

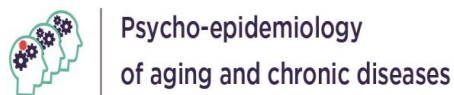
Vendredi 14 Février

13:30 – 14:00

Auditorium 1

**Trajectoire des soins des personnes âgées en EHPAD et
Familles d'accueil - Résultats des projets KASEHPAD/KASAF**

Modérateur(s) : M. TABUE TEGUO (Fort-de-France), D. BOUCAUD-MAITRE (Lyon)



JCVMA, le 14 février 2025

Trajectoire des soins des personnes âgées en EHPAD et Familles d'accueil - Résultats des projets KASEHPAD/KASAF



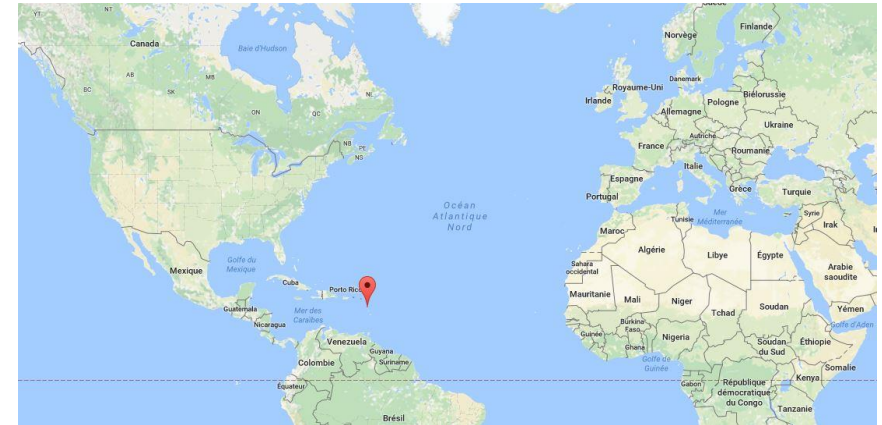
Données d'inclusion: Denis BOUCAUD-MAITRE
PhD, Centre Hospitalier le Vinatier
Equipe de recherche EPICLIV

Données de suivi: Maturin TABUE-TEGUO
PUPH, CHU de Martinique
Equipe de recherche EPICLIV



Situation démographique des Antilles

- Guadeloupe et Martinique en 2023: 30% et 33% de la population âgée de plus de 60 ans (Insee, 2023)
- En 10 ans, la Guadeloupe a perdu 26274 habitants et la Martinique 37865 habitants
- Exode des jeunes: seulement 25% (Guadeloupe) et 26% (Martinique) de la population a moins de 25 ans
- **Projections 2042:**
 - ✓ Perte d'habitants: 75.000 pour la Guadeloupe et 83.000 pour la Martinique
 - ✓ Plus de 65 ans: 38% et 42%



■ Principe des familles d'accueil



Accueil de 1 à 3 personnes âgées

- Mise à disposition d'une chambre pour chaque personne âgée, repas et activités quotidiennes
- Environ 3000 familles et 4500 seniors accueillis
- Coordonnées par les conseils départementaux, agrément de 5 ans, formation obligatoire de 54 heures
- Contrat de gré à gré entre l'accueillant et la personne âgée
- Très peu de données françaises sur le profil: 61% ont plus de 80 ans, 70% des femmes



Littérature internationale

Revue systématique de la Cochrane de 2015

- Braun *et al.* (1987): 100 en famille d'accueil, 100 à domicile. A 3 mois, score ADL supérieur en famille d'accueil, pas de différence sur la morbidité définie par le nombre d'infections, de blessures, de problèmes cutanés ou d'hospitalisations
- Oktay *et al.* (1987): randomisation de 112 PA entre famille d'accueil et EHPAD. Taux de mortalité similaire (32 versus 30%) à un an, meilleur score ADL et statut cognitif en famille d'accueil, qualité de vie inférieure. Effectif faible

Absence de littérature internationale

Constat et Hypothèse de recherche

- 80 familles d'accueil, 150 personnes âgées accueillies
- Volonté politique, manque d'alternatives, facteurs sociaux-anthropologiques

Constat:

1. Présenté comme une alternative aux EHPAD
2. Suivi infirmier quotidien
3. Forfait directement attribué à l'accueillant (1500 euros mensuel par personne âgée)

Hypothèse: les personnes âgées en famille d'accueil seraient-elles des personnes dépendantes, avec un profil similaire à celui des EHPAD?

Lettre au Lancet Healthy Longevity

Correspondence

Foster families to support older people with dependency: a neglected strategy

With ageing of the population, the development and implementation of novel strategies for care of people aged 60 or more have become crucial issues. Since 2019, WHO, within the framework of Decade of Healthy Ageing, has set up the integrated care for older people (ICOPE) approach. ICOPE aims to promote healthy ageing by maximising every person's intrinsic capacity and functional ability. The preventive model is focused on reorienting care and social services and promoting continuity of care with a life course perspective.¹ Integration of care services for older people to promote healthy ageing strongly relies on primary and community care. In this context, foster families for older people might represent an interesting but still poorly developed and explored strategy to address the unmet clinician and social needs and prevent nursing home admissions for people aged 60 years or above. In the West Indies (Caribbean islands), foster families have been in place for 20 years, and are currently taking care of more than 200 people.² This model of care is due to local health policies and the social, cultural, and anthropological specificities of the territory. Each foster family is responsible for one to three people aged 60 years or above; the family provides a room in the house for each person and provides them with meals and activities. The links between the foster careers and the care recipient are strong; participation of the residents in the family's life and the close contact with a single referent person could have a strong effect on their wellbeing and feelings of loneliness. A medical follow-up is frequently in place, with a nurse visiting once or twice per day, and physical therapy sessions if necessary.

Unfortunately, foster families for people aged 60 years or more have not yet been sufficiently studied over the past 30 years^{3,4} and are not particularly developed in high-income and middle-income countries. In fact, it is important to better define the clinical profile of the type of person who can be candidate to a foster family. The effectiveness of this model should also be explored, especially by comparing it to existing alternatives (eg, nursing homes, residential care facilities, community-based care, and home-based care). Analysis of the direct and indirect costs of the model should also be conducted. Another possible point of concern to be addressed resides in the training of the carers in foster families. Despite the many aspects that need to be clarified to eventually optimise the functioning of existing foster families, this alternative care model should evoke special interest. It gathers the need for care of many people aged 60 or above, whose isolation and clinical conditions might hamper their independent life with the objective of preventing nursing home admissions and hospitalisations. Foster families might have a place in the evolving organisation of care present in many countries, to address the unmet needs of older people. Furthermore, foster families might also promote intergenerational solidarity and potential job creation, particularly in areas of rural or medical desertification.

We declare no competing interests.

Copyright © 2023 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

*Denis Boucaud-Maitre, Matteo Cesari, Maturin Tabue-Teguio, dents.boucaud@gmail.com

Centre Hospitalier le Vinatier, Bron, France (D.B.M.), IAMA, Université des Antilles, Guadeloupe, France (D.B.M., M.T.T.), University of Milan, Milan, Italy (M.C.), CHU de Martinique, Fort-de-France, Martinique, France (M.T.T.)

1. Cesari M, Sumi Y, Han ZK, et al. Implementing care for healthy ageing. *BMJ Glob Health* 2022; 7: e007778.

2. Boucaud-Maitre D, Villeneuve R, Simo-Tabue N, Dartigues JF, Aminova H, Tabue-Teguio M. The healthcare trajectories of older people in foster families: protocol for an observational study. *JMIR Res Protoc* (in press).
3. Young C, Hall AM, Gonçalves-Bradley DC, et al. Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 4: CD009844.
4. Braun KI, Rose CL. Geriatric patient outcomes and costs in three settings: nursing home, foster family, and own home. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 387-97.
5. Oksay JS, Volland PJ. Foster home care for the frail elderly as an alternative to nursing home care: an experimental evaluation. *Am J Public Health* 1987; 77: 1295-10.



OMS Centre Collaborateur p... · 06 janv.

Solidarité intergénérationnelle dans "Foster families to support older people with dependency: a neglected strategy"

[thelancet.com/journals/lanhl...](https://www.thelancet.com/journals/lanhl...)

@brunovellas @TabueMaturin @LaSFGG @RollandYves2



Foster families to support older people with depend...
[thelancet.com](https://www.thelancet.com)

Les familles d'accueil pour personnes âgées pourraient représenter une stratégie intéressante, mais encore peu développée et explorée, pour répondre aux besoins cliniques et sociaux non satisfaits des personnes âgées

Etudes KASEHPAD et KASAF



- 1 **KASEHPAD: étude de cohorte prospective sur 1 an des personnes âgées prises en charge en EHPAD**
- 2 **KASAF: étude de cohorte prospective sur 1 an des personnes âgées prises en charge en famille d'accueil**
- 3 **Même méthodologie, mêmes objectifs**



Comparaison du parcours de soins entre EHPAD et famille d'accueil

Comparer sur une durée d'un an, le taux d'hospitalisation des personnes âgées

2 Durée totale d'hospitalisation sur un an

3 Coût total des hospitalisations sur un an

4 Nombre total de consultations sur un an

5 Coût du parcours de soins sur un an

6 Epuisement professionnel

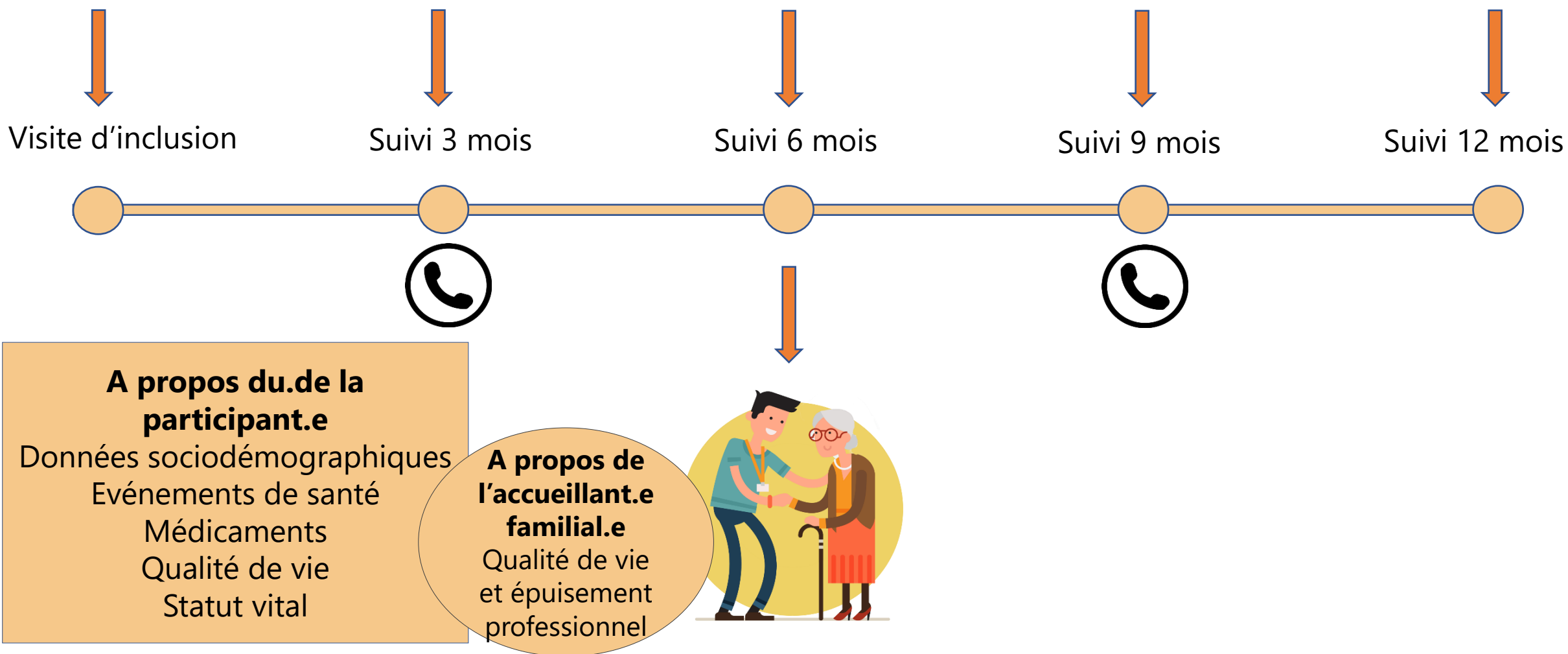
7 Mortalité à un an

8 Qualité de vie des résidents et des soignants

9 Prévalence des syndromes gériatriques

10 Incidence de la pneumopathie sur un an

SUIVI des participant.es



Déroulé de KASAF et KASEHPAD

- Début des inclusions: 23 septembre 2020
- 107 personnes âgées recrutés dans KASAF issues de 56 familles d'accueil (taux de participation: 82,3%)
- 332 personnes âgées recrutés dans KASEHPAD (10% des résidents d'EHPAD aux Antilles):
 - ✓ 238 en Guadeloupe
 - ✓ 94 en Martinique à partir de juillet 2022
- Fin du suivi de KASAF: mai 2022
- Fin du suivi de KASEHPAD: octobre 2023

■ Exploitation des données KASA



➤ Présentation du projet

Boucaud-Maitre D *et al.*, Lancet Health. Long., 2023

Boucaud-Maitre D *et al.*, JMIR Res Protoc., 2023

➤ Données sur le profil des personnes âgées:

Boucaud-Maitre D *et al.*, Innov in Aging, 2024

Boucaud-Maitre D *et al.*, Front. Med., 2024

Boucaud-Maitre D *et al.*, Sci Rep, minor rev., 2025

➤ Données sur les accueillants:

Boucaud-Maitre D *et al.*, Gerontol and Soc, 2024

➤ Données sur la qualité de vie:

Boucaud-Maitre D *et al.*, JNHA, 2024

➤ Données sur les troubles neuropsychiques et les antipsychotiques:

Boucaud-Maitre *et al.*, PlosOne 2025

Boucaud-Maitre *et al.*, Sci Rep., minor rev, 2025

➤ Données sur la dénutrition:

Boucaud-Maitre D *et al.*, PlosOne, 2024

Tabué *et al.*, Nutrients, 2024



Caractéristiques des accueillants familiaux

Caractéristiques	Total (n=56)
Âge (Moyenne et écart-type)	60,3 ± 6,8
Sexe (n et % de femmes)	55 (98,2%)
Nombre de personnes âgées accueillies	1,9 ± 0,7
<u>Statut marital</u> • Marié, pacsé, en couple • Célibataire, divorcé, veuf	38 (70,4%) 15 (29,6%)
Activité professionnelle antérieure	53 (94,6%)
Activité professionnelle antérieure dans le domaine du soin à la personne	29 (54,7%)
Nombre d'années d'exercice en tant qu'accueillant	11,7 ± 7,3

Accueillant(e)s sont âgés, presque toutes des femmes, plus de la moitié travaillait avant dans le soin à la personne.

■ Comparaison avec KASEHPAD

Caractéristiques	KASAF (n=56)	KASEHPAD (n=82)
Âge	60,3 ± 6,8	45,8 ± 11,3
Sexe (femmes)	55 (98,2%)	68 (82,9%)
Scolarité	11,9 ± 2,4	12,4 ± 2,4
<u>Statut marital</u>		
• Marié, pacsé, en couple	38 (67,9%)	42 (51,2%)
• Célibataire, divorcé	15 (26,8%)	39 (47,6%)
• Veuf	3 (5,4%)	1 (1,2%)
Revenus		
• >2300 euros	31 (55,4%)	Salaire moyen en EHPAD aux Antilles aide-soignant: 2073 euros
• 1500-2300 euros	15 (26,8%)	
• 760-1500 euros	4 (7,1%)	
• Ne souhaite pas répondre	6 (10,7%)	



Qualité de vie des accueillants

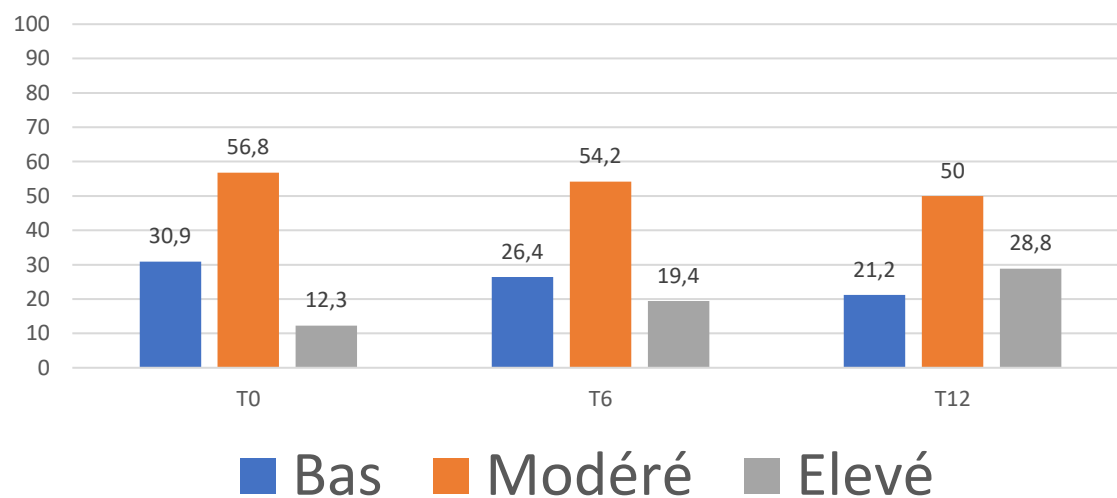
SF36	KASAF (n=56)	KASEHPAD (n=82)	P
• Fonctionnement physique	98.0 ± 9.0	92.5 ± 17.9	0.018
• Rôle physique	74.1 ± 8.2	69.2 ± 28.7	0.147
• Douleur physique	76.0 ± 16.0	70.7 ± 23.1	0.112
• Santé générale	58.8 ± 12.4	57.5 ± 13.7	0.552
• Vitalité	84.3 ± 13.6	64.0 ± 19.7	<0.001
• Fonctionnement social	86.6 ± 12.8	75.8 ± 24.6	<0.001
• Rôle émotionnel	97.0 ± 9.6	78.0 ± 34.8	<0.001
• Santé mentale	91.6 ± 12.7	82.3 ± 16.1	<0.001

A l'inclusion, la majorité des scores de qualité de vie sont supérieurs chez les accueillants familiaux

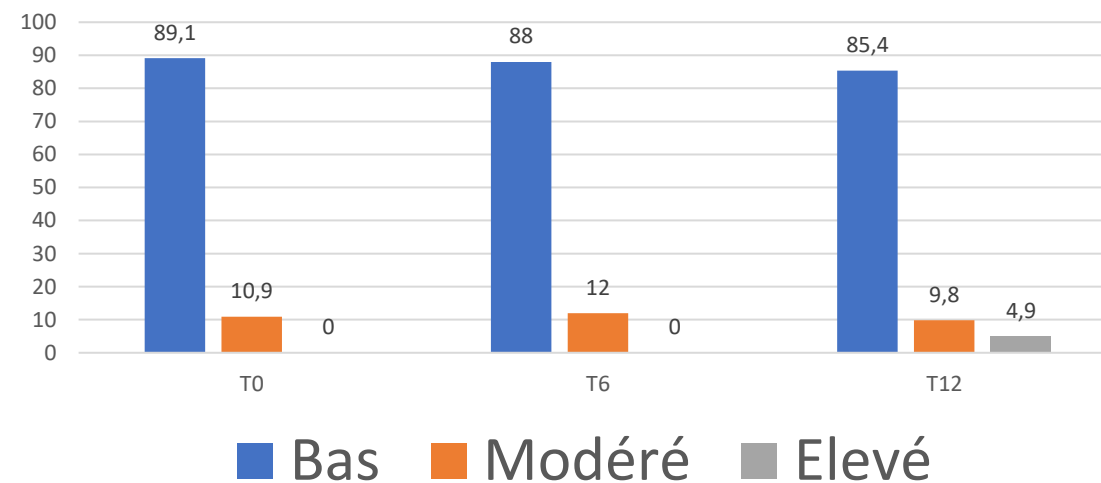


Burnout des accueillants

Burnout dans KASEHPAD



Burnout dans KASAF



Comparaison résidents KASAF/KASEHPAD

Caractéristiques	KASAF (n=107)	KASEHPAD (n=332)	p
Age	81.8 ± 11.3	81.3 ± 10.1	0.581
Sexe (hommes)	41 (38.3%)	168 (50.6%)	0.027
<i>Pas d'enfants</i>	41 (39.0%)	140 (44.4%)	0.755
Durée médiane de séjour	3.1	3.3	0.849
<i>Veuf(ve)</i> <i>Célibataire ou divorcé</i>	22 (22,6%) 65 (67,0%)	65 (19,8%) 191 (58,0%)	
GIR à l'entrée en famille d'accueil ou en EHPAD			
GIR 1-2	19 (17.9%)	110 (37.4%)	<0.001
GIR 3-4	75 (70.7%)	134 (45.6%)	
GIR 5-6	12 (11.3%)	50 (17.0%)	



En France hexagonale: 30%



En France hexagonale: 25%



En France hexagonale: 60% de veuf(ve)

■ Comparaison KASAF/KASEHPAD à l'inclusion

Caractéristiques	KASAF (n=107)	KASEHPAD (n=332)	p
Diabète	26 (24.3%)	94 (28.5%)	0.399
Hypertension	49 (45.8%)	221 (67.0%)	<0.001
Antécédents cardiaques	16 (14.9%)	61 (18.4%)	0.418
Antécédents d'AVC	21 (19.8%)	54 (16.4%)	0.413
Démence	53 (50.0%)	173 (52.3%)	0.684
Parkinson	13 (12.4%)	30 (9.1%)	0.714
Dépression	31 (29.0%)	67 (20.3%)	0.062
Antécédents de cancer	1 (0.9%)	14 (4.2%)	

Comparaison KASAF/KASEHPAD

Caractéristiques	KASAF (n=107)	KASEHPAD (n=332)	p
MMSE MMSE ≤ 18	9.3 ± 10.1 69 (73.4%)	11.3 ± 9.3 221 (74.9%)	0.028 0.770
ADL ADL=0	1.5 ± 1.8 35 (35,4%)	2.4 ± 2.1 58 (18,2%)	<0.001 0.001
NPI total	3.4 ± 2.5	3.4 ± 2.7	0.946
<i>Délires</i>	50 (46,7%)	131 (40,8%)	0.283
<i>Hallucinations</i>	42 (39,2%)	105 (32,5%)	0.202
<i>Apathie et indifférence</i>	9 (8.5%)	65 (20.0%)	0.006
<i>Comportement moteur aberrant</i>	38 (36.2%)	72 (22.1%)	0.004
<i>Problèmes d'appétit</i>	10 (9.3%)	75 (23.0%)	0.002



En France Hex.: 15-20%

■ Comparaison Dénutrition

Caractéristiques	KASAF (n=107)	KASEHPAD (n=332)
MNA ≤ 7	28% [IC95%: 20.9-39.1]	27.6% [IC95%: 22.0-32.5]
Facteurs associés à la dénutrition	Cognition Dépendance Dépression	Cognition Dépression

Fréquence doublée par rapport à celle en EHPAD en Hexagone

- *Points forts et faibles du modèle:*
 - ✓ Cuisine familiale (et caraibéenne), respect des goûts et des horaires
 - ✓ Pas forcément adaptés aux besoins nutritionnels
- *Enseignements pour le développement du modèle*
 - ✓ Amélioration de la prise en charge nutritionnelle à faire, surveillance
 - ✓ Formation avec aidant ou paramédicaux

Boucaud-Maitre D *et al.*, *PlosOne*, 2024
Tabué *et al.*, *Nutrients*, 2024

Comparaison Qualité de vie

Caractéristiques	EQ-5D		Qualité de vie liée à la santé selon EVA sur 100		Qualité de vie selon EVA sur 100	
	Estimate	p	Estimate	p	Estimate	p
Vivre en EHPAD	0.050	0.391	-5.63	0.226	-19.48	<0.001
Age	0.001	0.346	-0.09	0.688	0.27	0.242
Sexe (Homme)	0.051	0.301	69.9 ± 28.726.1	0.041	4.07	0.357
MMSE	-0.011	0.003	-0.34	0.310	-0.12	0.725
ADL	0.146	<0.001	3.81	0.002	2.94	0.019

Boucaud-Maitre D *et al.*, JNHA, 2024

■ Comparaison Qualité de vie

Caractéristiques	KASAF (n=44)	KASEHPAD (n=159)	p
Score total	13.7 ± 3.9	11.5 ± 4.1	0.001
Vivre entourée de plusieurs personnes me dérange (=oui)	2 (4.5%)	31 (19.5%)	0.017
Nous nous entraïdons dans cette famille d'accueil/EHPAD (=oui)	36 (81.8%)	84 (52.8%)	<0.001
Cette période que je vis dans cette famille d'accueil/EHPAD est un moment agréable de mon existence (=oui)	39 (88.6%)	94 (59.1%)	<0.001
Je parle de façon positive de mes expériences en famille d'accueil/EHPAD (=oui)	42 (95.4%)	114 (71.7%)	<0.001

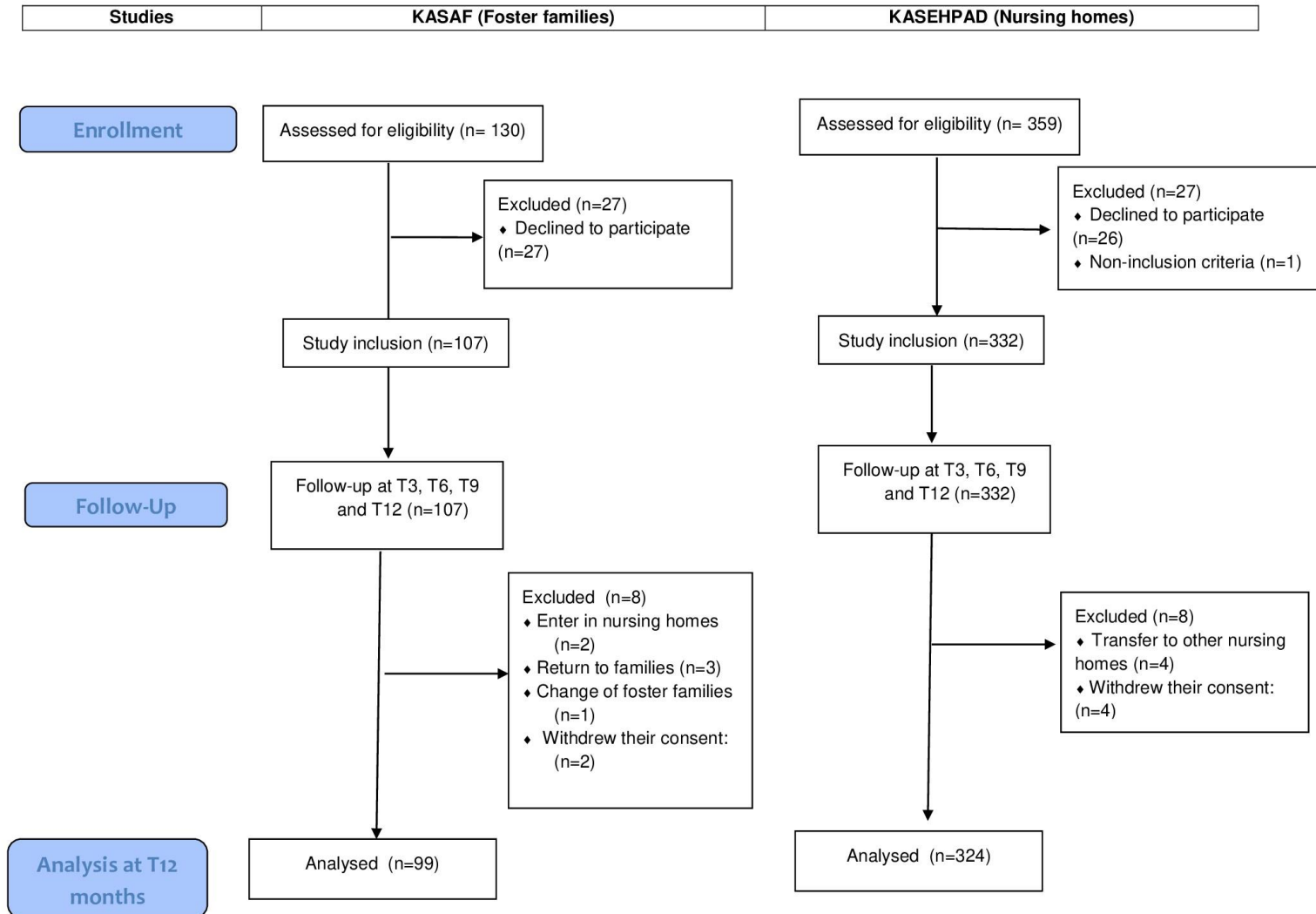
Boucaud-Maitre D *et al.*, JNHA, 2024

Conclusion sur les données d'inclusion

- Facteurs d'entrée en famille d'accueil ou en EHPAD aux Antilles: sexe masculin, isolement familial et troubles psychotiques
- Profil similaire en terme d'âge, de sexe, de cognition, de troubles neuropsychiatriques et de nutrition entre famille d'accueil et EHPAD. Plus de dépendance en famille d'accueil
- Qualité de vie subjective meilleure en famille d'accueil

Comment évolue les personnes âgées en terme d'hospitalisation, de mortalité, de cognition, de dépendance et de qualité de vie un an après?

Flow-chart KASAF/KASEHPAD



16 exclus de l'analyse finale

Mortalité, hospitalisations, passage aux urgences à 1 an

Événements de santé	KASAF (n=99)	KASEHP AD (n=324)	Model 1 (Non adjusted) (n=423)		Model 2 (adjusted on age, gender and ADL score) (n=417)		Model 3 (adjusted on age, gender, ADL and MMSE score) (n=341)	
			OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Mortalité	24 (24.2%)	71 (21.9%)	1.14 (0.67-1.94)	0.629	0.85 (0.47-1.51)	0.573	0.83 (0.43-1.60)	0.579
Hospitalisations	6 (6.1%)	28 (8.6%)	0.68 (0.27-1.70)	0.395	0.67 (0.26-1.70)	0.381	0.61 (0.23-1.60)	0.299
Mortalité ou hospitalisation	27 (27.3%)	96 (29.6%)	0.89 (0.54-1.47)	0.650	0.69 (0.40-1.17)	0.163	0.63 (0.35-1.15)	0.125
Passage aux urgences	9 (9.1%)	30 (9.3%)	0.98 (0.45-2.14)	0.960	1.11 (0.49-2.49)	0.810	0.87 (0.35-2.15)	0.764

Evolution qualité de liée à la santé, MMSE et ADL

Variables		Model 1 (Non adjusted)		Model 2 (adjusted on age and gender)			Model 3 ^a (full adjusted)		
	n	β (SE)	p	n	β (SE)	p	n	β (SE)	p
MMSE	346	-3.37 (1.21)	0.006	346	-3.38 (1.20)	0.005	341	-0.10 (0.96)	0.913
ADL	417	-0.90 (0.22)	<0.001	417	-0.82 (0.21)	<0.001	341	-0.48 (0.18)	0.007
EQ5D	406	-0.11 (0.05)	0.019	406	-0.09 (0.04)	0.044	341	0.07 (0.03)	0.007

For MMSE scale, model adjusted on age, gender and baseline ADL score.

For ADL scale, model adjusted on age, gender and baseline MMSE score.

For the EQ5D scale, model adjusted on age, gender, baseline MMSE and ADL scores.

Ne pas diffuser

Evolution qualité de liée liée à la santé, MMSE et ADL

Variables	Model 1 (Non adjusted)			Model 2 (adjusted on age and gender)			Model 3 ^a (full adjusted)		
	n	β (SE)	p	n	β (SE)	p	n	β (SE)	p
MMSE Score ≤ 18 (Yes/No)	346	0.33 (1.05)	0.755	346	0.47 (1.09)	0.664	341	-1.98 (1.44)	0.170
ADL Score = 0 (Yes/No)	417	0.98 (0.82)	0.232	417	1.05 (0.86)	0.225	341	2.08 (1.26)	0.098

For MMSE scale, model adjusted on age, gender and baseline ADL score.

For ADL scale, model adjusted on age, gender and baseline MMSE score.

For the EQ5D scale, model adjusted on age, gender, baseline MMSE and ADL scores.

Ne pas diffuser

Conclusion sur les données de suivi

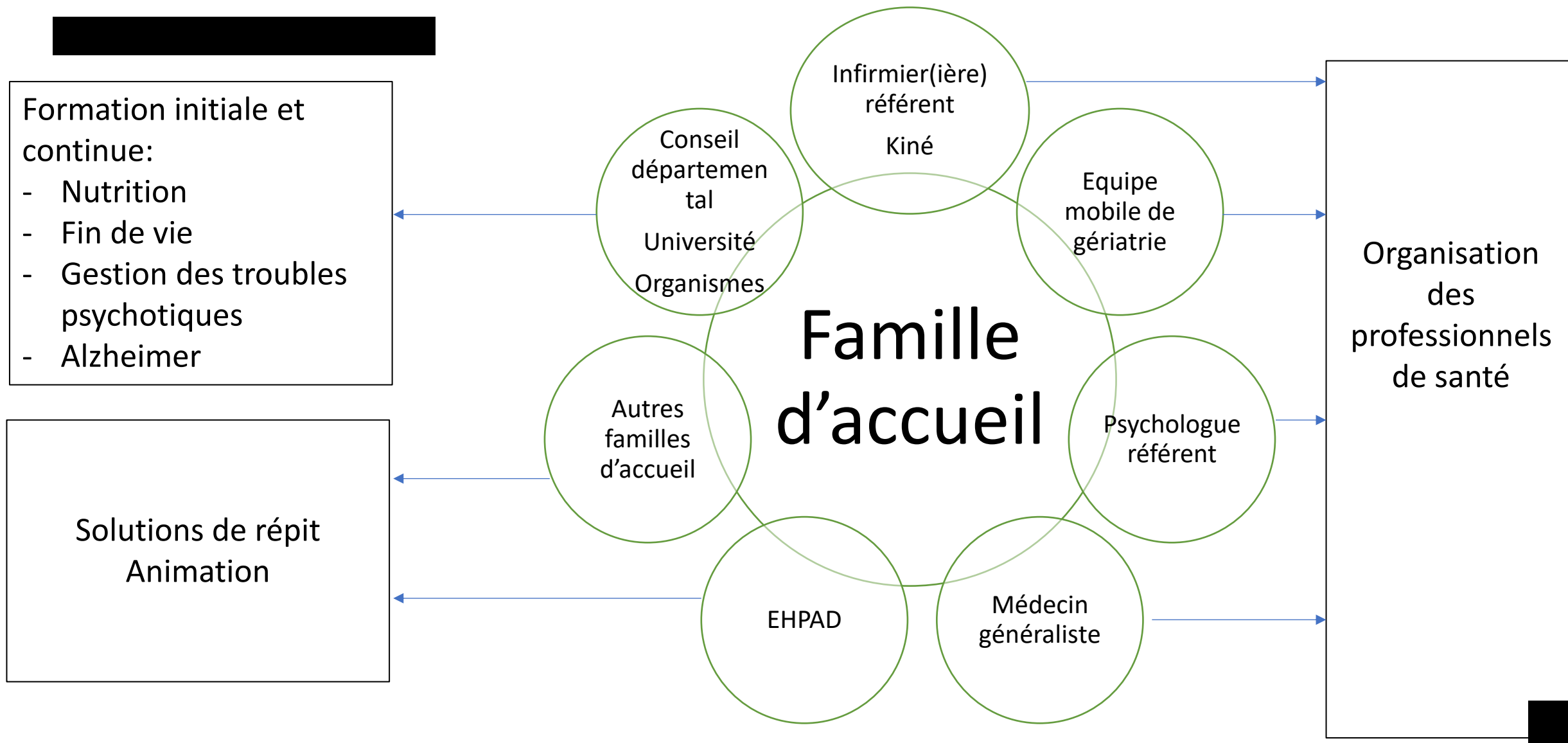
- Pas de différence sur la mortalité, les hospitalisations et les passages aux urgences
- Meilleure évolution de la qualité de vie liée à la santé en famille d'accueil
- Détérioration un peu plus prononcée sur la dépendance: adéquation du logement? Rôle de l'aidant? Manque d'activités physiques en FA?
- Limites de l'étude:
- Manque de puissance malgré taux de participation élevé.
- Période COVID mais données d'hospitalisation et mortalité similaires en période post-COVID en EHPAD
- Etude observationnelle mais le but n'est pas d'opposer les deux modèles

Conclusion sur les familles d'accueil

- Pour les personnes âgées **qui choisissent** d'aller en famille d'accueil, le modèle n'est pas moins efficace
- Qualité de vie des résidents et des aidants supérieure
- Moins chère que les EHPAD
- Pas forcément adapté aux situations très complexes (cancer actif, insuffisance rénale terminale...)
- Rapport sénatorial de 2024: « il faut doubler le nombre d'EHPAD publics d'ici 2030 »
- Disponibilité des terrains, coût de la construction, recrutement du personnel, maintien du personnel, reste à charge des EHPAD: irréalisable

Les familles d'accueil peuvent être une solution à court, moyen ou long-terme

Réflexions sur l'organisation du modèle



Remerciements

- Equipe KASA : Maturin Tabué-Teguo, Roxanne Villeneuve et Nathalie Thibault
- CHU de Guadeloupe, de Martinique et Hôpital le Vinatier
- Equipes LAMIA et EPICLIV (Université des Antilles)



Psycho-epidemiology
of aging and chronic diseases



Vendredi 14 Février

13:30 – 14:00

Auditorium 1

**Trajectoire des soins des personnes âgées en EHPAD et
Familles d'accueil - Résultats des projets KASEHPAD/KASAF**

Modérateur(s) : M. TABUE TEGUO (Fort-de-France), D. BOUCAUD-MAITRE (Lyon)