entre jumeaux monozygotes et dizygotes, la différence d'âge au décès du 2^{ème} jumeau étant plus grande chez les seconds (28). Egalement, le modèle de la drosophile confirme la part génétique : en effet, la longévité des individus augmente de génération en génération après sélection systématique des descendants des femelles les plus âgées. De nombreux gènes jouent un rôle dont on distingue deux catégories : ceux de longévité à expression précoce qui assurent la maintenance tissulaire et ceux de sénescence à expression tardive qui assure la maintenance de l'intégrité génomique. De plus le polymorphisme de certains gènes d'expression tardive peut être protecteur ou délétère, comme le gène codant pour l'ApoE, impliqué dans les modifications cognitives liées à l'âge et la maladie d'Alzheimer dont l'allèle $\epsilon 2$ est protecteur, contrairement à l'allèle $\epsilon 4$ (28).

b) Sur le plan moléculaire et cellulaire :

Différents processus sont impliqués dans le vieillissement, dont les plus étudiés sont l'axe hormone de croissance/IGF-1/insuline, le stress oxydatif, le raccourcissement des télomères.

Concernant l'axe hormone somatotrope/IGF-1/insuline, chez le nématode *C. elegans*, cet axe est le principal déterminant de la longévité. Toute mutation génétique interrompant cet axe entraîne une augmentation de la durée de vie. Chez les mammifères, chez les souris knock-out IGF-1R, cela entraîne un retard de croissance mais une augmentation également de la durée de vie. Chez l'homme, de faibles taux d'insulinémie plasmatique sont associés à une mortalité retardée. Ainsi la restriction calorique, qui a pour conséquences une diminution de la sécrétion d'IGF-1 et d'insuline avec une augmentation de la sensibilité à l'insuline, permet d'augmenter la durée de vie (28).

Par ailleurs, les radicaux libres, produits par le métabolisme de l'oxygène, ont un potentiel toxique important : oxydation de l'ADN, oxydation des chaînes polypeptiques, glycation des protéines et hydroperoxydation des acides gras saturés, des lipides et des lipoprotéines. Aussi appelés « espèces réactives à l'oxygène », ils semblent expliqués les altérations physiopathologiques de la sénescence : accumulation avec l'âge des marqueurs biologiques du stress, affaiblissement des mécanismes de réparation des protéines et de l'ADN, augmentation de la durée de vie des drosophiles par surexpression d'enzymes luttant contre le stress oxydatif (28).

La longueur des télomères, séquences non codantes situées aux extrémités des chromosomes, diminue à chaque cycle de réplication cellulaire. Son passage au dessous d'une taille critique déclenche des signaux d'arrêt des divisions cellulaires et l'activation des voies de sénescence (28).

c) Aspects fonctionnels du vieillissement

Vieillessement artériel et cardiovasculaire (24):

- Plusieurs mécanismes sont impliqués dans la genèse des modifications de la paroi artérielle, à savoir l'artériosclérose liée au vieillissement en lui-même, l'hypertension artérielle et l'athérosclérose.
- L'artériosclérose consiste en une rigidification diffuse des gros troncs artériels par l'atteinte de la média entraînant notamment une augmentation de la pression artérielle, elle-même responsable, par un défaut de couplage entre le cœur et les vaisseaux, d'une augmentation du travail pulsatile du cœur avec hypertrophie ventriculaire gauche et diminution de la perfusion coronarienne.

Vieillessement cérébral (24):

- La masse du cerveau diminue avec l'âge (perte de 20% environ à 80 ans). Elle est liée à une diminution du nombre de neurones corticaux et de connexions synaptiques, associée à une modification de la physiologie synaptique.
- Les fonctions motrices et sensibles sont peu affectées, par contre, il y a une diminution globale des fonctions intégratives avec augmentation du temps de réaction et déclin modéré de la mémoire (rappel des faits nouvellement encodés). Il est également observé une réduction et déstructuration du sommeil ainsi qu'une diminution de la sensation de soif.

Vieillessement rénal (24):

- Il y a une perte progressive des glomérules fonctionnels (perte de 30 à 50% à l'âge de 70 ans). Néanmoins, le débit de filtration glomérulaire est peu affecté car même si la masse musculaire diminue, la créatininémie varie peu avec l'âge car il existe une hyperfiltration des néphrons restants.
- Le pouvoir de concentration des urines et la capacité à éliminer les excès sodés diminuent également, la fonction tubulaire étant modifiée.

Vieillessement respiratoire (24):

- La capacité ventilatoire diminue. Cela est lié à la diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et de la capacité des muscles respiratoires.

Vieillessement de l'appareil locomoteur, de la peau et des phanères (24):

- La masse musculaire diminue, étant donné une sarcopénie, avec diminution de la force motrice. La masse osseuse diminue également pouvant aller jusqu'à l'ostéoporose.
- La peau perd de son élasticité, en raison d'une altération du tissu élastique, d'un épaissement fibreux du derme, d'un aplatissement de la jonction dermo-épidermique et d'une diminution du nombre de mélanocytes, créant les conditions de l'apparition de la dermatoporose, favorisée par l'exposition solaire..
- Une xérose cutanée est également retrouvée, les glandes sébacées étant moins efficaces.

Vieillessement des organes des sens (24):

- Il est retrouvé à divers degrés une presbycousie, une cataracte progressive par opacification du cristallin, une presbytie, une presbyvestibulie, une diminution de la sensibilité olfactive et gustative.

Vieillessement de l'appareil digestif (24):

- Il est retrouvé des modifications bucco-dentaires, une diminution du flux salivaire, et une hypochlorhydrie au niveau de l'estomac. Le péristaltisme intestinal est ralenti.
- Le débit sanguin hépatique et splanchnique diminue, avec diminution de la masse hépatique, entrainant une moindre réactivité des capacités métaboliques, de biotransformation et de synthèse protéique en cas de stress.

4. Notion de fragilité

On distingue trois types de vieillissement (24):

- Le vieillissement pathologique avec morbidité et retentissement fonctionnel
- Le vieillissement usuel avec réduction des réserves adaptatives, insuffisantes pour s'adapter aux situations de stress qui renvoie au concept de fragilité
- Le vieillissement réussi avec maintien des capacités fonctionnelles et absence de pathologie (12 à 58% de la population)

La fragilité est définie par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie par « un syndrome clinique qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modul  e par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences ».

La notion de fragilité de la personne âgée apparaît progressivement au cours des années 1980, pour décrire une personne âgée qui a besoin d'autrui pour les activités de la vie quotidienne (29). Cette notion évolue progressivement notamment avec Fried (30) qui propose le concept de phénotype de fragilité, défini par l'existence d'au moins trois critères sur cinq proposés : l'âge, l'amaigrissement (perte de 5 kg ou de 5 % du poids du corps dans l'année), l'affaiblissement (force de préhension inférieure à 20 % de la norme pour l'âge, le sexe et l'index de masse corporelle), l'asthénie (par auto-questionnaire), le ralentissement de la marche (temps de parcours de 4,5 m supérieur à 20 % des normes pour l'âge et la taille) et le faible niveau d'activité physique (hommes < 383 Kcal/semaine, femmes < 270 Kcal/semaine).

Rockwood (31) propose une évaluation de la fragilité en intégrant la notion de perte de réserve fonctionnelle dans un concept dynamique associant des facteurs biomédicaux et psychosociaux avec les comorbidités associées. Cette échelle comporte 7 catégories de personnes âgées selon leur degré de fragilité : en forme (actif, énergique, motivé ; ces personnes ont une activité régulière et sont en meilleure forme que celles de leur âge), en

santé (sans maladie active mais en moins bonne forme que la première catégorie), traité pour une maladie chronique (les symptômes sont bien contrôlés), en apparence vulnérable (bien qu'indépendant, ces personnes ont des symptômes d'une maladie active), légèrement fragile (avec une dépendance limitée pour les activités instrumentales), modérément fragile (besoin d'aide à la fois pour les activités instrumentales et pour les gestes de la vie quotidienne), sévèrement fragile (complètement dépendant). Il renvoie donc également à la notion de dépendance, définie par l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement (32).

Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'entrée en institution et d'hospitalisations (33).

Ainsi, si l'on vit de plus en plus vieux et globalement en meilleure santé, si l'on connaît un peu mieux les aspects biologiques et fonctionnels du vieillissement, il n'en résulte pas moins que l'on observe en France un vieillissement démographique important avec une augmentation des personnes âgées notamment fragiles, voire polypathologiques, dépendantes, dont le recours au système de soins est plus fréquent.

II. HOSPITALISATION DES PERSONNES AGEES

1. *Hospitalisation des personnes de plus de 75 ans : données épidémiologiques*

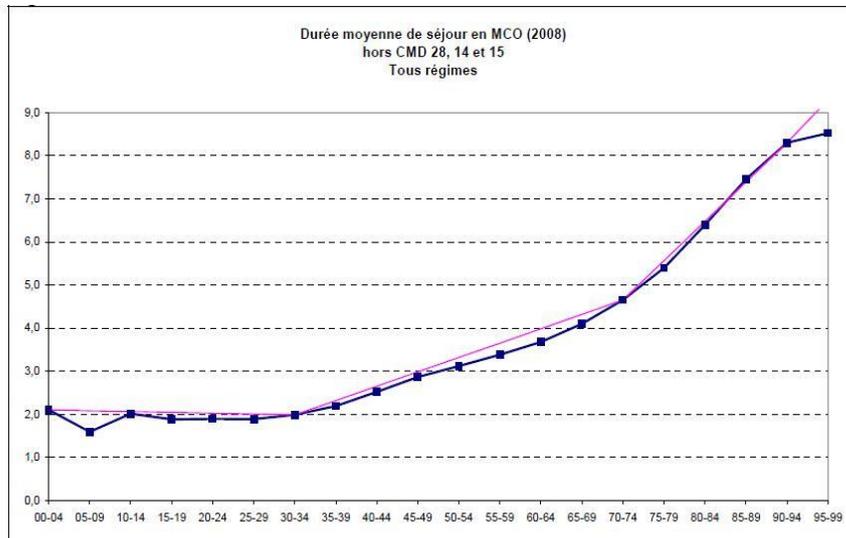
Les personnes âgées sont surreprésentées dans la population hospitalisée : ainsi en 2008, les personnes de 60 ans et plus représentaient 22 % de la population, mais 33 % de la population hospitalisée au moins une fois au cours d'une année. De même, les 75 ans et plus représentent 8.9 % de la population mais 15 % de la population hospitalisée au moins une fois dans l'année (2). L'hospitalisation (c'est à dire le recours à l'hôpital au moins une fois dans l'année) concerne ainsi plus du tiers d'une classe d'âge aux grands âges (80 ans et plus).

Les groupes de pathologies entraînant le plus grand nombre de journées d'hospitalisation pour les plus de 65 ans (34) sont, par ordre décroissant, les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, les traumatismes et empoisonnements (fractures, entorses, plaies, effets secondaires néfastes des médicaments...) et les maladies digestives (y compris les maladies de la bouche et des dents) (51 % des journées en 2004).

L'accès à l'hospitalisation pour les personnes âgées se fait de manière surreprésentée par les urgences. En effet, une enquête la DREES publiée en janvier 2003 (35) constatait que le recours aux urgences était plutôt élevé pour les personnes âgées de plus de 80 ans (celui le plus important étant pour les enfants de moins d'un an). Ainsi, à partir de 70 ans, le taux de recours aux urgences augmente fortement pour dépasser les 40% à compter de 80 ans. Les consultations des personnes âgées aux urgences donnent lieu à bien plus d'hospitalisations que celles des plus jeunes. En effet, le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge pour atteindre 49 % pour les 71-80 ans ; au-delà, plus d'un patient sur deux arrivants aux urgences a besoin d'être hospitalisé.

Une fois entrées par les urgences, les personnes âgées séjournent à l'hôpital en moyenne plus longtemps que le reste de la population hospitalisée. Jusque vers 60 ans, les durées moyennes de séjour croissent très légèrement avec l'âge (figure 2). En revanche, à partir de 70-75 ans, la croissance devient nettement plus forte. Ainsi, la durée moyenne de séjour est à peine plus élevée à 60 ans qu'à 45 ans, mais elle double entre 60 et 80 ans (2). En effet, les personnes âgées passent souvent d'un service à l'autre au sein de l'hôpital, ces trajectoires s'expliquant essentiellement par la disponibilité ou non de lits dans les services qui seraient les mieux adaptés à leurs besoins.

Figure 2 : Durée moyenne de séjour en Médecine-Chirurgie-Obstétrique en 2008



Source : PMSI DHOS, ATIH

Champ : population générale, hospitalisations en MCO tous établissements hors CMD 28, 14 et 15

Les séjours sans nuitée sont comptés comme 0,5 jour.

Note de lecture : la durée de séjour est de 2,0 jours pour les personnes âgées de 25 à 29 ans.

Plusieurs raisons médicales peuvent justifier cette différence observée quant à la durée d'hospitalisation : la plus lente récupération des personnes âgées, les risques de décompensation qu'elles courent ou encore les difficultés éventuelles rencontrées pour établir un diagnostic. Mais cette durée d'hospitalisation peut également avoir d'autres causes. Lorsque la personne âgée n'est plus assez autonome pour repartir à son domicile à l'issue de son séjour en hôpital, une mauvaise anticipation de l'organisation des sorties ainsi que des relations insuffisantes entre l'hôpital et les soins de ville, mais aussi entre l'hôpital et les EHPAD, sont également à l'origine de cette situation. Par ailleurs, le manque de places dans des établissements adaptés (soins de suite et de réadaptation ou EHPAD) peut expliquer que leur hospitalisation perdure.

2. Conséquences sur la société : organisation, coût

Le vieillissement de la population pose un défi majeur à notre système de soins. Si, d'un côté, les problèmes de santé des personnes âgées apparaissent aujourd'hui plus tardivement et concernent surtout les plus de 75 ans, de l'autre, ils toucheront davantage de personnes avec l'arrivée au seuil de la vieillesse des générations nombreuses du baby-boom. Il y aura donc davantage d'individus souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques, ce qui aura un effet important sur le système de soins.

De la même manière, si des incertitudes demeurent sur le nombre de personnes dépendantes dans les années à venir, il devrait toutefois être en augmentation et atteindre un pic en 2020 (21).

Plusieurs travaux récents dressent un bilan des conséquences du vieillissement sur le système de soins. En 2009, la Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique

(DGTPE) publie une étude qui conclue à une augmentation des dépenses liées au vieillissement variant entre 0,5 et 2,5 points de PIB en 2050 selon les scénarios envisagés (santé qui s'améliore ou au contraire médicalisation accrue de la vieillesse) (20). En avril 2010, le Haut Conseil à l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) (2) publie une analyse détaillée des conséquences du vieillissement de la population sur le système de soins français et, plus particulièrement, sur le système hospitalier.

Une étude plus poussée, appuyée sur des scénarios mêlant la prospective sur le progrès médical, sur les évolutions de comportement et sur l'organisation des soins, a été conduite en août 2008 à l'initiative de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (36), pour anticiper le recours à l'hospitalisation à l'horizon 2030, en portant une attention particulière aux disciplines les plus concernées par la prise en charge des personnes âgées (maladies de l'appareil digestif, tumeurs, démences, maladies de l'appareil circulatoire ...). Elle confirme tout d'abord, en ordre de grandeur, l'impact strictement démographique de l'accroissement de la population et de son vieillissement sur le système hospitalier si l'on fait l'hypothèse que l'organisation, le comportement des patients et la technique médicale restent inchangés : + 24% de séjours et de venues entre 2004 et 2030, soit une hausse d'environ 0,8 pts par an. Mais elle montre surtout que ces prévisions peuvent être radicalement déplacées selon les hypothèses faites en matière d'amélioration des thérapeutiques, de prévention et d'éducation pour la santé, et de choix d'organisation (développement de soins à domicile, transferts rapides en soins de suite, etc.).

3. Rôle des soins de suite polyvalents

Ainsi les soins de suite prennent une place importante dans le cadre de l'hospitalisation des personnes âgées. En effet, le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR) représente un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unités de soins de longue durée (USLD) ou secteur médico-social, qui lui confère une mission clé : la participation à l'animation des filières de prise en charge, et notamment, pour les personnes âgées, la filière gériatrique (3).

Le décret 2008-377 du 17 avril 2008 (37) définit l'activité de soins de suite et de réadaptation comme ayant pour objet de « prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion ».

La mission des soins de suite est définie dans ce même décret par 5 fonctions se combinant à des degrés variés (37):

- Assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux. Les actions de réadaptation comprennent notamment la restauration somatique et psychologique en particulier après un épisode aigu, la rééducation orthopédique et neurologique, la stimulation cognitive.
- Prévenir l'apparition d'une dépendance, maintenir ou redonner de l'autonomie.

- Assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage dans des domaines tels que les troubles sensoriels et de l'équilibre, le diabète, la nutrition, la maladie d'Alzheimer.
- Assurer l'information et le soutien des aidants.
- Assurer la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale et sociale.

Ainsi les soins de suite, de part leur mission, jouent un rôle important dans le devenir des personnes âgées hospitalisées en préparant le retour à domicile ou bien une institutionnalisation, selon leur évolution.

III. ENTRE MAINTIEN A DOMICILE ET INSTITUTIONNALISATION

1. *Données épidémiologiques*

En 2011, 497 000 personnes vivaient dans les établissements pour personnes âgées ou dépendantes (38). Avant 80 ans, vivre en institution reste encore rare : cela concerne une personne sur cent soixante de 60 à 64 ans, et une personne sur quarante de 75 à 79 ans. Mais ce phénomène est plus fréquent aux grands âges : un quart des personnes de plus de 90 ans vivent en institution, et la moitié des plus de 97 ans (38). Selon l'étude de D. Somme en 2003 réalisée à partir de l'enquête EHPA (5), la majorité des résidents venait directement du domicile ; 13% des personnes entrées en EHPAD venaient de l'hôpital, la proportion était plus importante, 23% des résidents, pour les unités de soins longue durée.

Les personnes âgées institutionnalisées ont en moyenne 84 ans et 2 mois. Ce sont majoritairement des femmes (75 % des résidents), des personnes seules (90 % n'ont pas ou plus de conjoint) et en situation de dépendance (84 % sont classées dans les GIR 1 à 4 et 51 % dans les GIR 1 et 2) (39). La quasi-totalité des résidents souffrent de pathologies multiples (40). Les pathologies les plus souvent observées sont les affections neuropsychiatriques (dont syndromes anxieux et dépressifs) et les affections cardiovasculaires. Les syndromes démentiels dont la maladie d'Alzheimer concernent 36 % des résidents en EHPAD, tous âges confondus et 36% des résidents présentent des troubles du comportement (40).

A l'échelle des pays développés, les différentes politiques mises en œuvre privilégient le maintien à domicile plutôt que l'institutionnalisation et ce pour deux raisons : d'un côté le coût, la prise en charge dans un établissement pour personnes âgées ou dépendantes apparaissant plus coûteuse pour la société, d'un autre les préférences individuelles, la prise en charge à domicile étant souhaitée par la plupart des individus (41). Ainsi, en France, lors d'une enquête d'opinion réalisée par la DREES, en 2005, huit français sur dix déclaraient souhaiter le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes ; six français sur dix n'envisageaient pas d'entrer eux-mêmes dans une institution pour personnes âgées et à partir de 80 ans, le désir de rester à domicile devenait supérieur à la moyenne des opinions tous âges confondus (4).

Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile, 50% reçoivent une aide régulière (42) : 48 % de ceux-ci reçoivent uniquement une aide de leur entourage, 20 % uniquement l'aide de professionnels et 32 % une aide mixte provenant à la fois de leur entourage et de professionnels. Lorsqu'elles ont recours à une aide extérieure, ce sont pour les soins personnels et les tâches ménagères (42). La panoplie des aides professionnelles à domicile est très large (43). Les aides à la vie quotidienne (tâches domestiques telles que le ménage, aides pour les actes essentiels de la vie quotidienne comme la toilette) sont assurées par de multiples structures (associations, centres communaux d'action sociale ou entreprises commerciales). Les soins médicaux à domicile sont assurés par les médecins libéraux et les infirmiers libéraux ou salariés des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et dans les dispositifs d'hospitalisation à domicile (HAD).

Tandis que la plupart des soins médicaux sont couverts par le système d'assurance maladie, la personne âgée peut obtenir l'Aide Personnalisée pour l'Autonomie (APA) afin de financer les aides à la vie quotidienne. Cette prestation entrée en vigueur le 1er janvier 2002

est destinée à l'achat de biens et de services pour pallier la dépendance de la personne âgée. Elle repose sur l'élaboration d'un plan d'aides qui considère la situation de la personne âgée (degré d'autonomie, environnement familial et social...) (43).

Huit personnes âgées aidées sur dix le sont au moins par leur entourage, dont une sur quatre est aidée au moins par un proche qui réside avec elle (42). Ainsi, les « aidants informels ou naturels » sont très souvent essentiels pour le maintien à domicile des personnes âgées nécessitant de l'aide.

2. Aidants naturels et fardeau

L'aidant naturel correspond à : « la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, etc. » (44).

L'aidant naturel est unique pour 70% des personnes âgées aidées ; pour 45% d'entre elles, il s'agit du conjoint, pour 31% d'entre elles, il s'agit d'un enfant (42). Dans ces cas d'aide familiale reposant sur une seule personne, il s'agit majoritairement de femmes : en 2000, il s'agissait d'une fille pour les trois quarts des cas d'aide à un parent, une femme dans 70 % des cas d'aide au conjoint (45). Lorsqu'il y a plusieurs aidants dans l'entourage, 30% des personnes aidées le sont au moins par leur conjoint et 75% le sont au moins par un de leurs enfants (42).

Cette activité d'aide a des conséquences sur la vie des aidants et peut engendrer un sentiment de charge. La charge ressentie ou « fardeau » se définit comme l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières ressenties par les aidants (46). Cette charge subjective, dont Zarit (47) a proposé une échelle (annexe 6 et cf. VI.4.b)) afin de l'évaluer, se distingue de la charge objective qui concerne les conséquences concrètes que l'aide engendre sur la vie de l'aidant. Deux aidants sur dix ressentent une charge importante, synonyme de fatigue morale ou physique. Leur investissement dans une aide diversifiée et l'absence d'un réseau de soutien intensifient la charge ressentie (48).

Plusieurs études (15)(16) mettent en évidence que, si le fait d'avoir une famille proche est plutôt un facteur protecteur quant au risque d'être institutionnalisé (10), un fardeau important majore ce risque. Et ce d'autant plus que la famille est un des « acteurs sociaux » majeurs dans le processus d'institutionnalisation : en effet, la famille a participé à la demande d'admission pour 37% des résidents d'établissements pour personnes âgées ou dépendantes (5).

3. Facteurs de risque d'institutionnalisation

De nombreuses études portent sur les facteurs prédictifs d'institutionnalisation dans la population générale dont les principales aux Etats Unis ont fait l'objet d'une synthèse par Miller and Weissert (10) et d'une méta-analyse par Gaugler and al. (11). Les principaux facteurs prédictifs d'institutionnalisation, d'hospitalisation, de troubles fonctionnels et de décès sont une diminution des performances physiques et fonctionnelles, une maladie

sévère et une précédente admission à l'hôpital. Concernant uniquement l'institutionnalisation, ils sont sur le plan sociodémographique, une origine caucasienne, le grand âge, des revenus annuels faibles, l'absence d'aide, le fait de vivre seul (être marié ou vivre avec ses enfants sont des facteurs plutôt protecteurs), et le fait d'avoir déjà été hospitalisé. Sur le plan fonctionnel et cognitif, le risque d'entrée en EHPAD est augmenté pour les personnes ayant plus de 3 domaines de dépendance tels que définis par l'ADL (Activities of Daily Living) ainsi que celles présentant des troubles cognitifs estimés par les proches ou mesurés par le MMSE (Mini Mental Status Examination).

Ainsi l'hospitalisation en elle-même représente un facteur de risque d'admission en EHPAD. D'autres études rendent compte des facteurs prédictifs d'entrée en institution à la sortie d'hôpital (12)(49), et retrouvent des facteurs « classiques » tels que décrits ci-dessus et d'autres, à savoir hospitalisation longue, être une femme, vivre seul, ne pas comprendre sa maladie, ne pas avoir d'aides à domicile, nécessiter de l'aide pour s'habiller et avoir un risque de chute, ou bien que d'autres facteurs peuvent intervenir comme les ressources (13), l'existence ou non d'une dépression (14), le fardeau des aidants (15)(16).

Selon l'étude réalisée par D. Somme (5), la première raison donnée par les résidents expliquant leur entrée en établissement, raison empreinte de subjectivité puisqu'il s'agit de la réponse donnée par les résidents eux-mêmes, est pour 61% d'entre eux leur état de santé ou la notion de dépendance.

Dans une étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile réalisée en 2008 (6), Mantovani évoque la notion de déprise, ensemble de processus qui correspondent à la recherche d'un nouvel équilibre rendu nécessaire par les changements imposés par le vieillissement et qui font que l'individu arrête certaines activités et se détache de relations antérieures pour se concentrer sur l'essentiel, sur des relations et des pratiques privilégiées. Ces processus font appel à la fois aux modifications des compétences personnelles liées à la santé ou aux incapacités (cf. I.3.), mais également à la trajectoire de vie antérieure (fonction du statut social par exemple), aux situations familiales et extrafamiliales, et au contexte sociétal (statut des sujets âgés dans la société, politiques mises en œuvre). Une de leurs composantes majeures est ce que Mantovani appelle « le « sentiment de l'existence » qui peut se décliner entre sentiment de la mort prochaine, sentiment de sécurité ou d'insécurité, d'être utile ou d'inutilité, sentiment de perte de prise, d'être ou non en bonne santé... ». Si les processus de déprise aboutissent le plus souvent de façon positive, permettant à la personne âgée de mettre en adéquation son mode de vie avec ses compétences et ses envies, parfois, les déprises peuvent s'avérer beaucoup plus marquées et s'accompagner d'anxiété, de pertes des repères sociaux et relationnels. C'est souvent dans ce second contexte que des personnes âgées entrent dans une institution, que ce soit à leur demande ou à la demande de leurs proches. Il s'agit alors « d'un choix sous contrainte dans lequel rester à domicile est vécu comme une exposition à un risque plus important, celui d'une déprise non maîtrisée ». Souvent, un événement aigu comme une chute, une fracture a mis en évidence la fragilité de la personne, à ses propres yeux et aux yeux des enfants et/ou du conjoint qui, inquiets, cherchent avant tout à le protéger.

Ainsi, l'entrée dans un établissement semble dépendre de l'évaluation objective mais aussi subjective de la situation dans laquelle se trouve le sujet âgé par lui-même et par son entourage, à un moment donné, notamment suite à une hospitalisation, que ce soit sur le

plan de sa santé physique et psychique mais également sur le plan de son environnement social et relationnel. Cette évaluation subjective renvoie à la notion de qualité de vie développée ci-après.

IV. QUALITE DE VIE

1. *Définition de la qualité de vie et de la qualité de vie liée à la santé*

La qualité de vie est définie en 1993 par l'Organisation Mondiale de la Santé (7) comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».

Le concept a pour point central la notion de perception de « satisfaction globale du sujet vis-à-vis du sens général qu'il donne au bien-être » (9). Cette importance conférée au point de vue de la personne ajoute à sa complexité : la qualité de vie est un critère d'appréciation censé revêtir un caractère objectif alors même qu'elle est l'objet d'une interprétation subjective au plus haut point (8). De plus, si la qualité de vie varie selon l'appréciation de chaque personne, elle évolue également dans le temps : elle renvoie à une situation à un moment donné et non à un état stable.

Les premières mesures utilisées dans le domaine de la santé (50) ont été élaborées dans les années 1970 pour quantifier la santé des sujets ; ainsi des instruments ont été développés pour mesurer la souffrance perçue, l'impact des maladies, la satisfaction de la vie, le fonctionnement physique. D'autres instruments ont aussi été développés pour mesurer l'état de santé (health status) dont les questions portaient sur des symptômes physiques et psychologiques. Il apparaît que l'état de santé est fonction de la société et de son système de santé, mais dépend également de facteurs environnementaux, familiaux et personnels. Ceci renvoie à la définition de la santé telle que faite par l'OMS en 1946 à savoir que : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (51).

Cependant, l'évaluation de la qualité de vie ne peut pas être réduite à celle de la santé. En effet, certains sujets dont le statut fonctionnel et de santé est considéré comme mauvais ont une qualité de vie satisfaisante voire haute, ou inversement (52).

Le point de vue du patient, celui du professionnel de santé et celui de la société offrent des regards différents sur la qualité de vie. Les préoccupations des personnels soignants et celles des patients ne concordent pas nécessairement (50). La caractéristique commune des mesures de la qualité de vie est de prétendre refléter l'impact des maladies et des interventions de santé sur la vie quotidienne des patients du point de vue des intéressés eux-mêmes. Ainsi la notion de santé perceptuelle, proposée par Bucquet (53), proche de celle de la santé perçue, en diffère cependant comme elle diffère de celle de mesure subjective en santé. L'avis de la personne, c'est à dire son auto-évaluation doit être au cœur des mesures car la perception qu'il a de son bien-être influence les autres dimensions et réciproquement. En effet, il ne s'agit pas seulement de recueillir les appréciations subjectives des patients relatives à leur santé telle que définie par les médecins, il s'agit de recueillir les appréciations des patients sur les conséquences de leur santé telle qu'ils les conçoivent eux-mêmes.

Il a été développé le concept de qualité de vie lié à la santé. Pour Patrick et Erickson, la qualité de vie liée à la santé est définie comme étant « la valeur attribuée à la durée de la vie telle qu'elle est modifiée par les déficiences, les états fonctionnels, les perceptions et les possibilités sociales sur lesquels la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques exercent une influence » (54). Dans la littérature, la qualité de vie liée à la santé se structure le plus souvent autour de quatre dimensions (52), (8):

- l'état de santé physique de la personne, ses habilités fonctionnelles ;
- ses sensations somatiques ;
- son état de santé psychologique ;
- son statut social, son environnement relationnel.

2. Les échelles mesurant la qualité de vie liée à la santé

La mesure de la qualité de vie liée à la santé s'intéresse à rapporter le point de vue des intéressés eux-mêmes sur leur santé.

Tout instrument de mesure de la qualité de vie est constitué de 3 éléments (50):

- Un ensemble de « descripteurs » soit des questions ou items regroupés en dimensions ou concepts (tels que la mobilité, la vie, les relations avec les autres) dans un questionnaire permettant de définir les différents états de santé auxquels chaque sujet est identifié
- Un ensemble de pondérations ou valeurs subjectives associées à chacun des états possibles (par exemple jamais, rarement, souvent, toujours) et permettant de les situer les uns par rapport aux autres
- Un « algorithme du calcul des scores » soit l'attribution de valeurs à chacun des états possibles permettant de calculer un score et de fixer les relations entre les réponses des sujets aux questions et la mesure des différentes dimensions interrogées.

Les instruments peuvent être classés en fonction de chacun de ces éléments constitutifs :

- En fonction de la source des questions et du système de recueil des réponses :

Les instruments de mesures peuvent être administrés par les patients eux-mêmes, des experts (par exemple les psychomotriciens ayant développé l'instrument), des médecins ou autres travailleurs sociaux ou médicaux, des aidants ou proches.

- En fonction des méthodes de pondération :

Plusieurs méthodes existent. Les scores peuvent être calculés simplement en additionnant la valeur des réponses à chaque question, par exemple la valeur peut être de 1 si la réponse est oui, 0 si la réponse est non ; on obtient donc une pondération de l'importance des attributs par le nombre de questions qui les concernent, chacune d'entre elles se trouvant dotée d'une pondération égale. D'autres instruments utilisent des scores résultant d'une somme pondérée par les utilités, les pondérations étant issues soit de l'étude des préférences des sujets interrogés, soit de l'étude des préférences d'un groupe de juges

représentant des patients ou tout autre groupe de la société. Enfin, les pondérations sont parfois obtenues par des méthodes statistiques.

- En fonction du type de mesure obtenue :

Les cotations de type index, qui produisent un score global, rendent compte d'une vision globale de la qualité de vie. Celles de type profil donnent une vision analytique de la qualité de vie en fournissant un score pour chacune des dimensions explorées, sans les combiner en un score unique.

- En fonction de la population concernée :

Il existe deux grands types d'instruments de mesure de la qualité de vie : les instruments génériques, d'une part, et les instruments spécifiques à une maladie ou à un programme, d'autre part. Selon Patrick et Deyo (55), les instruments génériques de mesure de la qualité de vie liée à la santé peuvent être appliqués à des états morbides de type et de gravité variables, à des traitements médicaux différents ou à des interventions diverses (dans le domaine de la santé), de même qu'à des sous-populations ou à des sous-groupes culturels différents. Les instruments spécifiques à une maladie ou à une sous-population sont utilisés pour évaluer des populations de patients ou des groupes bien particuliers, souvent dans le but de mesurer la sensibilité ou de mettre en évidence des changements importants sur le plan clinique. Il s'agit de changements qui, selon les cliniciens et les patients, sont à la fois perceptibles et importants et qui ont été mis en évidence par une intervention dont l'efficacité est connue ou qui sont associés à des indicateurs physiologiques reconnus.

a) Echelles génériques

Il existe 37 échelles validées en français (56) parmi les indicateurs génériques de qualité de vie liée à la santé. On trouve parmi les plus utilisées l'Index de Bien-être, le Sickness Impact Profile, l'Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham, le SF-36, le Profil de Santé de Duke et l'Euroqol EQ-5D.

- Index de Bien-être (Quality of Well Being scale) : permet de mesurer la qualité de la vie liée à la santé de patients souffrant de toutes pathologies. Il comporte 23 items remplis par un enquêteur ou un proche qui interroge le patient et note ses réponses.
- Sickness Impact Profile : permet d'analyser les impacts de toutes maladies sur le comportement et les activités de la vie quotidienne. Le questionnaire de 136 items est rempli soit par le patient lui-même soit par un enquêteur qui interroge le patient et note ses réponses.
- Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham (Nottingham Health Profile) : permet d'évaluer l'impact des maladies et des traitements sur la santé ressentie par le patient. Il comporte 38 items et est rempli par le patient lui-même.
- SF-36 (SF-36 Health Survey) : permet de mesurer le statut de santé ou la qualité de vie liée à la santé et de comparer groupes de patients (d'âge, de maladies, ou de traitements différents). Le questionnaire de 36 items est rempli par le patient lui-même.
- Profil de Santé de Duke (Duke Health Profile) : permet de mesurer l'état de santé et la qualité de vie estimée par le patient lui-même. Le questionnaire de 17 items

avec cotation type profil est rempli soit par le patient lui-même soit par un enquêteur qui interroge le patient et note ses réponses.

- Euroqol EQ-5D : permet d'évaluer les changements d'état de santé faisant suite à diverses interventions (traitement, prise en charge particulière...). Le questionnaire de 5 items avec cotation type index a été validé pour être rempli par le patient lui-même mais il peut également être rempli par un enquêteur ou un aidant qui interroge le patient et note ses réponses ou par un proche qui rempli le questionnaire en lieu et place du patient.

Les échelles génériques dont l'utilisation par une population gériatrique a été particulièrement étudiée (57) sont :

- la SF-36 : permet d'obtenir une évaluation détaillée et exhaustive de la santé notamment chez une population de sujets âgés « bien-portants » avec peu de comorbidités
- l'EQ-5D : permet de mettre en évidence des changements de l'état de santé dont l'évaluation est plus succincte.

b) Echelles spécifiques gériatriques

Il existe 2 principales échelles spécifiques gériatriques : CASP-19 (58) et WHOQOL-OLD (59). Seule WHOQOL-OLD a été très récemment validée en français (60)

Il existe par contre 4 échelles validées pour une utilisation par une population gériatrique permettant une évaluation plutôt globale de la qualité de vie des sujets âgés disponibles en français (56) : Alzheimer's Disease-Related Quality of Life, London Handicap Scale, Mayers' Lifestyle Questionnaire 1, Quality of Life in Alzheimer's Disease.

Alzheimer's Disease-Related Quality of Life : permet d'évaluer l'impact des traitements sur la qualité de vie des patients ayant une maladie d'Alzheimer. Il comporte 40 items remplis par un proche ou un aidant en lieu et place du patient.

London Handicap Scale : évalue l'état de santé des patients polypathologiques ou atteints de maladies chroniques ou évolutives. Il comporte 6 items et est rempli soit par le patient lui-même soit par une autre personne ou un aidant qui interroge le patient et note ses réponses.

Mayers' Lifestyle Questionnaire 1 : permet au patient de se fixer des objectifs en fonction de ce qu'il souhaite améliorer de sa qualité de vie par une prise en charge en ergothérapie. Il comporte 56 items remplis par le patient lui-même.

Quality of Life in Alzheimer's Disease (QoL-AD) : permet l'évaluation de la qualité de vie des patients ayant une maladie d'Alzheimer à la fois par les patients et par leurs aidants. Le questionnaire comporte 13 items et est rempli à la fois par le patient lui-même et par un aidant en lieu et place du patient. (Cf VI.4.a. et annexe n°2)

3. Qualité de vie et vieillissement

En 2012, l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé, consacrait la journée mondiale de la santé au vieillissement, et abordait la thématique de qualité de vie de la personne âgée (61).

En France, une minorité de personnes âgées de 75 ans et plus dans la population générale se perçoit en bonne santé (62)(63). Dans la population générale, la santé perçue se dégrade régulièrement avec l'âge jusqu'à 84 ans. Ainsi, entre 65 et 74 ans, 53% des hommes et 50% des femmes déclarent être en bonne ou très bonne santé mais seulement 36% des hommes et 34% des femmes dans la tranche d'âge 75 à 84 ans et 34% des hommes et 29% des femmes à 85 ans et plus. L'enquête santé et protection sociale de l'IRDES, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (64) recueille selon la même méthodologie tous les deux ans un indicateur de santé perçue reposant sur une note de 0 pour la plus mauvaise santé et 10 pour la meilleure santé possible. Entre 2000 et 2010, la note moyenne des personnes de 70 à 84 ans est passée de 6,8 à 6,3 et elle est passée de 6,2 à 5,8 chez les 85 ans et plus. L'augmentation de la survie des personnes atteintes de maladies chroniques peut expliquer une dégradation apparente de l'état de santé tandis que la sensibilisation croissante de la population aux problèmes de santé et à la dépendance peut en altérer les perceptions.

Un mauvais état de santé perçu par les sujets lors de la constitution de la cohorte Paquid est corrélé au sexe féminin, à la symptomatologie dépressive, au score du MMSE, aux douleurs articulaires, à la dyspnée et à l'existence de troubles visuels ou auditifs. Si l'on ajuste sur la dépendance, qui est très fortement liée à la santé subjective, la liaison avec le sexe et l'état cognitif disparaît. Ces résultats montrent que les femmes se disent en plus mauvaise santé essentiellement à cause de leur niveau de dépendance plus élevé.

Une étude faite en Bourgogne en 2002 (65) auprès de 2000 personnes âgées de 75 ans et plus a été réalisée pour estimer leur qualité de vie. Le sexe féminin et l'âge semblent être des facteurs de moindre qualité de vie, tout comme la dépendance.

Une étude de cohorte de dix ans (66) au Canada, publiée en 2009, reprend l'histoire naturelle de la qualité de vie liée à la santé du milieu à la fin de l'âge adulte. Elle montre que la qualité de vie liée à la santé reste relativement élevée jusqu'à 70 ans puis décroît pour se stabiliser vers 80 ans. Elle montre également que les personnes qui vivent à domicile ont une meilleure estimation de leur qualité de vie que celles institutionnalisées.

Une étude australienne (67) réalisée auprès de sujets âgés en attente d'une entrée en institution montre que ces personnes ont des scores de qualité de vie liée à la santé très altérés par rapport à ceux obtenus dans la population australienne à âge égal.

Cependant, l'influence de la qualité de vie liée à la santé sur le devenir des sujets âgés en sortie d'hospitalisation en terme d'entrée en institution ou de retour ou maintien à domicile n'est que très peu abordée (68) et l'influence de l'estimation de la qualité de vie par leur aidant naturel bien qu'envisagée, n'est pas formalisée dans les diverses études réalisées. Ainsi, aborder le devenir des personnes âgées hospitalisées en soins de suite sous l'angle de l'estimation de leur qualité de vie par eux-mêmes et par leurs aidants naturels semble intéressant.

PARTIE 2 : TRAVAIL DE THESE

V. OBJECTIFS DU TRAVAIL DE THESE

1. Question de recherche :

Quelle est l'influence de la qualité de vie perçue par les personnes âgées en soins de suite et celle estimée par leurs aidants naturels sur leur orientation à la sortie d'hospitalisation et leur devenir à 3 mois?

2. Hypothèses

La qualité de vie perçue par les personnes âgées hospitalisées en soins de suite influence leur devenir, notamment une moins bonne qualité de vie perçue augmente le risque d'être institutionnalisé.

La qualité de vie estimée par l'entourage est différente de celle perçue par la personne âgée. Une moins bonne qualité de vie estimée par l'entourage majore encore plus le risque d'être institutionnalisé.

3. Objectifs

Mesurer la qualité de vie perçue par les personnes âgées hospitalisées en soins de suite et celle estimée par l'entourage et comparer les résultats en fonction de l'orientation des personnes âgées à leur sortie et leur devenir à 3 mois.

Mesurer la qualité de vie estimée par l'entourage et comparer les résultats avec celle perçue par la personne âgée elle-même en fonction du devenir des personnes âgées.

VI. METHODE

1. Présentation des soins de suite polyvalents de l'hôpital de Luçon

Les soins de suite polyvalents de l'hôpital de Luçon comprennent 40 lits d'hospitalisation, dont 10 lits ont été créés à partir de janvier 2011, en remplacement de lits de soins de suite spécialisés en rééducation. Il y a eu, en 2011, 380 entrées, pour une durée moyenne de séjour de 25.4 jours. La moyenne d'âge des patients hospitalisés est de 81.02 ans, les personnes de plus de 70 ans représentant 87% des patients admis.

Répartition du nombre de Résumés Hebdomadaires d'Hospitalisation (RHH) par Catégorie Majeure Clinique (CMC):

- Affections cardio-respiratoires : 22.78 %
- Hémopathies malignes et affections des organes digestifs et génito-urinaires : 20.84 %
- Affections du système nerveux, troubles mentaux et du comportement : 18.79 %
- Affections traumatiques ostéo-articulaires : 27.74 %
- Soins palliatifs : 9.85 %

Mode de sortie :

- Domicile : 61%
- EHPAD : 16%
- Décès : 8%
- Transfert ou mutation : 15%

Il y a 3 médecins correspondant à 2.2 Equivalent Temps Plein.

2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée dans le service de soins de suite polyvalents du centre hospitalier de Luçon entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2011.

3. Population de l'étude

La population étudiée était les patients admis en soins de suite polyvalents ayant 75 ans et plus avec un MMSE supérieur à 3 et ayant au moins un aidant naturel.

Critères d'inclusion :

- Hospitalisation en soins de suite polyvalents à Luçon du 1^{er} mars au 30 avril 2011.

Critères d'exclusion :

- Moins de 75 ans
- MMSE inférieur à 3 (ne permettant pas d'apprécier la QoL AD)
- Absence d'aidant naturel
- Résider en EHPAD avant l'hospitalisation.

4. Données recueillies

Pour la réalisation de l'étude, une fiche de recueil de données pour chaque patient a été faite (annexe n°1). Elle comportait les données nécessaires à l'étude, à savoir :

- Nom du patient
- Prénom du patient
- Date de naissance
- Coordonnées complètes avec numéro de téléphone
- Motif d'hospitalisation principal
- Date d'entrée dans le service
- Date de sortie
- Mode de sortie
- Devenir à 3 mois
- Date de réalisation des tests et échelles
- Résultats de chaque test et échelles (QoI AD, MMSE, IADL, grille AGGIR)
- Nom de l'aidant naturel
- Prénom de l'aidant naturel
- Relation avec le patient
- Age de l'aidant naturel
- Localité d'habitation et numéro de téléphone de l'aidant naturel
- Date de réalisation des tests et échelles de l'aidant naturel
- Résultats de chaque test et échelle de l'aidant naturel (QoI AD, Zarit)

Le devenir des patients à 3 mois de leur sortie a été obtenu après appel téléphonique des patients ou des aidants en cas d'absence de réponse des patients.

Ci-après sont détaillés les différents tests et échelles recueillies.

a) Echelle QoI AD

Il s'agissait de la variable quantitative principale recueillie lors de l'étude.

L'échelle Quality of Life in Alzheimer Disease (QoI-AD) (69) est une échelle d'auto-évaluation courte en 13 items explorant 6 domaines de la santé subjective (annexe n°2) : le rapport du patient avec sa famille et ses amis, les difficultés financières, la condition physique, la mémoire, l'humeur et la santé générale. Le patient complète le questionnaire sur sa propre qualité de vie pendant que son aidant complète le questionnaire en lieu et place du patient.

D'abord validée pour les patients ayant un MMSE supérieur ou égal à 11/30, elle a ensuite été également validée pour une population de patients jugés à un stade sévère (MMSE entre 3 et 10 inclus).

Les 13 items du QoI-AD sont évalués selon une échelle ordinaire fournissant des réponses qualitatives : 1 (mauvaise), 2 (faible), 3 (bonne), 4 (excellente). Ceci permet d'obtenir un score allant de 13 à 52.

Si les scores de qualité de vie ne sont pas influencés par la sévérité de l'atteinte cognitive mesurée par le MMSE, ils sont différents selon l'état thymique, la présence de troubles du comportement et selon l'épuisement de l'aidant mesuré par l'échelle de Zarit.

b) Autres données dont MMSE, inventaire du fardeau de Zarit (fardeau des aidants)

(1) MMSE

Le Mini Mental State Examination ou MMSE de Folstein et al. (70) est un instrument clinique standardisé d'évaluation des fonctions cognitives conçu pour un dépistage rapide des déficits cognitifs (annexe n°3). Il comporte 30 questions regroupées en 7 catégories. Ces questions portent sur l'orientation dans le temps (5 points), l'orientation dans l'espace (5 points), le rappel immédiat de 3 mots (3 points), l'attention (5 points), le rappel différé des 3 mots (3 points), le langage (8 points) et les praxies constructives (1 point). Le score maximum est de 30 points. Le seuil pathologique est habituellement fixé à 24 sur 30. Il est cependant à nuancer par l'âge et le niveau socioculturel.

(2) IADL

L'échelle Instrumental Activities of Daily Living (IADL) de Lawton (71) est essentiellement axée sur le comportement habituel de la personne et évalue essentiellement le niveau de dépendance d'un patient à travers l'appréciation des activités instrumentales de la vie quotidienne (annexe n°4). L'aspect "instrumental" fait référence à ces activités quotidiennes essentiellement gouvernées par des fonctions cognitives, telles que utiliser des transports en commun, utiliser le téléphone, prendre des médicaments, gérer son budget. Ces activités sont complexes dans le sens qu'elles nécessitent une certaine habileté, une certaine autonomie, un bon jugement et la capacité de structurer des tâches.

La dépendance est évaluée sur une échelle de un à quatre. Un score élevé traduit une dépendance et le score le plus bas correspond au niveau d'autonomie le plus élevé.

(3) La grille AGGIR

L'évaluation à l'aide de la grille AGGIR (72) permet de déterminer le degré de dépendance d'une personne âgée. Il existe six degrés de dépendance, correspondant à six « groupes iso-ressources » (GIR).

AGGIR signifie « autonomie gérontologie groupes iso-ressources ». La grille AGGIR est un outil de mesure de l'autonomie dans toutes ses dimensions, à travers l'observation des activités qu'effectue seule une personne âgée (annexe n°5). Dix activités, dites « variables discriminantes », sont évaluées afin de déterminer le niveau d'autonomie de la personne : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur du logement ou de l'institution, les déplacements à l'extérieur, la communication à distance. Pour chacune des variables, l'observateur attribue l'une des trois notes suivantes, selon la manière dont le patient les réalise : A (le patient fait seul et spontanément, totalement, habituellement et correctement), B (le patient fait partiellement, ou non spontanément, ou non habituellement, ou non correctement), C (le patient ne fait pas). A partir des réponses l'observateur peut évaluer le degré de dépendance de la personne âgée et déterminer à quel GIR elle appartient.

Les GIR vont de 1 à 6, du moins autonome au plus autonome. Le GIR 1 regroupe les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent la présence continue d'intervenants. Le GIR 2 correspond à deux catégories de personnes âgées dépendantes : les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, et qui ont besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante et les personnes dont les fonctions

mentales sont gravement altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer. Le GIR 3 réunit les personnes qui ont conservé leur autonomie mentale mais qui ont besoin d'être aidées tous les jours et plusieurs fois par jour pour accomplir les gestes de la vie courante (se lever, se coucher, s'habiller, aller aux toilettes...). Le GIR 4 correspond à deux catégories de personnes : les personnes qui ont besoin d'aide pour se lever et se coucher mais peuvent ensuite se déplacer seules à l'intérieur du logement, une assistance leur est parfois nécessaire pour l'habillage et la toilette, et les personnes qui n'ont pas de difficultés à se lever, se coucher et se déplacer mais ont besoin d'une aide pour les activités corporelles et pour les repas. Le GIR 5 regroupe les personnes qui ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage. Le GIR 6 désigne les personnes ayant totalement conservé leur autonomie dans les actes de la vie courante.

(4) Inventaire du fardeau de Zarit

L'inventaire du fardeau de Zarit (73) a pour objectif de mesurer le ressenti subjectif de l'aidant principal du patient faisant l'objet d'une étude (annexe n°6). C'est une échelle en 22 items, provenant d'un instrument initial le Burden Inventory de Zarit (47), qui en comprenait 29. Il évalue de façon globale le fardeau ressenti, associé aux détériorations fonctionnelles et comportementales de l'aidé ainsi qu'à la situation de soins à domicile. Le répondant doit déterminer à quelle fréquence il lui arrive de ressentir différentes émotions dans sa relation avec le malade selon une échelle de 5 paliers variant de jamais (0 point) à presque toujours (4 points).

Le score du questionnaire varie de 0 à 88 ; un score élevé caractérise un fardeau sévère. Le questionnaire peut également s'interpréter de manière qualitative selon 4 modalités : un score de 0 à 20 signifie l'absence de fardeau à un fardeau léger, un score de 21 à 40 un fardeau léger à modéré, un score de 41 à 60, un fardeau modéré à sévère et entre 61 à 88 un fardeau sévère.

5. Critères de jugement :

Le critère de jugement principal était le devenir du sujet âgé à savoir le lieu où il résidait à sa sortie d'hospitalisation en soins de suite et celui où il résidait 3 mois après sa sortie d'hospitalisation : soit à son propre domicile ou celui d'un proche, soit en structure d'hébergement type EHPAD.

6. Analyse statistique

2 tests ont été utilisés afin de réaliser l'étude.

Test t de Student (74) :

- Ce test permet de comparer les mesures d'une variable quantitative effectuées sur deux groupes de sujets indépendants définis par les modalités de la variable qualitative.
- Ce test a été utilisé pour comparer les scores de l'échelle de qualité de vie estimée soit par les patients soit par l'aidant naturel selon que les patients soient à domicile ou non.

Test t de Student pour données appariées (74) :

- Ce test permet de comparer deux mesures d'une variable quantitative effectuées sur les mêmes sujets (mesures définies par les modalités de la variable qualitative). En fait ce test traite les deux échantillons appariés comme un seul sur lequel on aurait mesuré la différence d entre les deux mesures.
- Ce test a été utilisé pour comparer les scores de qualité de vie estimée par les patients eux-mêmes et par les aidants naturels.

Le seuil de significativité pour la valeur p a été fixé comme il est habituel à 0.05.

VII. RESULTATS

1. Description de la population de l'étude

Pendant la durée de l'étude du 1^{er} mars au 30 avril 2011, 76 patients ont été hospitalisés en soins de suite polyvalents.

Sur ces 76 patients, 26 ont été exclus : 17 avaient moins de 75 ans, 3 avaient un MMSE inférieur à 3 et 6 n'avaient pas d'aidants naturels.

Il y avait donc 50 patients pouvant être inclus. Seulement 30 patients ont participé à l'étude. 20 n'ont pas participé à l'étude pour diverses raisons détaillées ci-après.

a) Description de la population participante (30 patients)

(1) Patients inclus :

Il y avait 30 patients qui ont participé à l'étude, 18 femmes et 12 hommes.

La moyenne d'âge était de 84.36 ans. Elle était de 85.3 ans pour les femmes (78 ans-97 ans) et de 82.8 ans pour les hommes (77 ans-88 ans).

La durée moyenne de séjour était de 34 jours (9-81 jours).

Motifs d'entrée classés par CMC (75) :

- Affections de l'appareil cardio-respiratoire : 7 (23.3%)
- Hémopathies malignes et affections des organes digestifs et génito-urinaires : 6 (20%)
- Affections du système nerveux et troubles mentaux et du comportement : 5 (16.6%)
- Affections traumatiques du système ostéo-articulaire : 11 (36.6%)
- Soins palliatifs : 1 (0.3%)

Les données ont été recueillies lors de l'hospitalisation auprès du patient en moyenne 15 jours après leur entrée (8-72 jours).

(2) Aidants naturels :

Il y avait 23 femmes et 7 hommes. La moyenne d'âge était de 65.78 ans (38-91 ans).

Il s'agissait de :

- Fille : 14 (46.6%)
- Fils : 5 (16.6%)
- Femme : 5 (16.6%)
- Mari : 1 (3.3%)
- Frère : 1 (3.3%)
- Sœur : 3 (10%)
- Ami : 1 (3.3%)

Répartition géographique :

- 24 habitaient en Vendée (80%) dont 18 habitaient la même commune (60%) et 9 vivaient ensemble (30%, 6 avec leurs conjoints, 1 avec son fils et 2 avec leurs sœurs)
- 6 dans un autre département (1 en Maine et Loire, 1 en Loire Atlantique, 1 en Charente, 1 dans le Loiret, 1 à Paris, 1 dans le Val d'Oise)

Les données ont été recueillies auprès des aidants naturels en moyenne 13 jours après l'hospitalisation de leur proche (2-34 jours).

b) Description de la population pouvant être incluse mais n'ayant pas participé à l'étude

20 patients étaient susceptibles d'être inclus mais n'ont pas participé à l'étude (12 femmes et 8 hommes). Leur durée moyenne de séjour était de 22 jours. L'âge moyen était de 84.75 ans (75-96 ans).

Les motifs de non-participation n'ont pas été connus pour 7 d'entre eux. Il est à noter que leur durée de séjour était courte voir très courte pour 5 d'entre eux (3 sont restés moins de 4 jours, 2 moins de 16 jours), et que 2 d'entre eux sont décédés lors de leur hospitalisation.

Pour les autres patients, la non participation a été rapportée soit à un refus du patient (8 patients), soit un refus de l'aidant principal (5 aidants).

2. Résultats

a) Population étudiée :

(1) Patients

(a) Evaluation de la dépendance :

(i) Score de l'IADL :

Le score moyen de l'IADL était de 2.9.

5 patients ont eu un score IADL à 0 (16.6%), 2 patients ont eu un score à 1 (6.6%), 1 patient a eu un score à 2 (3.3%), 5 patients ont eu un score 3 (16.6%), 17 patients ont eu un score à 4 (56.6%)

Les femmes ont eu un score moyen à 2.8 et les hommes à 3.

(ii) Classement GIR :

Le GIR moyen était de 3.8.

6 patients étaient en GIR 1-2 (20%) (6 en GIR 2)

16 étaient en GIR 3-4 (53.3%) (6 en GIR 3 et 10 en GIR 4)

8 étaient en GIR 5-6 (26.6%) (2 en GIR 5 et 6 en GIR 6)

Les femmes avaient un GIR moyen de 3.9 et les hommes de 3.7.

(b) Evaluation du MMSE :

Le score moyen était de 19.7/30 (10-30/30)

8 patients ont obtenu un score supérieur à 24/30 (26.6%), 8 patients ont eu un score entre 20 et 24/30 (26.6%), 6 patients ont eu un score entre 16 et 19/30 (20,2%), 8 patients ont eu un score inférieur à 16/30 (26.6%) mais aucun n'a eu un score inférieur à 10/30

Les femmes ont eu un score moyen de 20.1/30 et les hommes de 19.2/30, soit très proche.

(c) Evaluation de la qualité de vie :

Le score moyen était de 34.7 avec un score minimum de 24 et un score maximum de 43 (écart-type à 4.54).

Le score moyen pour les hommes était de 33.5 et pour les femmes de 35.5, différence non significative (p = 0.234).

(d) Score moyen de la qualité de vie selon le GIR et le score au MMSE :

Selon le GIR :

- GIR 1-2 : 35
- GIR 3-4 : 34.2
- GIR 5-6 : 35.5

Selon le score de MMSE :

- MMSE compris entre 10/30 et 15/30 : 34.5
- MMSE compris entre 16/30 et 19/30 : 33.8
- MMSE compris entre 20/30 et 24/30 : 35.2
- MMSE compris entre 25/30 et 30/30 : 35.1

(2) Aidants :

(a) Evaluation du fardeau de Zarit :

Le score moyen était de 29.3 avec une grande disparité des scores compris entre 0 et 80.

11 aidants (36.6%) avaient une absence de fardeau à fardeau léger, 12 (40%) avaient un fardeau léger à modéré, 7 (13.3%) avaient un fardeau modéré à sévère ou sévère.

(b) Evaluation de la qualité de vie par les aidants :

Le score moyen estimé par les aidants naturels était de 32 avec un score minimum à 22 et maximum à 43 (écart-type à 5.36)

Le score moyen des époux ou épouses étaient de 33.8, celui des enfants est de 30.4 et celui des frères ou sœurs de 37.

(c) Score moyen de la qualité de vie selon le fardeau :

- Absence de fardeau à fardeau léger : 36.5
- Fardeau léger à modéré : 30.3
- Fardeau modéré à sévère ou sévère : 29,1

b) Devenir

(1) Devenir en sortie d'hospitalisation :

(a) Mode de sortie des patients :

7 patients ont été admis en EPHAD (23.3%), 22 sont rentrés à domicile (73.3%) et 1 est décédé (3.3%).

(b) Mode de sortie et sexe, âge, DMS, relation avec l'aidant naturel

	Retour à domicile	Entrée en structure	Décès	Total
Hommes (12)	10 – 83.4%	1 – 3.3%	1 – 3.3%	100%
Femmes (18)	12 – 66.6%	6 – 33.3%	0	100%
Age moyen	83.8 ans	85.8 ans	85 ans	
DMS moyenne	32 jours	35 jours	49 jours	
Relation de l'aidant naturel avec le patient				
Enfants	11 – 57.8%	7 – 36.8%	1 – 5.4%	100%
Epoux/épouse	6 – 100%			100%
Frère/sœur	4 – 100%			100%
Ami	1 – 100%			100%

(c) Mode de sortie et dépendance

	Retour à domicile	Entrée en structure	Décès
GIR 1-2	3 – 13.7%	3 – 42.8%	
GIR 3-4	12 – 54.5%	3 – 42.8%	1
GIR 5-6	7 – 31.8%	1 – 14.4%	
Total	100%	100%	
IADL 1-2-3-4	18 – 81.8%	6 – 85.6%	1
IADL 0	4 – 18.2%	1 - 14.4%	
Total	100%	100%	

(d) Mode de sortie et fardeau

	Retour à domicile	Entrée en structure	Décès
Score moyen du fardeau	28.6	30.4	37

(e) Mode de sortie et qualité de vie

(i) Estimée par le patient

Le score moyen de la QoL AD estimée par le patient lui-même pour les patients étant entrés directement à domicile était de 35.4, celui des autres patients (entrés directement en EHPAD ou décédé) était de 32.8 avec une différence non significative ($p = 0.252$). L'écart entre les estimations de qualité de vie des patients était encore moins important si l'on excluait celle du patient décédé (score moyen des patients entrés directement en EPHAD à 34.1 avec $p = 0.509$)

(ii) Estimée par l'aidant

Le score moyen de la QoL AD estimée par l'aidant naturel pour les patients étant rentrés directement à domicile était de 33.6, celui des autres patients (entrés directement en EHPAD ou décédé) était de 28.7 avec une différence significative ($p = 0.032$). Cependant, si on excluait l'estimation de l'aidant naturel du patient décédé, la différence observée devenait non significative (score moyen des patients entrés directement en EPHAD à 29.4 avec $p = 0.074$)

(iii) Comparaison de la qualité de vie estimée par l'aidant naturel et celle estimée par le patient lui-même sur le devenir

Que les patients fussent rentrés à leur domicile à l'issue de l'hospitalisation, ou bien qu'ils fussent allés en EHPAD, il n'y avait pas de différence significative entre leur propre estimation de qualité de vie et celle estimée par leurs aidants naturels (respectivement $p = 0.097$ et $p = 0.054$).

(2) Devenir à 3 mois de l'hospitalisation :

(a) Lieu de résidence :

Un homme était entré en EPHAD ; deux femmes en étaient sorties dont une était décédée. Un homme et une femme étaient décédés à domicile. Soit il y avait au total 4 patients décédés (dont un pendant l'hospitalisation). 20 patients (66.6%) vivaient encore à domicile, dont deux patients étaient hébergés chez leur fille.

(b) Devenir à 3 mois et sexe, âge, DMS, relation avec l'aidant naturel

	Domicile	Structure	Décès	Total
Hommes	8 – 66.6%	2 – 16.7%	2 – 16.7%	100%
Femmes	12 – 66.7%	4 – 22.2%	2 – 11.1%	100%
Age moyen	84.2 ans	83.6 ans	86.2 ans	
DMS moyenne	31 jours	29 jours	55 jours	
Relation de l'aidant naturel avec le patient				
Enfants	12 – 63.2%	5 – 26.3%	2 – 10.5%	100%
Epoux/épouse	4 – 66.6%	1 – 16.7%	1 – 16.7%	100%
Frère/soeur	3 – 75%		1 – 25%	100%
Ami	1 – 100%			100%

(c) Devenir à 3 mois et dépendance

	Retour à domicile	Entrée en structure	Décès
GIR 1-2	3 – 15%	2 – 33.3%	1 – 25%
GIR 3-4	10 – 50%	3 – 50%	3 – 75%
GIR 5-6	7 – 35%	1 – 16.7%	
Total	100%	100%	100%
IADL 1-2-3-4	15 – 75%	6 – 100%	4 – 100%
IADL 0	5 – 25%		
Total	100%	100%	100%

(d) Devenir à 3 mois et fardeau

	Retour à domicile	Entrée en structure	Décès
Score moyen du fardeau	28.9	27.6	34.2

(e) Devenir à 3 mois et qualité de vie

(i) Estimée par le patient

Le score moyen pour les patients vivants à domicile (leur propre domicile ou celui d'un de leur proche) était de 35.3, celui des autres patients (résidants en EHPAD ou décédés) étaient de 33.6 avec une différence non significative ($p = 0.378$). Si l'on excluait les patients décédés, les patients résidant en EPHAD avaient même un score moyen supérieur à ceux vivant toujours à domicile (35.8 vs 35.3) avec une différence toujours non significative ($p = 0.716$)

(ii) Estimée par l'aidant

Le score moyen de la QoL AD estimée par l'aidant naturel pour les patients vivant à domicile (leur propre domicile ou celui d'un de leur proche) était de 33.9, celui des autres patients (résidants en EHPAD ou décédés) est de 29.1 avec une différence significative ($p = 0.014$). Si l'on excluait l'estimation des aidants naturels des patients décédés, la différence observée restait significative (score moyen estimé par les aidants des patients vivant en EHPAD à 30.1 avec $p = 0.042$)

(iii) Comparaison de la qualité de vie estimée par l'aidant naturel et celle estimée par le patient lui-même sur le devenir à 3 mois

A 3 mois, il était observé une différence significative entre l'estimation de leur qualité de vie par les patients eux-mêmes et celle estimée par leurs aidants naturels lorsque les patients n'étaient plus à domicile ($p = 0.006$) et ce même si l'on excluait les patients décédés ($p = 0.034$)

VIII. DISCUSSION :

1. Analyse des résultats

a) Population étudiée

(1) Patients

La population étudiée était en moyenne un peu plus âgée (84.36 ans vs 81.2 ans) que celle des soins de suite polyvalents dans leur ensemble étant donné que seuls les patients de plus de 75 ans étaient inclus. La Durée Moyenne de Séjour était également plus longue (34 jours vs 25.5 jours), ceci peut s'expliquer par l'âge des patients (2) mais également par le fait que la DMS des patients pouvant être inclus mais n'ayant pas participé à l'étude était plus courte (22 jours).

Il y avait plus de femmes que d'hommes, bien que les hommes représentaient tout de même 40% des patients inclus, ce qui est cohérent étant donné l'espérance de vie (25) et l'espérance de vie en bonne santé (27).

Les motifs d'entrée étaient sensiblement les mêmes en soins de suite polyvalents de Luçon en général, avec cependant beaucoup moins de patients entrés pour prise en charge palliative (0.3% vs 9.85%) et plus de patients entrés pour une affection traumatique ostéo-articulaire (36.6% vs 27.74%). Ceci peut s'expliquer par la création de 10 lits de soins de suite polyvalents en lieu et place de lits de soins de suite spécialisés en rééducation à partir de janvier 2011. En effet, sur ces lits, ont été préférentiellement admis, les premiers mois, des patients présentant des affections ostéo-articulaires. De même, le nombre moindre de patients inclus en soins palliatifs peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit souvent de patients fatigués qui n'ont pas forcément l'attention nécessaire pour répondre aux différents questionnaires. Il y avait effectivement 2 personnes qui aurait pu être incluses mais qui n'ont pas participé à l'étude et sont décédées pendant leur hospitalisation.

Les patients admis dans l'étude présentaient tous les degrés de dépendance, avec cependant une majorité de patients (22) nécessitant une aide au quotidien (groupes GIR1 à 4) et 17 présentant un niveau de dépendance élevé selon le score IADL à 4. Ceci peut se rapporter notamment au fait que les patients ont eu recours aux soins de suite polyvalents en sortie d'hospitalisation aigue.

2/3 des patients présentaient un MMSE pathologique, évoquant une démence légère, modérée ou modérément sévère. Il ne s'agissait pas de la raison pour laquelle, la plupart du temps, les patients avaient été hospitalisés.

L'évaluation de la qualité de vie par les patients ne semblait pas différente selon le niveau de dépendance des patients (GIR 1-2 : 35, GIR 3-4 : 34.2, GIR 5-6 : 35.5), ce qui n'est pas retrouvé dans la littérature. Au contraire, les scores de qualité de vie semblent plutôt moindre lorsque la dépendance augmente (64) (65).

Dans notre étude, l'évaluation de la qualité de vie ne semblait pas influencée par le score de MMSE, ce qui est retrouvé par Conde-Scala (76). Par contre, cette donnée renvoie à la notion d'anosognosie si souvent présente et si souvent sous-estimée chez ces patients et qui pourtant semble influencer positivement la perception qu'ont les patients de leur qualité de vie (77). Or une majorité de patients présentait un MMSE pathologique et avait

probablement estimé leur qualité de vie plutôt correcte, quelque soit leur niveau de dépendance.

(2) Aidants

Les aidants naturels étaient principalement les enfants et étaient majoritairement des femmes, ce qui est retrouvé dans les études démographiques (45). Ils étaient 30% à habiter avec la personne qu'ils aidaient, ce qui est proche de ce qui était relevé par la DREES en 2011 (42) à savoir une personne âgée sur quatre était aidée par un « cohabitant ».

Il y avait une grande disparité entre les scores obtenus à l'échelle de Zarit, avec globalement un fardeau estimé plutôt léger à modéré.

L'évaluation de la qualité de vie par les aidants était en moyenne un peu inférieure à celle des patients eux-mêmes, avec néanmoins des valeurs proches, ce qui a déjà été mis en évidence par Bosboom (78) et Zhao (79).

L'estimation de la qualité de vie par les aidants semblait moindre lorsque le fardeau était important, ce qui est retrouvé par plusieurs études (76) (79) (80).

L'estimation de la qualité de vie réalisée par les époux ou épouses était plus élevée en moyenne que celle réalisée par les enfants, ce qui a déjà été observé par Conde-Scala (81).

Là aussi, la notion d'anosognosie ou de déni des familles renforcé par celui des médecins traitants, dans leur évaluation de la qualité de vie de leur parent, interfère de façon implicite avec les décisions qu'ils seront amenés à prendre quant au devenir de ces derniers.

b) Devenir

(1) Devenir en sortie d'hospitalisation

Les femmes (12/18 soit 66.6%) étaient moins rentrées à leur domicile que les hommes (10/12 soit 83.3%). L'âge moyen des patients rentrés directement à domicile était un peu moins élevé que celui des patients entrés en institution.

Les patients entrés en EHPAD étaient globalement plus dépendants que ceux rentrés à domicile, même si un patient GIR 5-6 est allé en EHPAD. Ceci est en accord avec les données démographiques à savoir que les femmes, de part leur espérance de vie plus longue et leur espérance de vie avec incapacités un peu plus longue que les hommes, sont plus dépendantes et plus âgées lorsqu'elles rencontrent des difficultés de santé et qu'une entrée en EHPAD est envisagée (39)(45).

La DMS moyenne était un peu plus longue pour les patients entrés en institution qui avaient tous pour aidant naturel un de leurs enfants. Ceci peut s'expliquer par le délai d'entrée en institution qui est souvent de plusieurs semaines voire plusieurs mois même après une inscription « en urgence » (cf ci-après).

L'estimation de la qualité de vie par le patient lui-même ne semblait pas avoir d'influence sur son devenir en sortie d'hospitalisation. Cependant, même si la différence observée est non significative, les aidants naturels des personnes âgées institutionnalisées en sortie d'hospitalisation avaient estimé une qualité de vie de leurs proches plus basse.

(2) Devenir à 3 mois

Une patiente admise en EHPAD à sa sortie d'hospitalisation était décédée et 2 autres patients rentrés à domicile étaient décédés. Une autre patiente avait été admise en hébergement temporaire et était donc sortie à 3 mois de son hospitalisation.

A 3 mois, l'âge moyen des personnes âgées institutionnalisées est un peu moins élevé que celui des personnes restées à domicile (83.6 ans vs 84.2 ans). Ceci pourrait éventuellement être expliqué par le fait que la personne entrée en EHPAD à 3 mois était un homme alors que les deux personnes qui en étaient sorties (une à la fin de son hébergement temporaire et l'autre pour cause de décès) étaient des femmes, et les femmes sont en général institutionnalisées à un âge plus avancé que les hommes (39).

L'estimation d'une qualité de vie moindre de leur proche âgé par les aidants naturels, quelque ait été l'estimation que ceux-ci faisaient eux-mêmes, semblait corrélée avec une institutionnalisation du sujet âgé à 3 mois de son hospitalisation en soins de suite.

Pour les patients institutionnalisés à 3 mois de leur hospitalisation en soins de suite, l'estimation de leur qualité de vie par leurs aidants naturels était différente de celle estimée par les patients eux-mêmes, ce qui n'était pas le cas lorsque les patients étaient encore à domicile.

2. Discussion

a) Limites de l'étude

Le petit nombre de patients inclus, à savoir 30, entraîne une puissance plutôt faible de l'étude, bien inférieure à 90% (de l'ordre de 50% à 60% (74)).

Il est probable que l'absence d'influence de la qualité de vie estimée par les aidants naturels sur le devenir de leurs proches en sortie d'hospitalisation soit liée à cette faible puissance. Une étude sur une durée plus longue aurait eu plus de chance d'inclure un plus grand nombre de patients et d'augmenter la puissance de l'étude.

Le devenir a été recueilli à 3 mois de la sortie d'hospitalisation, ce qui est un délai assez court lorsque l'on sollicite une entrée en EHPAD. Le délai moyen d'entrée après inscription en EHPAD est très variable selon les établissements, mais il est souvent de plusieurs mois notamment dans les établissements publics au coût souvent moindre. Après une inscription « en urgence » avec une entrée souhaitée rapidement, ce délai reste souvent de plusieurs semaines.

En effet, même si le taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées est plutôt correct en Vendée par rapport à la moyenne nationale (160 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans pour une moyenne nationale à 122.7 au 1^{er} janvier 2012) (82), la Vendée est un département où le nombre de personnes de 75 ans et plus institutionnalisées est plutôt élevé (14.3% des personnes âgées de 75 ans et plus vivent en institution au 16 juillet 2012 contre 9.5% au niveau national (83)) et le taux d'occupation des établissements est en moyenne également important (97%) (84) ce qui laisse un nombre de places immédiatement disponibles réduit et un délai d'entrée relativement important.

Un recueil du devenir à plus long terme aurait été plus significatif pour mettre en évidence l'influence de la qualité de vie lors de l'hospitalisation en soins de suite sur le devenir du patient.

b) Influence de la qualité de vie du patient perçue par le patient lui-même sur son devenir

D'après ce travail, l'estimation de la qualité de vie liée à la santé par le patient ne semblait pas influencer son devenir, aussi bien en sortie d'hospitalisation qu'à 3 mois de la sortie. Ceci pourrait s'expliquer par les limites de l'étude déjà évoquées.

Cependant, dans une étude française, multicentrique, prospective, réalisée sur la cohorte S.A.F.E.S. (Sujets Agés Fragiles – Evaluation et Suivi), comprenant 1326 patients de 75 ans et plus, choisis de façon aléatoire après leur admission aux urgences pour motif médical puis hospitalisés en service de médecine (68), la qualité de vie estimée à leur entrée grâce au profil de santé de Duke ne semble pas avoir d'influence sur leur institutionnalisation dans les 12 mois suivant leur hospitalisation.

C'est une étude qui comprend donc un nombre de patient nettement supérieur et un suivi plus long et même s'il s'agit d'une estimation de la qualité de vie avec une échelle différente, les résultats semblent concorder avec ceux de ce travail de thèse.

Une seconde hypothèse peut être envisagée. Ce travail montrait également que les deux tiers des patients inclus présentaient un MMSE pathologique. Cela renvoie à la notion d'anosognosie déjà évoquée qui influence l'évaluation que les patients font de leur propre qualité de vie comme l'a montré l'étude de Berwig en 2009 (85). Dans ce travail, les patients présentant une anosognosie évaluée par la Clinical Insight Rating Scale (CIR) estiment leur qualité de vie meilleure que l'estimation faite par les proches.

Maki dans une étude réalisée en 2012 (86), montre que les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer modérée n'auraient pas conscience des difficultés dans la réalisation des activités quotidiennes pourtant bien notées par leurs proches. Cela peut en partie expliquer pourquoi l'estimation que ces patients, qui ont des troubles cognitifs, ont faite de leur qualité de vie n'influait pas leur devenir, eux-mêmes n'étant pas « conscients » des difficultés rencontrées à domicile.

c) Influence de la qualité de vie du patient estimée par l'aidant naturel sur son devenir

L'estimation de la qualité de vie des sujets de l'étude par les aidants naturels ne semblait pas influencer leur devenir en sortie d'hospitalisation mais semblait bien influencer leur devenir à 3 mois.

L'absence de différence significative entre les scores de qualité de vie estimés par les aidants naturels des patients rentrés à domicile et ceux institutionnalisés peut également s'expliquer par les limites de l'étude.

Néanmoins, il y avait parmi les personnes entrées en EHPAD en sortie d'hospitalisation une patiente admise en hébergement temporaire. Les raisons d'entrée en hébergement temporaire ne sont pas les mêmes que celles d'entrée en hébergement définitif, l'objectif de l'hébergement temporaire étant in fine le maintien à domicile de la personne âgée (87).

L'influence de la qualité de vie du patient estimée par l'aidant sur son devenir à 3 mois de son hospitalisation pourrait s'expliquer par la corrélation entre l'estimation de la qualité de vie par les aidants et le degré de dépendance des patients et/ou la sévérité de leur atteinte cognitive.

En effet, si la QoI-AD n'est pas influencé par le score du MMSE (76), deux études mettent en évidence une sous-estimation de la qualité de vie par les aidants lorsqu'il existe une dépendance plus importante et des troubles psycho-comportementaux (Ready en 2004 (88) et Zhao en 2012 (79)). Cependant, ce travail montrait que l'estimation de la qualité de vie par les aidants naturels ne semblait pas influencé par le degré de dépendance ni par la sévérité de l'atteinte cognitive. Ce résultat peut être expliqué par le fait que les études citées ont inclus des aidants principaux vivant avec les patients. Or dans ce travail de thèse, seuls 9 aidants vivaient avec les sujets inclus. Il est possible que les patients eux-mêmes n'ayant pas conscience de leurs difficultés, ils ne le retransmettent pas à leurs proches.

Une autre hypothèse serait en lien avec la fréquence de troubles cognitifs retrouvés chez les patients inclus dans ce travail alors même que pour la plupart, aucun diagnostic n'avait été posé.

Une qualité de vie moindre estimée par les aidants pourrait s'expliquer par le déni des différents troubles par les familles, bien noté notamment par Teel (89), qui dans une étude réalisée auprès de médecins généralistes exerçant dans des états ruraux du centre-ouest des Etats-Unis pour évaluer les facteurs influençant le délai entre les premiers symptômes de démence et la pose du diagnostic, incriminait entre autres le déni des troubles par les familles, conduisant à une prise en charge plus tardive et très souvent plus compliquée des patients.

Par ailleurs, Sun, dans une étude publiée en 2010 réalisée en Alabama auprès de 141 aidants naturels ayant fait une demande d'aide formelle pour un proche ayant une démence, note que les aidants ayant une attitude d'évitement vis-à-vis des troubles présentés par leurs proches ont des scores à l'échelle du fardeau de Zarit plus élevés. Del-Pino-Casado, dans une revue de littérature publiée en 2011, le met également en évidence.

Or, s'il existe un manque de données concernant l'influence de la qualité de vie estimée par les aidants naturels sur le devenir des patients âgés après hospitalisation, le fardeau semble influencer à la fois le devenir, comme facteur de risque d'institutionnalisation (15) (16) et l'estimation de la qualité de vie de la personne qu'ils aident, les scores de qualité de vie étant d'autant plus bas que le fardeau est important (76) (79) (80).

Ainsi l'estimation de la qualité de vie par l'aidant naturel semble être un reflet de la perception que l'aidant a de la personne qu'il aide mais également des difficultés qu'il rencontre dans cette relation, l'amenant à sous-estimer la qualité de vie de son proche lors que cette relation est difficile.

Cela nous amène à souligner l'importance du dépistage des troubles cognitifs des sujets âgés hospitalisés et d'autre part la place qu'a un service de soins de suite polyvalents dans l'accompagnement des aidants lors de cette période clé que constitue l'hospitalisation du proche âgé aidé.

CONCLUSIONS

La qualité de vie perçue par les patients âgés ne semble pas influencer leur devenir en sortie d'hospitalisation du service de soins de suite polyvalents ni à 3 mois de leur hospitalisation.

Cependant, si en sortie d'hospitalisation elle ne semble pas avoir d'influence, la qualité de vie des patients âgés estimée par leurs aidants naturels semble bien influencer leur devenir à 3 mois de leur hospitalisation.

Lorsque la question du devenir est posée pendant l'hospitalisation en soins de suite avec le patient et l'aidant, l'approche par la notion de qualité de vie du patient pourrait être une aide parmi d'autres au cheminement qui conduira ou pas le patient à entrer en institution, en présentant l'intérêt de replacer le sujet âgé au centre des préoccupations et en permettant d'aborder avec l'aidant naturel les difficultés rencontrées à domicile.

De plus, cette étude souligne l'importance du dépistage des troubles cognitifs chez les patients âgés et rappelle le rôle clé d'un service de soins de suite polyvalents dans l'accompagnement des aidants lors de cette période difficile et « charnière » que constitue l'hospitalisation du proche aidé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. Insee Premières. 2010 Oct;(1320):1–4.
2. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Vieillesse, longévité et assurance maladie. Note adoptée le 22 avril 2010. 2010 Apr 22;
3. Coquelet F, Valdelièvre H. Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins. Dossier Solidarité et Santé, Drees. 2011 Dec 19;(23).
4. Weber A. Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005. Etudes et résultats Drees. 2006 May;(491):1–8.
5. Somme D. Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. Dossier Solidarité et Santé, Drees. 2003 Mar;(1):35–47.
6. Mantovani J, Rolland C, Andrieu S. Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. Drees; 2008 Nov p. 113. Report No.: 83.
7. World Health Organization. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993 Apr;2(2):153–9.
8. Leplège A. Les mesures de la qualité de vie. Que sais-je ? Presses Universitaires de France - PUF; 1999.
9. Kop J. La mesure du bien-être subjectif chez les personnes âgées. Revue Européenne de psychologie appliquée. 1993;43(4):271–8.
10. Miller EA, Weissert WG. Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality : a synthesis. Med Care Res Rev. 2000 Sep;57(3):259–97.
11. Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicting nursing home admission in the U.S : a meta-analysis. BMC Geriatr. 2007;7:13.
12. Smith ER, Stevens AB. Predictors of discharges to a nursing home in a hospital-based cohort. J Am Med Dir Assoc. 2009 Nov;10(9):623–9.
13. Hancock R, Arthur A, Jagger C, Matthews R. The effect of older people's economic resources on care home entry under the United Kingdom's long-term care financing system. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2002 Sep;57(5):S285–293.
14. Harris Y. Depression as a risk factor for nursing home admission among older individuals. J Am Med Dir Assoc. 2007 Jan;8(1):14–20.
15. Friedman SM, Steinwachs DM, Temkin-Greener H, Mukamel DB. Informal caregivers and the risk of nursing home admission among individuals enrolled in the program of all-inclusive care for the elderly. Gerontologist. 2006 Aug;46(4):456–63.

16. Rozzini L, Cornali C, Chilovi BV, Ghianda D, Padovani A, Trabucchi M. Predictors of institutionalization in demented patients discharged from a rehabilitation unit. *J Am Med Dir Assoc.* 2006 Jul;7(6):345–9.
17. Blanchet D, Debrand T, Dourgnon P, Laferrère A. Santé, vieillissement et retraite en Europe. 2007 Dec;(403-404):3–18.
18. Benyamini Y, Idler EL, Leventhal H, Leventhal EA. Positive affect and function as influences on self-assessments of health : expanding our view beyond illness and disability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2000 Mar;55(2):P107–116.
19. World Health Organization Dept of Health Promotion/NCD. Vieillir en restant actif : cadre d'orientation. 2002.
20. INSEE. Les personnes âgées. Paris: INSEE; 2005 p. 135.
21. Gimbert V, Godot C. Vivre ensemble plus longtemps, enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Centre d'analyse stratégique; 2010 p. 308. Report No.: 28.
22. Collège Enseignants Gériatrie Collectif. Corpus de gériatrie. 2m2 Edition Et Communication. 2000.
23. World Health Organization. Growing older - staying well : ageing and physical activity in everyday life. WHO; 1998 p. 22.
24. Duron E, Spivac Y, Hanon O, Rigaud A-S. Vieillissement normal : aspects biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique. *Rev Prat.* 2011 Feb;61(2):269–76.
25. Pla A, Beaumel C. Bilan démographique 2011. La fécondité reste élevée. *Insee Premières.* 2012 Jan;(1385).
26. Insee. Définition AVBS / EVSI.
27. Robine J-M. Les dernières données sur l'espérance de vie en bonne santé dans les 27 pays de l'UE. *INSERM;* 2012.
28. Le Gall J-Y, Ardaillou R. Biologie du vieillissement. *Académie Nationale de Médecine;* 2009 Mar p. 365–404. Report No.: 2.
29. Berrut G. Frailty in the elderly : a new step for geriatric medicine. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement.* 2011 Dec 1;9(4):385–6.
30. 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;56(3):M146–156.
31. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ.* 2005 Aug 30;173(5):489–95.
32. Bouet P. Dépendances Enjeux déontologiques. *Ordre National des Médecins;* 2011 Jun p. 78.

33. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F Jr, Vallone R. Screening for frailty : criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriatr Soc.* 1991 Aug;39(8):778–84.
34. Mouquet M-C, Oberlin P. L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. *Etudes et résultats Drees.* 2008 aout;(654).
35. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et résultats Drees.* 2003 Jan;(212).
36. Albouy V, Bretin E, Carnot N, Deprez M. Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050. *Les Cahiers de la DGTPE.* 2009 Jul;(2009/11).
37. Décret relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. 2008-377 Apr 17, 2008.
38. Bouvier G, Lincot L, Rebiscoul C. Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial. *Insee Références.* 2011;125–34.
39. Prévot J. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *Etudes et résultats Drees.* 2010 Aug;(699):1–8.
40. Perrin-Haynes J. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. *Dossier Solidarité et Santé, Drees.* 2011 Nov;(22):4–15.
41. Gimbert V, Macholet G. Les défis de l'accompagnement du grand âge. *Centre d'analyse stratégique;* 2011 p. 254. Report No.: 39.
42. Soullier N, Weber A. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. *Etudes et résultats Drees.* 2011 Aug;(771).
43. Le Bouler S. Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix, second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes ». *Centre d'analyse stratégique;* 2006 Jun p. 308.
44. Coface-Handicap, editor. Charte européenne de l'aidant familial. *Coface-Handicap;* 2009.
45. Bonnet C, Cambois E, Cases C, Gaymu J. La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? *Population et Sociétés.* 2011 Nov;(483).
46. Bocquet H, Andrieu S. "Le burden". Un indicateur spécifique pour les aidants familiaux. *Gérontologie et Société.* 1999 Jun;(89):155–66.
47. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly : correlates of feelings of burden. *Gerontologist.* 1980 Dec;20(6):649–55.
48. Soullier N. Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie. *Etudes et résultats Drees.* 2012 Mar;(799).
49. Dramé M, Fierobe F, Lang P-O, Jolly D, Boyer F, Mahmoudi R, et al. Predictors of institution admission in the year following acute hospitalisation of elderly people. *J Nutr Health Aging.* 2011 May;15(5):399–403.

50. Leplège A, Coste J. Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie. ESTEM. 2001.
51. World Health Organization. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats et entré en vigueur le 7 avril 1948. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé. 1946;(2):100.
52. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2001 Oct;56 Spec No 2:23–35.
53. Bucquet D. Qualité de vie, santé perceptuelle : définition, concept, évaluation. Evaluation de la qualité de vie. Paris: Masson; 1993.
54. Patrick DL, Erickson P. Health status and health policy : quality of life in health care evaluation and resource allocation. Oxford University Press; 1993.
55. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care.* 1989 Mar;27(3 Suppl):S217–232.
56. PROQOLID, the Patient-Reported Outcome and Quality Of Life Instruments Database. Available from: <http://www.proqolid.org>
57. Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people : a structured review of generic self-assessed health instruments. *Qual Life Res.* 2005 Sep;14(7):1651–68.
58. Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age : the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health.* 2003 May;7(3):186–94.
59. Winkler I, Matschinger H, Angermeyer MC. The WHOQOL-OLD. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2006 Feb;56(2):63–9.
60. Leplège A, Perret-Guillaume C, Ecosse E, Hervy M-P, Ankri J, von Steinbüchel N. A new instrument to measure quality of life in older people : The French version of the WHOQOL-OLD. *Rev Med Interne.* 2012 Dec 21;
61. World Health Organization. OMS | Vieillesse et qualité de la vie [Internet]. WHO. Available from: http://www.who.int/ageing/about/ageing_life_course/fr/
62. Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Etudes et résultats Drees. 2010 Feb;(717).
63. Sermet C. Etat de santé des personnes âgées. Livre blanc de la gériatrie française 2011. Paris: ESV production; 2011. p. 30–7.
64. Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Les Rapports de l'IRDES. 2012 Jul;
65. Foglia T, Millot I, Cailliod R, Lemery B, Navillon B. Evaluation de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes. ORS Bourgogne; 2002 Jan p. 40.
66. Orpana HM, Ross N, Feeny D, McFarland B, Bernier J, Kaplan M. The natural history of health-related quality of life : a 10-year cohort study. *Health Rep.* 2009 Mar;20(1):29–35.

67. Giles LC, Hawthorne G, Crotty M. Health-related Quality of Life among hospitalized older people awaiting residential aged care. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:71.
68. Paquin P. Pertinence de la qualité de vie liée à la santé comme facteur prédictif du devenir de sujets âgés hospitalisés via le service des urgences : la cohorte S.A.F.E.S. (Sujets âgés fragiles - évaluation et suivi) [Thèse d'exercice]. Université Reims-Champagne Ardennes; 2008.
69. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Quality of life in Alzheimer's disease : Patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging*. 1999;5(1):21–32.
70. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189–98.
71. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179–86.
72. CMANTS. Modèle "AGGIR", guide d'utilisation. 2008.
73. Zarit S. *The Hidden Victims of Alzheimer's Disease : Families Under Stress*. NYU Press; 1985.
74. INSERM-UPMC U707. BiostaTGV, statistiques. Available from: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
75. Manuel de groupage PMSI Soins de suite et de réadaptation Version 7 de la classification Version 5.7 de la fonction groupage. Ministère de la santé et des sports; 2010 février p. 502. Report No.: Bulletin officiel No 2010/1 bis.
76. Conde-Sala JL, Garre-Olmo J, Turró-Garriga O, López-Pousa S, Vilalta-Franch J. Factors related to perceived quality of life in patients with Alzheimer's disease : the patient's perception compared with that of caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Jun;24(6):585–94.
77. Conde-Sala JL, Reñé-Ramírez R, Turró-Garriga O, Gascón-Bayarri J, Juncadella-Puig M, Moreno-Cordón L, et al. Clinical differences in patients with Alzheimer's disease according to the presence or absence of anosognosia : implications for perceived quality of life. *J. Alzheimers Dis*. 2013 Jan 1;33(4):1105–16.
78. Bosboom PR, Alfonso H, Eaton J, Almeida OP. Quality of life in Alzheimer's disease : different factors associated with complementary ratings by patients and family carers. *Int Psychogeriatr*. 2012 May;24(5):708–21.
79. Zhao H, Novella J-L, Dramé M, Mahmoudi R, Barbe C, di Pollina L, et al. Factors associated with caregivers' underestimation of quality of life in patients with Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2012;33(1):11–7.
80. Gómez-Gallego M, Gómez-Amor J, Gómez-García J. Determinants of quality of life in Alzheimer's disease : perspective of patients, informal caregivers, and professional caregivers. *Int Psychogeriatr*. 2012 Nov;24(11):1805–15.
81. Conde-Sala JL, Garre-Olmo J, Turró-Garriga O, Vilalta-Franch J, López-Pousa S. Quality of life of patients with Alzheimer's disease : differential perceptions between spouse and adult child caregivers. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;29(2):97–108.

82. Drees/ARS/DRJSCS, Statistiques 2012 pour les places d'hébergement et Insee, estimations de population au 01/01/2012. Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées au 01/01/2012.
83. INSEE. Personnes de 75 ans et plus selon le mode de cohabitation en 2009. 2012.
84. Poreye S, Le Bolloch M. Observatoire des EHPAD 2012. Direction Nationale Economie Sociale et Solidaire, KPMG; 2012 Jan.
85. Berwig M, Leicht H, Gertz HJ. Critical evaluation of self-rated quality of life in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease - further evidence for the impact of anosognosia and global cognitive impairment. *J Nutr Health Aging*. 2009 Mar;13(3):226–30.
86. Maki Y, Amari M, Yamaguchi T, Nakaaki S, Yamaguchi H. Anosognosia : patients' distress and self-awareness of deficits in Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2012 Aug;27(5):339–45.
87. Vuible V. L'accueil temporaire gérontologique : entre incantations et réalités [Mémoire]. Université Paris 13; 2007.
88. Ready RE, Ott BR, Grace J. Patient versus informant perspectives of Quality of Life in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004 Mar;19(3):256–65.
89. Teel CS. Rural practitioners' experiences in dementia diagnosis and treatment. *Aging Ment Health*. 2004 Sep;8(5):422–9.

ANNEXES

Annexe n°1 : Fiche de recueil de données administratives et résultats

Personne hospitalisée	
Nom	
Prénom	
Sexe	
Date de naissance	
Motif d'hospitalisation	
Date d'entrée	
Date de réalisation du questionnaire	
Date de sortie	
Orientation à la sortie	
Adresse	
Téléphone	
IADL	
MMS	
AGGIR	
QoI-AD	
Devenir à 3 mois	
Proche	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	
Lien avec l'hospitalisé	
Date de réalisation du questionnaire	
Estimation QoI-AD	
Fardeau	
Adresse	
Téléphone	

Annexe n°2 : QoL-AD – questionnaires aidant et patient

QoL-AD_{af}
(Questionnaire Aidant)

Ce questionnaire concerne ce qu'on appelle la « **qualité de vie** » de votre proche (père, mère, sœur ...)

Quand vous pensez à la vie actuelle de votre proche, elle comporte différents aspects, dont certains sont proposés dans la liste ci-dessous.

Nous vous demandons de bien réfléchir à chacun de ces aspects, et ensuite d'évaluer la qualité de vie de votre proche en entourant l'une des réponses proposées : **mauvais, moyen, bon ou excellent**.

Pour répondre, prenez en compte la qualité de vie actuelle de votre proche (c'est à dire au cours de ces dernières semaines). **Attention, il s'agit de répondre en vous mettant à la place de votre proche.**

Si vous avez besoin d'aide, n'hésitez pas à demander à la personne qui vous a remis ce questionnaire.

1. Sa santé physique	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
2. Sa forme, sa vitalité	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
3. Son moral, son humeur	Mauvais	Moyen	Bon	Excellent
4. Son cadre de vie	Mauvais	Moyen	Bon	Excellent
5. Son jugement concernant sa mémoire	Mauvais	Moyen	Bon	Excellent
6. Ses relations avec sa famille	Mauvaises	Moyennes	Bonnes	Excellentes
7. Sa vie de couple (à défaut sa relation avec la personne la plus proche)	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
8. Ses relations avec ses amis (es)	Mauvaises	Moyennes	Bonnes	Excellentes
9. L'image que votre proche a de lui même	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
10. Sa capacité à accomplir les tâches du quotidien	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
11. Sa capacité à se divertir, à se distraire, à faire des choses par plaisir	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
12. Son jugement de sa situation financière	Mauvais	Moyen	Bon	Excellent
13. Son jugement sur sa vie dans son ensemble	Mauvais	Moyen	Bon	Excellent

QoL-AD_{PF}
(Questionnaire Patient)

1. Santé physique	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
2. Forme, vitalité	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
3. Moral, humeur	Mauvais	Moyen	Bon	Excellent
4. Cadre de vie	Mauvais	Moyen	Bon	Excellent
5. Mémoire	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
6. Relations avec votre famille	Mauvaises	Moyennes	Bonnes	Excellentes
7. Vie de couple	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
8. Relations avec vos amis (es)	Mauvaises	Moyennes	Bonnes	Excellentes
9. Image de soi	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
10. Capacité à réaliser les tâches du quotidien	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
11. Capacité à vous divertir, à faire des choses pour le plaisir	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
12. Situation financière	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente
13. Vie dans son ensemble	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Excellente

QoL-AD_{VF}

Questions Patient Déroulement de l'entretien

Le QoL-AD_{VF} est administré à des sujets atteints de démence. L'entretien doit être conduit selon les instructions suivantes.

Donner le questionnaire au sujet de façon à ce qu'il/elle puisse suivre au fur et à mesure des explications. Il est important que les textes des questions et des instructions en caractère gras soient lus tels quels.

Je vais vous poser quelques questions sur votre qualité de vie. J'aimerais votre avis sur différents aspects de votre vie. Vous répondrez en choisissant l'une de ces 4 réponses : (montrer chacun des mots sur le questionnaire en l'énonçant) mauvais, moyen, bon ou excellent.

Pensez à différents aspects de votre vie aujourd'hui, comme votre santé, votre forme, votre famille, votre situation financière, etc. Je vais vous demander votre opinion sur chacun de ces aspects.

Si vous n'êtes pas sûr (e) de bien comprendre une question, n'hésitez pas à me le dire. Si vous ne savez pas très bien quelle réponse choisir parmi les quatre, indiquez quand même celle qui vous semble la plus proche de votre situation actuelle.

En général, il est assez facile de se rendre compte si le sujet comprend les questions, et la plupart des individus qui sont en mesure de communiquer et de répondre à des questions simples peuvent comprendre le questionnaire. Si le sujet répond de la même manière à toutes les questions, ou dit quelque chose qui peut suggérer un manque de compréhension, l'enquêteur doit essayer de clarifier la question.

Cependant en aucun cas, l'enquêteur ne suggérera une réponse : les quatre modalités doivent être présentées et le sujet doit faire un choix.

Le sujet doit avoir la feuille du questionnaire entre les mains, de manière à suivre.

Au fur et à mesure des questions, demander au sujet d'entourer sa réponse. Si le sujet a des difficultés à entourer la réponse, vous pouvez lui demander qu'il vous montre ou vous dise son choix, et vous pourrez l'entourer à sa place.

Si le sujet ne parvient pas à choisir une réponse à un ou plusieurs items, le signaler dans les commentaires.

Si le sujet est incapable de comprendre et/ou de répondre à deux items ou plus, la passation peut être interrompue ; dans ce cas, le noter dans les commentaires.

QoL-AD_{vr}

1. Concernant votre santé, physiquement comment ça va ? En ce moment, vous diriez que votre santé physique est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ? Entourez la réponse de votre choix

2. Est-ce que vous vous sentez en forme ? En ce moment, vous diriez que votre forme est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

Si le sujet répond que cela dépend des jours, lui demander comment il/elle s'est senti(e) la plupart du temps au cours de ces derniers jours.

3. Ces jours-ci, comment va votre moral, votre humeur ? Vous diriez que votre moral est mauvais, moyen, bon ou excellent ?

4. Que pensez-vous de votre cadre de vie, de l'endroit où vous habitez actuellement ? Vous diriez qu'il est mauvais, moyen, bon ou excellent ?

5. Que pensez-vous de votre mémoire ? Vous diriez qu'elle est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

6. Comment cela se passe avec votre famille ? En ce moment, vous diriez que vos relations avec les membres de votre famille sont mauvaises, moyennes, bonnes ou excellentes ?

Si le sujet dit ne pas avoir de famille, préciser en l'interrogeant à propos d'éventuels frères, sœurs, enfants, nièces, neveux ...

7. Que pensez vous de votre vie de couple ? En ce moment, vous diriez que vos relations avec X sont mauvaises, moyennes, bonnes ou excellentes ?

Certains sujets seront célibataires, veufs ou divorcés. Dans ce cas, demander comment se passe la relation avec la personne la plus proche, que ce soit un membre de la famille, un ami ou un aidant familial. S'il/elle n'a personne dans son entourage, ou si le sujet est hésitant, valider le domaine comme « information manquante ». Si le sujet évalue sa relation avec une personne autre que son époux/épouse, en rendre compte dans la section « commentaires » en notant le type de lien.

8. Comment trouvez-vous vos relations en ce moment avec vos amis ? Vous diriez qu'elles sont mauvaises, moyennes, bonnes ou excellentes ?

Si le sujet vous répond qu'il n'a pas d'ami, ou que tous ses amis sont décédés, continuer par : **Y a t-il quelqu'un en dehors de la famille dont vous appréciez la compagnie ?** si le sujet cite quelqu'un, demander : **Seriez-vous d'accord pour dire c'est un (e) ami (e) ?** si oui, vous diriez que les relations avec cette personne sont mauvaises, moyennes, bonnes ou excellentes ?

Si le sujet réitère sa réponse, demander : **Si vous n'avez pas d'amis, vous diriez que cette situation est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?**

QoL-AD_{vr}

9. Quelle image avez-vous de vous-même en ce moment ? Quand vous pensez à ce que vous êtes, à ce qui vous caractérise, cette image est-elle mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

10. Que pensez-vous de votre capacité à réaliser les tâches de tous les jours comme le ménage, le bricolage ou d'autres choses que vous avez besoin de faire ? Vous diriez que votre capacité est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

11. Que pensez-vous de votre capacité à vous divertir, à faire des choses par plaisir ? Vous diriez que votre capacité à vous distraire est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

12. Que pensez-vous de votre situation financière actuelle ? Vous diriez que votre situation financière est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

Si le patient hésite, lui expliquer qu'il ne s'agit pas de savoir combien il/elle a d'argent, mais simplement comment il/elle se sent vis à vis de sa situation financière.

13. Comment trouvez-vous votre vie dans son ensemble ? En ce moment, vous diriez que votre vie est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?

.....
Attribution du score :

Les points suivants sont attribués à chaque item : Mauvais=1, Moyen=2, Bon=3, Excellent=4.

Le score total est la somme des points obtenus aux 13 items.

Test psychométrique des 4 IADL

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

Donner la réponse « ne s'applique pas » lorsque le patient n'a eu que rarement, ou jamais l'occasion d'effectuer l'activité dont il s'agit, par exemple un patient homme peut n'avoir jamais fait la lessive. Lorsque vous n'avez pas d'informations ou peu sûres, notez « ne peut pas être côté ».

UTILISER LE TELEPHONE	
1	Se sert du téléphone de sa propre initiative. Recherche les numéros et les compose ect.
2	Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus.
3	Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler.
4	Ne se sert pas du tout du téléphone.
*	Ne peut pas être côté, n'a pas l'occasion de se servir du téléphone.

UTILISER LES TRANSPORTS	
1	Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi ou bien en utilisant sa propre voiture.
2	Utilise les transports publics à condition d'être accompagné.
3	Ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, avec l'assistance d'un tiers.
4	Ne se déplace du tout à l'extérieur.
*	Ne peut pas être côté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de voyager.

PRENDRE DES MEDICAMENTS	
1	Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite.
2	Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels.
3	Est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance.
4	Est incapable de prendre ses médicaments.
*	Ne peut pas être côté, ne s'applique pas, aucun médicament prescrit ou autorisé, n'a aucune responsabilité concernant son traitement.

GERER SES FINANCES	
1	Gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque). Perçoit et contrôle ses revenus.
2	Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture ou met son compte bancaire à découvert.
3	Parvient à effectuer des achats journaliers, mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque ou pour les achats importants. Ne peut pas rédiger de chèque ou suivre en détail l'état de ses dépenses
4	Est incapable de s'occuper d'argent.
*	Ne peut pas être côté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de manier de l'argent.

Annexe n°6 : Inventaire du fardeau de Zarit

Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.	
<p>Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.</p>	
<p>Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.</p>	
<p>Cotation : 0 = jamais 1 = rarement 2 = quelquefois 3 = assez souvent 4 = presque toujours</p>	
À quelle fréquence vous arrive-t-il de...	
Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4
<p>La revue du Gériatrie, Tome 26, N°4 AVRIL 2001</p>	

NOM : BRIODEAU

PRENOM : Karen

TITRE DE THESE :

Influence de la qualité de vie perçue par la personne âgée en soins de suite polyvalents et celle estimée par l'aidant naturel sur l'orientation à la sortie et le devenir à 3 mois

RESUME

De plus en plus de personnes âgées sont hospitalisées et la question de leur devenir après une hospitalisation notamment en soins de suite polyvalents se pose très régulièrement.

Si les facteurs de risque d'institutionnalisation ont été largement étudiés, aucune étude ne s'intéresse à l'influence de qualité de vie des personnes âgées hospitalisées mais aussi celle estimée par leurs aidants naturels sur leur devenir.

Une étude prospective a été réalisée dans le service de soins de suite polyvalents du centre hospitalier de Luçon auprès de 30 patients âgés de 75 ans et plus et de leurs aidants naturels. Nous avons comparé les scores obtenus à l'échelle de la QoI-AD par les patients et leurs aidants en fonction de leur devenir, à savoir retour à domicile ou entrée en EHPAD, en sortie d'hospitalisation et à 3 mois de leur sortie.

Si la qualité de vie perçue par les patients âgés ne semble pas influencer leur devenir après hospitalisation, la qualité de vie des patients estimée par leurs aidants naturels semble bien influencer leur devenir à 3 mois de leur sortie.

L'approche du devenir par la notion de qualité de vie permet de replacer les sujets âgés au centre des préoccupations et d'aborder avec les aidants les difficultés rencontrées à domicile.

MOTS-CLES

Sujets âgés – qualité de vie – QoI-AD – devenir – soins de suite polyvalents