

dossiers solidarité et santé

n° 1 • janvier - mars 2003



**Les personnes âgées
entre aide à domicile et établissement**

sommaire

Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement

dossiers solidarité et santé n° 1 • janvier - mars 2003

Introduction	5
DOSSIER	
Présentation des enquêtes EHPA et SAPAD <i>Laurent Caillot et Annie Mesrine</i>	9
Les bénéficiaires des services d'aide à domicile : des publics divers <i>Sophie Bressé et Nathalie Dutheil</i>	17
Les circuits de recours aux structures d'aide à domicile des personnes âgées <i>Sophie Bressé</i>	25
Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution <i>Dominique Somme</i>	35
Éléments d'approche de la médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées <i>Olivier Saint-Jean et Dominique Somme</i>	49
Autonomie sociale et citoyenneté dans la vie quotidienne des personnes âgées vivant en institution <i>Hélène Thomas et Olivier Saint-Jean</i>	57
L'animation dans les établissements d'hébergement de personnes âgées <i>Martine Eenschooten</i>	69
L'appréhension de la personne âgée dans les enquêtes statistiques <i>Laurent Caillot</i>	85
ANNEXE : Extraits des questionnaires des enquêtes EHPA et SAPAD	97

introduction ■

Dans un contexte marqué par le développement des politiques de prise en charge de la dépendance des personnes âgées – allocation personnalisée à l'autonomie remplaçant la prestation spécifique dépendance, loi sur les institutions sociales et médico-sociales, promotion du secteur de l'aide à domicile – ce numéro des *Dossiers Solidarité et Santé* rassemble des études réalisées à partir des deux enquêtes lancées en 2000 par la DREES auprès des personnes âgées, maintenues à domicile ou résidant en institution. Les résultats issus des exploitations des enquêtes auprès des bénéficiaires de services d'aide à la personne à domicile (SAPAD) et en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) renouvellent les approches et les connaissances par rapport aux analyses antérieures.

Les contributions, qui ont été présentées lors d'un colloque tenu le 4 avril 2002 à l'hôpital européen Georges Pompidou, s'articulent autour de la problématique de la prise en charge des personnes âgées entre domicile et établissement. Elles éclairent un ensemble d'aspects sociaux jusqu'ici méconnus : le recours aux services d'aide à domicile et l'accès aux établissements d'hébergement, les activités et la sociabilité des résidents en institution, la place de la personne âgée dans sa propre prise en charge et dans les protocoles d'enquête.

Précédé d'une présentation des enquêtes EHPA et SAPAD, le dossier est organisé en deux parties, et suivi d'une contribution méthodologique sur la personne âgée dans les enquêtes statistiques.

- Partant de l'aide à domicile dispensée par des services agréés, la première partie en dégage les caractéristiques des bénéficiaires puis en étudie les circuits de recours. Vient ensuite l'étude de la transition entre domicile et établissement à travers l'analyse des filières d'admission en institution d'hébergement.

- La seconde partie, centrée sur la vie en institution, s'intéresse à la médicalisation des établissements d'hébergement, et surtout à la dimension sociale de la vie des personnes âgées. À ce titre, deux articles fournissent des éclairages croisés sur la participation sociale et la citoyenneté de leurs résidents et sur l'animation des établissements.

Laurent Caillot et Annie Mesrine ouvrent le dossier par la présentation des enquêtes EHPA et SAPAD. Décrivant tout d'abord le champ des enquêtes en termes de structures, de prestations et d'intervenants, l'article explicite le recentrage du questionnement sur la personne âgée elle-même par rapport aux versions antérieures. Il présente ensuite le mode d'échantillonnage qui passe, dans les deux cas, par l'intermédiaire d'une structure (établissement ou service d'aide), avant de montrer en quoi ces enquêtes illustrent une approche avant tout sociale de la vie des personnes âgées.

Dans la première partie du dossier, deux contributions relatives aux publics bénéficiaires des services d'aide à domicile et aux circuits de recours mettent l'accent non seulement sur l'influence du niveau de dépendance physique, mais aussi sur celle de la catégorie socioprofessionnelle, tant en ce qui concerne l'utilisation qualitative et quantitative des services d'aide que leurs modalités d'accès. La catégorie socioprofessionnelle exerce d'ailleurs également une influence significative sur le processus d'entrée des personnes âgées en établissement, qui fait l'objet du troisième article de cette première partie.

La contribution de *Sophie Bressé et Nathalie Dutheil* étudie les profils des bénéficiaires des services d'aide à domicile selon plusieurs critères. L'analyse des besoins de prise en charge – estimés d'après le niveau de dépendance physique – des types d'activités et des volumes d'aide des services d'aide ainsi que de l'origine sociale de la personne de référence du ménage conduisent à différencier les bénéficiaires en deux principaux groupes. D'un côté, 30% des bénéficiaires, qui sont des personnes lourdement dépendantes, reçoivent une aide à domicile d'une durée importante qui consiste à la

fois en aide ménagère et en aide à la personne pour accomplir certains gestes de la vie quotidienne. De l'autre, près des deux tiers des bénéficiaires reçoivent quasi exclusivement une aide ménagère d'une durée réduite. Pour ces personnes sans dépendance physique, plus souvent issues des catégories socioprofessionnelles supérieures, l'intervention à domicile s'apparente à de la prévention. Toutefois, à niveau de dépendance équivalent, la durée d'intervention au profit des anciens cadres et professions intermédiaires représente plus du double de celle dont bénéficient les personnes âgées de milieu ouvrier.

Cette répartition en deux publics nettement distincts est corroborée par l'article de *Sophie Bressé* qui explore plus précisément les circuits de recours aux SAPAD, en cherchant à identifier qui est à l'origine de la décision du recours au service d'aide, et qui accomplit les démarches. Les caractéristiques respectives des personnes âgées – interrogées alors qu'elles sont déjà bénéficiaires d'un service d'aide – selon qu'elles sont ou ne sont pas à l'origine de la décision, mettent en évidence la coexistence de deux populations. Le premier groupe rassemble des personnes plus jeunes, très largement dépourvues de dépendance physique, de niveau social élevé, vivant plus souvent en couple, et pour lesquels le service d'aide effectue surtout des tâches ménagères. Dans trois cas sur quatre, la personne âgée avait alors entrepris elle-même la démarche auprès du service d'aide. Le second groupe, plus nombreux (58%), est composé quant à lui de personnes plus âgées et très souvent isolées. C'est avant tout l'entourage – et secondairement les professionnels de santé – qui intervient dans la procédure de recours, et ce d'autant plus que la personne présente une dépendance physique forte.

Dans son article, *Dominique Somme* se penche sur les filières d'admission des personnes âgées hébergées en établissement et la participation que ces résidents ont eu à la décision d'entrée. Deux éléments sont plus particulièrement analysés : l'acteur de la demande d'entrée dans l'établissement – professionnels sociaux ou de santé, famille, personne âgée elle-même – et la raison de cette démarche (décision personnelle, état de santé...). L'intérêt d'une bonne coordination gériatrique est souligné par le fait qu'une large majorité des personnes âgées entrées en établissement proviennent d'un domicile ordinaire. La participation de la personne âgée est plus élevée chez les anciens cadres, les résidents stables, les personnes sans famille proche et celles qui connaissent leur revenu, tandis que le rôle de la famille s'affirme avec l'âge et la dépendance. L'état de santé constitue bien le principal motif de la démarche, suivi par les raisons socio-familiales et la décision de la personne. Les résidents ressentent d'autant mieux leur vie en institution qu'ils ont participé à la décision d'entrée dans cet établissement, ce qui confirme l'importance d'une participation étroite des personnes âgées à la démarche d'institutionnalisation, notamment entre 80 et 90 ans.

La seconde partie du dossier est consacrée à la prise en charge en établissement. Cette partie associe une première contribution à teneur médicale, à deux autres articles qui abordent la dimension sociale de la vie des résidents.

En ce qui concerne la médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées, *Olivier Saint-Jean* et *Dominique Somme* s'attachent à rapprocher leurs caractéristiques des nouveaux objectifs législatifs et réglementaires sanitaires. Leur article analyse le degré de médicalisation des établissements en termes de taux d'encadrement médical et paramédical puis de qualité des prestations, à l'aide notamment d'un indice composé de variables de procédure médicale (permanence des soins, protocoles de soins, tenue d'un dossier médical) et en intégrant la présence ou non de locaux pour déments. Au-delà de l'écart persistant entre la médicalisation des unités de soins de longue durée et les maisons de retraite, il en ressort une inégalité importante parmi ces dernières au regard de ce critère. Au sein des maisons de retraite, la présence d'un médecin coordonnateur semble améliorer sensiblement le degré de médicalisation de l'établissement.

Pour sa part, l'article d'*Hélène Thomas* et d'*Olivier Saint-Jean*, consacré à la citoyenneté et à l'autonomie sociale des personnes âgées vivant en institution, examine à partir de seize questions de l'enquête EHPA, l'impact de facteurs personnels et institutionnels sur deux dimensions différentes. La première est le maintien de l'autonomie sociale à travers la préservation de marges de choix dans la vie quotidienne, la gestion de ses propres affaires et le respect de l'intimité de la personne. La seconde dimension étudiée est celle de la citoyenneté concrète, approchée par la connaissance par la personne de ses droits de résident, et l'ouverture sur le monde extérieur. L'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle élevée et, dans une moindre mesure le fait d'avoir travaillé, se révèle la caractéristique la plus déterminante la préservation des marges de choix et d'autonomie.

Martine Eenschooten se concentre, quant à elle, sur l'étude des animations collectives et individuelles proposées aux résidents des établissements d'hébergement ainsi que sur leurs relations sociales. Elle compare les animations collectives telles qu'elles sont proposées par les établissements, connues par les résidents et pratiquées par ces derniers. L'offre d'animations collectives apparaît d'autant plus riche que s'élève la taille de l'établissement, mais leur connaissance par les personnes âgées s'avère inégale. La participation régulière ou occasionnelle des résidents, de même que les relations sociales entre eux, déclinent fortement selon la sévérité de la dépendance, ce qui explique leur faiblesse dans les unités de soins de longue durée. Enfin, une forte corrélation se fait jour entre l'intensité de la participation aux animations collectives et le degré de satisfaction de la personne âgée quant à sa vie dans l'établissement.

Le dossier se termine par une contribution méthodologique de *Laurent Caillot* au sujet de l'appréhension de la personne âgée dans les enquêtes statistiques. Centré sur les protocoles d'enquête dans EHPA, SAPAD et HID (Handicaps-incapacités dépendance), l'article compare le recueil des déclarations selon les circonstances de l'entretien, auprès de la personne âgée (seule ou accompagnée), ou par l'intermédiaire d'un tiers, notamment le gestionnaire de l'établissement. La répartition des personnes âgées en établissement entre niveaux de dépendance est très sensible au protocole d'enquête, entre EHPA, où l'accent a été mis sur le recueil direct de la parole de la personne, et HID où l'aptitude à répondre à l'enquête n'était pas un critère de sélection de l'échantillon. Enfin, l'étude analyse les différences de perception entre résidents et gestionnaires dans EHPA sur l'autonomie pour la toilette et l'habillement. Un décalage considérable de représentation apparaît entre les gestionnaires – dont la perception semble induite du GIR de la personne âgée – et les résidents, plus nuancés.

Laurent CAILLOT, Gilbert ROTBART

PRÉSENTATION DES ENQUÊTES EHPA ET SAPAD

Laurent CAILLOT, Annie MESRINE

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

DREES

Les enquêtes SAPAD et EHPA ont pour objectifs l'observation des différents modes de prise en charge professionnelles des personnes âgées, en établissement ou à domicile ainsi que l'évaluation de leurs besoins. La nouveauté de ces enquêtes réalisées en 2000, est qu'elles s'adressent à la personne âgée elle-même et plus seulement aux responsables ou personnels qui les accompagnent ; les usagers sont désormais interrogés directement par des enquêteurs.

La Drees a mené en 1999 et 2000 deux enquêtes auprès des établissements et services en direction des personnes âgées, enquêtes dont une des spécificités était d'interroger directement les résidents et bénéficiaires sur leurs besoins, leurs conditions de vie et la satisfaction qu'ils tiraient des prestations qui leur étaient fournies. Cette interrogation a été conduite par des enquêteurs de l'INSEE, qui avaient déjà été confrontés aux difficultés inhérentes à l'interrogation de personnes parfois lourdement dépendantes.

La première enquête s'adressait aux services d'aide aux personnes à domicile (SAPAD Structures, de septembre à décembre 1999), puis à leurs bénéficiaires (SAPAD Bénéficiaires en mai 2000). La seconde s'est effectuée auprès des établissements hébergeant des personnes âgées et de leurs résidents (EHPA Gestionnaires et Résidents en juin 2000).

Elles ont pour objectifs communs d'observer les modes de prise en charge institutionnelle que la société propose en réponse aux problèmes liés à l'âge, et d'évaluer l'adéquation de la prise en charge aux besoins exprimés par les usagers.

LE CHAMP DES ENQUÊTES : STRUCTURES, PRESTATIONS, INTERVENANTS, BÉNÉFICIAIRES

De même que l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) réalisée de 1998 à 2001 par l'INSEE¹, les opérations statistiques EHPA et SAPAD s'inscrivent dans un contexte marqué par l'augmentation de l'espérance de vie, la prévalence croissante de la dépendance aux âges élevés et les débats sur l'alternative entre le placement en institution et le maintien à domicile, le plus souvent au moyen d'une aide professionnelle. Les pouvoirs publics ont eu pour préoccupation de faciliter la prise en charge des personnes âgées et d'aménager les conditions de celle-ci (Encadré 1).

1 - Cf. Laurent Caillot, «L'appréhension de la personne âgée dans les enquêtes statistiques», encadré 4, dans ce même numéro.

A travers ces trois enquêtes, on dispose désormais d'un dispositif statistique qui, par la complémentarité des objectifs et protocoles d'enquête, couvre bien le champ des personnes âgées. La prise en charge des personnes âgées est envisagée dans la pluralité de lieux d'existence (domicile et établissement) et par l'intermédiaire des aides, professionnelles ou bénévoles, dont elles bénéficient.

les modes de prise en charge professionnelle des personnes âgées

Les enquêtes EHPA et SAPAD apparaissent complémentaires dans les lacunes statistiques qu'elles comblent :

- D'une part, elles couvrent de manière plus complète le champ de la prise en charge professionnelle des personnes âgées, qu'elles se trouvent en établissement (à travers EHPA) ou à domicile, dans la mesure où elles ont recours à une aide professionnelle (à travers SAPAD). Elles fournissent un éclairage sur les prestations et sur les personnels des services d'aide à domicile et des établissements d'hébergement,

- D'autre part, elles ont pour ambition de satisfaire le besoin de connaissance, par des données récentes et fiables, sur la situation socio-familiale, les attentes et la satisfaction des personnes âgées, afin d'améliorer la qualité des services qui leur sont rendus dans les secteurs social et médico-social.

ENCADRÉ 1 ●

LE CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

dispositifs facilitant l'accès à l'aide à domicile

Différents dispositifs fiscaux ont facilité l'accès à l'aide à domicile.

La loi rectificative du 30 décembre 1991 sur les emplois familiaux fait bénéficier les ménages employeurs d'une réduction d'impôts de 50 % de la dépense totale annuelle, jusqu'à un certain plafond de dépenses.

Parallèlement, les personnes âgées de 70 ans ou plus ou les personnes dépendantes de moins de 70 ans, peuvent bénéficier depuis la loi du 27 janvier 1987 d'une exonération totale des charges patronales de sécurité sociale, dès lors qu'elles rémunèrent une aide à domicile. Ces dispositions s'appliquent aux ménages qui emploient un intervenant à domicile dans le cadre d'un service mandataire, cadre où l'usager est l'employeur du salarié.

Depuis 1999, cette exonération a été étendue aux rémunérations des aides à domicile employées sous CDI par les organismes agréés, ce qui réduit le coût de la prestation pour les personnes s'adressant à un service prestataire. La loi du 20 juillet 2001, article 18, étend cette exonération aux rémunérations des aides à domicile employées sous contrat pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions visées à l'article L.122-1-1 du code du travail.

prise en charge de la dépendance

La prestation spécifique dépendance (PSD), instituée par la loi du 24 janvier 1997 au bénéfice des personnes âgées les plus dépendantes, prenait en charge une partie des aides nécessaires au maintien de la personne à domicile ainsi qu'une partie des frais en institution.

Elle est remplacée depuis le 1er janvier 2002 par l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA, loi du 20 juillet 2001), prestation universelle, ouverte à l'ensemble des personnes âgées connaissant une perte d'autonomie (GIR 1 à 4), qu'elles vivent à domicile ou en établissement. Cette prestation est encadrée à domicile par des barèmes nationaux garantissant une égalité de traitement sur tout le territoire.

textes aménageant la vie des personnes en institution

Dès les années 80, obligation a été faite aux établissements sociaux et médico-sociaux d'associer les usagers et leur famille au fonctionnement de l'établissement, par la création, notamment d'un conseil d'établissement (décret du 17 octobre 1985).

Pour les établissements hébergeant des personnes âgées, ces dispositions ont été complétées en 1997, dans le cadre de la loi instituant la PSD, par la mention d'un règlement intérieur garantissant les droits des résidents et le respect de leur intimité, et d'un contrat de séjour à établir entre l'établissement et le résident.

Les décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999, modifiés par le décret 2001-388 du 4 mai 2001 relatif à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, précisent les modalités d'entrée dans la réforme posée par la loi de 1997, et plus particulièrement les obligations liées à la signature d'une convention avec le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. Cette convention précise les objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes accueillies et les moyens de les mettre en œuvre dans le cadre des recommandations fixées dans le cahier des charges annexé à l'arrêté du 26 avril 1999. Elle peut déclencher des financements supplémentaires de l'assurance maladie pour les soins apportés aux résidents.

Enfin, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a réaffirmé les droits des usagers et de leur entourage en étendant son application à l'ensemble des établissements et services sociaux ou médico-sociaux : elle instaure, en particulier, un livret d'accueil, une charte des droits et libertés de la personne accueillie, l'obligation d'un contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge, la création d'un règlement de fonctionnement, la mise en place d'un projet d'établissement ou de service, l'obligation d'instituer dans chaque établissement ou service soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation des usagers.

de l'aide professionnelle à domicile...

Le champ de l'enquête SAPAD est constitué par les services d'aide aux personnes à domicile agréés qui dispensent une aide professionnelle aux activités de la vie quotidienne, tâches ménagères (ménage, lessive, préparation des repas, repassages...), courses, tâches administratives, assistance aux personnes (habillage, toilette, transferts...). L'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV) de mai 1999 incluait déjà un volet sur les services de proximité dans leur ensemble (à domicile ou hors domicile) et le service statistique du ministère des Affaires sociales avait également réalisé en 1996 une enquête sur les services de soins à domicile. D'après l'enquête EPCV de 1999, seulement une minorité (18 %) de ménages bénéficient d'aides payantes ou bénévoles (en d'autres termes, professionnelles ou non) réalisées au domicile ou à l'extérieur du domicile.

L'accent a donc porté, dans l'enquête SAPAD, sur les interventions à domicile des professionnels du secteur social des structures d'aide à domicile. Du fait de ce ciblage, les services de soins infirmiers à domicile ou d'hospitalisation à domicile ne font pas partie du champ de l'enquête. Ont également été écartés les organismes dont la seule prestation d'aide à domicile se limite au portage de repas ou à la téléalarme, afin de centrer l'enquête sur les services dédiés spécifiquement à l'aide à domicile. Par ailleurs, dans SAPAD, l'attention s'est focalisée sur les services ayant reçu un agrément², ce qui excluait notamment les aides fournies de gré à gré.

Les personnes âgées constituent, avec les personnes handicapées et les familles, un des trois types de clientèle des services professionnels d'aide à domicile. Chacune de ces catégories de bénéficiaires fait l'objet d'un questionnaire spécialisé qui comporte quelques modules différenciés à côté d'une majorité de modules communs. Pour les personnes âgées, l'entretien s'articule autour des thèmes majeurs que sont la nature et le contenu de l'aide fournie par le service, les autres aides dont bénéficie la personne âgée, les incapacités de cette personne et les caractéristiques de son logement.

Au cours de l'année 1998, 6 500 structures géraient au total 7 100 services d'aide à domicile dotés d'un agrément³. Ces services sont intervenus auprès d'une clientèle de 1 400 000 personnes, laquelle est composée à 18 % de personnes handicapées, à 3 % de familles, les personnes âgées en constituant ainsi de loin la majorité : 1 100 000 personnes ont 60 ans ou plus.

Les services sont de taille très hétérogène. La moitié d'entre eux sont intervenus, au cours de l'année 1998, auprès de moins de 80 particuliers. Parmi ces services, 10 %, en majorité des centres communaux d'action sociale (CCAS), ont prodigué une aide à moins de 9 bénéficiaires. A l'opposé, 10 % des services, essentiellement des associations loi de 1901, sont intervenus auprès de 500 personnes ou plus.

Environ 220 000 intervenants à domicile étaient en fonction en septembre 1999. Aucun personnel médical ou paramédical n'est employé par les services, ce qui traduit leur vocation sociale : leur personnel est constitué à 97 % d'aides à domicile (aides ménagères, auxiliaires de vie).

TABLEAU 1 ●
comparaison des champs des enquêtes SAPAD et EHPA

Enquête	Services agréés d'aide aux personnes à domicile (SAPAD)	Etablissements hébergeant des personnes âgées (EHPA)
Nombre	7 100	10 400
Nature des prestations	Aide aux activités de la vie quotidienne : • Tâches ménagères (ménage, lessive, préparation des repas, repassages...) • Courses • Tâches administratives Assistance aux personnes : • Habillage, toilette, transferts...	Selon la catégorie d'établissement • Hébergement • Restauration collective • Animations collectives • Soins et services à la personne
Fonction du personnel	Principalement des aides à domicile (aides ménagères, auxiliaires de vie) Pas de personnel médical ou paramédical	Personnel médical et paramédical Personnel éducatif ou social Aides médico-psychologiques
Bénéficiaires ou résidents permanents	1 100 000 bénéficiaires de 60 ans ou plus	660 000 résidents de 60 ans ou plus

2 - Agrément simple ou agrément qualité pour les structures prestataires (agrément qualité pour les entreprises privées, agrément simple ou qualité pour les associations et CCAS) et agrément qualité pour les structures mandataires (associations et CCAS). L'agrément qualité, délivré par la DRTEFP, est nécessaire aux services qui s'adressent à des personnes âgées de 70 ans et plus.

3 - Les services fonctionnent sur le mode mandataire (la structure embauche le salarié à la place de la personne), sur le mode prestataire (prestation réalisée par un intervenant employé par la structure) ou sur les deux modes à la fois.

...à l'accueil en établissement d'hébergement

L'enquête EHPA est originale dans sa démarche, s'adressant directement aux personnes âgées résidant en maisons de retraite, unités de soins de longue durée et logements-foyers. Elles peuvent ainsi obtenir une image des perceptions et des souhaits de ces personnes elles-mêmes.

Les prestations dispensées par ces établissements sont très diverses. Par définition, ils offrent tous l'hébergement à leurs résidents, soit comme pensionnaires dans le cas des maisons de retraite et des unités de soins de longue durée soit comme locataires dans le cas des logements-foyers. Par contre, la restauration collective, si elle est proposée aux pensionnaires, peut ne pas l'être aux locataires. Parmi l'offre de prestations peuvent également figurer les animations collectives, les soins et les services à la personne.

L'enquête s'attache à la description de l'activité de l'établissement, notamment de l'hébergement proposé, de l'animation et du projet institutionnel, et à la connaissance du personnel et de la clientèle, ainsi qu'au mode de vie, au niveau de satisfaction et à la situation sociale des usagers.

Environ 10 400 établissements hébergeant des personnes âgées font partie en 2000 du champ de l'enquête. Six établissements sur dix sont des maisons de retraite, trois sur dix des logements-foyers, un sur dix est une unité de soins de longue durée (USLD). Toutes catégories confondues, ils hébergent, au moment de l'enquête, une population de 660 000 résidents.

Des personnels médicaux et paramédicaux interviennent dans les établissements, en plus des personnels sociaux, médico-sociaux ou éducatifs.

**UN QUESTIONNEMENT RÉNOVÉ EN PROFONDEUR
PAR RAPPORT AUX ENQUÊTES PRÉCÉDENTES***les enquêtes jusqu'alors surtout institutionnelles...*

Jusqu'en 1998, le service statistique du ministère des Affaires sociales réalisait des enquêtes auprès des services et établissements sociaux et médico-sociaux, dont certaines étaient régulières. Citons l'enquête auprès des services de travailleuses familiales en 1993, l'exploitation des rapports d'activité des services de soins infirmiers à domicile en 1996, ainsi que les enquêtes auprès des établissements hébergeant des personnes âgées, bisannuelles depuis 1985. Ces opérations, réalisées par voie postale, consistaient le plus souvent en un recensement exhaustif des structures concernées. Interrogeant ces dernières sur leur activité et sur leur personnel, elles questionnaient également les gestionnaires ou l'équipe de

direction sur tout ou partie de leur clientèle. Les informations sur les usagers étaient donc collectées auprès des structures, et non auprès des usagers.

*...et qui sont désormais centrées
sur la personne âgée*

La nouveauté des enquêtes SAPAD et EHPA de 2000 par rapport aux opérations similaires conduites dans le passé est de trancher avec les pratiques antérieures et précisément de s'intéresser à la personne âgée elle-même, au-delà des responsables et personnels qui les accompagnent. Les usagers sont désormais directement interrogés par des enquêteurs, suivant en cela les modes d'interrogation classiques des enquêtes auprès des ménages telles que les pratique l'INSEE.

Dans l'enquête EHPA, menée en face-à-face sur le lieu de résidence des personnes, auprès d'un échantillon représentatif d'établissements et de résidents permanents dans ces structures, le volet adressé aux directions d'établissements a été davantage tourné vers la connaissance des modes de prise en charge des bénéficiaires et de quelques grandes caractéristiques des personnes âgées. Le volet Résident qui lui a été adjoint présente un questionnaire de forme habituelle dans les enquêtes auprès des ménages.

Seule l'enquête SAPAD-Structures de 1999 a conservé le mode d'interrogation traditionnel par voie postale auprès de toutes les structures : donnant une vue exhaustive d'un secteur encore mal connu, elle préparait l'enquête SAPAD-Bénéficiaires de 2000, seconde phase de l'enquête.

La complémentarité du recueil direct de données auprès de la personne âgée et de la collecte d'informations auprès de l'établissement d'hébergement ou du service d'aide à domicile est une caractéristique commune à EHPA et SAPAD. Ces deux opérations combinent en effet :

- Un questionnement des gestionnaires de structures d'accueil (établissements d'hébergement) ou de prise en charge (services d'aide à domicile) sur les moyens en personnel qu'elles mobilisent ainsi que sur les prestations qu'elles offrent (aides dans le cas des services d'aide à la personne ; hébergement, éventuellement restauration et animations collectives, soins, dans le cas des établissements pour personnes âgées),
- Une interview individuelle de personnes ayant recours à ces prestations (ou d'une personne proche susceptible de répondre à sa place s'il n'a pas été possible de mener l'entretien avec l'individu désigné), au sujet de leurs caractéristiques socio-démographiques, de leurs conditions d'existence, des causes de leur recours aux structures, de leur degré de satisfaction et de leurs liens sociaux.

Les réponses des structures et celles des bénéficiaires peuvent être rapprochées sur certains thèmes, comme l'animation collective dans les établissements pour personnes âgées. Ce rapprochement permet de comparer la vision des structures sur les prestations qu'elles offrent avec la perception qu'en ont les bénéficiaires.

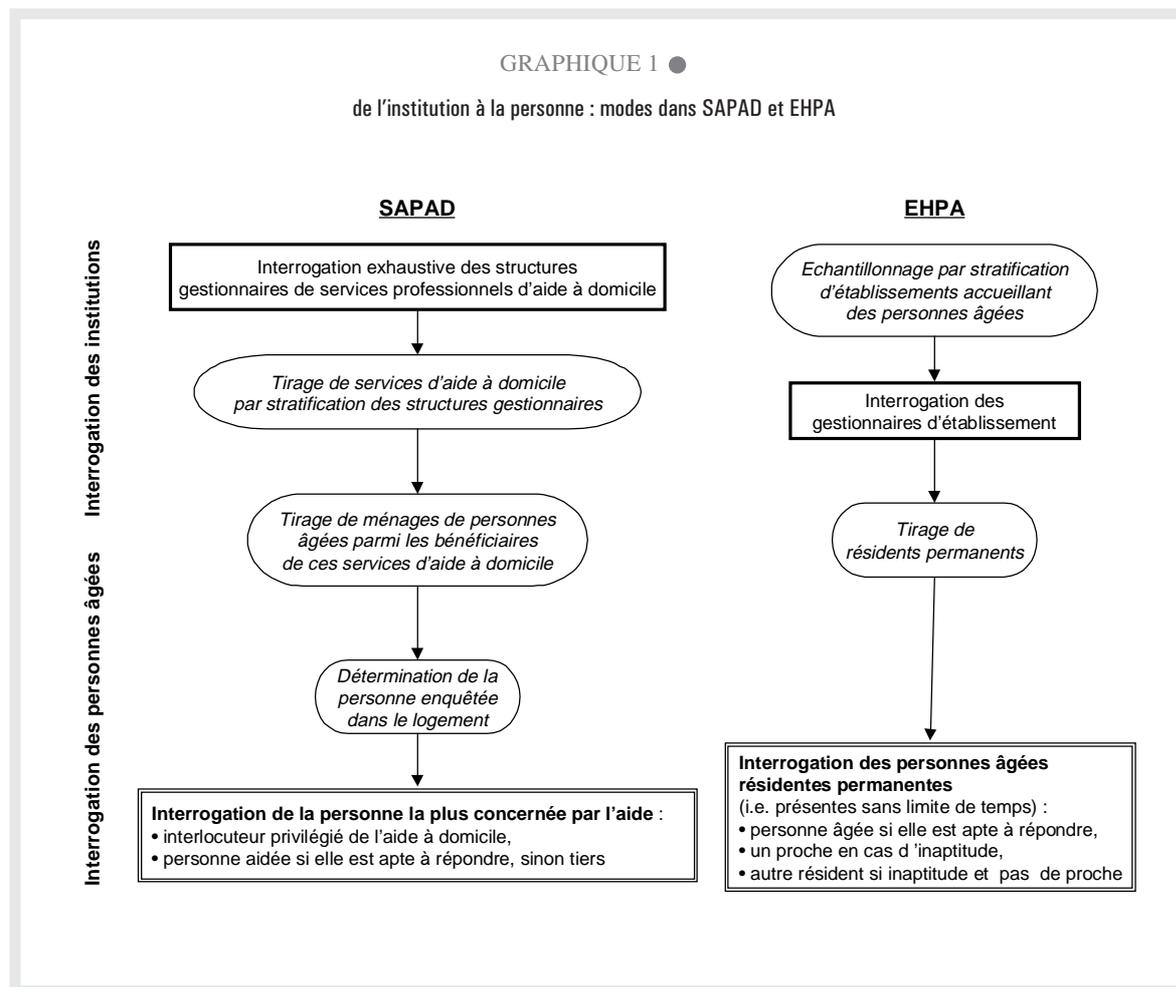
Enfin, sans toutefois constituer des enquêtes panélistées à l'instar d'HID, les enquêtes SAPAD et EHPA témoignent d'un souci de suivre les transitions et les prises en charge mixtes (accueil de jour dans les établissements d'hébergement, hébergement temporaire) des personnes âgées.

L'enquête EHPA fournit des éléments statistiques agrégés sur les entrées et les sorties dans le volet Gestionnaires : nombre de personnes arrivées pour la première fois en 1999 en hébergement permanent, en hébergement temporaire et en accueil de jour, mode d'hébergement antérieur de ces personnes ; les sorties : nombre de personnes ayant quitté définitivement l'établissement en 1999, pour l'hébergement temporaire et l'hébergement permanent, et types de destinations (logement ordinaire, autre institution, etc.).

Dans l'enquête SAPAD Bénéficiaires, le recours aux aides à domicile est appréhendé sur une période de référence hebdomadaire pour les aides professionnelles et par l'interrogation de la personne âgée sur l'ancienneté du recours au service d'aide concerné. La fréquence et la nature des autres aides sont recueillies sur une période plus variable, mais il est demandé par ailleurs à la personne si elle a toujours eu recours à une aide rémunérée au cours de sa vie d'adulte (femme de ménage, aide à domicile, garde d'enfants). Cette information doit permettre de déterminer si le recours à l'aide à domicile faisait déjà partie du mode de vie ou s'il a été initié à l'occasion d'une détérioration de l'autonomie.

DES ENQUÊTES EN DEUX TEMPS, DE LA STRUCTURE À LA PERSONNE ÂGÉE

Dans les deux enquêtes, le point d'entrée pour accéder à la personne interrogée est le service ou l'établissement, d'où un mode de sélection en deux phases : une enquête auprès des structures, une enquête auprès des bénéficiaires (Graphique 1).



SAPAD Structures et Bénéficiaires : un sondage à plusieurs degrés

Dans SAPAD, toutes les structures ont été enquêtées, par voie postale. En effet, l'activité des services d'aide aux personnes à domicile était, avant l'enquête, connue de façon partielle et assez ancienne (enquête des services de travailleuses familiales de 1993). Enquêter sur toutes les structures agréées répertoriées a permis de recueillir les informations nécessaires à une stratification préalable à l'échantillonnage des bénéficiaires. Ceci explique le décalage temporel de quelques mois entre l'enquête structures et l'enquête Bénéficiaires.

L'échantillon de bénéficiaires a été tiré selon un sondage à plusieurs degrés :

- Tirage dans huit régions d'un échantillon stratifié de structures,
 - Puis tirage aléatoire d'un service de la structure lorsque la structure tirée comprenait plusieurs services,
 - Enfin tirage d'un échantillon de 2 à 20 ménages parmi les ménages bénéficiaires d'un de ces services.
- Au sein de ces ménages, on a ensuite interrogé la personne «la plus concernée» par l'aide, c'est-à-dire l'interlocuteur privilégié du service lorsque l'aide consistait exclusivement en tâches ménagères, et dans le cas contraire la personne aidée lorsque celle-ci était apte à répondre, et un tiers en cas d'inaptitude.

Au total, sur 7 100 services, 160 services ont ainsi été sélectionnés, dans lesquels ont été interrogés 1 200 bénéficiaires.

EHPA : stratification par type d'établissement

Dans EHPA, où l'activité du secteur est mieux connue, l'enquête auprès des gestionnaires s'est effec-

tuée par enquêteur auprès d'un échantillon de près de 600 établissements tirés dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). Cet échantillon a été stratifié selon le statut des établissements et la taille de l'établissement exprimée en nombre de places. Ensuite, à partir des listes de résidents fournies par les gestionnaires, l'enquêteur a tiré un échantillon aléatoire composé de 2 à 20 résidents permanents par établissement. Au total, sur 10 400 établissements, 600 ont été enquêtés et 3 500 résidents permanents ont été interrogés.

une interrogation prioritaire de la personne âgée elle-même

De même que HID, les enquêtes SAPAD et EHPA se proposent ainsi d'interroger directement la personne. Cet objectif inspire non seulement le plan de sondage, mais également les instructions aux enquêteurs qui incitent à accéder à la personne âgée et à lui donner la parole en priorité, si possible en tête-à-tête, plutôt que de s'en remettre aux déclarations d'une tierce personne. Il a en effet été jugé préférable que le répondant ne soit ni un proche de la personne âgée à domicile, ni un professionnel de l'aide à domicile ni un membre du personnel de l'établissement où elle vit. Il a donc été demandé avec insistance aux enquêteurs d'interroger en priorité la personne âgée, qu'elle soit désignée dans l'échantillon lorsque l'unité statistique est l'individu ou qu'elle soit tirée au sort parmi les pensionnaires d'un établissement ou les membres d'un ménage. Pour mesurer l'effectivité de cette consigne, le questionnaire permet de repérer les circonstances de l'entretien (qui répond, qui est présent, qui participe) ⁴.

ENCADRÉ 2 ●

LES EXPLOITATIONS DES ENQUÊTES SAPAD ET HID SUR LES PERSONNES ÂGÉES

« Études et Résultats » de la DREES

- *Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution (n°35, octobre 1999)*
- *Les personnes âgées dans les années 90, perspectives démographiques, santé et modes d'accueil (n°40 novembre 1999)*
- *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une comparaison internationale (n°74, juillet 2000)*
- *Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999 (n°91, novembre 2000)*
- *Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (n°94, décembre 2000)*
- *Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus (n°108, mars 2001)*
- *La prestation spécifique dépendance à domicile : l'évaluation des besoins par le plan d'aide (n°136, septembre 2001)*
- *Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution (n°138, octobre 2001)*
- *Les aides et les aidants aux personnes âgées (n°142, novembre 2001)*
- *Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 (n°160, février 2002)*
- *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède : une étude de cas types (n°176, juin 2002)*

« INSEE Première »

- *Les personnes dépendantes en institution (n°669, août 1999)*
- *L'aide à domicile en faveur des personnes âgées (n°774, octobre 2000)*
- *Le handicap en institution : le devenir des pensionnaires entre 1998 et 2000 (n°803, septembre 2001)*

4 - Cf. Laurent Caillot, opus cité.

Dans SAPAD Bénéficiaires, le soin a ainsi été confié à l'enquêteur de déterminer la personne du ménage la plus concernée par l'aide (cf. Supra) et qu'il convient d'interroger.

Dans EHPA Résidents, les enquêteurs ont reçu pour consigne d'interroger directement les résidents sélectionnés lorsqu'ils étaient aptes, et à défaut, de questionner un proche du résident. Ils ne devaient pas procéder à « l'interrogation détaillée du personnel administratif ou du personnel médical en substitution aux personnes âgées », comme c'était le cas par exemple pour les enquêtes CREDOC (1976) et CREDES (1984-1988) sur les personnes âgées en institution. Du fait même de l'objet de l'enquête, les instructions aux enquêteurs précisent qu'« à cause du thème, il est impossible qu'une personne travaillant dans l'établissement soit présente à l'interview ». De plus, lorsque le responsable de l'établissement estime que la personne âgée est inapte à répondre, celle-ci est alors le plus souvent remplacée par le résident permanent suivant sur la liste tirée dans le même établissement.

Les consignes ont été largement suivies d'effet puisque dans EHPA Résidents les personnes âgées ont en grande majorité répondu elles-mêmes - et rarement assistées d'un tiers - et dans SAPAD Bénéficiaires, l'individu enquêté est presque toujours une personne de 60 ans et plus.

La priorité qui est donnée à l'interrogation directe de la personne âgée explique également la présence de questions ouvertes dans EHPA, dans le dessein de « libérer leur parole ». Le questionnement contient cinq questions ouvertes dans le volet Résidents et trois dans le volet Gestionnaires. Pour le volet Résidents, des questions ouvertes ont été insérées dans les modules « accueil » (le vécu de l'entrée en établissement), « rapports avec l'extérieur » (l'événement d'actualité récente et l'événement historique qui a le plus marqué la personne), « conclusion de l'entretien » (souhaits personnels par rapport au mode de vie antérieur, ce qu'il faudrait changer pour que la personne se sente bien ou encore mieux ici). Les questions ouvertes du volet Gestionnaires portent sur le projet institutionnel de l'établissement : lorsqu'il existe, quelles sont ses grandes lignes ; dans quels domaines prend-il en compte les suggestions des personnes âgées ; dans quels domaines ne les prend-il pas en compte.

DES CONTENUS D'ENQUÊTES INNOVANTS POUR MIEUX CONNAÎTRE LES PERSONNES ÂGÉES

une approche avant tout sociale de la vie des personnes âgées

Les enquêtes SAPAD et EHPA répondent pleinement à une vocation d'observation sociale : la mesure

de la prévalence des déficiences et incapacités y occupe une place importante, mais le recueil des données est orienté davantage vers l'appréhension des conséquences sociales des problèmes de santé et de handicap plutôt que vers le seul repérage des difficultés de santé. Le questionnement de l'enquête HID s'organisait déjà autour de la séquence de Wood ou classification internationale du handicap, séquence qui conduit des maladies aux déficiences, puis aux incapacités, et enfin aux désavantages sociaux.

Dans EHPA et SAPAD, le niveau de dépendance est renseigné par le GIR et par une série de questions sur les incapacités. Partant d'un diagnostic individuel de l'état de santé ou d'incapacité, ces enquêtes visent avant tout à renseigner sur la qualité de vie des personnes âgées dans de multiples dimensions. La majeure partie de l'enquête est consacrée, pour EHPA, aux différents aspects des conditions d'existence des personnes âgées placées en institution, et, pour SAPAD, sur les apports des aides à la personne dans un contexte de vie à domicile.

des modules d'enquête centrés sur les enjeux de la prise en charge

Le volet institutionnel des deux enquêtes contient des questions sur les caractéristiques de l'établissement (activité, personnels, entrées et sorties) ou du service d'aide (activité) (tableau 2).

L'interrogation de la personne âgée est centrée, quant à elle, sur deux catégories d'informations :

- le recueil des caractéristiques personnelles (socio-démographiques, socio-économiques...) de la personne âgée est complété, à domicile, par un tableau de composition du ménage ;
- Les parties relatives à l'état de santé ou de handicap et à la vie sociale constituent un tronc commun des enquêtes ; elles sont renseignées le plus souvent par les personnes enquêtées. Dans SAPAD Bénéficiaires, les questions sur les incapacités leur sont directement posées. Dans EHPA Gestionnaires, il est demandé au responsable de l'établissement de fournir le GIR (évalué par une équipe médico-sociale) des résidents enquêtés et, à défaut, de répondre à une dizaine de questions simplifiées sur les incapacités, dont huit permettent de calculer un « équivalent GIR ». Enfin, EHPA Résidents fournit des éléments sur les relations socio-familiales de la personne résidente.

En ce qui concerne le lieu de vie (établissement ou domicile) de la personne âgée, les conditions de logement ou d'hébergement, paramètre déterminant, sont traitées dans chaque opération.

Chacune des enquêtes présente des particularités liées à son champ d'investigation.

Le questionnaire SAPAD Structures est indifférencié selon le type de clientèle (personnes âgées, personnes handicapées, familles). Pour sa part, le questionnaire Bénéficiaires destiné aux personnes âgées recueille les caractéristiques socio-démographiques des personnes qui font appel au service d'aide à domicile et des informations sur leurs conditions de vie, leur environnement et leurs revenus. Des questions permettent de retracer le circuit du recours au service : pour quel motif a eu lieu le recours, l'initiative en est-elle due à la personne elle-même ou à une autre personne et laquelle, comment les coordonnées de la structure ont-elles été obtenues, qui a effectué la démarche. Les aides professionnelles dont bénéficient les personnes âgées

à domicile constituent la majeure partie de l'enquête SAPAD Bénéficiaires. La notion d'aide à domicile comprend les petits travaux, les tâches ménagères, l'accompagnement social, la présence et la surveillance, et l'aide aux gestes essentiels de la personne dans sa vie quotidienne.

Dans les deux volets, institutionnel et personnel, de l'enquête EHPA, l'un des principaux apports du questionnement réside dans l'attention portée à la prise en charge et au cadre de vie de la personne âgée : accueil, soins, tâches domestiques, restauration, sorties, animations organisées par l'établissement, activités individuelles, contacts avec les autres résidents ou avec l'extérieur.

TABLEAU 2 ●
comparaison des thèmes des enquêtes SAPAD et EHPA

Mode de vie	Vie à domicile		Vie en établissement	
Opération	SAPAD		EHPA	
Volet ou passage	Résident	Gestionnaire	Résident	Gestionnaire
SUR LE LIEU DE VIE (domicile ou établissement)				
• organisation et fonctionnement de l'institution				
Caractéristiques, activité				
Personnels				
Financement				
Caractéristiques des personnes prises en charge				
• prise en charge et cadre de vie				
Accueil de la personne				
Logement / hébergement				
Restauration				
Soins médicaux et paramédicaux				
Animation, projet de vie				
Aides professionnelles à la personne				
Aides non professionnelles				
SUR LA PERSONNE ÂGÉE				
• caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques				
Sexe, âge, statut matrimonial				
Composition ménage, famille				
Groupe socioprofessionnel				
Niveau de diplôme				
Revenus, allocations, financement				
• état de santé et handicap - vie sociale - origine du recours à la structure - satisfaction				
Incapacités				
Relations socio-familiales				
Relations avec le personnel				
Loisirs individuels, participation à la vie collective				
Motif, initiative du recours, démarches				
Satisfaction				

LES BÉNÉFICIAIRES DES SERVICES D'AIDE À DOMICILE : DES PUBLICS DIVERS

Sophie BRESSÉ, Nathalie DUTHEIL

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

DREES

En 1998, 1 200 000 personnes âgées ont été prises en charge par un service d'aide aux personnes à domicile (SAPAD). L'enquête SAPAD-Bénéficiaires réalisée en mai 2000 auprès d'un échantillon d'usagers de ces services met en évidence la diversité des publics ayant recours à une aide à domicile. Seul un tiers d'entre eux présentent une dépendance physique, parmi lesquels 10% sont lourdement dépendants, et 24% nécessitent une aide pour sortir de leur domicile. Les deux tiers des usagers ne sont aidés que pour les tâches ménagères. À ces profils d'usagers correspondent des temps de prise en charge divers : ainsi les plus dépendants physiquement bénéficient en moyenne de quinze heures et trente minutes d'aide par semaine, alors que les personnes autonomes ne sont aidées qu'à peine plus de trois heures. Le temps d'intervention est aussi influencé par la catégorie socio-professionnelle des ménages aidés.

Le développement des services d'aide aux personnes âgées à domicile (SAPAD) (encadré 1) a pour objectif de permettre à ces dernières de vivre chez elles le plus longtemps possible, même quand une aide extérieure est nécessaire. Les services d'aide à domicile servent cette orientation en mettant à leur disposition un personnel d'aidants professionnels qui accomplissent certaines activités domestiques à leur place ou les accompagnent dans ces tâches.

L'aide apportée peut consister en des tâches ménagères, telles que le ménage, la lessive, le repassage, le racommodage etc... Elle peut aussi consister en une aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie comme la toilette, l'habillage, l'aide à la prise des repas et des médicaments, l'aide à l'élimination, ou encore en une aide aux déplacements, à l'extérieur comme au sein de leur logement. Enfin, il peut s'agir de tâches autres, telles que le jardinage, le bricolage, les courses, ou encore l'aide à la gestion et aux démarches administratives.

Depuis le rapport Laroque en 1962, la politique sociale en faveur des personnes âgées a pour orientation le maintien à domicile de celles-ci chaque fois qu'il est possible. Depuis la fin des années 80, le développement du secteur de l'aide à domicile reflète aussi la politique de l'emploi destinée à insérer sur le marché du travail des personnes non qualifiées. Afin de créer ces emplois, les pouvoirs publics ont mis en place différentes mesures visant à solvabiliser la demande des personnes âgées, et à mettre ces services à leur portée quelle que soit leur capacité financière. Ainsi différentes prises en charge co-existent.

La prise en charge financière du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est assurée essentiellement par la prestation spécifique dépendance (PSD), remplacée par l'allocation autonomie personnalisée (APA) depuis le 1er janvier 2002. La solvabilité des personnes âgées qu'elles soient dépendantes ou non a en outre été favorisée en rendant les interventions de ces services éligibles aux réductions d'impôts dans le cadre des « emplois familiaux ». Le coût de la prestation d'aide a aussi été réduit par l'exonération des charges patronales.

Par ailleurs, les caisses de retraite, dans le cadre de leur action sociale facultative, accordent une participation financière sous condition de ressources aux personnes âgées dont le niveau de dépendance ne leur ouvre pas droit à la PSD (aujourd'hui APA). L'aide sociale légale des départements financent des heures destinées à des personnes âgées qui bénéficient du minimum vieillesse. Enfin, les communes peuvent choisir de verser une participation financière pour des heures d'intervention dans le cadre de leur action sociale facultative.

Ainsi, les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile comprennent des personnes âgées dépendantes pour qui l'intervention d'une aide à domicile est essentielle afin de leur éviter une entrée en établissement, mais aussi des personnes âgées non dépendantes pour lesquelles les aides à domicile interviennent pour les soutenir dans des tâches devenant pénibles avec l'âge.

L'exploitation de l'enquête SAPAD-bénéficiaires (cf. dans ce numéro, L. Caillot et A. Mesrine, « présentation des enquêtes EHPA et SAPAD ») fait apparaître que les bénéficiaires de ces services se partagent entre plusieurs groupes dont les besoins, ou les pratiques, diffèrent en fonction du niveau de dépendance, mais aussi, par exemple, en fonction de l'origine sociale.

Le seuil de 60 ans, qui permet d'identifier les personnes dites « âgées », est un seuil administratif : il correspond à l'âge à partir duquel une personne devient éligible aux prestations destinées aux « personnes âgées », notamment la PSD à l'époque de l'enquête. C'est pour cette raison que ce seuil administratif a été utilisé pour délimiter le champ de l'enquête : les personnes âgées de 60 ans et plus. Mais ce champ comprend une population très hétérogène, composée de personnes très différentes notamment du point de vue de leur état de santé et de leur situation économique [2].

LES BÉNÉFICIAIRES DE SERVICES D'AIDE À DOMICILE : MAJORITAIREMENT DES FEMMES ISOLÉES

Les bénéficiaires des services d'aide à domicile sont majoritairement des femmes (82 %). Il faut noter que le pourcentage des femmes parmi les répondants à l'enquête est surestimé en raison de la méthodologie de celle-ci : dans le cas d'une aide qui concernait tout le ménage, la personne interrogée était « l'interlocuteur privilégié » de l'aidant à domicile. Près de huit fois sur dix, c'est la femme qui, au sein du couple, a répondu au questionnaire. Néanmoins, parmi l'ensemble des femmes interrogées, à peine un tiers vivent en couple ; 70 % d'entre elles sont des femmes isolées.

Le recours à un service d'aide à domicile est

d'ailleurs plus fréquent de la part des personnes isolées : 14 % d'entre elles contre 3 % pour les personnes ne vivant pas seules dans leur logement ¹.

LES HOMMES AIDÉS SONT MOINS NOMBREUX ET PLUS JEUNES QUE LES FEMMES

L'âge moyen des bénéficiaires est de 82 ans. La moitié d'entre eux ont au moins 83 ans. En revanche, sur l'ensemble de la population âgée de 60 ans et plus aidée à domicile, les plus jeunes, soit les personnes de moins de 70 ans, sont peu représentées puisqu'elles comptent pour 9 % à peine des utilisateurs de services. Avec l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, les personnes âgées qui doivent être aidées pour pouvoir demeurer à leur domicile en ont besoin à des âges de plus en plus avancés.

ENCADRÉ 1 ●

LES SERVICES D'AIDE AUX PERSONNES À DOMICILE

Les services agréés services aux personnes doivent demander un agrément simple à la Direction régionale du Travail et de la formation professionnelle (DRTEFP). Les ménages qui s'adressent à des organismes agréés peuvent bénéficier d'une réduction d'impôts.

Un agrément qualité a été institué afin d'assurer la qualité du service dispensé auprès des populations fragiles. Cet agrément est nécessaire aux services s'adressant soit à des personnes âgées de 70 ans ou plus, soit à des personnes handicapées ou dépendantes, soit à des personnes ayant à charge des enfants de moins de trois ans. La capacité du service à assurer une prestation de qualité est vérifiée avant attribution de l'agrément qualité.

Au cours de l'année 1998, 7 000 services d'aide à domicile sont intervenus auprès de 1 400 000 bénéficiaires. Les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent près de 80 % de leurs bénéficiaires. Ils s'adressent aussi aux familles et aux personnes handicapées : 18 % et 3 % de leurs bénéficiaires [1].

Les services d'aide à domicile sont de taille très hétérogène. La moitié d'entre eux sont intervenus, au cours de l'année 1998, auprès de moins de 80 particuliers. Parmi ces services, 10 %, en majorité des centres communaux d'action sociale (CCAS), ont prodigué une aide à moins de 9 bénéficiaires. A l'opposé, 10 % des services, essentiellement des associations loi de 1901, sont intervenus auprès de plus de 500 personnes.

1 - Ces taux de recours selon la configuration familiale ont été calculés à partir de deux sources différentes : l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) et l'enquête SAPAD-Bénéficiaires. La première permet d'obtenir le dénominateur, soit le nombre total dans la population générale de personnes âgées de 60 ans et plus vivant seules ou dans un ménage pluripersonnel. La seconde permet d'obtenir le numérateur, soit le nombre de personnes de ce groupe d'âges et dans les deux configurations familiales qui ont recours à l'aide d'un service d'aide aux personnes à domicile.

Les femmes aidées à leur domicile sont globalement un peu plus âgées que les hommes : la moitié d'entre elles ont au moins 85 ans et les femmes âgées de 90 ans et plus sont plus de deux fois plus nombreuses proportionnellement que les hommes de cette même tranche d'âge (19 % contre 8 %). Au contraire, parmi les hommes qui bénéficient d'une aide, 55 % ont moins de 80 ans, et la proportion de ceux âgés de moins de 70 ans est deux fois plus élevée que celle des femmes (15 % contre 7 %).

LES DEUX TIERS DES PERSONNES AIDÉES N'ONT PAS DE DÉPENDANCE PHYSIQUE

Pour mesurer la dépendance des personnes bénéficiant de l'aide d'un service d'aide aux personnes à domicile, un indicateur de Colvez de dépendance physique (encadré 2) a été reconstitué à partir des questions de l'enquête SAPAD-Bénéficiaires ; les questions posées ne permettent pas, en revanche, d'estimer le niveau de dépendance psychique des personnes enquêtées. Or on sait que la prise en compte de ce type de dépendance constitue un fort enjeu dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées. L'indicateur proposé par le Docteur Colvez permet de classer les personnes en quatre niveaux de dépendance physique, de la plus grande à la plus faible.

Sur l'ensemble des personnes âgées bénéficiant de l'aide d'un service d'aide à domicile, à peine 2 % ont un équivalent Colvez 1 : elles sont confinées au lit ou au fauteuil. 8 % ont un équivalent Colvez 2 : elles ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage. 24 % ont un équivalent Colvez 3 et ne sont aidées que pour sortir de leur domicile. 66 % ne présentent pas de dépendance physique au sens de cette grille : elles sont capables d'accomplir les actes cités précédemment sans aide (équivalent Colvez 4).

En fait, les personnes physiquement dépendantes sont relativement peu présentes parmi les bénéficiaires d'un service d'aide, dans la mesure où elles n'en représentent que le tiers.

85 % des bénéficiaires déclarent pourtant « avoir eu recours à un service d'aide à domicile pour réaliser des tâches qu'ils avaient du mal à réaliser à cause de leur état de santé ». Les grilles de mesure de la dépendance évaluent ce qu'une personne est capable de faire sans aide et les actes pour lesquels il est nécessaire qu'elle soit aidée, mais elles n'évaluent pas (à l'inverse d'un médecin par exemple) s'il est bon ou mauvais que la personne âgée réalise certains actes seule. Le fait qu'une personne soit classée dans la catégorie « non dépendante » selon une grille d'évaluation de la dépendance physique n'implique donc pas qu'elle n'ait pas besoin d'aide.

L'indicateur de Colvez, reconstitué à partir des questions de l'enquête, ne prend pas en compte, on le rappelle, la dépendance psychique des personnes.

La faible dépendance physique ou même l'absence de celle-ci caractérise donc la majorité des personnes âgées aidées à domicile par un SAPAD. La très faible représentation des personnes confinées au lit ou au fauteuil ou aidée pour la toilette et l'habillage (10 %) parmi les bénéficiaires des services d'aide s'explique par leur faible poids dans la population des 60 ans et plus. D'après les résultats de l'enquête HID, les personnes de 60 ans et plus confinées au lit ou au fauteuil ou ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage (Colvez 1 et 2) sont 628 000 en France, ce qui représente à peine 5 % de la population de ce groupe d'âge [3].

UN TAUX DE RECOURS PLUS IMPORTANT POUR LES PERSONNES CLASSÉES EN ÉQUIVALENT COLVEZ 3

Le taux de recours à un service d'aide à domicile est en fait souvent limité par l'intervention d'autres professionnels, notamment du secteur de la santé. Celui des personnes âgées classées en équivalents Colvez 1 et 2, lourdement dépendantes physiquement, n'est d'ailleurs que de 17 %². Pour elles, c'est souvent l'intervention ou les interventions conjointes d'un service de soins infirmiers à domicile, d'une infirmière libérale, ou d'un membre de la famille, voir l'institutionnalisation, qui sera la solution choisie.

C'est pour les personnes âgées classées en équivalent Colvez 3 que le taux de recours à une structure d'aide à domicile est le plus important : 25 %. Elles ont besoin d'une aide à la mobilité extérieure, et le plus souvent d'une aide ménagère, mais demeurent autonomes pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne, ce qui rend plus facile le maintien à domicile.

Enfin, pour l'ensemble des personnes de 60 ans et plus classées en équivalent Colvez 4, ce taux de recours est très faible (4 %). Leur autonomie physique n'est pas altérée, elles n'ont pas forcément besoin d'aide. Or elles sont en fait les plus nombreuses dans la population générale des 60 ans et plus, dont elles représentent 90 %.

2 - Les taux de recours selon le niveau de dépendance ont été calculés à partir de chiffres issus d'HID et SAPAD. L'enquête HID permet de calculer le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus par Colvez, et l'enquête SAPAD permet d'obtenir le nombre de personnes ayant eu recours à un service d'aide, pour ce même groupe d'âge et par Colvez.

DES VOLUMES D'AIDE DE TROIS À QUINZE HEURES PAR SEMAINE SELON LE NIVEAU DE DÉPENDANCE

Les bénéficiaires d'une aide à domicile présentent donc des niveaux de dépendance très différents ; à ces profils correspondent des réponses diverses, notamment en termes de volumes d'aide.

Les personnes classées en équivalent Colvez 4 bénéficient en moyenne d'un peu plus de trois heures d'aide par semaine, les personnes classées en équivalent Colvez 3 de presque 6 heures et demie ; pour les personnes très lourdement dépendantes (classées en équivalents Colvez 1 et 2), le temps d'intervention hebdomadaire moyen est d'un peu plus de 15 heures et demie.

L'éventail des aides proposées est très large. Sont exclues de l'analyse celles qui sont le plus marginalement dispensées (tableau 1).

DEUX TIERS DES PERSONNES NE SONT AIDÉES QUE POUR LES TÂCHES MÉNAGÈRES

La quasi totalité des bénéficiaires de SAPAD (plus de 97 %) sont aidés pour les tâches ménagères et les petits travaux, tels que le jardinage ou le bricolage (ces deux dernières aides étant très marginalement dispensées). L'aide pour les tâches ménagères n'apparaît donc pas discriminante.

En revanche, deux tiers (65 %) des bénéficiaires ne reçoivent d'aide que pour ce type de tâches. Parmi ces derniers, plus de 80 % n'ont pas de dépendance physique au sens de la grille de Colvez et 17 % ont un équivalent Colvez 3. Les personnes ayant une dépendance physique lourde ne sont que très marginalement représentées. Pour ces dernières, si l'aide à domicile n'intervient que pour les tâches ménagères, c'est qu'une aide à la réalisation des actes essentiels de la vie est forcément apportée par un tiers, un autre intervenant professionnel ou un membre de l'entourage de la personne âgée.

En moyenne, le nombre d'heures d'aide hebdomadaire pour les personnes âgées aidées uniquement pour les tâches ménagères est d'un peu moins de 3 heures. Pour un quart d'entre elles, le temps d'intervention hebdomadaire ne dépasse pas 2 heures. Pour 25 % d'entre elles seulement, il atteint (et peut dépasser) 4 heures hebdomadaires.

Les bénéficiaires qui ne sont aidés que pour les tâches ménagères reçoivent en moyenne 2 visites de l'aide à domicile par semaine. Seules 10 % d'entre eux reçoivent plus de deux visites, et pour un quart d'entre eux, l'aide à domicile ne vient qu'une seule fois par semaine.

Les couples, ainsi que les hommes qui vivent seuls,

bénéficient plus souvent d'une aide qui se limite aux tâches ménagères (72 % de chacun des deux groupes, contre à peine 60 % pour les femmes seules).

ENVIRON 30 % DES PERSONNES SONT AIDÉES POUR LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Seuls 30 % des bénéficiaires reçoivent une aide personnelle pour accomplir certains gestes de la vie quotidienne. Les aides à domicile interviennent alors auprès d'eux pour au moins une des activités suivantes : pour les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du logement, la préparation des repas, la prise des repas, la toilette, l'habillage, la prise des médicaments, ou encore pour renouveler les changes, appareiller les prothèses, assurer une présence de nuit, vérifier la prise

TABLEAU 1 ●

pourcentage de personnes âgées concernées
par chacune des activités dispensés par un SAPAD

activités effectuées au domicile des bénéficiaires âgés	pourcentage des bénéficiaires concernés
ménage	95
entretien du linge (repassage, raccomodage...)	41
autres tâches ménagères	23
lessive	22
courses à la place de la personne aidée	20
préparation des repas	9
courses avec la personne aidée	6
aide à la toilette	6
lever/coucher	5
vérification de la prise de médicament	5
aide à la prise de repas	3
aide à l'habillage	2
aide aux déplacements intérieurs	2
aide aux déplacements extérieurs	2
aide aux démarches administratives	2
promenade avec la personne aidée	2
autres tâches	2
aide aux changes	1
aide à l'appareillage	1
présence de nuit	1
aide à la gestion	0
lecture	0
jardinage	0
bricolage	0

Source : DREES, SAPAD-bénéficiaires, volet personnes âgées 2000

des médicaments, faire les courses à la place de la personne aidée. Une très large majorité (93 %) bénéficient conjointement d'une aide pour les tâches ménagères. Les personnes qui nécessitent ce type d'aide peuvent être dépendantes, voir très dépendantes physiquement : quatre personnes sur dix, au sein de ce groupe, sont classées en équivalent Colvez 3, elles nécessitent une aide à la mobilité, et une sur quatre présente une très lourde dépendance physique (équivalents Colvez 1 et 2). Néanmoins, un tiers d'entre elles bénéficient d'une aide à la personne alors qu'elles sont classées en équivalent Colvez 4. Ceci s'explique probablement par le fait que la dépendance psychique des personnes interrogées n'est pas prise en compte dans l'indicateur de Colvez reconstitué à par-

tir des questions de l'enquête. Bien que classées en équivalent Colvez 4, il n'est pas exclu qu'elles aient besoin d'aide pour accomplir certains actes de la vie quotidienne, comme les déplacements extérieurs ou la préparation des repas : on sait en effet que les personnes âgées atteintes de maladies dégénératives, peuvent par exemple oublier où elles habitent quand elles sortent se promener, ou même oublier de s'alimenter.

Ainsi, les activités réalisées n'apparaissent pas uniquement liées au niveau de dépendance physique des personnes aidées. En effet, outre le problème de la dépendance psychique, le niveau de dépendance physique indique quels actes les personnes âgées ne peuvent pas effectuer elles-mêmes, et donc de quelles aides elles ont besoin, alors que les activités réalisées

ENCADRÉ 2 ●

L'INDICATEUR COLVEZ DE DÉPENDANCE PHYSIQUE

L'équivalent Colvez a été construit à l'aide de la grille AGGIR. Celle-ci comprend des questions sur les incapacités physiques de la personne ; pour chaque type d'acte, la personne enquêtée doit définir si elle est capable de l'effectuer, si elle l'effectue partiellement, ou si elle ne peut pas l'effectuer. On sait quelles questions de la grille AGGIR doivent être posées pour pouvoir classer les personnes interrogées dans les quatre groupes proposés par le docteur Colvez. L'enquête SAPAD-bénéficiaires contient un certain nombre de questions concernant les incapacités physiques des personnes enquêtées, comparables à celles de la grille AGGIR ; chacune concerne un acte précis réalisé seul par la personne et prend la forme suivante : « pouvez-vous faire tel ou tel acte seul ? »

Chaque question peut être renseignée selon trois modalités :

- oui, sans difficulté (codé 1)
- oui, avec difficultés (codé 2)
- non (codé 3)

INCAP1 : Pouvez-vous vous occuper seul(e) de vos achats ?
INCAP2 : Pouvez-vous vous déplacer seul(e) à l'intérieur de votre logement ?
INCAP3 : Pouvez-vous monter ou descendre un étage d'escalier seul(e) ?
INCAP4 : Pouvez-vous entrer seul(e) dans l'immeuble ou la maison depuis la rue ?
INCAP5 : Pouvez-vous vous déplacer dans la rue seul(e) ?
INCAP6 : Pouvez-vous préparer vos repas seul(e) ?
INCAP7 : Pouvez-vous faire seul(e) l'ensemble des travaux ménagers ?
INCAP8 : Pouvez-vous vous habiller et vous déshabiller seul(e) ?
INCAP9 : Pouvez-vous faire votre toilette seul(e) ?
INCAP10 : Pouvez-vous vous lever et vous coucher seul(e) ?
INCAP11 : Pouvez-vous manger et boire seul(e) ?

Pour calculer l'indicateur équivalent Colvez, nous avons considéré que seules les personnes qui ne peuvent pas réaliser un acte (donc celles qui ont répondu « non » à la question) sont éligibles au Colvez correspondant. La grille AGGIR, elle, prend aussi en compte les personnes qui ne peuvent effectuer l'acte que partiellement. Dans l'enquête Sapad, il s'est avéré que de nombreuses personnes qui répondaient ne pouvoir effectuer un acte qu'avec difficulté n'étaient néanmoins pas aidées pour cet acte ; il n'y avait donc pas de conformité entre les aides apportées et les équivalents Colvez ainsi calculés : par exemple, des personnes classées en Colvez 1 ou 2 n'étaient pas aidées pour les actes essentiels de la vie. Nous avons donc fait le choix de calculer un Colvez dont les critères « d'entrée » étaient plus stricts, conduisant à sous-estimer légèrement la dépendance des personnes interrogées. Il faut noter que cette évaluation de la dépendance repose sur des données déclaratives, elle reflète donc en partie la subjectivité des personnes enquêtées. Mais le problème de la subjectivité des répondants se pose plus particulièrement lorsque ce sont leurs proches ou leurs aidants professionnels qui répondent à la place des enquêtés ; or dans l'enquête Sapad-Bénéficiaires, 95 % des personnes enquêtées ont répondu elles-mêmes aux questions.

Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer seules à l'intérieur de leur logement, ni dans la rue, et qui ne peuvent se lever ni se coucher seules ont été classées dans le groupe des personnes confinées au lit ou au fauteuil, elles ont un indicateur de Colvez 1 ; les personnes qui n'appartiennent pas au premier groupe et qui ne peuvent réaliser sans aide leur toilette et leur habillage ont un indicateur de Colvez 2 ; les personnes n'appartenant ni au groupe 1 ni au groupe 2, et qui sont aidées pour sortir de leur domicile ont un indicateur de Colvez 3 ; enfin, les personnes qui n'appartiennent à aucun des trois premiers groupes sont classées en Colvez 4, elles ne présentent pas de dépendance physique, au sens où elles peuvent effectuer sans aide les actes précédemment cités.

par l'aidant professionnel peuvent ne constituer qu'une partie de celles pour lesquelles les personnes âgées doivent être accompagnées.

Pour pouvoir continuer à vivre chez eux, les personnes âgées qui bénéficient d'une aide personnelle reçoivent en moyenne un peu plus de 10 heures d'intervention par semaine. Pour 10 % d'entre eux, le temps d'intervention hebdomadaire de l'aide à domicile est d'au moins 18 heures. Quand la personne âgée est très dépendante physiquement, la présence du conjoint est souvent une nécessité pour le maintien à domicile de la personne aidée. C'est d'ailleurs parmi les couples que la proportion de bénéficiaires très dépendants (équivalents Colvez 1 ou 2) est la plus forte.

LES SERVICES D'AIDE À DOMICILE S'ADRESSENT À DEUX TYPES DE PUBLICS DISTINCTS

On distingue ainsi au moins deux grands types de publics parmi les bénéficiaires des services d'aide : les SAPAD interviennent à la fois auprès de personnes âgées sans dépendance physique, pour une aide essentiellement ménagère et la plupart du temps pour un nombre d'heures assez limité, et auprès de personnes dont le niveau de dépendance (physique ou psychique) nécessite un volume d'aide important et une intervention pour plusieurs types de tâches, dont une aide à la personne.

30 % DES PERSONNES NE BÉNÉFICIENT D'AUCUNE AUTRE AIDE INFORMELLE OU PROFESSIONNELLE

L'aide dispensée par un service d'aide à domicile s'inscrit en effet généralement dans une combinaison d'aides qui peut faire intervenir d'autres professionnels mais aussi des membres de l'entourage : 70 % des personnes en bénéficient.

Environ la moitié des bénéficiaires reçoivent une aide d'un membre de leur entourage. Cette intervention est directement liée au niveau de dépendance du bénéficiaire : l'entourage intervient sept fois sur dix quand les personnes présentent une lourde dépendance (équivalent Colvez 1 ou 2).

Le nombre d'aidants « informels³ » est en moyenne de 1,5. Deux aidants interviennent en complément du service quand il s'agit d'une personne très dépendante (équivalents Colvez 1 ou 2). Les enfants représentent environ 80 % de ces aidants avec une présence plus importante des filles (47 %) que des fils (34 %) auprès de leurs parents âgés. Les personnes aidées ne s'adressent pas qu'aux membres de leur famille puisqu'elles

recourent aussi à l'aide des amis ou voisins (11 % des aidants). L'entourage intervient d'abord pour les tâches ménagères (56 % des personnes âgées recevant une aide de l'entourage), les démarches administratives (36 %), le jardinage et le bricolage (24 %). Cette aide informelle se limite pour plus d'un tiers des bénéficiaires à la réalisation de tâches ménagères.

Mais pour près de la moitié des bénéficiaires (46 %), l'aide du service, qui peut donc être combinée à une aide informelle, est aussi complétée par la ou les interventions d'autres professionnels des secteurs social et médico-social. On ne tient pas compte, parmi ces intervenants, du médecin, qui se déplace au domicile des personnes aidées pour un peu plus de la moitié d'entre elles ; parmi celles qui reçoivent la visite de leur médecin à leur domicile, 90 % ont droit à au moins une consultation mensuelle.

Parmi les bénéficiaires qui font appel à d'autres professionnels que ceux du service d'aide pour pouvoir demeurer à leur domicile, plus de 80 % déclarent recevoir des soins infirmiers : pour 60 % d'entre eux, ces soins sont dispensés par un infirmier libéral, pour 20 % par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

DES VOLUMES D'AIDES DIFFÉRENTS SELON LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE

L'analyse de l'appartenance sociale des bénéficiaires permet aussi de mettre en lumière des pratiques et des publics distincts.

On a choisi d'utiliser la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence dans le ménage, et non celle de la personne interrogée, à cause de la méthodologie de l'enquête déjà évoquée plus haut, dont la conséquence est une surreprésentation des femmes parmi les répondants. Quand c'est un couple qui bénéficie de l'aide, on considère que c'est l'homme qui est la personne de référence (et donc porteur de la CSP).

La moitié des ménages dans lesquelles intervient un aidant à domicile sont des foyers d'anciens ouvriers ou employés (tableau 2). Les inactifs n'ayant jamais exercé de profession ainsi que les employés sont surreprésentés parmi les bénéficiaires d'un service d'aide à domicile. Le fort pourcentage d'employés est lié au poids important des femmes isolées, dont plus du tiers appartenaient à cette catégorie socioprofessionnelle. De même, parmi les 9 % de bénéficiaires qui n'ont jamais travaillé, 97 % sont des femmes qui vivent seules, veuves dans 98 % des cas, dont la caté-

3 - Par aidant informel, on entend toute personne prodiguant une aide non rémunérée.

gorie socioprofessionnelle n'aurait pas été prise en compte si la méthodologie de l'enquête avait été différente.

Quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle, la répartition des bénéficiaires entre les différents niveaux de dépendance n'est pas très différente. Les personnes ne présentant pas de dépendance au sens de la grille de Colvez sont toutefois quelque peu surreprésentées parmi les cadres, les inactifs et les indépendants qui bénéficient de ces services, puisqu'elles comptent pour environ 70 % de leurs groupes respectifs, contre 66 % dans l'ensemble de la population étudiée.

En revanche, le volume d'aide moyen diffère sensiblement avec la CSP des bénéficiaires. Par exemple, en moyenne, les cadres et professions intermédiaires bénéficient d'un peu plus de 6 heures et demi d'aide par semaine, contre 3 heures et 45 minutes pour les ouvriers.

Le temps d'intervention moyen par catégorie socioprofessionnelle, à niveau de dépendance égale, est ainsi loin d'être identique : il est de 13 heures hebdomadaires pour les cadres et professions intermédiaires dépendants physiquement (équivalents Colvez 1 à 3), contre seulement 5 heures 45 pour les ouvriers, à Colvez équivalents. Les anciens indépendants et les anciens employés reçoivent en moyenne entre 9 heures et 9 heures trente d'aide par semaine. Les personnes n'ayant jamais travaillé (des femmes seules) bénéficient d'un peu plus de 11 heures d'aide hebdomadaires. En revanche, quand elles n'ont pas de dépendance physique (équivalent Colvez 4), ces dernières sont aidées, en moyenne, deux fois moins que les cadres et professions intermédiaires (2 heures contre 4).

Malgré des temps d'intervention assez variables à dépendance comparable, donc à besoins comparables, toutes les catégories semblent globalement satisfaites

du nombre d'heures d'aide dont elles bénéficient (entre 86 % et 91 %, selon les groupes, déclarent que ce nombre d'heures leur suffit), même si le taux de satisfaction des employés est un peu plus faible (70 %).

Quoiqu'il en soit, les cadres sont plus aidés, en volume horaire, que les autres groupes socioprofessionnels, quel que soit leur niveau de dépendance.

Pourtant, seuls 17 % d'entre eux déclarent recevoir une participation, financière ou en nombre d'heures, d'un ou plusieurs organismes (d'une caisse de retraite, du département...), alors que c'est le cas de 72 % des ouvriers, 67 % des indépendants, et 64 % des employés. Les personnes n'ayant jamais travaillé ne bénéficient de ce type de prise en charge que pour 41 % d'entre elles.

BIBLIOGRAPHIE

[1] N. Dutheil, (2000), « les services d'aide à domicile en 1998 et 1999 », *Etudes et résultats n°91, DREES.*

[2] C. Colin et G. Badeyan (1999), « Les personnes âgées dans les années 90 », *Etudes et résultats n°40, DREES.*

[3] C. Colin et V. Coutton (2000), « le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance », *Etudes et résultats n°94, DREES.*

TABLEAU 2 ●

répartition selon la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence

	en %	
	Bénéficiaires d'un SAPAD	ensemble des personnes âgées vivant à domicile
Indépendants (agriculteurs, exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise)	22	26
Cadres, professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires	17	28
Employés	27	16
Ouvriers	25	30
Personnes sans activité professionnelle	9	0
Ensemble	100	100

source : DREES, enquête SAPAD-bénéficiaires, volet personnes âgées 2000 INSEE, enquête HID domicile, 1999

LES CIRCUITS DE RECOURS AUX STRUCTURES D'AIDE À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES

Sophie BRESSÉ

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

DREES

Cette étude, menée à partir des données de l'enquête SAPAD-Bénéficiaires 2000, a un double objectif : identifier, dans un premier temps, les caractéristiques des personnes âgées qui sont à l'origine de leur propre recours et celles des bénéficiaires qui se sont adressés au service d'aide sur les conseils d'un tiers, puis reconstituer les circuits de recours qui aboutissent à leur prise en charge. Les trois quarts des personnes qui ont pris elles-mêmes la décision de recourir à un service d'aide à domicile ont ensuite effectué les démarches elles-mêmes ; à l'inverse, pour plus de 80 % des personnes qui ne sont pas à l'origine de ce recours, ces démarches ont été effectuées par un tiers. De l'origine du recours au suivi des démarches auprès du service d'aide par le bénéficiaire lui-même, ou le médecin, la famille, les services sociaux, l'analyse des circuits de recours fait ressortir le rôle déterminant de l'entourage familial dans la prise en charge des personnes âgées. Ce constat confirme que les personnes isolées ont un accès plus difficile à ce type de services. Elle révèle aussi l'implication non négligeable de certains professionnels de santé.

Le volet « Personnes âgées » de l'enquête SAPAD-Bénéficiaires permet, à partir de données déclaratives, la reconstitution des parcours des personnes âgées¹ interrogées, depuis le moment où la nécessité de se faire aider s'est fait sentir jusqu'à celui où elles sont effectivement devenues bénéficiaires du service d'aide (encadré 1).

Ce travail de reconstitution va dans le sens de celui déjà commencé dans l'article précédent « Les bénéficiaires de services d'aide à domicile : des publics divers » puisqu'il permet de mettre en lumière la coexistence de plusieurs types de publics, cette fois sous l'angle de leur capacité d'accès aux services d'aide.

Les personnes âgées peuvent être ou non à l'origine de leur propre recours. Chercher à connaître les caractéristiques de celles qui le sont (versus celles qui ne le sont pas), c'est chercher à identifier les personnes qui ont assumé l'ensemble de la démarche, par contraste avec celles qui ont dû être prises en charge par un tiers pour le faire.

Même si toutes les personnes enquêtées sont, de fait, bénéficiaires d'un service d'aide, analyser leurs circuits de recours, et donc leurs éventuelles difficultés, permet de pointer plus précisément les publics les plus vulnérables et d'essayer de comprendre ce qui fait leur fragilité.

En outre, la reconstitution de ces circuits de recours permet, dans un contexte de réflexion sur la prise en charge des personnes âgées, d'évaluer dans quelle mesure l'aide requise est accessible, d'identifier les personnes ou les entités qui ont joué un rôle dans ces parcours, celles qui ont pu exercer une influence sur la décision du recours, qui ont guidé ou accompagné

1 - Par personnes âgées, on entend les personnes âgées de 60 ans et plus. Le seuil retenu pour définir la population « âgée » enquêtée est celui à partir duquel les personnes deviennent éligibles aux aides et allocations destinées aux personnes âgées.

les personnes âgées vers les services d'aide. En effet à l'heure actuelle, la question n'est peut-être pas seulement de comprendre et d'analyser ce dont les personnes âgées ont besoin en termes d'aide et de prise en charge financière. Elle est aussi de s'assurer que ces personnes ont accès aux informations sur l'offre déjà existante dans ce domaine, et d'identifier les relais existant entre les personnes âgées et cette offre.

Néanmoins, il apparaît nécessaire de préciser les limites de cette étude. Premièrement l'enquête porte sur une population de personnes qui ont été sélectionnées parce qu'elles étaient déjà bénéficiaires d'un service d'aide. Elle ne nous apprend donc rien sur celles qui ne sont pas bénéficiaires alors qu'elles auraient besoin de l'être. Deuxièmement, les bénéficiaires enquêtés peuvent avoir recouru à un service d'aide à une époque lointaine, ou tout au moins différente de celle de l'enquête ; le recours médian des bénéficiaires remonte à 4 ans, d'autres peuvent être beaucoup plus anciens. Or si l'enquête SAPAD-Bénéficiaires permet de dater le recours, et donc l'âge du bénéficiaire à celui-ci, toutes les questions qui permettent de dresser les profils des bénéficiaires, en termes de situation familiale, d'aide, de dépendance, de prise en charge financière etc...portent sur les caractéristiques de ces derniers au moment de l'enquête. Nous avons cherché à voir dans ces caractéristiques des facteurs explicatifs de certains comportements. Mais, surtout si le recours remonte à un certain nombre d'années, ces caractéristiques peuvent avoir évolué, voire radicalement changé.

Il apparaît donc nécessaire de faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats.

ÊTRE OU NE PAS ÊTRE A L'ORIGINE DU RECOURS AU SERVICE D'AIDE : UNE CARACTERISTIQUE DISCRIMINANTE

L'analyse des circuits de recours des personnes âgées bénéficiaires de services d'aide à domicile montre que les deux groupes de bénéficiaires, ceux qui sont à l'origine de la décision de se faire aider, et ceux qui ne le sont pas, n'ont pas du tout eu le même comportement en ce qui concerne les démarches auprès du service d'aide.

En effet, presque les trois-quarts des personnes qui ont pris elles-mêmes la décision de recourir à un service d'aide ont ensuite effectué les démarches elles-mêmes. À l'inverse, pour plus de 80 % des personnes qui ne sont pas à l'origine de ce recours, ces démarches ont été accomplies par un tiers. Le critère de l'origine du recours semble donc discriminant ; il permet de faire apparaître deux types de publics, semble-t-il assez différents.

Au sein de chacun de ces deux groupes, on distingue deux catégories de personnes : celles qui sont dépendantes physiquement, au sens de la grille du Docteur Colvez (voir encadré sur la reconstitution d'un indicateur de Colvez à partir des questions de l'enquête dans l'article N. Duthéil et S. Bressé) et celles qui ne le sont pas. Les premières sont classées en équivalent Colvez 1 (elles sont confinées au lit ou au fauteuil), équivalent Colvez 2 (elles ont besoin d'être aidées pour la toilette et l'habillage) ou équivalent Colvez 3 (elles nécessitent une aide pour sortir de chez elles). Les secondes sont classées en équivalent Colvez 1 (elles sont confinées au lit ou au fauteuil), équivalent Colvez 2 (elles ont besoin d'être aidées pour la toilette et l'habillage) ou équivalent Colvez 3 (elles nécessitent une aide pour sortir de chez elles).

ENCADRÉ 1 ●

LA RECONSTITUTION DES CIRCUITS DE RECOURS À PARTIR DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE SAPAD-BÉNÉFICIAIRES (2000)

L'enquête Sapad-Bénéficiaires, volet personnes âgées, a été réalisée en mai 2000 auprès d'un échantillon de 1200 bénéficiaires de services d'aide aux personnes à domicile prestataires ou mandataires agréés, âgés de 60 ans et plus. Elle contient un certain nombre de questions sur les démarches effectuées auprès du service d'aide dont l'exploitation a fourni le support de ce travail, permettant la reconstitution des circuits de recours des bénéficiaires.

Ces questions sont les suivantes :

- *Etes-vous à l'origine de la demande d'intervention ?*

Et pour les personnes qui ne le sont pas :

- *Sur les conseils de qui avez-vous eu recours à un service d'aide à domicile ?*
- *Avez-vous obtenu les coordonnées du service par la personne qui est à l'origine de la demande ?*

Et pour les personnes qui sont à l'origine de la demande d'intervention :

- *Comment avez-vous obtenu les coordonnées du service d'aide ?*
- *Est-ce vous qui avez effectué les démarches auprès du service d'aide ?*

Et pour les personnes qui déclarent qu'elles n'ont pas effectué les démarches elles-mêmes :

- *Qui a effectué les démarches auprès du service d'aide ?*

valent Colvez 4 : elles sont autonomes pour réaliser les actes cités précédemment. Il faut cependant souligner que l'indicateur de Colvez, reconstitué à partir des questions de l'enquête SAPAD-bénéficiaires, ne permet pas d'évaluer la dépendance psychique des personnes enquêtées d'une part, et qu'il mesure leur dépendance physique, au moment de l'enquête, et non à l'époque du recours.

Pour ce qui est des personnes qui ne sont pas dépendantes physiquement au moment de l'enquête, on supposera, sans trop de risque d'erreur, qu'elles ne l'étaient pas au moment de leur recours, quelle qu'en soit la date ; la dépendance physique chez les personnes âgées régresse rarement. Pour celles qui sont dépendantes au moment de l'enquête, selon les cas, elles pouvaient l'être moins ou même ne pas l'être du tout au moment du recours.

Ce travail met donc en lumière la coexistence de quatre types de populations parmi les bénéficiaires de services d'aides à domicile (tableau 1).

- Les personnes qui sont à l'origine de la demande d'intervention et qui sont autonomes physiquement. Elles représentent 34 % des bénéficiaires.

- Les personnes qui sont à l'origine du recours alors qu'elles sont dépendantes physiquement. Plusieurs interprétations peuvent être envisagées : soit, malgré leur handicap physique, elles ont pris elles-mêmes la décision de recourir à un service d'aide, et on peut supposer que leurs facultés mentales étaient intactes ; soit leur handicap physique a progressé entre les deux périodes. Mais elles comptent pour 8 % de la population étudiée et sont de toutes façons trop peu nombreuses pour permettre une exploitation statistique approfondie. En conséquence, cette population ne sera pas traitée par la suite.

- Les bénéficiaires qui ne sont pas à l'origine du recours et qui sont dépendants physiquement ; ils comptent pour un quart de la population étudiée.

- Les personnes qui ne sont pas à l'origine de la

demande d'intervention mais qui ne présentent pas pour autant de dépendance physique : un tiers des bénéficiaires.

les bénéficiaires à l'origine du recours

les personnes à l'origine de la décision sont un peu moins âgées que la moyenne et le plus souvent non dépendantes physiquement

Parmi celles, environ 40 % de la population enquêtée, qui déclarent avoir elles-mêmes pris la décision, huit sur dix ne présentent pas de dépendance physique au sens de la grille de Colvez : elles sont autonomes pour sortir de leur lit ou de leur fauteuil, pour se laver et s'habiller, et pour sortir de chez elles. Par ailleurs, les trois-quarts d'entre elles ne reçoivent de l'aide que pour les tâches ménagères. Elles étaient relativement jeunes au moment où elles ont fait appel au service d'aide : leur âge médian au recours était de 74 ans, contre 78 ans pour l'ensemble des bénéficiaires.

L'aide à domicile intervient chez ces personnes un peu plus de 4 heures par semaine en moyenne, mais pour la moitié d'entre elles, le temps d'intervention n'excède pas trois heures, et pour un quart, il est inférieur ou égal à deux heures par semaine. L'aide qui leur est dispensée s'apparente plus à un soutien à la personne âgée qu'à une nécessité pour son maintien à domicile. D'ailleurs, pour 20 % d'entre elles, recevoir une aide à leur domicile n'est pas un fait nouveau puisqu'elles ont « toujours eu recours à une aide rémunérée au cours de leur vie »², qu'il s'agisse d'une femme de ménage ou d'une garde d'enfant.

les cadres et les professions intermédiaires y sont fortement représentés

Les bénéficiaires vivant dans des ménages dont la personne de référence³ a exercé une fonction de

TABLEAU 1 ●
quatre populations de bénéficiaires

	en %	
	Dépendants physiquement équivalent Colvez 1, 2 et 3	Autonomes équivalent Colvez 4
Personnes à l'origine du recours	8	34
Personnes n'étant pas à l'origine du recours	25	33
total	100	

Source : enquête Sapad-Bénéficiaires, volet Personnes âgées, mai 2000, DREES

2 - Les expressions entre guillemets renvoient à des questions formulées dans le questionnaire de l'enquête.

3 - La catégorie socioprofessionnelle prise en compte n'est pas celle du bénéficiaire mais celle de la personne de référence dans le ménage. En effet, pour des raisons liées à la méthodologie de l'enquête, une forte proportion de répondants à l'enquête sont des femmes, et celles-ci sont souvent d'anciennes inactives (voir l'article de Nathalie Duteil et Sophie Bressé sur les différents publics de l'aide à domicile).

cadre ou une profession intermédiaire sont nettement plus nombreux, proportionnellement, dans le groupe des personnes qui sont à l'origine de la demande d'intervention (26 %) que dans l'ensemble de la population étudiée (17 %) ; ils sont deux fois plus nombreux parmi les bénéficiaires qui sont à l'origine du recours et ne sont aidés que pour les tâches ménagères (33 %).

les couples sont surreprésentés

De même dans ce groupe, les couples sont surreprésentés : ils comptent pour 46 % contre 32 % dans la population aidée en général. Il est probable que pour la plupart d'entre elles, les personnes en couple l'étaient déjà lors du recours. Les femmes seules sont pour leur part sous-représentées puisqu'elles représentent 41 % du groupe, contre 55 % de la population étudiée. Ici, en revanche, il est plus difficile d'affirmer que les personnes qui vivent seules étaient déjà dans cette situation au moment du recours. Nombre d'entre elles pouvaient alors vivre en couple.

Le groupe des personnes étant à l'origine de la demande d'intervention est ainsi principalement composé de couples sans dépendance physique, n'ayant recours au service d'aide que pour quelques heures d'aide aux tâches ménagères.

les personnes âgées qui ne sont pas elle-mêmes à l'origine du recours au service d'aide

60 % des bénéficiaires ne sont pas eux-mêmes à l'origine de la demande d'intervention d'une aide à domicile. Ceux-ci sont pour une très large part (les trois-quarts) des personnes isolées au sens où ils vivent seules dans leur logement. Leur âge médian au recours est de 82 ans, soit quatre ans de plus que l'âge médian de l'ensemble des bénéficiaires.

En revanche, ils ne sont pas tous, loin de là, des personnes souffrant d'une lourde dépendance ; en fait, 57 % d'entre eux ne présentent pas de dépendance physique au sens de la grille de Colvez. Le niveau de dépendance est donc loin d'être le seul facteur explicatif du fait d'être, ou non, à l'origine du recours au service d'aide.

deux types de populations

Deux groupes apparaissent donc parmi les bénéficiaires qui ne sont pas eux-mêmes à l'origine de la demande d'intervention :

- Ceux qui sont dépendants physiquement et doivent être aidés pour accomplir certains gestes ou certaines activités, pour lesquels la dépendance physique est un facteur de fragilité qui peut expliquer qu'ils

ne soient pas à l'origine du recours. 68 % d'entre eux vivent seuls. La même proportion bénéficie de l'aide d'au moins un autre professionnel du secteur médico-social.

- Ceux qui n'ont pas de dépendance physique et qui, pour d'autres raisons, ne sont pas à l'origine du recours. Les raisons en sont complexes et difficiles à identifier. Soit ils ne connaissaient pas l'existence des services d'aide à domicile, soit ils étaient réticents à faire appel à un aidant extérieur, soit encore ils n'ont pas ressenti eux-mêmes la nécessité d'être aidés, soit, à l'inverse, leur niveau de dépendance psychique était tel que les décisions les concernant ont dû être prise par d'autres. Pour ces bénéficiaires, on doit rappeler que l'indicateur d'évaluation de la dépendance utilisé ne prend pas en compte la dépendance psychique ; ces personnes peuvent donc être physiquement autonomes, mais souffrir d'une dégradation de leurs facultés intellectuelles, ce qui expliquerait qu'elles n'aient pas prises elles-mêmes la décision d'avoir recours à un service d'aide. Néanmoins, près de 8 sur 10 ne sont aidées que pour les tâches ménagères, et le volume d'aide hebdomadaire moyen dont elles bénéficient n'excède pas deux heures par semaine. De plus, au sein de ce groupe, plus de 60 % ne bénéficient d'aucune autre aide de la part de professionnels. On peut donc supposer, au moins pour celles-là, qu'elles ne présentent pas de dépendance psychique lourde.

Parmi les caractéristiques à identifier comme facteurs explicatifs du fait d'être ou non à l'origine du recours à un service d'aide, la configuration familiale est celle qui pose le plus de problèmes ; en effet, cette situation peut évoluer de façon radicale en très peu de temps.

Les données disponibles ne permettent pas de savoir, par exemple, si les personnes qui se déclarent isolées (les personnes qui vivent seules sont veuves dans 90 % des cas) au moment de l'enquête vivaient déjà seules, ou avaient encore un conjoint à l'époque où elles se sont adressées au service d'aide. Pour les personnes qui vivent en couple au moment de l'enquête, on peut en revanche supposer, sans trop de risques, que leur situation matrimoniale n'a pas changé depuis le recours.

La population des bénéficiaires qui ne sont pas à l'origine du recours alors qu'ils n'ont ni dépendance physique, ni, semble-t-il, de dépendance psychique, se compose majoritairement (80 %) de personnes isolées. C'est ce critère qui les distingue essentiellement de ceux qui, non dépendants physiquement, sont à l'origine de la demande d'intervention ; parmi ces derniers, en effet, la moitié vit dans un ménage composé de plus d'une personne.

Pour expliquer qu'ils ne soient pas à l'origine du recours, alors qu'ils sont autonomes physiquement,

le facteur « isolement » semblerait donc jouer un rôle assez important. Néanmoins, la nature de nos données ne nous autorise qu'à faire une hypothèse dans ce domaine.

Une autre configuration apparaît discriminante : celle des personnes âgées bénéficiaires d'un service d'aide qui sont hébergées par une tierce personne (probablement un enfant). Les deux tiers d'entre elles ne sont pas à l'origine du recours, sans que l'on puisse savoir si leur situation familiale n'a pas changé depuis le recours. La moitié de ces personnes sont dépendantes physiquement ; l'autre moitié, c'est-à-dire les personnes physiquement autonomes, peuvent, pour certaines d'entre elles, être dépendantes psychiquement, et nécessitent une surveillance importante, ce qui expliquerait justement qu'elles doivent être hébergées.

les facteurs liés à l'origine du recours aux services d'aides

la méthode : une analyse « toutes choses égales par ailleurs »

L'utilisation d'un modèle logit présente l'avantage de montrer l'effet de chaque variable sur un comportement, « toutes choses égales par ailleurs » (encadré 2). Elle va permettre, dans le cadre de cette étude, de mettre en lumière les variables, et au sein de chacune d'elles, les modalités, qui sont associées le plus significativement à la variable testée, c'est-à-dire au fait d'être à l'origine du recours. Les variables modélisées sont les suivantes : une variable croisant le sexe et l'âge au recours du bénéficiaire, la dépendance physique, la catégorie socioprofes-

sionnelle, le fait de n'être aidé que pour les tâches ménagères, et le fait de bénéficier d'une prise en charge, financière ou en nombre d'heures. La variable âge correspond à l'âge du bénéficiaire au moment du recours et non au moment de l'enquête. La variable de la configuration familiale a d'abord été intégrée dans le modèle, mais n'a finalement pas été retenue dans le modèle définitif : son influence ne jouait pas de manière significative. De plus, il aurait été difficile d'interpréter les résultats, du fait des éventuels changements de situation qui pouvaient être intervenus entre l'époque du recours et celle de l'enquête, notamment le veuvage.

résultats et interprétations

L'effet de l'âge ressort différemment chez les hommes et les femmes. Par rapport aux femmes de moins de 80 ans, et toutes choses (prises en compte dans le modèle) égales par ailleurs, les femmes de 80 ans ou plus ont moins de chances d'être à l'origine du recours (tableau 2). Le fait d'être une femme âgée joue donc négativement sur la probabilité d'être soi-même à l'origine du recours. Chez les hommes, l'effet de l'âge est beaucoup moins net : c'est le fait d'être âgé de moins de 70 ans (par rapport au fait d'être une femme de moins de 80 ans) qui limite la probabilité d'être à l'origine du recours, même si cette dernière probabilité n'est significative qu'au seuil de 12 %.

Toujours toutes choses égales par ailleurs, les personnes physiquement dépendantes ont nettement moins de chances d'être à l'origine de la demande d'intervention que celles qui sont autonomes.

Les anciens cadres et professions intermédiaires ont

TABLEAU 2 ●
facteurs à l'origine du recours aux services d'aides

Variables	Coefficients	probabilités
Femmes de moins de 80 ans	Ref	Ref
Femmes de 80 ans et plus	-	0.0067
Hommes de moins de 70 ans	-	0.1191 *
Hommes de 70 ans et plus	ns	ns
Sans dépendance physique (Colvez 4)	Ref	Ref
Dépendant physiquement (Colvez 1, 2 et 3)	-	< 0.0001
Non cadres	Ref	Ref
Cadres et professions intermédiaires	+	0.0266
Ne pas avoir de prise en charge	Ref	Ref
Avoir une prise en charge financière ou en nombre d'heures	-	0.0010
Ne pas être aidé exclusivement pour les tâches ménagères	Ref	Ref
Être aidé exclusivement pour les tâches ménagères	+	< 0.0001

Source : enquête Sapad-Bénéficiaires, DREES, 2000.

une probabilité plus élevées d'être à l'origine du recours que les non cadres, c'est-à-dire les anciens ouvriers, employés, indépendants ou inactifs.

Les bénéficiaires qui reçoivent une aide exclusivement pour les tâches ménagères ont plus de chances, toutes choses égales par ailleurs, d'être à l'origine du recours que ceux qui sont aidés pour des tâches plus spécifiques (la plupart du temps pour des aides à la personne). Cette variable peut paraître redondante avec la variable de la dépendance, si on considère que les bénéficiaires qui n'ont recours à un service d'aide que pour ce type de tâches sont, selon toutes probabilités, des personnes non dépendantes physiquement, au sens de la grille de Colvez. Cependant, si l'effet de la variable « tâches ménagères exclusivement » et celui de la variable « dépendance » ressortent tous les deux, c'est bien que la première rend compte d'autre chose que de la seule dépendance physique. Notre hypothèse suggère qu'elle pourrait être une mesure approximative de la dépendance psychique, avec l'idée que si une personne est autonome physiquement mais bénéficie d'une aide à la personne (et pas que de tâches ménagères), c'est vraisemblablement que ses facultés psychiques et mentales ne sont pas altérées.

Enfin les personnes qui bénéficient d'une prise en charge financière ont une probabilité d'être à l'origine du recours moins élevée que celles qui n'en ont pas. Ces dernières étant celles dont le niveau de ressources dépasse le plafonds d'attribution des aides soumises à condition de ressources, donc des personnes relativement aisées, ce résultat apparaît conforme à l'intuition. Cette variable peut être assimilée à une variable de revenus, qui viendrait en complément de la variable « CSP ».

Le modèle « toutes choses égales par ailleurs » permet de mettre l'accent sur le rôle de la catégorie socioprofessionnelle dans la démarche de se faire aider : les cadres et professions intermédiaires apparaissent beaucoup plus actifs dans le processus du recours, et notamment au moment de la décision. Probablement en partie parce qu'ils ont les moyens d'envisager ce recours, même sans bénéficier d'aide financière. En effet, on l'a vu dans l'article « Les bénéficiaires des services d'aide à domicile : des publics différents », si les cadres et les professions intermédiaires bénéficient moins que les autres catégories socioprofessionnelles des aides apportées par les différents organismes, ils bénéficient en revanche, à dépendance égale, d'un volume d'aide moyen nettement supérieur à ceux observés pour les autres groupes sociaux.

Néanmoins, l'existence ou l'absence d'aisance financière ne constitue pas le seul contenu de la variable « CSP ». En effet, cette dernière et la variable « bé-

néficiaire ou non d'une prise en charge financière » ont toutes les deux un impact significatif sur la probabilité d'être à l'origine du recours, ce qui nous incite à penser que leurs deux contenus ne sont pas interchangeables. Peut-être plus qu'un niveau de vie, la catégorie socioprofessionnelle permet d'appréhender un mode de vie, auquel sont associées des pratiques, qui elles ne sont pas forcément liées aux niveaux de revenus.

Certaines pistes sembleraient donc intéressantes à explorer plus en profondeur pour tenter de montrer clairement pourquoi certaines personnes sont à l'origine du recours à un service d'aide, et d'autres non. L'analyse de leurs circuits de recours montrent en quoi ces deux publics sont différents et confirme que le fait d'être à l'origine du recours est bien déterminant.

LE PARCOURS DES PERSONNES QUI SONT À L'ORIGINE DU RECOURS

Parmi les 40 % des personnes âgées qui déclarent avoir décidé elles-mêmes d'avoir recours à une aide à domicile, 80 % sont physiquement autonomes au sens de la grille de Colvez. Elles déclarent, dans près de neuf cas sur dix, avoir décidé de faire appel à une aide « pour se décharger de certaines tâches qu'elles avaient du mal à réaliser en raison de leur état de santé ». Il n'est donc pas exclu de penser qu'une remarque de leur médecin traitant puisse avoir eu une influence sur la décision d'avoir recours à un service d'aide.

près de la moitié ont obtenu les coordonnées du service par l'intermédiaire d'un professionnel du secteur de santé social

18 % d'entre elles ont en effet obtenu les coordonnées du service d'aide par un professionnel du secteur de la santé (leur médecin traitant dans la quasi-totalité des cas). Un quart d'entre elles ont été guidées par un professionnel du secteur social, qu'il s'agisse du service social de la commune ou de celui de leur caisse de retraite (tableau 3). Une petite moitié des personnes qui déclarent être à l'origine du recours (43 %) ont donc obtenu les coordonnées de la structure d'aide à domicile à laquelle elles se sont adressées par l'intermédiaire d'un professionnel. Cette caractéristique les différencie profondément des personnes qui n'ont pas pris elles-mêmes la décision de recourir à un service d'aide.

Pour les autres, un peu plus du quart connaissaient déjà le service d'aide auquel elles se sont adressées et 25 % ont obtenu ses coordonnées par une personne de leur famille ou de leur entourage proche.

près des trois quarts ont accompli eux-mêmes les démarches auprès du service d'aide

Parmi les personnes qui sont à l'origine du recours, plus de 7 sur 10 ont effectué les démarches elles-mêmes. C'est le cas de 83 % des personnes qui vivent en couple et de 78 % de celles qui ne sont aidées que pour les tâches ménagères.

D'une façon générale, les personnes qui sont à la source de leur propre recours, semblent avoir beaucoup moins besoin d'être épaulées dans leurs démarches. Et quand elles en ont besoin, c'est le plus souvent un proche qui les soutient : quand la personne âgée ne les a pas effectuées elle-même, c'est en effet un membre de son entourage proche qui les a prises en charge dans plus de 6 cas sur 10.

Même si, peut-être, l'impulsion est en fait venue d'une personne extérieure (comme le médecin par exemple), celle-ci a été prolongée par une volonté personnelle de la part des bénéficiaires de faire appel à un service d'aide, et a été permise par leur autonomie. C'est en cela, d'abord, que leur circuit de recours diffère de celui des personnes qui déclarent ne pas avoir pris cette décision elles-mêmes.

LE PARCOURS DES PERSONNES QUI NE SONT PAS À L'ORIGINE DU RECOURS

les bénéficiaires qui ne sont pas à l'origine du recours sont les plus nombreux

Sur l'ensemble des bénéficiaires âgés interrogés, presque 6 sur 10 ne sont pas eux-mêmes à l'origine de la décision de faire appel à un service d'aide. Ils y ont

été incités par une personne ou une entité extérieure, ou ont tout au moins été conseillés dans ce sens. Il faut rappeler que les données utilisées pour cette étude sont déclaratives et qu'il existe toujours un biais lié à la subjectivité du répondant, à la façon dont il comprend la question, mais aussi éventuellement à ses liens avec l'enquêté (les aidants et les aidés ont par exemple parfois une perception différente de l'aide dispensée ou des incapacités de la personne aidée). Néanmoins, parmi les bénéficiaires interrogés, 95 % ont répondu eux-mêmes aux questions.

Un circuit d'accompagnement s'est donc mis en place pour les guider vers les services d'aide, et l'intérêt de cette étude est d'identifier les intermédiaires qui ont joué un rôle dans ces circuits de recours.

Parmi les personnes qui ne sont pas à l'origine de la démarche, un peu plus de la moitié ont été incitées à s'adresser à une structure d'aide par un membre de leur entourage proche ; et quatre sur dix l'ont été par un membre du corps médical : leur médecin traitant ou une infirmière libérale dans 28 % des cas, l'hôpital dans 10 % des cas. Les services sociaux des communes ou d'autres organismes ne sont à l'origine de la démarche que dans moins d'un cas sur dix (tableau 4).

70 % des bénéficiaires qui ne sont pas à l'origine du recours bénéficient d'une prise en charge financière ou en nombre d'heures d'intervention de la part d'un ou plusieurs organismes, contre 45 % de ceux qui sont à l'origine du recours.

une forte implication de la famille

La famille est ainsi le relai essentiel entre la personne âgée et le service d'aide à domicile. Ceci est d'autant plus vrai quand la personne apparaît fragile

TABLEAU 3 ●

source par laquelle les bénéficiaires qui sont à l'origine du recours ont obtenu les coordonnées du service d'aide

en %					
Professionnel du secteur médical	Professionnel du secteur social	Entourage	Connaissaient déjà le service d'aide	Autres	Total
18	25	25	27	5	100

Source : enquête Sapad-Bénéficiaires, volet Personnes âgées, mai 2000, DREES

TABLEAU 4 ●

origine du recours quand les bénéficiaires ne sont pas à l'origine du recours

en %				
Entourage	Professionnel du secteur médical	Professionnel du secteur social	Autres	Total
52	38	8	2	100

Source : enquête Sapad-Bénéficiaires, volet Personnes âgées, mai 2000, DREES

sur le plan de la santé : quand la personne âgée est dépendante physiquement, c'est un membre de la famille qui est à l'origine du recours dans 70 % des cas, contre 35 % quand la personne âgée est physiquement autonome.

Quand c'est « un membre de la famille n'appartenant pas au ménage » qui est à l'origine de la démarche (la moitié des cas), autrement dit probablement un enfant du bénéficiaire, c'est lui qui fournit les coordonnées de la structure à la personne âgée dans plus de 9 cas sur 10.

De plus, quand c'est un membre de la famille qui est à l'origine du recours, 97 % des bénéficiaires n'ont pas effectué les démarches eux-mêmes, et c'est quasiment toujours une personne de leur famille (probablement la même) qui les a faites à leur place. Les personnes âgées apparaissent donc particulièrement bien accompagnées, puisque la famille prend en charge la totalité des étapes : elle propose la solution du recours à une aide à domicile, trouve les coordonnées du service auprès duquel, en général, elle entreprend elle-même de faire les démarches.

Le rôle des proches, et particulièrement de l'entourage familial, quand il existe, apparaît à cet égard très important. Par exemple, parmi les bénéficiaires âgés

ayant des enfants, c'est un membre de la famille qui est à l'initiative du recours dans plus de la moitié des cas (54 %). En revanche, quand les personnes âgées n'ont pas d'enfants vivants, l'entourage, forcément plus éloigné, n'intervient dans ce sens que dans 15 % des cas ; et trois fois sur quatre, c'est un professionnel du secteur social ou médical qui est à l'origine du recours.

le rôle des professionnels du secteur de la santé

Quand c'est un membre du secteur de la santé qui est à l'origine du recours au service d'aide, c'est-à-dire dans 40 % des cas, il procure les coordonnées du service à la personne âgée dans la moitié des cas. Mais selon qu'il s'agit du médecin ou de l'hôpital, les comportements diffèrent : en effet, quand c'est ce dernier qui est à l'origine du recours, le service social ou soignant de l'hôpital ne procure les coordonnées de la structure à la personne âgée que dans un quart des cas. En revanche, quand c'est le médecin traitant qui a conseillé à la personne âgée de se faire aider à son domicile, il lui a fourni les coordonnées de la structure dans presque 70 % des cas.

Quand les personnes auxquelles ils ont conseillé le recours à un service d'aide ne peuvent effectuer les

ENCADRÉ 2 ●

LE MODÈLE LOGIT UTILISÉ : MÉTHODOLOGIE

Le modèle logit utilisé cherche à identifier les variables qui jouent sur la probabilité d'être à l'origine de la demande d'intervention d'un service d'aide. Les variables modélisées sont les suivantes : le niveau de dépendance, la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage, la variable « être aidé pour les tâches ménagères exclusivement », le fait de bénéficier ou non d'une prise en charge financière ou en nombre d'heures, et une variable croisant le sexe et l'âge du bénéficiaire au recours.

Cette dernière variable se décline en 4 modalités : les hommes de moins de 70 ans, les hommes de 70 ans et plus, les femmes de moins de 80 ans et les femmes de 80 ans et plus. Les seuils retenus pour définir les groupes d'âges sont ceux qui, après plusieurs itérations, sont apparus les plus pertinents.

Pour le niveau de dépendance, on a divisé les bénéficiaires en deux catégories, les personnes dépendantes physiquement (Colvez 1, 2 et 3) et les personnes ne présentant pas de dépendance physique (Colvez 4). La catégorie socioprofessionnelle est formalisée en 2 groupes, les cadres et les professions intermédiaires constituent un premier groupe ; les ouvriers, les inactifs, les employés et les indépendants, qui ont été regroupés constituent le groupe des « non cadres » car les probabilités d'être à l'origine du recours de ces quatre groupes ne sont pas significativement différentes. La configuration familiale de la personne aidée n'est pas prise en compte dans le modèle à cause du biais introduit par les éventuels changements qui peuvent être intervenus entre l'époque du recours et celle de l'enquête, notamment le veuvage.

Un second modèle a été utilisé pour tenter de mesurer l'impact de la variable « configuration familiale » : pour réduire (mais sans l'éliminer complètement) le biais introduit par le temps écoulé entre le recours et l'enquête, la population étudiée est limitée aux bénéficiaires dont le recours remonte à moins de trois ans avant l'enquête, ce qui correspond en termes d'effectifs à un échantillon de 480 personnes.

Les bénéficiaires peuvent vivre dans trois configurations familiales différentes : ils peuvent être isolés, c'est-à-dire vivre seuls, vivre en couple, ou être hébergés par un tiers, dont on suppose qu'il s'agit le plus souvent d'un descendant du bénéficiaire. Les autres variables modélisées sont les mêmes que dans le précédent modèle. Les tendances concernant ces dernières sont les mêmes que celles observées avec le premier modèle. La seule configuration familiale qui se distingue des deux autres est celle des bénéficiaires hébergés : leurs chances d'être à l'origine du recours sont moindres que celles des bénéficiaires isolés et vivant en couple. En revanche, les probabilités d'être à l'initiative de la demande de ces derniers ne sont pas significativement différentes.

Un troisième modèle a été utilisé. Semblable au premier dans la mesure où il modélise les mêmes variables, et donc pas la configuration familiale, il a été appliqué à la population de référence du second modèle, celle dont le recours remonte à moins de trois ans.

Le premier et le troisième modèle donnent des résultats similaires ; les variables influant sur la probabilité d'être à l'origine du recours sont les mêmes pour les deux populations. Ce qui permet de conclure que les résultats présentés dans cette étude sont relativement robustes.

démarches elles-mêmes, les professionnels du secteur médical assurent eux-mêmes les démarches auprès du service d'aide dans un cas sur 5. Dans presque 7 cas sur 10, c'est cependant l'entourage qui prend en charge la réalisation de ces démarches.

Les membres de l'entourage proche des personnes âgées, le médecin traitant et l'infirmière libérale jouent donc un rôle central dans leurs circuits de recours au service d'aide. Ces deux types d'acteurs partagent une caractéristique commune : ils connaissent, souvent bien, les personnes âgées concernées, et bénéficient de leur confiance, ce qui leur permet justement de les inciter à se faire aider, à laisser entrer un étranger dans leur intimité, à accepter leur situation et à la gérer. À l'inverse, les professionnels du secteur social ont sans doute un rapport moins personnalisé avec les personnes âgées. De toutes façons, ils ne sont la plupart du temps amenés à les rencontrer que lorsque celles-ci ont déjà pris l'initiative de venir se renseigner auprès d'eux sur l'aide dont elles pourraient bénéficier.

CONCLUSION

La portée de ce travail est, on l'a vu, limitée par le problème méthodologique lié à la nature des données de l'enquête, notamment dans l'identification des caractéristiques qui rendent les personnes âgées vulnérables, et donc peu enclines à demander de l'aide et à se tourner vers les services qui pourraient leur en dispenser.

Cependant, même si l'occasion se présente, lors de la réédition de l'enquête Sapad-Bénéficiaires, d'introduire de nouvelles questions sur les caractéristiques des bénéficiaires au moment où ils ont effectué le recours au service d'aide, le problème de la validité de ces réponses n'en restera pas moins posé : comme l'ont montré d'autres enquêtes, les questions rétrospectives sont souvent mal renseignées, pour cause de mémoire

défaillante ou sélective plus que par mauvaise volonté des enquêtés d'ailleurs. Ce problème se posera avec d'autant plus d'acuité que les répondants seront des personnes âgées dépendantes.

Par ailleurs, si on restreint l'étude, notamment la partie économétrique, à la population dont le recours est relativement récent (moins de trois ans), on obtient les mêmes résultats ; ce qui permet de penser que ceux exposés dans ce travail présentent une certaine robustesse (voir encadré n°2).

L'analyse a aussi révélé le rôle important que certains membres du secteur médical ont pu jouer dans les circuits de recours des personnes âgées, dépassant parfois le cadre traditionnel de leur fonction, puisque les médecins libéraux notamment, fournissent les coordonnées du service d'aide à 7 sur 10 des patients âgés auxquels ils recommandent ce recours, et vont parfois jusqu'à effectuer les démarches auprès du service quand la personne concernée ne peut le faire elle-même, ni être soutenue par un proche.

Enfin, cette étude a mis en lumière le rôle clé joué par l'entourage familial des bénéficiaires dans le circuit de recours. Par son soutien dans les démarches administratives, mais aussi en confrontant la personne âgée à l'idée de faire appel à une aide extérieure au foyer. Enfin, parce que plus généralement, c'est la famille qui porte l'ensemble de la démarche quand la personne âgée est dans l'incapacité de le faire. Ce résultat conforte l'intuition selon laquelle les personnes isolées, au sens où elles vivent seules et où elles n'ont pas ou peu de famille, sont certainement fragilisées et plus limitées dans leur capacité d'accès aux services d'aide à domicile. Quoiqu'il en soit, quand il existe, l'entourage familial demeure semble-t-il fortement impliqué dans la prise en charge de la personne âgée et constitue un relais essentiel entre la personne âgée et tous les types de prises en charge dont elle peut bénéficier (associations d'aide, allocations etc...). ■

PARTICIPATION ET CHOIX DES RÉSIDENTS DANS LE PROCESSUS D'ENTRÉE EN INSTITUTION

Dr Dominique SOMME

Chef de Clinique-Assistant
Service de Gériatrie, Hôpital Européen Georges Pompidou.

Cette étude, à partir des données de l'enquête EHPA, montre que les personnes âgées résidant en institution y sont le plus souvent venues directement de leur domicile. La coopération entre ville et institution apparaît ainsi comme un enjeu important d'une politique de réseau de soins gériatriques. Par ailleurs, les résidents ont peu participé à la démarche conduisant à leur entrée en établissement, surtout en maison de retraite (et parmi elles surtout celles de grande taille), et en unité de soins de longue durée. Les facteurs qui pèsent sur leur participation sont la perte d'autonomie pour l'habillage ou la toilette, l'existence d'un entourage qui décide, ou encore la méconnaissance de leur revenu, ainsi qu'un âge compris entre 80 et 90 ans. De même, leur décision propre n'est pas fréquemment évoquée par les résidents parmi les raisons de leur entrée en institution. Or, la décision personnelle associée à une participation à une demande d'admission retentit positivement sur leur vécu ultérieur dans l'établissement.

Le moment de l'entrée en établissement constitue une rupture dans la vie des personnes âgées qui y sont conduites. Ce moment particulier, probablement ressenti comme brutal par une grande partie d'entre eux, est sans doute crucial dans la façon dont ces personnes vont ensuite vivre leur institutionnalisation. Des efforts importants pour aménager leur vie, en institution même, sont actuellement développés. La mise en regard des conditions de vie telles que les résidents les ressentent avec les conditions dans lesquelles cette institutionnalisation s'est effectuée peut conduire à des indications précieuses quant à l'amélioration de leur vécu. C'est pourquoi il était important d'étudier la variété des circonstances de l'entrée en établissement et de les confronter avec les caractéristiques des personnes concernées. L'enquête menée dans les établissements d'hébergement des personnes âgées (enquête EHPA) permet d'appréhender le vécu de l'institutionnalisation par les résidents eux-mêmes.

La rupture que représente celle-ci peut être appréhendée en étudiant les filières d'admission en institution. Pour étudier ces modalités, quelques réponses des résidents lors de l'enquête EHPA ont été choisies. La question suivante, « Dans quel type de logement ou d'établissement vous trouviez-vous juste avant votre entrée ici ? », permet en premier lieu d'envisager l'importance du changement que représente l'entrée dans l'établissement actuel.

En second lieu, l'admission en institution est une démarche complexe dans laquelle plusieurs types d'acteurs peuvent entrer en jeu. Les acteurs professionnels (assistante sociale et médecins) et bien sûr la famille du résident y jouent un rôle. Savoir qui a participé à la demande d'admission peut éclairer sur l'intervention, décisionnelle ou non, du résident dans sa situation présente. On a analysé pour cela les réponses des résidents à la question suivante : « Qui a fait la demande d'entrée dans cet établissement ? » (question B1, cf. annexe). Enfin, la réponse à la question « Pour quelles raisons êtes-vous entré(e) dans cet établissement ? » (question B2) permet d'affiner sa

ENCADRÉ 1 ●

MÉTHODOLOGIE

Les données analysées sont issues des réponses au questionnaire « résident » de l'enquête EHPA, décrite en détail par ailleurs, conduite en 2000 et qui a porté sur 3 538 résidents et 584 établissements. Les établissements ont été tirés au sort dans huit régions, et à l'intérieur de chacun d'entre eux 10 % de l'effectif a été tiré au sort pour répondre au questionnaire (dans les limites de 3 résidents minimum pour les établissements de moins de 30 lits à 20 maximum dans ceux de plus de 200 lits). Certains résidents n'ayant pas pu ou voulu répondre au questionnaire ont été remplacés. Pour l'analyse et en raison du nombre important de réponses proposées aux résidents, un certain nombre de réponses ont été regroupées (voir ci-après pour la définition des variables à expliquer, et le tableau 1 pour la liste des variables explicatives).

les variables expliquées

À la question « Dans quel type de logement ou d'établissement vous trouviez-vous juste avant votre entrée ici ? », douze réponses étaient proposées aux résidents :

- 0 = au domicile personnel,
- 1 = au domicile d'un de vos enfants ou d'un parent,
- 2 = au domicile d'un ami ou d'une amie,
- 3 = dans une famille d'accueil,
- 4 = dans un foyer logement,
- 5 = dans une maison de retraite,
- 6 = dans un service de soins de suite et de réadaptation,
- 7 = dans une unité de soins de longue durée,
- 8 = dans un service de court séjour,
- 9 = dans un service de psychiatrie,
- 10 = dans un établissement d'hébergement pour adultes handicapés,
- 11 = autres.

La réponse 0 a été codée « domicile personnel », les réponses 1, 2 et 3 ont été regroupées dans un poste « domicile d'un proche », les réponses 4, 5, 7 et 10 dans un poste « institution », les variables 6, 8 et 9 dans un poste « hôpital », enfin la réponse 11 et les non réponses n'ont pas été prises en compte.

À la question « Qui a fait la demande d'entrée dans cet établissement ? », plusieurs réponses étaient possibles parmi :

- 1 = vous-même
- 2 = votre conjoint
- 3 = vos enfants
- 4 = l'hôpital
- 5 = votre médecin traitant
- 6 = l'assistante sociale de secteur
- 7 = ne sait pas

La participation du résident à la demande est identifiée par la réponse 1, que cette réponse soit ou non associée à une autre réponse, la participation de la famille par les réponses 2 et 3 (même remarque) et enfin, la participation des professionnels par les réponses 4, 5 et 6 (même remarque). Restent les individus qui ne savaient pas répondre à la question (réponse 7).

À la question « Pour quelles raisons, êtes-vous entré(e) dans cet établissement », plusieurs réponses (jusqu'à trois) étaient également possibles avec une hiérarchisation implicite à trois niveaux parmi :

- 1 = à la suite d'un accident de santé
- 2 = car votre état de santé s'était dégradé
- 3 = car vous l'avez décidé
- 4 = pour trouver les aides médicales dont vous aviez besoin
- 5 = pour trouver les aides à la vie quotidienne dont vous aviez besoin
- 6 = car votre logement précédent n'était plus adapté à vos besoins
- 7 = car vous avez été placé(e)
- 8 = car votre famille l'a décidé
- 9 = après le décès de votre conjoint
- 10 = après une rupture dans le réseau d'aides
- 11 = autres réponses

Cinq groupes de réponses ont été constitués :

- « Décision » qui correspond à la réponse 3,
- « Raisons socio-familiales » qui correspond au regroupement des réponses 6, 7, 8, 9 et 10,
- « Etat de santé » qui correspond aux réponses 1, 2 et 4,
- « autonomie physique » qui correspond à la réponse 5,

les autres réponses et les non-réponses ont été regroupées.

La raison donnée en premier de l'entrée en institution « raison principale d'entrée » a d'abord été analysée, puis l'ensemble des réponses données à cette question (indifféremment en première, deuxième ou troisième position). Enfin parmi toutes ces réponses ont été cherchés les facteurs associés à la présence de la raison « car vous l'avez décidé » comme une des raisons d'entrée en institution.

perception de la raison principale pour laquelle il a été admis. Cette dernière question permet en fait d'appréhender la grande hétérogénéité de la population institutionnalisée. Néanmoins, il est probable que les résidents répondant « parce que je l'ai décidé » à cette question manifestent ainsi qu'ils n'ont pas subi leur institutionnalisation mais qu'ils y ont participé, même si elle était motivée par des raisons externes (familiale, de santé ou d'autonomie). Le dernier objectif était donc de décrire les facteurs associés à cette réponse et la relation de cette réponse avec le vécu de l'institutionnalisation.

Afin de préciser les configurations d'intervention, les réponses données ont été mises en rapport avec divers facteurs attachés aux structure d'accueil et aux individus.

UNE FORTE PROPORTION DE RÉSIDENTS VIENNENT DIRECTEMENT DE LEUR DOMICILE

Une importante proportion de résidents viennent directement de leur domicile (A12). Il se joue donc dans cet interface entre domicile et institution un important enjeu de santé publique. Cette proportion est élevée pour les unités de soins de longue durée dont 56 % des résidents ont déclaré venir directement du domicile (graphique 1). En logements-foyers, 85 % des résidents déclarent venir de leur domicile et 66 % de ceux résidant en maison de retraite.

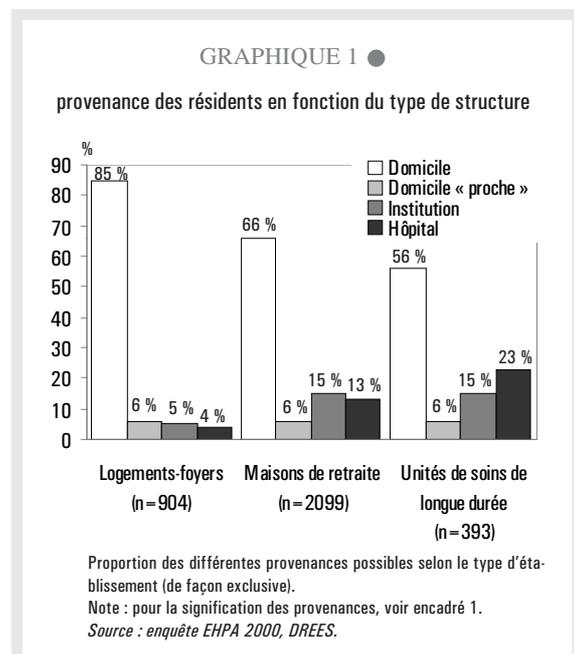
Les résidents déclarant venir de l'hôpital sont logiquement plus représentés parmi les résidents des unités de soins de longue durée. Le domicile d'un proche apparaît comme une étape avant institutionnalisation pour 6 % des résidents quelle que soit la structure. Le transfert d'institution a concerné logiquement plus souvent les passages vers des institutions à niveau de soins les plus élevés.

Il se peut certes qu'un certain nombre de réponses soient erronées (mauvaise compréhension ou troubles cognitifs). On peut néanmoins rapprocher les lieux de provenance déclarés à l'enquête avec les acteurs reconnus comme ayant participé à la demande. On constate alors que les réponses des résidents sur la participation des professionnels et des hôpitaux sont concordantes avec celles concernant leur filière d'admission (cf. infra). Ces données sont également concordantes avec ce qui avait été rapporté dans l'étude Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) menée antérieurement par l'INSEE [3]. De même, une étude de filière menée aux États-Unis montre que les sujets de plus de 65 ans résidant en « Nursing Home » venaient directement du domicile dans 61 % à 90 % des cas selon les régions (étude menée sur quatre États et plus de 100 000 individus) [4]. Toutefois étant donné les profondes

différences dans les systèmes de santé, seule une étude d'observation des filières de soins en France permettrait de répondre précisément à la question « d'où viennent les résidents institutionnalisés ? ». Cependant la filière ressentie par le résident telle qu'elle est appréhendée ici permet d'identifier les sites où doivent se porter les efforts en vue d'améliorer le vécu de l'institutionnalisation. Il est à noter que si la filière de soins 'institution via l'hôpital' a été de nombreuses fois étudiée [5-12], sous l'angle des facteurs de risque d'institutionnalisation notamment, la filière 'institution via les soins de ville' n'a fait l'objet que d'un petit nombre d'études [13-16]. Or, les résultats obtenus ici montrent qu'il est peu probable qu'un effort uniquement hospitalier ait un retentissement suffisant sur le processus d'institutionnalisation. C'est le domicile qui est le lieu privilégié d'une politique de prévention de l'institutionnalisation et de l'amélioration de la qualité du processus d'entrée en institution. C'est là tout l'enjeu d'une politique de réseau de soins gériatriques avec une réelle coopération ville-institution.

L'ENTRÉE EN INSTITUTION EST LE PLUS SOUVENT UN ACTE RESENTI COMME IMPOSÉ

Les résidents ont le plus souvent vécu leur institutionnalisation comme un acte « imposé » par l'entourage où leur participation et leur décision interviennent assez rarement. Sur l'ensemble des réponses des résidents, ceux-ci ont déclaré avoir participé à la demande d'entrée, comme acteur principal



ou non, dans seulement 35 % des cas. La question posée admettait en effet plusieurs réponses et c'est l'ensemble des réponses qui constitue la base des proportions données (graphique 2).

« 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. L'hôpital ou les professionnels sont intervenus dans 21 % des cas. Enfin, dans 7 % des cas le résident n'a pas su dire qui avait participé à la demande de sa propre entrée en institution.

C'est dans les logements-foyers que la participation directe du résident à la demande d'admission est la plus importante, et dans les unités de soins de longue durée qu'elle l'est le moins (graphique 3). De façon symétrique, les familles et les professionnels ont été les acteurs principaux de la demande d'admission en unité de soins de longue durée. Dans les logements-foyers et dans les unités de soins de longue durée, la taille de la structure ne semble pas avoir d'influence sur la participation des différents acteurs à la demande d'entrée ; on peut estimer que, quelle que soit la taille de la structure dans chacun de ces deux cas, l'on a affaire à des populations assez homogènes : plutôt autonomes pour les premiers et plutôt dépendants pour les derniers.

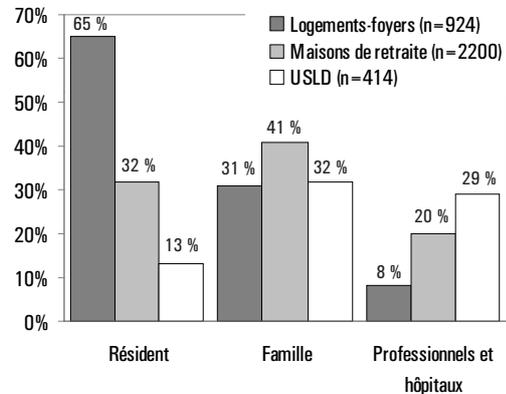
Pour les maisons de retraite, la taille de la structure semble avoir influé sur la participation des acteurs (graphique 4). Dans les petites et les moyennes maisons de retraite, la participation du résident et de la famille se situe dans la moyenne alors que dans les grosses maisons de retraite la participation des différents acteurs s'apparente à celle observée dans les unités de soins de longue durée.

La liaison entre demande du résident et taille de la

maisons de retraite persiste si on ne considère que les patients autonomes (pour la toilette et l'habillage - questions H1 et H3). Ceux-ci déclarent moins souvent avoir participé à leur demande d'admission dans les grosses maisons de retraite. Mais la liaison disparaît pour les patients dépendants (aidés pour la toilette et l'habillage) : leur taux de participation directe sont voisins, à 23 %, 26 % et 19 % respectivement pour les tailles petite, moyenne et grosse. La liaison

GRAPHIQUE 3 ●

participation des acteurs en fonction du type de structure

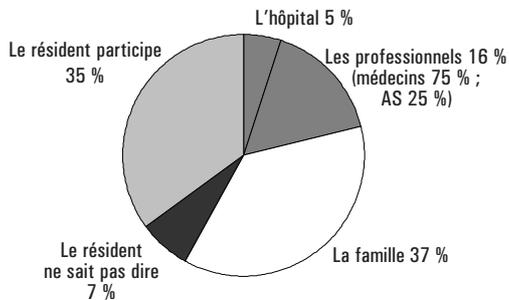


Lecture : apparaissent les seules réponses positives. Ainsi, pour les résidents en logement-foyer, 65 % ont participé à leur entrée en institution (602/924), ce qui veut aussi dire que 35 % n'y ont pas participé. Pour 31 % d'entre eux, la famille a participé et pour 8 % des professionnels. Le total dépasse 100 % pour les résidents en logements-foyers à cause des réponses multiples. Il est inférieur à 100 dans les deux autres types de structure car ceux qui n'ont pas su répondre y sont plus nombreux étant plus lourdement dépendants.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

GRAPHIQUE 2 ●

acteurs ayant participé à la demande d'entrée en institution d'après les résidents



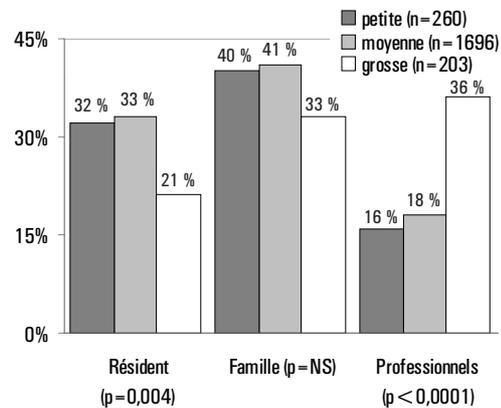
3 879 réponses ont été données par 3 538 résidents, les pourcentages sont calculés sur 3 879.

Note : pour la signification des acteurs, voir encadré 1.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

GRAPHIQUE 4 ●

participation des acteurs en fonction de la taille de la maison de retraite



Source : enquête EHPA 2000, DREES.

entre participation des professionnels et taille des maisons de retraite persiste quant à elle dans chacun des groupes autonomes et dépendants.

LE DEGRÉ D'AUTONOMIE DES RÉSIDENTS INFLUE SUR LEUR PARTICIPATION À LA DEMANDE D'ENTRÉE

Le niveau d'autonomie des résidents influe sur leur participation à la demande d'entrée (graphique 5). La participation des résidents les plus autonomes à leur demande d'entrée n'a toutefois été déclarée que dans 54 % des cas, à l'inverse 30 % des résidents les plus dépendants déclaraient avoir participé à leur demande d'admission, cette moindre participation étant compensée par une participation plus forte de la famille et des professionnels.

La dépendance est constamment citée comme un facteur de risque d'institutionnalisation [5-16]. Ce qui, ici, est mis en évidence est que, de plus, la dépendance diminue la probabilité de la participation du résident lui-même à la demande. Le fait que l'étude s'appuie sur les déclarations des résidents est à ce titre très intéressant.

On doit cependant prendre garde au biais qui existe dans cette étude basée sur les déclarations, puisque l'autonomie est évaluée au moment de l'enquête alors que l'on s'interroge sur des événements antérieurs et parfois de longtemps. Cela a conduit à analyser séparément les réponses des seuls résidents institutionnalisés depuis moins d'un an. Il s'avère que les résultats ne changent pas de façon fondamentale.

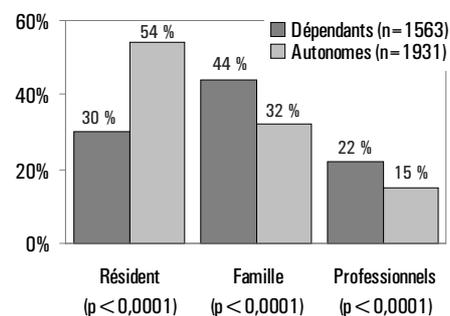
Le fait qu'il n'y ait pas eu, dans le questionnaire, d'évaluation de l'état psychique des résidents est une limite importante de l'étude. L'indice de mesure de l'autonomie utilisé ne mesurait que des incapacités physiques (accomplir seul l'habillement ou la toilette),

néanmoins il faut souligner la corrélation de la perte d'autonomie physique et de la démence chez les personnes âgées institutionnalisées [2, 3]. Or les troubles cognitifs sont des motifs très importants d'institutionnalisation [17]. Cette limite n'autorise pas d'analyse fine de la relation entre la participation et l'autonomie mais il est possible de penser que, sur les 46 % des résidents autonomes pour la toilette et l'habillement qui déclarent n'avoir pas participé à la demande d'entrée, un grand nombre avaient des troubles cognitifs. Inversement, probablement peu de résidents ayant de tels troubles figurent dans les 31 % des résidents, dépendants pour la toilette ou l'habillement, qui déclarent avoir participé à la demande d'entrée.

Ce facteur entre peut-être également en compte dans le fait que la participation du résident était plus importante dans la tranche d'âge 80-90 ans que dans les tranches d'âge inférieure à 80 ans et supérieure à 90 ans pour laquelle la participation familiale est la plus importante (graphique 6).

GRAPHIQUE 5 ●

participation des acteurs
en fonction du niveau de dépendance*



* Dépendants : aidés pour la toilette ou l'habillement versus autonomes pour la toilette et l'habillement
Source : enquête EHPA 2000, DREES.

ENCADRÉ 3 ●

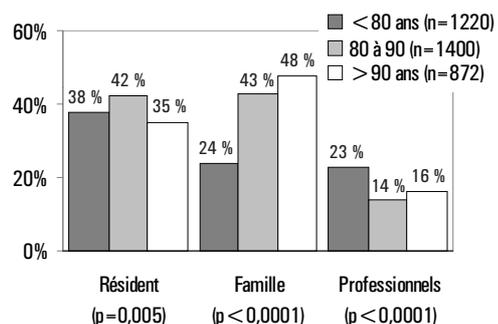
ANALYSE STATISTIQUE

Les variables continues ont été analysées à l'aide d'un test t de Student et les variables qualitatives par le test du chi2. Le risque alpha considéré pour le calcul de la significativité dans les analyses univariées a été pris à 0,004 en tenant compte de la correction de Bonferroni* en raison du nombre de variables testées (k=12). Deux analyses en régression logistique ont également été réalisées. Les modèles issus de ces analyses ont été testés sur l'ensemble de la base de données afin de calculer le niveau de significativité du modèle et son pouvoir prédictif (nombre de résidents correctement prédits sur nombre total de résidents x 100). Le seuil de significativité pour le modèle dans son ensemble et de chaque variable dans le modèle a été fixé comme il est habituel à 0,05.

*Risque alpha selon la correction de Bonferroni pour un alpha global à $0,05 = 1 - [1 - 0,05]^{1/k}$

GRAPHIQUE 6 ●

participation des acteurs
et tranche d'âge du résident



Source : enquête EHPA 2000, DREES.

À degré d'« autonomie » donné, pour les résidents les plus dépendants, l'influence de l'âge sur la participation du résident lui-même reste faible quelle que soit la tranche d'âge (graphique 7). À l'inverse, chez les résidents autonomes la fréquence de participation du résident reste sensiblement plus élevée pour les âges compris entre 80 et 90 ans. Quel que soit le niveau d'autonomie, c'est chez les moins âgés que les professionnels sont le plus souvent acteurs de la demande d'entrée. La participation de sa famille à la demande d'admission du résident croît avec son âge, pour les moins comme pour les plus autonomes.

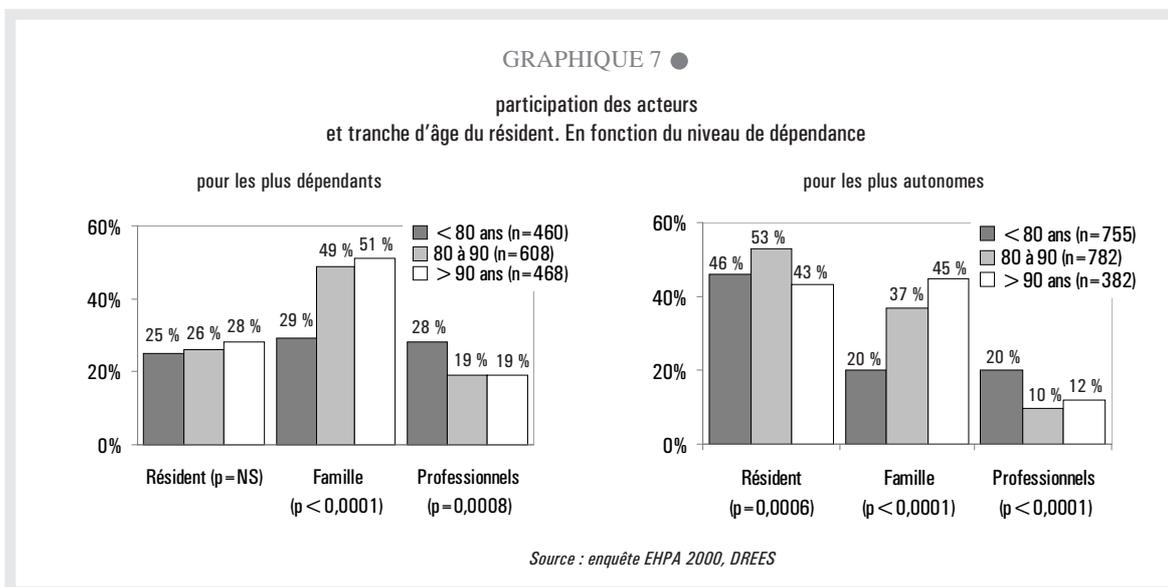
L'explication la plus probable a trait à l'hétérogénéité des attitudes face à l'institutionnalisation selon l'âge. Ainsi les sujets qui sont restés à domicile jusqu'à un âge très avancé ont d'avantage envie d'y « finir leurs jours » que ceux ayant des incapacités mais qui ne pensent pas être arrivés à la fin de leur vie. On peut donc supposer que les personnes de moins de 80 ans sont plus souvent placées sur l'initiative de leur famille ou des professionnels de santé, probablement en raison de situations complexes rendant leur maintien à domicile impossible. Dans la tranche d'âge 80-90 ans, un certain nombre de personnes demandent eux-mêmes à entrer en institution suite à des deuils dans l'entourage familial ou amical, à la perte progressive de l'autonomie plus ou moins bien ressentie et à l'attachement variable au domicile. Enfin, les personnes les plus âgées qui ont réussi à se maintenir à domicile malgré certaines pertes et aménagements n'envisagent pas d'entrer en institution et y sont placés le plus souvent sans avoir participé à la décision. Ainsi, dans l'étude de Mattimore *et al* [18], l'âge était un facteur indépendant de la réponse « plutôt mourir » à la question « Quel serait votre désir de vivre de façon permanente dans une nursing home ? ». Il est à ce titre frappant de voir dans la pré-

sente étude que cette fréquence élevée de participation à la décision des 80 à 90 ans se retrouve seulement chez les résidents qui sont autonomes.

D'AUTRES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES INFLUENT AUSSI SUR LA DÉCISION DU RÉSIDENT

La participation du résident à la demande d'entrée en institution a également été mise en relation avec d'autres variables (tableau 1). Le sexe n'influence pas cette participation. Les résidents vivant en couple ont moins souvent déclaré avoir participé à la demande que ceux vivant seuls. Une forte liaison statistique apparaît entre les catégories socioprofessionnelles et la participation à la demande. De même, les résidents qui ont pu déclarer à l'enquête un niveau de revenu (quel que soit ce niveau) ont participé beaucoup plus souvent à la demande que ceux qui n'en avaient pas déclaré. La liaison entre la durée d'institutionnalisation et la participation à la demande doit être interprétée avec précaution car il y a vraisemblablement un effet de survie : les résidents ayant eux-mêmes demandé à entrer en institution ont probablement survécu plus longtemps que ceux qui ont été « placés ». Le fait d'avoir une famille proche semble être un « facteur de risque » de ne pas participer à la demande, mais pas le fait d'être isolé.

Toutefois, ces caractéristiques ne sont pas indépendantes entre elles et leurs effets propres doivent pouvoir être distingués. Une analyse multivariée a été menée en régression logistique, « expliquant » la « participation du résident » par toutes les variables précédemment citées. L'ensemble du modèle est significatif ($p < 0,0001$) avec un pouvoir prédictif de 72 %.



ENCADRÉ 2 ●

LES VARIABLES EXPLICATIVES

La taille des structures a été définie à partir de capacité totale d'hébergement déclarée par les gestionnaires : les petites structures sont définies comme celles de taille inférieure au 1er décile soit ≤ 30 places pour les foyers logements et ≤ 40 places pour les autres institutions.

De même, les grosses structures sont définies comme celles de taille supérieure au 9ème décile soit ≥ 85 places pour les foyers logements, ≥ 150 places pour les maisons de retraite et ≥ 175 places pour les unités de soins de longue durée. Entre ces deux valeurs la taille de la structure est dite « moyenne ».

Les réponses des résidents ont été étudiées en fonction du degré d'isolement des résidents d'abord sur la réponse aux questions « vivez-vous en couple ? » ; « Combien avez-vous d'enfants vivants ? » et « Combien avez-vous de petits-enfants vivants ? ». Si la réponse était non à la première question et zéro aux deux suivantes, ces résidents sont classés comme n'ayant « pas de famille proche ». Si ces mêmes résidents répondaient de plus à la question « recevez-vous des visites de membre de votre famille ? » soit « plus de famille » soit « non » alors ils ont été classés comme étant « isolés » sur le plan familial.

Les catégories socioprofessionnelles ont été définies d'après la question : « Quelle est votre ancienne profession ? » (J7) en trois classes :

- « sans profession »,
- « cadre » pour les réponses suivantes : « chef d'entreprise », « profession libérale », « cadre supérieur », « profession intermédiaire », « technicien contremaître », « religieux, clergé », et « policiers, militaires »
- « non cadre » pour les réponses : « agriculteur exploitant », « artisan », « commerçant », « employé », « employé de maison » et « ouvriers »
- les autres réponses n'ont pas été prises en compte.

Trop de non réponses à la question « pourriez-vous nous indiquer dans quelle tranche se situe le montant annuel de vos ressources (y compris allocations...) ? » (J3) n'ont pas permis d'utiliser les tranches proposées mais l'étude des « non-réponse » à cette question s'est révélée intéressante. On peut penser que les résidents qui savaient dire le montant approximatif de leurs revenus avaient vraisemblablement des comportements différents de ceux qui ne le disaient pas. Cette deuxième catégorie est hétérogène englobant les résidents qui ne voulaient pas et ceux qui ne pouvaient pas donner le montant de leurs revenus.

TABLEAU 1 ●

disparités en matière d'aide sociale

Caractéristiques	Résident participe (en %)	Résident ne participe pas (en %)	p
Hommes (n=850)	36	64	
Femmes (n=2 628)	39	61	NS
Célibataires (n=668)	38	62	
Mariés (n=290)	30	70	0,009*
Veufs ou séparés (n=2 559)	39	61	
Sans professions (n=517)	32	68	
Non Cadre (n=2 339)	38	62	<0,0001
Cadre (n=592)	46	54	
Déclare un montant de revenu (n=1 948)**	49	51	
Ne déclare pas de montant (n=1 590)	24	76	<0,0001
Durée de séjour < 1 an (n=1 214)	31	69	
Entre 1 et 5 ans (n=1 160)	36	64	<0,0001
Supérieure à 5 ans (n=1 091)	48	52	
Pas de famille proche (n=945)	44	56	
Famille proche (n=2 278)	37	63	0,0005
Seule (n=302)	37	63	
Non Seule (n=3 150)	38	62	NS

* médiane : tranche 4 950-6 700 [<450-> 37 500] pas de différence entre quartile

** seuil de significativité d'après la correction de Bonferroni à 0,004

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

LES RÉSIDENTS QUI ONT LA PLUS FAIBLE PROPENSION À PARTICIPER À LEUR ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT

Une population présentant le « risque » le plus élevé de ne pas participer à la demande de sa propre admission en établissement peut alors être identifiée : des résidents dépendants, célibataires, ne pouvant déclarer (même approximativement) leur niveau de revenus, d'âge relativement jeune (la tranche d'âge inférieure à 80 ans testée par rapport à la tranche d'âge 80-90 ans), et ayant une famille proche décidant de l'institutionnalisation. Deux types de structures sont également apparues « à risque » : les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite (tableau 2).

La restriction de l'analyse aux seuls résidents présents depuis moins d'un an modifie peu les résultats. L'autonomie notamment reste une variable essentielle (Odds ratio 2,32) [1,72-3,12], ainsi que la non connaissance de son revenu, l'isolement ou le type de structures d'accueil. Par contre les effets de l'âge et du statut matrimonial ne sont plus significatifs.

Il est difficile de préciser la nature de la liaison du statut matrimonial avec la participation des résidents à la décision d'entrer en établissement puisque dans cette analyse multivariée le statut « marié », par rapport au statut de « célibataires », n'était pas associé à la « non-participation » mais que le statut de « veuf ou divorcé » apparaît comme un facteur de risque. L'étude des facteurs de risque de non participation à la demande fait pourtant apparaître le facteur « marié » en analyse univariée.

Deux études ont précédemment souligné que les personnes âgées mariées avaient une probabilité moins

de d'être institutionnalisées que des personnes du même âge vivant seules [19, 20]. On peut donc comprendre que lorsque ces résidents entrent en institution, c'est plus fréquemment « contraints », ce qui pourrait expliquer ce résultat. En analyse multivariée, cette variable n'apparaît pas significativement liée à la participation à la demande, probablement en raison du trop petit effectif de ce groupe de résidents. En revanche, le statut « veuf ou divorcé » apparaît être un facteur de risque. On sait que la perte du conjoint est souvent une occasion de l'entrée en institution. Cette entrée n'est pas toujours à l'initiative du résident lui-même mais parfois à celle de sa famille qui l'estime incapable d'assumer seul les tâches de la vie quotidienne. Il paraît important, en face de telles situations, de redonner au futur résident le contrôle sur sa propre existence en l'incluant dans le processus d'entrée.

Le fait d'avoir une famille proche est habituellement considéré comme un facteur protecteur vis-à-vis de l'institutionnalisation [19]. Dans cette étude il apparaît toutefois associé à la « non-participation » des résidents à leur demande d'entrée. De même que ce que l'on trouvait pour les sujets mariés, il y a vraisemblablement dans ce groupe plus de personnes institutionnalisées en dernier recours.

Il n'y a que très peu d'études à notre connaissance ayant porté sur la volonté ou le désir des résidents à entrer en institution en fonction de la CSP [18 ; 21-23]. Notre recherche de la place du choix personnel du résident parmi les causes déclarées à son institutionnalisation (voir infra) s'en approche. Une de ces études a souligné le fait que les personnes vivant en milieu urbain (dont une grande partie sont dans les CSP dites « cadre » dans notre étude) déclaraient plus souvent envisager d'être institutionnalisées que les

TABLEAU 2 ●

analyse multivariée : variables modifiant significativement la probabilité
que le résident participe à la demande d'entrée en institution

Variables dans l'ordre d'importance	Groupe référence	Multiplicateur de probabilité (Odds ratio)	IC 95 %	
• Unités de soins de longue durée • Maisons de retraite • Existence d'une famille proche • Ne pas pouvoir déclarer ses travaux	Logements-foyers	0,11	0,08	0,17
	Logements-foyers	0,36	0,29	0,43
	Pas de famille proche	0,41	0,31	0,53
	Connaissance du revenu	0,44	0,37	0,53
• Autonomes • Statut matrimonial : veuf ou divorcé • durée du séjour > 5 ans • tranche d'âge 80-90 ans	Dépendants	2,00	1,68	2,38
	Célibataires	1,66	1,22	2,24
	< 1 ans	1,53	1,24	1,90
	< 80 ans	1,31	1,07	1,60

Les variables sont présentées dans leur ordre d'importance. Les variables ayant un Odds ratio inférieur à 1 étaient associées à une diminution de la probabilité de la participation du résident à la demande ; à l'inverse, celle ayant un Odds ratio supérieur à 1 étaient associées à une augmentation de cette probabilité.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

personnes vivant en milieu rural (presque tous des agriculteurs donc en CSP « non cadre » dans notre étude) [21]. Malgré l'hétérogénéité des populations, les résultats paraissent en concordance avec nos résultats en analyse univariée. Cependant en analyse multivariée la CSP n'est plus significativement associée avec le choix ni avec la participation du résident. Ceci s'explique par la liaison statistique forte entre la CSP et les autres variables, significatives, du modèle (type d'établissement, autonomie fonctionnelle, et existence d'une famille proche).

**PARMI LES RAISONS D'ENTRER
EN ÉTABLISSEMENT, LA DÉCISION PERSONNELLE
EST MENTIONNÉE PAR 14 % DES RÉPONSES**

À la question « Pour quelles raisons êtes vous entré(e) dans cet établissement » (B2), dix réponses possibles étaient proposées parmi lesquelles les trois premières énoncées par le résident ont été retenues, dans l'ordre de leur énonciation. Ces réponses peuvent être classées en quatre groupes de contenu assez homogène : le groupe des raisons de santé, celui des raisons socio-familiales, celui de l'autonomie physique et enfin la réponse « car vous l'avez décidé ». Cette dernière réponse, en association ou non avec d'autres réponses, permet d'isoler une population marquant nettement le sentiment de disposer de soi.

Selon les réponses des résidents placées en premier (évidemment empreintes de leur subjectivité) la raison principale de l'entrée en institution a été leur état de santé (graphique 8). Viennent ensuite les raisons socio-familiales, puis la décision propre du résident et enfin les raisons d'autonomie physique.

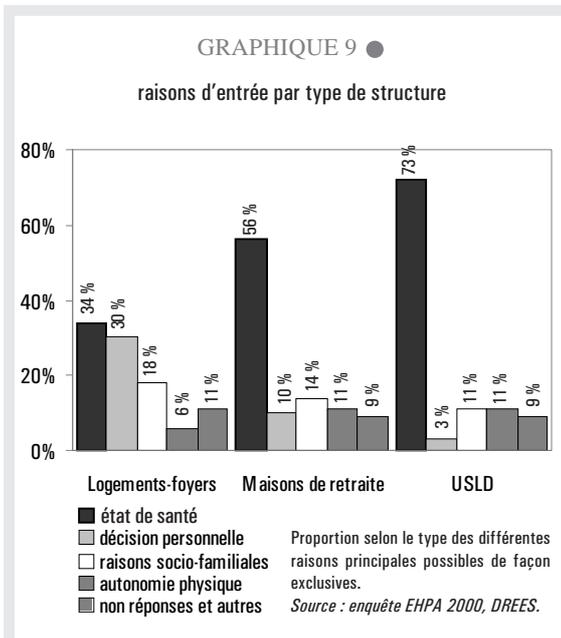
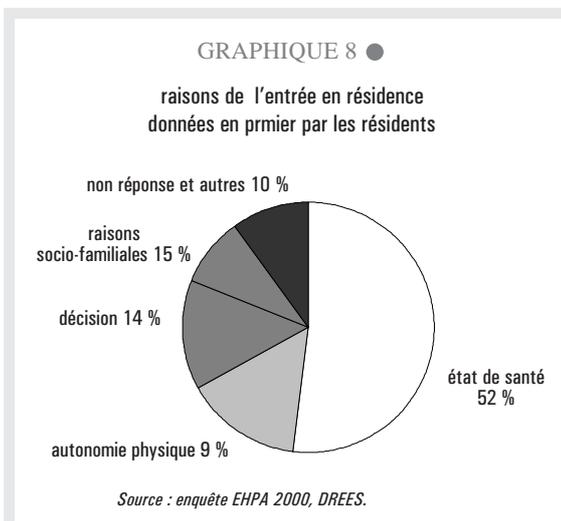
En fonction du type de structure d'accueil, les raisons liées à l'état de santé sont toujours prédominantes mais de façon plus importante dans les maisons de retraite que dans les logements-foyers et de façon plus nette encore en unité de soins de longue durée (graphique 9). De façon quasiment symétrique, la tendance est inverse dans la proportion de résidents déclarant que la raison principale d'entrée en institution était leur décision. Les raisons liées à l'autonomie physique ont, quant à elles, été plus souvent citées par les résidents des maisons de retraite que dans les deux autres types de structures. Les raisons socio-familiales sont assez bien réparties quelles que soient les structures d'accueil mais légèrement plus représentées parmi les résidents des logements-foyers.

L'analyse par âge ne met pas en évidence de différence fondamentale dans la raison principale d'admission en institution selon la classe d'âge.

L'analyse par CSP permet de remarquer que les résidents ayant exercé une profession (et parmi eux sur-

tout les cadres) déclarent plus souvent leur décision propre comme raison principale d'admission. Ils déclarent aussi plus souvent des raisons liées à l'état de santé ou à l'autonomie mais moins souvent des raisons socio-familiales (graphique 10). Ils ont répondu plus souvent à la question ce qui laisse supposer qu'ils savaient plus souvent pourquoi ils étaient institutionnalisés.

En tenant compte cette fois de l'ensemble des raisons données par les résidents (indifféremment en première, deuxième ou troisième position) pour expliquer leur entrée en institution, on a recensé 5 149 raisons pour les 3 215 résidents ayant répondu (soit 1,6 raisons par résident). Les raisons de santé restent dominantes, suivies par les raisons socio-familiales, puis cette fois, les raisons liées à l'autonomie et enfin la décision du résident. Ce changement d'ordre tient à ce



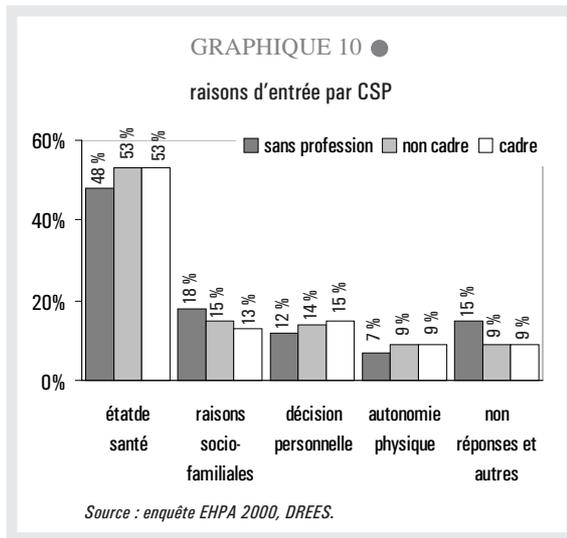
que les raisons liées à l'autonomie sont un peu plus souvent que les autres citées en association avec d'autres. On remarque de plus une liaison forte (assez attendue à vrai dire) entre le fait d'avoir participé à la demande d'admission et la déclaration de la décision propre comme une des causes de l'entrée en institution (graphique 11).

En tenant compte de l'ensemble des raisons données à l'admission, le facteur « décision » personnelle est intervenu pour 40 % des résidents des logements-foyers, mais seulement pour 16 % des résidents des maisons de retraite et 5 % des résidents des unités de soins de longue durée.

Aucune influence de la taille de la structure n'a été détectée, non plus qu'aucune corrélation avec la tranche d'âge ou le sexe du résident. Il n'y a pas non plus d'influence visible de la présence d'une famille ou de l'isolement sur la décision.

Par contre, la décision propre du résident quant à son entrée en institution est liée, pour les femmes, à leur statut matrimonial : ainsi les femmes mariées ont déclaré moins souvent avoir décidé d'entrer en institution que les célibataires ou veuves (graphique 12).

On peut sans doute en déduire que lorsqu'un couple était institutionnalisé, l'homme a déclaré plus souvent que la femme que sa décision est intervenue dans le processus d'entrée.



ENCADRÉ 4 ●

AUTONOMIE OU DÉPENDANCE

Le degré d'autonomie est basé dans cette étude sur les déclarations de l'individu : ceux déclarant n'avoir pas besoin d'aide ni pour la toilette ni pour l'habillement (correspondant aux groupes 3 et 4 de l'échelle de l'autonomie de Colvez [1]) forment le groupe des plus autonomes ; ceux ayant besoin d'aide pour la toilette et/ou pour l'habillement (correspondant aux groupes 1 et 2 de Colvez) sont les plus dépendants. Cela a permis une mesure de l'autonomie, dichotomique, très simple, pertinente sur le plan clinique et reproductible.

La possibilité d'une évaluation externe de l'autonomie reposait seulement sur le score AGGIR déclaré par l'établissement en principe pour chaque résident. Ce dernier aurait pu être plus adéquat au présent propos, ayant été codé dans un moment plus en rapport avec celui de l'admission en établissement. Il n'est toutefois pas un score d'évaluation de l'autonomie mais un score de consommation de ressources ce qui n'est pas tout à fait identique[2]. Sa cotation répond trop aux besoins et visées des professionnels de santé ou sociaux et semble ensuite être chargée de stigmatisation (cf. Caillot dans ce numéro). Sur le plan pratique, il est difficile de savoir, dans ce score en 6 classes, où mettre la barre de la « perte d'autonomie ». Enfin, et surtout, la corrélation n'était pas suffisante entre les réponses aux questions concernant l'aide à la toilette et à l'habillement et le score GIR. Comme le montre le tableau ci-dessous, même si une liaison statistique existe entre les deux variables ($p < 0,001$) plus de 16 % des résidents en classe GIR 6 (qui devraient donc théoriquement être totalement autonomes sans aide et ne pas être incohérents) ont déclaré avoir besoin d'aide à la toilette ou à l'habillement. Les différences dans les autres groupes (notamment les 11,8 % de personnes GIR 1 qui ont déclaré être autonomes pour la toilette et l'habillement) sont plus difficiles à interpréter du fait de l'intrication possible avec des troubles cognitifs.

degré d'autonomie
selon les capacités déclarées par les résidents comparé à leur score GIR

	en %						
Variable toilette et habillement	GIR ND (1)	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Autonome	50,0	11,8	18,6	32,5	46,6	65,1	83,3
Dépendant	50,0	88,2	81,4	67,5	53,4	34,9	16,7
Nombre de résidents	N = 320	N = 102	N = 491	N = 366	N = 601	N = 415	N = 1 199

1. ND : non déterminé.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

Les résidents ayant exercé une profession, et parmi eux les cadres, ont plus souvent déclaré (23 % des cadres et 21 % des non cadres) que leur décision était intervenue dans le processus d'admission en institution que ceux n'ayant pas eu de profession (16 %). Néanmoins le rôle de leur décision propre reste modeste dans le processus de leur entrée en institution.

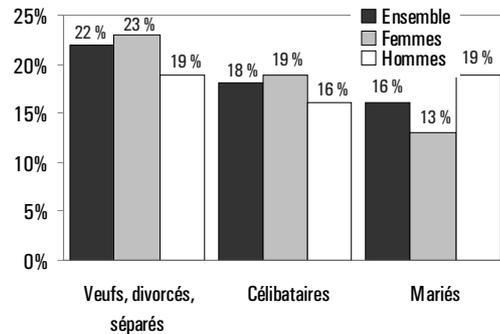
Une analyse multivariée en régression logistique a été menée « expliquant » le facteur « décision » (comme une des raisons d'admission) par toutes les variables précédentes. Le modèle est significatif ($p < 0,0001$) et son pouvoir prédictif est de 79 %.

**LA PERTE D'AUTONOMIE :
MOTIF PRINCIPAL DE LA DÉCISION PERSONNELLE
DU RÉSIDENT À SON ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT**

Le facteur principal du risque que la décision ne soit pas citée comme une des raisons d'admission a été la perte d'autonomie : le fait d'être autonome multiplie en effet la probabilité que la décision soit citée par 1,6 (tableau 3). Cela est particulièrement net en unité de soins de longue durée ou en maison de retraite.

GRAPHIQUE 12 ●

la décision du résident d'entrée en institution
selon le statut marital et le sexe

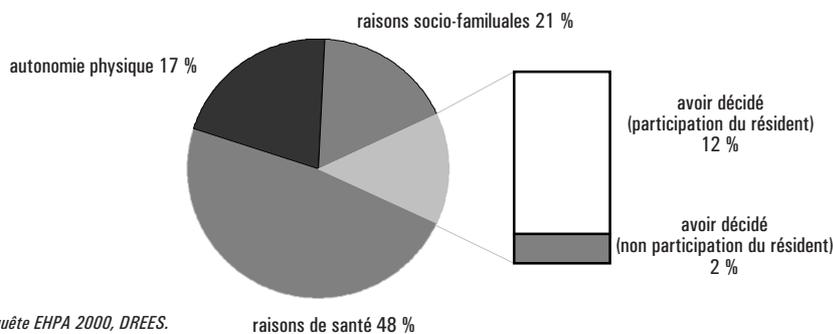


Note : seuil de significativité d'après la correction de Bonferroni à 0,004 (le total homme + femme diffère de la valeur totale car pour certains individus la variable « sexe » n'a pas été renseignée).

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

GRAPHIQUE 11 ●

ensemble des raisons d'entrée en institution d'après les résidents



Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 3 ●

Facteurs modifiant la probabilité que le résident cite la décision
comme une des raisons d'entrée en admission
(analyse multivariée)

Variables dans l'ordre d'importance	Groupe référence	Multiplicateur de probabilité (Odds ratio)	IC 95 %	
• Unités de soins de longue durée	Foyers logement	0,12	0,07	0,21
• Maisons de retraite	Foyer logement	0,38	0,31	0,47
• durée du séjour > 5 ans	< 1 an	1,48	1,17	1,89
• Autonomes	Dépendants	1,61	1,31	1,98

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

La durée d'institutionnalisation est aussi apparue comme facteur associé à la décision : les résidents institutionnalisés depuis plus de 5 ans ont déclaré plus souvent que les autres que leur décision propre était intervenue dans les raisons d'entrée, probablement en raison de l'effet de survie décrit plus haut. Il est très possible que l'entrée en institution en l'ayant choisi, est associée à davantage de chances de survie au-delà de 5 ans que si cette entrée est déterminée par la perte d'autonomie ou de l'état de santé. La restriction de cette analyse aux seuls résidents institutionnalisés depuis moins d'un an ne change pas les résultats mais ajoute la variable « ne connaît pas son revenu » comme significative et diminuant la probabilité que la décision soit un élément du choix.

LA PARTICIPATION DU RÉSIDENT À SON ENTRÉE EN INSTITUTION FAVORISE SON BIEN-ÊTRE

Il est important de remarquer que les facteurs étudiés ici (participation du résident à la demande et facteur décisionnel) ont aussi un impact direct sur le vécu de l'institutionnalisation par le résident. À la question « En général comment vous sentez-vous dans l'établissement ? » (Z1), la majorité des résidents a répondu « plutôt bien » avec une liaison positive entre ce sentiment de bien-être en institution et le fait d'avoir participé à la demande d'entrée ainsi que de l'avoir décidé soi-même (graphique 13). Une corrélation entre le bien-être et la participation associée au choix du résident est ainsi mise en évidence. En favorisant la participation du résident à la demande d'entrée en institution et en tenant compte de ses choix (même lorsque la raison principale est liée à l'état de santé ou à la

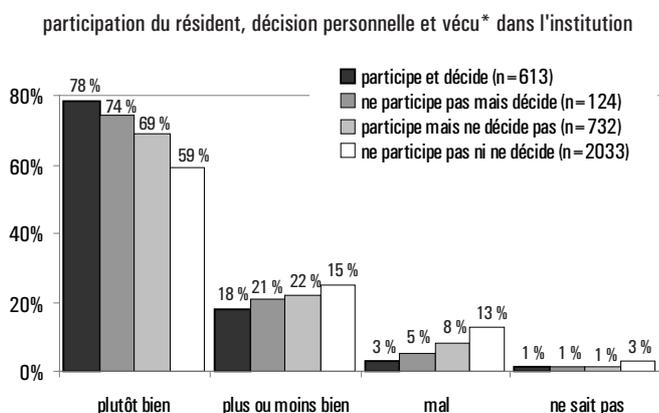
perte d'autonomie) on peut espérer une amélioration du vécu de l'institutionnalisation.

Rowe et al déclarent également que la perte du contrôle de son existence a des effets néfastes sur le statut émotionnel, les performances cognitives, la sensation de bien-être et les indicateurs physiologiques [24]. Wolke a de son côté étudié deux populations institutionnalisées : l'une dans une résidence sans grande contrainte et l'autre où l'horaire et les choix étaient limités. La perception de l'état de santé et la satisfaction étaient supérieures dans le premier groupe [25]. Mais surtout, Krantz *et al* ont montré que la détérioration de l'état de santé après institutionnalisation était directement corrélée au niveau de contrôle du sujet sur son entrée [26, 27]. De même, les performances cognitives peuvent être modulées selon que l'on utilise un encouragement (augmentation) plutôt qu'une assistance directe (diminution) [28]. On voit donc qu'il y a une opportunité pour améliorer le vécu des personnes institutionnalisées, en dehors de la diminution des institutionnalisations non désirées palliées par la disponibilité d'alternatives à domicile. Lorsque l'institutionnalisation devient in fine souhaitable, les professionnels devraient s'attacher à consulter et à associer le futur résident à la démarche d'institutionnalisation par une attitude participative adaptée aux capacités de la personne et non par une assistance directe systématique.

ACCROÎTRE LA MAÎTRISE DES RÉSIDENTS SUR LEUR INSTITUTIONNALISATION

En conclusion, cette étude a mis en évidence que les résidents institutionnalisés viennent le plus sou-

GRAPHIQUE 13 ●



* proportion selon la réponse à la question « En général comment vous sentez-vous dans l'établissement ? » des résidents déclarant avoir participé et choisi leur institutionnalisation. Le pourcentage se calcule sur l'effectif de chaque classe.
Source : enquête EHPA 2000, DREES.

vent directement du domicile. Toute politique d'amélioration de la qualité dans ce domaine devra nécessairement tenir compte de cette dimension et de l'interface des institutions avec les personnes âgées vivant à domicile. Par ailleurs, les résidents participent peu à leur demande d'entrée en institution surtout en maison de retraite (et parmi elles surtout celles de grande taille) et en unité de soins de longue durée. Il paraît souhaitable d'augmenter cette participation. Les facteurs qui pèsent négativement sur elle ont été décrits dans cette étude : la perte d'autonomie pour l'habillage ou la toilette, l'existence d'un entourage qui décide, la non connaissance par le résident du montant de ses revenus (gestion) ; les célibataires, les per-

sonnes avant 80 ans. Un effort pourrait être porté en priorité (mais évidemment de façon non limitative) chez les sujets « à risques », notamment durant les visites de pré admission en EHPA, afin de redonner aux résidents, si possible, un certain degré de contrôle sur leur propre existence. Enfin, leur décision propre n'est pas fréquemment citée par les résidents comme raison de leur institutionnalisation (surtout en maison de retraite et en unité de soins de longue durée). Là encore, un effort particulier devrait sans doute être fait en direction des résidents les plus dépendants. Cette démarche est importante puisque le choix associé à la participation à la demande d'admission retentit de façon importante sur le vécu dans l'établissement. ■

BIBLIOGRAPHIE

- 1 • Pampalon R, Colvez A, Bucquet D, 1991, « Development of a conversion table of dependence of the aged on home aide needs », *Rev Epidemiol Sante Publique* ; 39 : 263-273.
- 2 • Lafont S, Barberger-Gateau P, Sourgen C, Dartigues JF, 1999, « Relation between global cognitive performance and dependency evaluated by the AGGIR scale », *Rev Epidemiol Sante Publique* ; 47 : 7-17.
- 3 • DREES 2001, Handicaps Incapacité Dépendance, *Série Études*, juillet.
- 4 • Kane RL, Matthias R., 1984, « From Hospital to Nursing Home: The long term Care Connection. », *Gérontologist* ; 24 : 604-609.
- 5 • Wachtel TJ, Fulton JP, Goldfarb J., 1987, « Early prediction of discharge disposition after hospitalization. », *Gerontologist* ; 27 : 98-103.
- 6 • Kane RL, 1983, « The risk of placement in a nursing home after acute hospitalization. », *Med Care*, 21:1055-61.
- 7 • Rudberg MA, Sager MA, Zhang J., 1996, « Risk factors for Nursing Home Use after hospitalization for medical illness », *J Gerontology*; 51A:M189-94.
- 8 • Hickam DH, Hedrick SC Gorton A., 1991, « Clinician's predictions of nursing home placement for hospitalized patients. », *JAGS*;39:176-80
- 9 • Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, et al., 2002, « A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. », *N Engl J Med*; 346: 905-912.
- 10 • Wachtel TJ, Derby C, Fulton JP., 1984, « Predicting the outcome of hospitalization for elderly persons : home versus nursing home.», *South Med J*;77:1283-5.
- 11 • Barberger-Gateau P, Grolier L, Maurice S, Borde C, Salamon R, Galley P., 1990, « L'hospitalisation en court séjour des personnes âgées : premier pas vers l'entrée en institution ? », *Rev Epidemiol Sante Publique* ;28:323-32
- 12 • Fortinsky RH, Covinsky KE, Palmer RM, Landefeld CS., 1999, « Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. », *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* ;54:M521-6.
- 13 • Branch LG, Jette AM., 1982, « A prospective study of long term care institutionalization among the aged. », *Am J Public Health* ;72:1373-79.
- 14 • Rockwood K, Stolee P, McDowell I., 1996, « Factors associated with institutionalisation of older people in Canada: testing a multifactorial definition of frailty. », *J Am Geriatr Soc* ;44:578-82.
- 15 • Cohen MA, Tell EJ, Wallack SS., 1986, « Client-Related Risk factors of nursing home entry among elderly adults. », *J Gerontology* ;41:785-92.
- 17 • Wolinsky FD, Callahan CM, Fitzgerald JF, Johnson RJ., 1993, « Changes in functional status and the risks of subsequent nursing home placement and death. », *J Gerontol* ;48:S94-101.
- 16 • Smith GE, Kokmen E, O'Brien PC, 2000, « Risk factors for nursing home placement in a population-based dementia cohort. », *J Am Geriatr Soc* ;48:519-25.
- 18 • Mattimore TJ, Wenger NS, Desbiens NA, Teno JM, Hamel MB, Liu H, et al., 1997, « Surrogate and physician understanding of patients' preferences for living permanently in a nursing home. », *J Am Geriatr Soc* ;45:818-24.
- 19 • Freedman VA, 1996, « Family structure and the risk of nursing home admission. », *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* ;51:S61-9.
- 20 Gordon HS, Rosenthal GE., 1995, « Impact of marital status on outcomes in hospitalized patients. Evidence from an academic medical center. », *Arch Intern Med* ;155:2465-71.
- 21 • Peek CW, Coward RT, Lee GR, Zsembik BA., 1997, « The influence of community context on the preferences of older adults for entering a nursing home. », *Gerontologist* ;37:533-42.
- 22 • Sauvaget C, Tsuji I, Fukao A, Hisamichi S, 1997, « Factors related to the desire to enter a nursing home among elderly Japanese », *J Epidemiol* ;7:77-83.
- 23 • McCormick WC, Uomoto J, Young H, Graves AB, Vitaliano P, Mortimer JA, et al., 1996, « Attitudes toward use of nursing homes and home care in older Japanese-Americans », *J Am Geriatr Soc* ;44:769-77.
- 24 • Rowe JW, Kahn RL., 1987, « Human aging: usual and successful. », *Science* ;237:143-9.
- 25 • Wolk S., 1976, « Situational constraint as a moderator of the locus of control-adjustment relationship. », *J Consult Clin Psychol* ;44:420-7.
- 26 • Krantz D, Schulz R, 1980, in *Applications of Personal control advances in environmental psychology*, A Baum et JE Singer Eds (Erlbaum, Hildale, NJ, 1980), vol 2 :23-57.
- 27 • Schulz R, Brenner G., 1977, « Relocation of the aged: a review and theoretical analysis. », *J Gerontol.* ;32:323-33.
- 28 • Avrom J, Langer E., 1982, « Induced disability in nursing home patients: a controlled trial. », *J Am Geriatr Soc.* ;30:397-400.

ÉLÉMENTS D'APPROCHE DE LA MÉDICALISATION DES ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL POUR PERSONNES ÂGÉES

Olivier SAINT JEAN, Dominique SOMME

Service de Gériatrie, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

Les maisons de retraite (MDR), fusionnées en 1999 avec les unités de soins de longue durée (USLD) dans un cadre unique d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), doivent mieux s'adapter aux besoins d'une clientèle qui vieillit et perd de son autonomie physique et psychique. L'enquête EHPA menée en 2000, permet de mesurer l'écart initial de médicalisation entre USLD et MDR et de mettre en évidence l'hétérogénéité des MDR en ce domaine. Accueillant un nombre important de personnes lourdement handicapées, les MDR abritent toutefois des résidents dont la dépendance moyenne reste moins « lourde » qu'en USLD. En termes d'effectifs et d'équipements apparaît un groupe de MDR, à faible effectif soignant, plutôt à caractère commercial, sans section de cure médicale (SCM), pour lesquelles l'effort à fournir sera important. En matière de procédures médicales, les soins spécifiques sont plus fréquents en USLD qu'en MDR, en MDR avec SCM que sans SCM. Mais les MDR montrent néanmoins des capacités non négligeables à délivrer des soins techniques. Les MDR qui sont dotées d'un médecin coordonnateur disposent d'un personnel global plus fourni, et ont alors plus souvent des locaux d'accueil spécifiques pour déments. Surtout, les projets d'établissements et les protocoles médicaux sont plus fréquents.

Les établissements, anciennement séparés en unités de soins de longue durée (USLD) et en maisons de retraite (MDR) plus ou moins médicalisées, ont été fusionnés dans le cadre unique des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 1999. Cette réorganisation, mise en œuvre progressivement depuis 2000, s'accompagne d'une réforme de la tarification applicable aux résidents et surtout de dispositions organisationnelles destinées à améliorer la prise en charge sanitaire, notamment dans les MDR.

Ces modifications ont notamment pour objectif de permettre aux établissements de faire face aux besoins d'une clientèle qui a profondément changé au cours des vingt dernières années, évolution marquée par trois tendances principales : un vieillissement considérable, une perte d'autonomie physique accrue, et surtout l'accentuation de la dépendance psychique. La loi impose, entre autres dispositions, la présence d'un médecin coordonnateur dans chaque établissement, dont le rôle comporte notamment l'organisation d'une visite préalable à l'admission, la participation à la définition d'un projet d'établissement, la rédaction de protocoles de prise en charge de certaines situations morbides, l'organisation de la continuité des soins, la mise au point d'un dossier de soins. Si les USLD, antérieurement situées dans le champ hospitalier, sont supposées avoir hérité de la culture hospitalière l'essentiel de ce dispositif, il n'en va pas de même des MDR dont les schémas d'organisation sont divers et la médicalisation en général bien moindre. La présente étude, qui s'appuie sur les données de l'enquête EHPA menée en 2000 au sein des établissements pour personnes âgées (voir Caillot et Mesrine, présentation des enquêtes EHPA et SAPAD) s'attache à mesurer l'écart de médicalisation existant entre les USLD et les MDR et à rechercher les facteurs explicatifs de l'hétérogénéité des MDR en ce domaine. Dès lors que certaines MDR sont déjà dotées d'un médecin coordonnateur, elle examine comment la présence de ce dernier modifie l'organisation sanitaire des établissements. Elle examine également le rôle d'une éventuelle

qualification en gériatrie de ce médecin par un diplôme universitaire.

L'échantillon représentatif des établissements figurant dans le champ de l'enquête comporte 61 USLD et 343 MDR. Ces dernières disposent pour 66 % d'entre elles de l'agrément pour section de cure médicale (SCM), et pour 37 % d'un médecin coordonnateur qui est près d'une fois sur deux titulaire d'une Capacité¹ de gériatrie. Sont regroupées pour l'analyse les MDR non commerciales (appartenant au secteur public et au secteur privé à but non lucratif) qui peuvent être comparées aux établissements commerciaux (27 % des MDR). Dans chaque établissement, des entretiens ont été menés auprès de résidents tirés au sort sur la liste de l'établissement. Lorsque l'état de santé du résident tiré au sort ne lui permettait pas de répondre, il était remplacé par le résident qui suivait sur la liste. Les données utilisées ici concernent une population de 2 614 sujets âgés.

Les variables décrivant la structure des établissements ont été séparées des variables de procédure de soins. Ces variables de structure décrivent principalement les effectifs des professionnels intervenant auprès des résidents, en nombre et en qualification, ainsi que la présence d'un accueil de jour et de locaux spécifiquement adaptés pour résidents ayant perdu leur autonomie psychique (les « déments »). La présence d'un accueil de jour a été retenue comme indice d'une volonté d'ouverture vers l'extérieur et de construction de réseaux et l'existence de locaux spécifiques comme celui de la mise en place de dispositifs innovants et adaptés aux besoins de santé d'une population particulière².

Les variables liées à la procédure des soins tentent de retracer les principaux axes de médicalisation voulus par la loi. L'enquête EHPA n'a toutefois pas repris en totalité ces éléments. Seuls ont donc été retenus des items concernant les procédures d'admission (dont la sélection de population à l'admission), l'existence d'un projet d'établissement et d'une continuité des soins, la possibilité de recevoir des soins de fin de vie, l'existence d'un protocole écrit de prévention ou de traitement de situations morbides (escarres, chutes) ainsi que la tenue d'un dossier médical. Ces varia-

bles ont été combinées de façon à construire une variable quantitative, appelée ici « index de médicalisation »³ (encadré 1).

Enfin les facteurs explicatifs des différences observées entre MDR sont recherchés en fonction de leur statut juridique, leur taille, leur ancienneté, la présence éventuelle et la qualification d'un médecin coordonnateur.

Pour l'ensemble des variables décrivant la médicalisation, l'enquête EHPA repose sur les déclarations des directions des établissements (questionnaire gestionnaire). Il n'a pas été procédé à des vérifications, d'une part de la réalité des informations, d'autre part de la qualité des protocoles en référence aux bonnes pratiques de la profession. Enfin il n'a pas été fait mention de professionnels sanitaires extérieurs au personnel de l'institution mais intervenant à l'acte et rémunérés dans le cadre de l'Assurance maladie. Il est possible que la non-connaissance de l'action de ces intervenants (notamment infirmiers) induise une sous estimation de l'offre de soins réellement proposée aux résidents dans certains établissements.

DES PERSONNES ÂGÉES QUI RESTENT PLUS DÉPENDANTES DANS LES USLD QUE DANS LES MAISONS DE RETRAITE

La constatation d'une convergence des populations accueillies en USLD et en MDR a été l'un des arguments essentiels prévalant aux réformes de la fin des années 90. Il était néanmoins souhaitable d'évaluer les écarts pouvant subsister entre leurs populations respectives. Cette comparaison demeure indicative, car, dans l'enquête EHPA, il ne s'agit pas pleinement d'un tirage au sort puisqu'un choix a pu être fait par le directeur d'établissement de résidents « interrogeables ».

La répartition en Groupes iso-ressources (GIR) des résidents, ainsi que leur répartition en fonction de leur demande d'aide pour la toilette ou l'habillage font apparaître des clientèles très différentes entre établissements (tableau 1). Les USLD accueillent en effet des résidents dont le profil moyen reste bien plus « lourd » que dans les maisons de retraite. On note cependant la

1 - La formation des médecins à la gériatrie peut se faire selon deux modalités principales : un cursus de spécialiste (Internat qualifiant et Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) pour une minorité (rarement intervenant hors des murs de l'hôpital) et un cursus de généraliste doublé d'un diplôme inter universitaire de deux années, donnant à son titulaire une compétence en règle exercée parallèlement à la médecine générale. Ces diplômes confèrent la qualification requise pour exercer les fonctions de médecin coordonnateur mais la loi propose de valider des actions de formation continue.

2 - Un certain nombre de travaux scientifiques, notamment nord-américain, ont montré les bénéfices de telles organisations, pour les résidents, leurs familles, les soignants, les coûts de santé, etc ...

3 - Il n'existe dans la littérature aucune variable permettant d'évaluer le degré de médicalisation d'une structure de prise en charge au long cours de sujets ou de malades âgés dépendants. On connaît des critères d'accréditation hospitaliers généraux, qui ne seraient pas adaptés ici. Quant aux critères d'accréditation des structures gériatriques proposés par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, ils demeurent trop marqués par la logique hospitalière pour être employés ici. Notre choix comporte bien évidemment ses limites, mais il semblait le seul possible, compte tenu de l'état de la littérature et des variables disponibles dans l'enquête EHPA.

présence de personnes lourdement handicapées en nombre important au sein des MDR, ces résidents étant plutôt plus nombreux dans les établissements dotés d'une autorisation de lits de SCM. La présence de médecins coordonnateurs ne semble pas corrélée à la typologie de la population accueillie.

UNE MÉDICALISATION PLUS FAIBLE ET HÉTÉROGÈNE POUR LES MDR

une différence considérable entre USLD et MDR

L'esprit de la loi portant réforme des établissements d'hébergement vise à médicaliser l'ensemble des EHPAD. Compte tenu des populations actuellement hébergées en MDR et des besoins futurs des résidents, il n'est pas illogique de comparer leurs caractéristiques structurelles à celles des USLD dont la médicalisation peut représenter une sorte d'horizon. L'écart

TABLEAU 1 ●
variables de population

	USLD	MDR	p <
Age d'entrée	80,6	79,8	ns
Age actuel	83,4	83,6	ns
Répartition G.I.R. (en %)			
• G.I.R. 1	11,4	2,6	
• G.I.R. 2	39,8	16,4	
• G.I.R. 3	16,3	14,2	
• G.I.R. 4	18,0	22,6	
• G.I.R. 5	6,3	15,7	
• G.I.R. 6	8,1	28,5	0,001
Répartition Dépendance physique (en %)			
• Dépendants pour la toilette et/ou l'habillement	72,3	47,6	
• Indépendants pour la toilette et/ou l'habillement	27,7	52,4	0,001

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

ENCADRÉ 1 ●

INDEX DE MEDICALISATION

Cet index résume les quelques variables de médicalisation prévues par la loi et contenues dans le questionnaire EHPA. Sa valeur varie de 0 à 5, chacun des items suivant étant valorisé 0 ou 1 :

- présence d'un protocole écrit de prévention des escarres ;
- présence d'un protocole écrit de traitement des escarres¹ ;
- existence d'un dossier médical ;
- organisation de la permanence de soins ;
- existence de locaux adaptés pour les malades souffrant de démences dégénératives.

Pour l'analyse multivariée, les variables potentiellement explicatives retenues concernaient les résidents enquêtés (âge, catégorie socioprofessionnelle, durée d'institutionnalisation, état d'autonomie) et les établissements (ancienneté, statut juridique, autorisation d'une Section de Cure Médicale, effectifs professionnels, présence et formation d'un médecin coordonnateur, ...).

Le modèle statistique le plus puissant (tableau ci-dessous) comporte trois variables, avec un pouvoir prédictif à plus de 60 % d'un index de médicalisation supérieur à 2 (valeur seuil traduisant une médicalisation minimum). Ce modèle rend compte d'une année de création postérieure à 1989 (versus une création antérieure), de l'habilitation pour une section de cure médicale (versus l'absence d'habilitation) et de la présence d'un médecin coordonnateur titulaire d'une Capacité en Gériatrie (versus pas de MC). En revanche la présence d'un médecin coordonnateur non diplômé versus pas de MC n'atteint pas le seuil de significativité² (OR 1.43 IC à 95 % : 0.77 - 2.76), de même que la variable présence d'un MC titulaire d'une Capacité versus MC non titulaire (OR : 1.94, IC à 95 % : 0.89 - 4.19, p = 0.09).

analyse multivariée* de l'index de médicalisation

	OR	IC 95 %
Année création postérieure à 1989	1,69	1,04 - 2,76
Habilitation pour section de cure médicale	1,83	1,10 - 3,05
Présence d'un médecin coordonnateur non capacitaire (versus pas de coordonnateur)	1,43	0,77 - 2,67
Présence d'un médecin coordonnateur capacitaire (versus pas de coordonnateur)	2,77	4 - 5,31

*. Significativité du modèle : p < ,0001.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

1 - Ces deux variables, bien que corrélées, ne se recouvrent pas totalement. En effet si la plupart des établissements dispose à la fois de protocole de prévention et de traitement des escarres 6 % d'entre eux n'ont que des protocoles de prévention et 14 % des protocoles de traitement.

2 - Nous avons choisi un seuil de significativité à 95 % pour l'ensemble des variables de ce travail.

entre ces deux types d'établissements est considérable, tant en quantité qu'en qualifications des personnels mis à la disposition des résidents (tableau 2). Il y a environ trois fois moins de présence d'aides-soignantes, cinq fois moins de présence d'infirmières en MDR qu'en USLD. Cependant l'écart réel est peut être moins important car l'enquête EHPA ne repère pas clairement si les MDR font appel à des professionnels libéraux pour prendre en charge certains besoins sanitaires de leurs résidents, pratique qui reporte certaines charges sur l'Assurance maladie. Cet appel à des professionnels extérieurs explique certainement l'écart en effectifs médicaux, les USLD disposant statutairement de médecins salariés.

En revanche il n'existe pas de différence significative entre les deux types d'établissements quant à l'existence de locaux spécifiques pour malades déments.

TABLEAU 2 ●

variables de structure, comparaison des USLD et MDR

	USLD	MDR	p <
	N = 61	N = 343	
	Moyenne	Moyenne	
Nombre de résidents	75,7	64,4	0,05
Effectifs temps plein / résident	0,98	0,42	0,001
Effectifs Médicaux / résident	0,02	0,004	0,001
Effectifs infirmière / résident	0,15	0,03	0,001
Effectifs aide-soignante / résident	0,3	0,1	0,001
	%	%	
Locaux pour déments	26,1	23	ns
Accueil de jour	8,1	23,3	0,05

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 3 ●

comparaison des MDR selon leur caractère commercial ou non*
(variables de structure)

	MDR non commerciale	MDR commerciale	p <
	N = 247	N = 92	
	Moyennes	Moyennes	
Nombre de résidents	71,3	59,9	0,001
Effectifs temps plein / résident	0,43	0,39	0,0001
Effectifs médicaux / résident	0,005	0,002	0,0001
Effectifs infirmière / résident	0,034	0,029	ns
Effectifs aide-soignante / résident	0,106	0,079	0,001
	%	%	
Locaux pour déments	24,7	19,1	ns
Accueil de jour	25,5	15,2	0,03

*. Les maisons de retraite publiques sont groupées avec les associatives (sans but lucratif) dans le statut de non commercial.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

Mais cette absence de différence recouvre un retard global car trois établissements sur quatre n'ont pas fait cette démarche, pourtant a priori rendue nécessaire par les données épidémiologiques. Si certaines USLD accueillent une population presque totalement atteinte de déficience psychique, il n'est pour autant pas fait état d'une architecture d'ensemble adaptée.

Enfin très peu d'EHPAD offrent des accueils de jour, les USLD étant à cet égard très faiblement impliquées dans cette démarche.

une grande hétérogénéité au sein des MDR

Les maisons de retraite à caractère lucratif disposent d'effectifs totaux et en aides-soignants bien plus réduits que les autres MDR (tableau 3). En revanche les effectifs infirmiers sont voisins, traduisant probablement des critères d'habilitation identiques par les autorités socio-sanitaires locales et des procédures voisines de recours à des infirmières libérales. La fréquence des locaux pour déments ne présente pas de différence significative entre les établissements commerciaux et les non commerciaux mais l'accueil de jour est plus développé dans ces derniers.

Les maisons de retraite autorisées à développer une section de cure médicale disposent d'effectifs d'ensemble et en aides-soignants plus élevés que les maisons de retraite sans SCM (tableau 4). La différence de présence infirmière n'est en revanche pas significative. Ce dernier résultat peut sembler surprenant dans la mesure où les MDR avec SCM sont dotées d'un budget spécial pour permettre la médicalisation. L'accueil de jour est nettement plus développé dans les maisons de retraite sans section de cure médicale.

une relation ambiguë entre les caractéristiques des établissements et la présence d'un médecin coordonnateur

La présence d'un médecin coordonnateur n'est apparemment pas associée à un effectif infirmier ou d'aides-soignants significativement supérieur dans les établissements qui en disposent, même si les effectifs totaux et médicaux par résident sont plus élevés (tableau 5). Il existe par contre une corrélation entre la présence d'un médecin coordonnateur et celle d'une unité spécialisée pour déments, sans que l'on sache si la création d'une telle unité pousse au recrutement d'un médecin coordonnateur ou si celui-ci en favorise la création. Parmi les établissements disposant d'un médecin coordonnateur la formation universitaire de ce médecin à la gériatrie apparaît liée à des effectifs médicaux plus réduits (tableau 6).

Au terme de cette première analyse on voit donc apparaître un groupe de MDR à faible effectif soignant, plutôt des maisons de retraite à caractère commercial, sans autorisation antérieure de section de cure médicale. L'effort à fournir pour ces structures sera important et les difficultés de recrutement de professionnels de santé risquent d'être un obstacle à leur médicalisation.

Les maisons de retraite dotées d'un médecin coordonnateur ont des effectifs globaux plus fournis mais les effectifs soignants ne sont pas différents. En revanche l'association entre présence d'un accueil pour déments et médecin coordonnateur est forte.

UNE GRANDE DIVERSITÉ D'ORGANISATION ET DE PROCEDURES

Les variables étudiées concernent les modalités d'admission (visite préalable), l'éventualité de refus d'accueil de patients lourdement handicapés (par un handicap psychique ou par le confinement au « lit et au fauteuil »), la possibilité de recevoir des soins palliatifs⁴ et des items correspondants à certains objectifs de la réforme (projet d'établissement, dossier de soins, protocoles écrits, ...) qui sont autant d'éléments de promotion de la qualité de prise en charge.

TABEAU 4 ●

comparaison des MDR selon qu'elles ont ou non l'autorisation d'une section de cure médicale (variables de structure)

	MDR avec section de cure médicale	MDR sans section de cure médicale	p <
	N = 225	N = 167	
	Moyennes	Moyennes	
Nombre de résidents	83,4	43,1	0,0001
Effectifs temps plein / résident	0,46	0,36	0,0001
Effectifs médicaux / résident	0,005	0,003	0,006
Effectifs infirmière / résident	0,039	0,018	ns
Effectifs aide-soignante / résident	0,117	0,065	0,059
	%	%	
Locaux pour déments	25,7	18,1	ns
Accueil de jour	14,7	35,4	0,001

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABEAU 5 ●

comparaison des MDR selon la présence ou non d'un médecin coordonnateur (variables de structure)

	Coordonnateur	Sans coordonnateur	p <
	N = 128	N = 201	
	Moyennes	Moyennes	
Nombre de résidents	72,8	64	0,01
Effectifs temps plein / résident	0,475	0,388	0,001
Effectifs médicaux / résident	0,005	0,004	0,0003
Effectifs infirmière / résident	0,035	0,03	ns
Effectifs aide-soignant / résident	0,114	0,086	ns
	%	%	
Locaux pour déments	31	18,5	0,009
Accueil de jour	25	21,7	ns

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABEAU 6 ●

comparaison des MDR selon la qualification du médecin coordonnateur (variables de structure)

	Coordonnateur capacitaire	Coordonnateur non capacitaire	p <
	N = 57	N = 72	
	Moyennes	Moyennes	
Nombre de résidents	74,8	70,7	ns
Effectifs temps plein / résident	0,411	0,516	0,001
Effectifs médicaux / résident	0,003	0,007	0,0001
Effectifs infirmières / résident	0,036	0,03	ns
Effectifs aide-soignante / résident	0,115	0,112	ns
	%	%	
Locaux pour déments	38,6	24,7	0,08
Accueil de jour	22,8	25	ns

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABEAU 7 ●

comparaison des USLD et des MDR (variables de procédure)

	U.S.L (en %)	M.R. (en %)	p <
Visite pré-admission	77,1	93,2	0,001
Selection niveau dépendance	20,1	51,1	0,001
Refus des « lit-fauteuil »	7,1	30	0,001
Refus des déments	7,2	13,4	ns
Projet d'établissement	71	51	0,009
Surveillance médicale 24h/24h	79,6	46,3	0,001
Soins palliatifs	98,2	81	0,001
Protocole prévention escarre	68,3	50,1	0,05
Protocole traitement escarre	74	54,1	0,001
Prévention chute par éclairage	65	56,2	ns
Dossier de soins		95,1	

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

4 - Cette possibilité de recevoir des soins palliatifs ne signifie pas pour autant qu'il s'agisse d'unités de soins palliatifs où sont mises en œuvre des prises en charge spécialisées. Ceci recouvre uniquement l'acceptation par les établissements que les résidents puissent y décéder sans un recours systématique à l'hospitalisation dans les derniers jours de la vie.

Il existe des différences très significatives sur pratiquement l'ensemble de ces variables entre les USLD et les MDR (tableau 7). Une seule différence n'est pas « en faveur » des USLD et concerne un taux plus faible de visites préalables à l'admission. Cela est peut être lié à ce que nombre de ces unités font partie d'un service de gériatrie doté de lits de Soins de Suite et de Réadaptation et que les patients « glissent » d'un type de lit à un autre par simple mesure administrative.

Le statut juridique de l'établissement (tableau 8) n'a pas d'influence notable sur ces variables, hormis le fréquent refus dans le secteur commercial (près d'une fois sur 4) des patients présentant un déclin cognitif. En revanche le statut d'autorisation pour une SCM montre des différences très significatives en ce qui concerne les variables de la réforme, bien plus souvent satisfaites (tableau 9).

Mais l'information la plus intéressante réside dans l'effet de la présence d'un médecin coordonnateur (ta-

TABLEAU 8 ●

comparaison des MDR selon leur caractère commercial ou non*
(variables de procédure)

	MDR non commerciale (en %)	MR commerciale (en %)	p <
Visite pré-admission	92,7	94,6	ns
Selection niveau dépendance	52	43,4	ns
Refus des « lit-fauteuil »	28,1	35,1	ns
Refus des déments	9,2	24,5	0,0004
Projet d'établissement	49,5	57,5	ns
Surveillance médicale 24h/24h	49,4	38,1	0,06
Soins palliatifs	80,5	84,8	ns
Protocole prévention escarre	53,4	43	0,09
Protocole traitement escarre	56,9	47,8	ns
Prévention chute par éclairage	57	53,8	ns
Dossier de soins	60,7	52,2	ns

* Les maisons de retraite publiques sont groupées avec les associatives (sans but lucratif) dans le statut de non commercial.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 9 ●

comparaison des MDR selon qu'elles ont ou non l'autorisation
d'une section de cure médicale (variables de procédure)

	MDR avec section de cure médicale (en %)	MR sans section de cure médicale (en %)	p <
Visite pré-admission	94,3	91,4	ns
Selection niveau dépendance	48	51,9	ns
Refus des « lit-fauteuil »	30,5	30,4	ns
Refus des déments	12,9	14,8	ns
Projet d'établissement	59,9	38,6	0,0002
Surveillance médicale 24h/24h	51,8	31,7	0,01
Soins palliatifs	83,1	57,4	0,01
Protocole prévention escarre	60,5	33,9	0,0001
Protocole traitement escarre	64	39	0,0001
Prévention chute par éclairage	66,5	40,8	0,0001
Dossier de soins	58,9	68,9	0,07

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 10 ●

comparaison des MDR selon la présence ou non
d'un médecin coordonnateur (variables de procédure)

	Avec coordonnateur N = 129	Sans coordonnateur N = 205	p <
	%	%	
Visite pré-admission	94,6	92,1	ns
Selection niveau dépendance	46,0	51,5	ns
Refus des « lit-fauteuil »	34,1	28,3	ns
Refus des déments	14,8	12,7	ns
Projet d'établissement	65,6	42,1	0,0001
Surveillance médicale 24h/24h	49,6	58,2	ns
Soins palliatifs	81,2	81,8	ns
Protocole prévention escarre	62,7	42,0	0,0003
Protocole traitement escarre	45,4	31,1	0,009
Prévention chute par éclairage	62,7	51,8	0,06
Dossier de soins	41,2	58,8	ns

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 11 ●

comparaison des MDR selon la qualification
du médecin coordonnateur (variables de procédure)

	Coordonnateur capacitaire N = 57	Coordonnateur non capacitaire N = 73	p <
	%	%	
Visite pré-admission	96,5	93,2	ns
Selection niveau dépendance	40,3	47,1	ns
Refus des « lit-fauteuil »	40,3	30,1	ns
Refus des déments	22,8	11	ns
Projet d'établissement	71,2	60,2	ns
Surveillance médicale 24h/24h	54,4	45,2	ns
Soins palliatifs	43,7	56,3	ns
Protocole prévention escarre	68,4	58,5	ns
Protocole traitement escarre	69,6	58	ns
Prévention chute par éclairage	34,5	38	ns
Dossier de soins	35,7	41,1	ns

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

bleau 10), sans que sa qualification gériatrique semble déterminante (tableau 11). Les objectifs sur lesquels la loi missionne le médecin coordonnateur sont effectivement bien plus souvent atteints dans les MDR qui s'en sont dotées. Ainsi les projets d'établissements, les protocoles médicaux sont plus fréquents. Mais on ne note pas de différence significative pour la continuité de soins et la tenue d'un dossier médical, qui relève probablement plus souvent des médecins généralistes intervenant dans les MDR.

Enfin, des variables concernant les activités médicales généralement effectuées sont également intéressantes. Les questions étudiées concernaient la réalisation de soins spécifiques au cours du dernier mois, à savoir des soins d'escarre, la réalisation de perfusions ou l'alimentation par sonde. Sans surprise on en observe une réalisation plus fréquente en USLD qu'en MDR, en MDR avec SCM que sans SCM (tableau 12). Mais pour au moins un résident, ont été réalisés, une alimentation par sonde gastrique dans un quart des MDR, des perfusions dans plus de la moitié d'entre elles et des soins d'escarres dans les trois quarts. Cela démontre une capacité non négli-

geable à délivrer des soins techniques mobilisant des infirmières. La présence d'un médecin coordonnateur et sa qualification ne changent rien à la possibilité de délivrer ces soins (tableau 13).

CONCLUSION

L'accroissement de la médicalisation des maisons de retraite semble d'ores et déjà, et sera à terme, rendu nécessaire par les besoins de la population hébergée. Celle-ci a une moyenne d'âge en croissance continue et souffre de handicaps physique et psychique de plus en plus lourds.

L'étude des données de l'enquête EHPA 2000 confirme que le degré actuel de médicalisation des MDR est très variable et certainement souvent insuffisant. Les maisons de retraite récentes, celles qui sont habilitées pour une SCM, qui appartiennent au secteur public semblent actuellement les plus avancées. La fonction du médecin coordonnateur semble importante dans l'accompagnement des établissements dans leur itinéraire de médicalisation. ■

TABLEAU 12 ●

réalisation de soins selon les structures d'accueil

	USLD (en %)	MDR (en %)	p <	MDR non commerciale	MDR commerciale	p <	Avec section de cure médicale	Sans section de cure médicale	p <
Perfusion	95,1	55,2	0,0001	58	47,8	0,09	60,4	46,8	0,01
Soins d'escarre	98,3	77,4	0,0001	77,9	76,1	ns	83,4	66,9	0,005
Sonde d'alimentation	70	26,3	0,0001	29,2	18,4	0,04	28,9	21,2	ns

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 13 ●

réalisation de soins selon l'existence et la qualification d'un médecin coordonnateur

	Avec coordonnateur	Sans coordonnateur	p <	Coordonnateur capacitaire	Coordonnateur non capacitaire	p <
Perfusion	55,9	53,7	ns	62,5	50	ns
Soins d'escarre	77,1	76,7	ns	82,1	73,6	ns
Sonde d'alimentation	21,2	28,3	ns	19	26,4	ns

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

AUTONOMIE SOCIALE ET CITOYENNETÉ DANS LA VIE QUOTIDIENNE DES PERSONNES ÂGÉES VIVANT EN INSTITUTION

Hélène THOMAS*, Olivier SAINT-JEAN**

* Université Paris XIII-CSU.

** Service de gériatrie, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris.

L'enquête EHPA permet de mettre en évidence des facteurs favorables à l'autonomie sociale des résidents âgés, à leur possibilité de conserver certaines activités de la vie courante et de maintenir une citoyenneté active. Ces facultés dépendent en grande partie de leur autonomie propre mesurée par leur capacité à s'habiller ou faire seuls leur toilette, variable selon le type d'établissement. Les logements-foyers, maisons de retraite, unités de soins de longue durée, accueillent, dans cet ordre, des personnes de plus en plus dépendantes. Mais l'état de santé n'est pas la seule explication des variations observées. Des analyses multivariées mettent en évidence l'importance de l'environnement institutionnel, sur la gestion personnelle de leurs ressources, dans la disposition d'une clé de leur chambre ou la possibilité d'y amener des meubles. Selon que l'établissement se rapproche d'une maison de retraite commerciale ou d'une unité de soins, le résident voit ses choix personnels et son intimité plus ou moins pris en compte. De même, pour la connaissance de ses droits, le résident semble tantôt positionné comme un client, et alors l'information sur le contrat d'hébergement est mieux perçue et la visite préalable plus courante ; comme usager et l'information sur les droits associés à la vie quotidienne est bien reçue ; ou encore comme patient, et ces dimensions sont moins prises en compte. Les caractéristiques socio-économiques et culturelles du résident jouent aussi. D'avoir exercé une activité, en particulier comme « cadre » favorise la gestion personnelle de son budget, amène à parler davantage de l'actualité avec les autres résidents, assure d'être mieux garanti et respecté dans ses droits d'usager.

L'entrée en institution implique souvent pour les personnes âgées une rupture avec le mode de vie antérieur et l'arrivée dans un monde clos. Aussi la vieillesse en institution a-t-elle été souvent décrite en termes de « mort sociale » (Guillemard, 1972), de « relégation » (Bernard, 1975 ; Veysset, 1989) et de « désinsertion » (Thomas, 1996). Peu de travaux ont été consacrés récemment à ce sujet, et le plus souvent sous forme de monographies descriptives et qualitatives (Dupré-Lévêque, 2001) ou d'enquêtes auprès des établissements sur les conditions de vie de leurs pensionnaires. Mais l'on dispose de peu de données quantitatives sur la façon dont se déroule, du point de vue des intéressés, la vie quotidienne des résidents, qui connaissent parfois une limitation de leur autonomie, notamment quand s'accroît leur dépendance physique ou psychique. L'enquête EHPA permet, pour la première fois, de mettre en évidence les facteurs favorables à l'expression d'un sentiment d'autonomie sociale et de maintien d'une citoyenneté active par les résidents (voir dans ce numéro, Caillot et Mesrine, la présentation des enquêtes EHPA et SAPAD).

Pour ce faire, ont été étudiées les questions posées aux résidents dans lesquelles ils infirment ou affirment la possibilité de conserver (ou non) une autonomie de disposition de soi au quotidien et d'être ouverts sur le monde extérieur. Dans cet article la notion d'autonomie sociale renvoie à la possibilité de poursuivre certaines activités de la vie courante dans un environnement institutionnel. A ensuite été recherché dans quels cas les résidents expriment le sentiment de voir leur intimité préservée et de connaître leurs droits, facteurs qui déterminent leur possibilité de rester des citoyens à part entière. L'analyse est conduite en tenant compte des attributs socio-démographiques et d'état de santé individuel des résidents, ainsi que des caractéristiques de leur environnement.

Aux dires des résidents leurs marges de choix dans la vie quotidienne restent aujourd'hui restreintes par les contraintes liées à la vie en établissement, et ce malgré le processus d'humanisation des lieux de vie¹, de même que l'autonomie dans la disposition de soi et l'ouverture vers le monde extérieur.

1 - Ce processus au long cours a été initié par la loi hospitalière du 31 décembre 1975 qui prévoyait la transformation des hospices en centre de longs séjours ou de cure médicale et l'humanisation des locaux.

ENCADRÉ 1 ●
METHODOLOGIE

L'indicateur d'autonomie retenu dans l'article

Cet article est appuyé sur le point de vue et les perceptions des résidents tels qu'ils les ont exprimés en réponses au questionnaire résidents de l'enquête EHPA. Ceux-ci ont été tirés au sort dans chacun des établissements enquêtés. Il y a donc tout lieu de penser que les réponses recueillies témoignent valablement de la réalité de leurs perceptions des institutions enquêtées dans la mesure où ils ont répondu en face à face avec l'enquêteur sans la présence d'un tiers à 92 %. Cependant certaines personnes sélectionnées et estimées dépendantes psychiques ou hors d'état de répondre aux questions par la direction de l'établissement ont été remplacées sur la liste des tirés au sort, ce qui a conduit à une sous représentation des personnes les plus dépendantes (GIR 1).

Les variables étudiées

Trois groupes de variables ont été constituées à partir d'une sélection de questions dans les entretiens avec les usagers : celles qui permettaient de rendre compte de la préservation de l'autonomie sociale, celles qui permettaient de mesurer l'ouverture sur le monde extérieur et enfin celles relatives à la connaissance des droits des usagers et à la préservation de l'intimité.

- Les variables descriptives de la préservation de l'autonomie sociale et de l'ouverture au monde :

Le maintien de l'autonomie sociale peut être approchée par deux groupes de questions : celles qui attestent de la préservation de marges de choix individuel dans la vie quotidienne et celles qui témoignent de l'indépendance effective de disposition de soi.

a. La préservation des marges de choix dans la vie quotidienne :

- *Le fait de déclarer avoir obtenu de changer le plat principal proposé au menu,*
- *Le fait de pouvoir boire de l'alcool à table,*
- *Le choix de la tenue vestimentaire quotidienne.*

b. L'autonomie de disposition de soi a été explorée à partir des questions portant sur :

- *La capacité reconnue de gestion de ses ressources : « gérez-vous vos ressources seul(e) ? » en opposant les modalités « oui » seul ou avec aide aux modalités « non », également regroupées,*
- *Le libre accès à l'automédication antalgique : « Lorsque vous avez mal ou que vous souffrez, pouvez-vous prendre un médicament pour calmer la douleur ? » selon les modalités « oui » ou « non »,*
- *La réponse au questionnaire hors la présence d'un tiers, renseignée par l'enquêteur indiquant « qui répond au questionnaire ? » « la personne seule » ou non.*

c. Les variables d'ouverture au monde : Cette thématique se rattache tant à la question de la citoyenneté qu'à celle de l'autonomie sociale, favorisées par les contacts avec l'extérieur de l'établissement, les visites rendues, les sorties et la pluralité des contacts. Peu de variables se rapportent à cet aspect dans l'enquête EHPA. L'hypothèse faite est que l'intérêt pour l'actualité traduit une ouverture au monde extérieur, indice indirect d'une citoyenneté maintenue, c'est-à-dire d'une participation à l'espace public. Cet intérêt est mesuré au travers des questions se rapportant à la présence de l'actualité parmi les thèmes de discussion et le fait de suivre les informations à la radio ou à la télévision.

- Les variables caractéristiques de la préservation de l'intimité et de la citoyenneté

La préservation de la citoyenneté requiert tout à la fois la garantie des droits par son environnement et le maintien concret de l'usage de certains d'entre eux notamment des droits civils attachés au domicile. Le questionnaire permet de distinguer certains droits civils et civiques de l'intéressé, selon deux axes : ceux qui touchent au respect de l'intimité de la personne et d'autres qui concernent plus largement la connaissance de ses droits.

a. S'agissant de l'espace intime dans les institutions, sont examinées les questions permettant de savoir si le résident :

- *dispose de la clé de sa chambre,*
- *a son nom sur la porte,*
- *constate que les visiteurs frappent avant d'entrer dans la chambre*
- *a eu la possibilité d'amener des meubles à l'entrée dans l'institution.*

b. La connaissance de la relation juridique établie entre le résident et l'institution, comme traduction du maintien du statut de citoyen libre est éclairée à travers quatre variables :

- *La réalisation d'une visite de l'institution préalable à l'admission,*
- *La connaissance du livret d'accueil ou du règlement intérieur (Oui si connaissance de l'un des deux, non pour connaissance d'aucun),*
- *La connaissance de la Charte « Droits et libertés des Personnes Âgées en Institution » associée à celle de l'existence du conseil d'établissement (Oui si connaissance de l'un des deux, Non pour connaissance d'aucun),*
- *La connaissance du contrat de séjour ou du contrat de placement (Oui si connaissance de l'un des deux, Non pour connaissance d'aucun).*

Schéma d'analyse

Pour chacune des variables une analyse descriptive a été réalisée. Les variables ont été croisées avec des variables descriptives de l'environnement et de la personne âgée elle-même.

Les variables d'environnement concernent le statut juridique de l'établissement (notamment le caractère commercial), son type (logements-foyers, maison de retraite, unité hospitalière de soins de longue durée) et sa taille (moins de 50 lits, de 50 à 100 lits, plus de 100 lits). Ont été regroupés les logements-foyers publics et associatifs sous la rubrique « public » en les différenciant des logements-foyers « privés ». Pour les maisons de retraite ont été rassemblées les maisons de retraite publiques et privées associatives sous l'étiquette « maisons de retraite non commerciales » et les maisons de retraite privée à but lucratif sous celle de « maison de retraite commerciales ».





Les variables liées au résident sont l'ancienne catégorie socioprofessionnelle (inactive, actif non cadre, actif cadre) et le degré d'autonomie physique.

a. La catégorie socioprofessionnelle a été recodée en trois classes d'après la question: «Quelle est votre ancienne profession?»:

- « sans profession »,

- « cadre » englobe chef d'entreprise, profession libérale, cadre supérieur, profession intermédiaire, technicien contremaître, religieux clergé, et policier militaire,

- « non cadre » englobe agriculteur exploitant, artisan, commerçant, employé, employé de maison et ouvrier ;

les autres réponses n'ont pas été prises en compte.

b. L'autonomie physique : grâce à deux questions, on pouvait définir deux groupes de résidents : ceux n'ayant besoin d'aide ni pour la toilette ni pour l'habillage (correspondant aux groupes 3 et 4 de l'échelle d'autonomie physique de Colvez) ; ceux ayant besoin d'aide (correspondant aux groupes Colvez 1 et 2). La cotation du groupe d'iso ressources (GIR) n'a pas été retenue car trop complexe sur le plan pratique et trop peu corrélée à la cotation Colvez (cf. l'encadré sur ce point de l'article de D. Somme, dans ce même numéro).

Enfin pour chacun des thèmes sur les réponses à l'une des questions qui nous semble centrale, une analyse multivariée a été pratiquée (logiciel Statview 4). Les résultats présentés portent sur l'échantillon résidents non redressé.

LES CHOIX DANS LA VIE QUOTIDIENNE, LA POSSIBILITÉ DE DISPOSER DE SOI ET L'OUVERTURE SUR L'EXTÉRIEUR - LES SIGNES D'UNE AUTONOMIE SOCIALE LIMITÉE

la préservation des marges de choix dans la vie quotidienne reste limitée

Les caractéristiques de l'établissement et celles du résident influent considérablement sur la préservation des choix dans la vie quotidienne. Par exemple le changement de plat lors des repas, qui fait pourtant partie des points essentiels de la Charte des Droits et Libertés des personnes âgées vivant en établissement, n'est pas effectif aux dires de plus d'un résident sur deux, tout comme le fait de boire de l'alcool² (tableau 1.a). Les déclarations des établissements sur cette question sont beaucoup plus positives, mais les différences entre les réponses des résidents et celles des gestionnaires appellent des commentaires (encadré 2). En revanche le choix de la tenue du jour est possible dans la plupart des institutions, mais seuls deux résidents sur trois dans les unités de soins de longue durée (USLD) déclarent choisir eux-mêmes.

Le caractère commercial de l'établissement améliore ces résultats en logement-foyer (LF) ou en maison de retraite (MDR) pour la possibilité de changer de plat. Il est vraisemblable que l'origine hôtelière de certains groupes d'investisseurs contribue à envisager les résidents comme des clients qu'on cherche à satisfaire.

2 - La préservation des choix alimentaires demeure dans l'ensemble encore limitée alors que ces éléments peuvent jouer un rôle important sur le plan sanitaire. L'enquête PAQUID et l'étude de Rotterdam ont démontré que la dénutrition progressive est une constante chez les sujets âgés institutionnalisés et qu'il constitue, quelle qu'en soit la cause, un facteur pronostic essentiel. De plus, l'anorexie peut être réduite par un effort sur la présentation, l'adaptation au goût individuel et la qualité des repas. Quant aux vertus apéritives de l'alcool, elles sont telles que certains manuels de gériatrie préconisent la prise de vin systématique en cas de dénutrition.

3 - La notion d'autonomie physique est ici mesurée à travers l'enquête par le fait de déclarer faire sa toilette ou s'habiller sans aide.

Le changement de plat au repas n'a pu être obtenu que par un résident sur quatre dans les USLD traduisant probablement en partie la culture hospitalière et de restauration collective de ces établissements.

De la même manière, la consommation d'alcool aux repas est d'autant plus réduite que l'établissement est médicalisé. Ainsi la consommation d'alcool n'apparaît que dans environ un établissement USLD sur sept. Cela tient-il à une vision hygiéniste, rendue d'autant plus « nécessaire » que les résidents des USLD sont le plus souvent atteints de déclin cognitif, ce qui conduirait les soignants à assumer pour eux des comportements préventifs d'addictions dommageables pour leur santé ou s'agit-t-il d'une difficulté à envisager dans ce cadre les individus dans leur singularité ?

Les variations selon la taille de l'établissement sont moins nettes. Si dans les établissements dont la taille est plus réduite les résidents déclarent choisir leur

TABLEAU 1a ●

la marge de choix des résidents selon le type d'établissement

Possibilité de...	en %				
	LF privés	LF publics	MDR commerciales	MDR non commerciales	USLD
Changer de plat	48	39	43	32	23
Boire de l'alcool	42	45	36	28	14
Choisir sa tenue	95	97	90	86	67

NB : tous les tableaux portent sur l'échantillon non redressé de résidents de l'enquête EHPA. Exprimé en % de résidents dans les établissements concernés. Lecture : dans les logements-foyers privés 48 % des résidents déclarent avoir déjà obtenu un changement de plat.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

ENCADRÉ 2 ●

DES DIFFÉRENCES ENTRE LES RÉPONSES DES RÉSIDENTS
ET DES GESTIONNAIRES DES INSTITUTIONS SUR LA POSSIBILITÉ DE CHANGER DE PLAT

Sur la possibilité de changer de plat la question est posée aux gestionnaires des établissements d'un côté, aux résidents de l'autre :

- Question aux gestionnaires : « Y a-t-il une alternative au plat principal ? »
G1. Oui - G2. Non
- Question aux résidents : « Avez-vous déjà obtenu le changement du plat principal ? »
R1. Non, ce n'est pas possible
R2. Non, vous ne l'avez jamais demandé
R3. Non, vous ne savez pas si vous pouvez le demander
R4. Oui

La possibilité d'obtenir le changement de plat peut sans doute être estimée maximum par la réponse Oui des gestionnaires. Ceux-ci n'ont en effet aucun intérêt à minimiser cette possibilité. Pour les résidents, on peut sans doute prendre comme minimum la réponse Oui des résidents, c'est à dire de ceux qui disent l'avoir déjà obtenu.

La réponse positive des gestionnaires, est supérieure à celle des résidents en moyenne dans tous les types d'établissements (sauf dans les USLD) (tableau ci-après). On peut envisager ces différences comme des écarts entre, d'une part, les « désirs » et « perception » des résidents et d'autre part, la « perception » des gestionnaires.

En effet, du côté gestionnaires, la réponse positive peut s'attacher à des possibilités de niveaux assez variés (alternative évidente ou confidentielle, plat réellement cuisiné ou la tranche de jambon-salade usuelle, alternative universelle ou dûment motivée par des question de religion,...). Du côté résidents, les réponses incertaines (R2 et R3) peuvent être motivées par l'absence d'intérêt au changement de plat (la nourriture est appréciée et ne suscite pas de désir changement, le plat alternatif n'est pas appétissant, désintérêt de la nourriture). C'est cet ensemble de possibilités (et peut-être d'autres encore) que mesure grossièrement la différence entre la réponse du gestionnaire et la réponse positive des résidents. Cette différence peut être considérée comme incluse dans la masse des réponses incertaines des résidents.

La fraction des réponses incertaines des résidents, complétant leur possibilité avérée jusqu'à la possibilité théorique offerte par les établissements, peut ainsi « mesurer » une distance entre les « perceptions » des résidents et des gestionnaires :

$$G1 - R4 = D (R2 + R3),$$

où G1 est la réponse positive des gestionnaires, R4 celle des résidents, R2 + R3 leurs réponses incertaines ; D est la distance recherchée.
Il vient :

$$D = (G1 - R4)/(R2 + R3)$$

	LF privés	LF publics	MDR commerciales	MDR non commerciales	USLD
G1	70	66	70	84	84
R4	50	41	30	43	24
G1 - R4	20	25	40	41	60
R2 + R3	38	42	52	45	59
D	53%	60%	77%	91%	102%

On observe que la distance trouvée est croissante des LF aux USLD, soit de l'institutionnalisation la plus individuelle à la plus collective. On observe également que parmi les LF et les MDR, la distance est plus importante pour les établissements publics. Ces variations peuvent sans doute être rapportées à un déficit d'information des résidents sur la possibilité de changer de plat quand on passe du résident client au résident patient. Mais il faudrait approfondir l'exercice en tenant compte de l'état des résidents : l'effet désintérêt de la nourriture ou de l'incapacité à saisir les possibilités offertes doivent aussi jouer, cela en regard de la médicalisation croissante des établissements.

ELÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

- BERNAND C. (1978), *Les vieux vont mourir à Nanterre*, Paris, Ed. du Sagittaire.
- DELPEREE N. (1991), *La protection des droits et des libertés des citoyens âgés. Droit et gérontologie*, Paris, CNP.
- DUPRE LEVEQUE D. (2001), *Une ethnologue en maison de retraite. Le guide de la qualité de vie*, Paris, EAC.
- GUILLEMARD A. M. (1981), *La vieillesse et l'Etat*, Paris, PUF.
- GUILLEMARD 1972, *La retraite, une mort sociale. Sociologie des conduite en situation de retraite*, Paris, Mouton.
- THOMAS H. (1998), « La décision d'institutionnalisation du vieillard : rationalité limitée du choix et intime conviction du praticien », *Revue Laënnec*, mars 1998.
- THOMAS H. (1996), *Vieillesse dépendante et désinsertion politique*, Paris, L'Harmattan.

tenue et boire de l'alcool en proportion plus importante que dans ceux de moyenne et grande taille, en revanche ils déclarent nettement moins avoir changé de plat, peut-être parce que les infrastructures ne permettent pas de proposer aux résidents des menus personnalisés (tableau 1.b).

Il semble de surcroît que l'exercice de marges de choix sur certains aspects de la vie quotidienne est d'autant plus faible que le résident a perdu son autonomie physique³ : l'écart est important pour chacune des variables lorsque que l'on compare les résidents qui déclarent être autonomes pour la toilette et l'habillement à ceux qui disent ne pas l'être (tableau 1.c).

Enfin à autonomie physique équivalente ainsi mesurée, le poids du statut socio-éducatif est déterminant. Les anciens cadres préservent bien mieux leur capacité de choix dans la vie quotidienne que les non cadres ou les inactifs (tableau 1.d).

Une analyse multivariée a porté sur la réponse positive à la question « pouvez-vous boire du vin, de la bière ou de l'alcool à table ? » (les réponses positives correspondent aux items « un verre » ou « à volonté »). On peut ainsi mettre en évidence les différentes variables dont le pouvoir explicatif est significatif (tableau 1.e).

Les variables explicatives liées au résident, notamment le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, traduisent la rémanence de traits sociaux antérieurs à l'en-

trée en institution et appartenant aux caractéristiques de la population générale de cet âge. Les anciens cadres, de sexe masculin, autonomes pour la toilette et l'habillement semblent ainsi plus souvent maintenir leurs habitudes commensales antérieures. À l'autre bout de la distribution les résidents des ULSD déclarent plus rarement consommer de l'alcool, peut-être parce qu'ils sont plutôt considérés et se voient plutôt comme des patients que comme des résidents.

*la gestion autonome des ressources et l'accès
aux médicaments antalgiques -
des capacités surtout offertes aux anciens cadres
et aux personnes les moins dépendantes*

La possibilité de disposer de soi a ici été envisagée sous trois aspects particuliers, qui ne reconstituent pas une vision globale de l'autonomie mais forment un « faisceau d'indices ». Ces aspects sont ana-

TABLEAU 1b ●
la marge de choix des résidents selon la taille de l'établissement
en %

Possibilité de...	Taille en nombre de lits		
	Moins de 50	De 50 à 100	Plus de 100
Changer de plat	28	36	36
Boire de l'alcool	37	30	26
Choisir sa tenue	89	88	83

Lecture : dans les établissements de moins de 50 places 28 % des résidents ont obtenu un changement de plat.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 1c ●
la marge de choix pour les résidents
les plus lourdement dépendants*
en %

Possibilité de...	LF		MDR commerciales	MDR non commerciales	USLD
	privés	publics			
Changer de plat	47	42	38	31	20
Boire de l'alcool	38	34	47	21	9
Choisir sa tenue	84	79	90	74	56

* Dépendants pour la toilette ou l'habillement - équivalent Colvez 1 et 2.

Lecture : les résidents très dépendants des logements-foyers commerciaux déclarent pouvoir obtenir un changement de plat dans 47 % des cas, ceux des maisons de retraite commerciales dans 38 %.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 1d ●

la marge de choix selon la catégorie socioprofessionnelle
et l'autonomie physique du résident

en %

Possibilité de...	Dépendants pour la toilette ou l'habillement			Autonomes pour la toilette et l'habillement		
	Ancien inactif	ancien cadre	Ancien actif non cadre	Ancien inactif	ancien cadre	Ancien actif non cadre
Changer de plat	37	32	30	42	36	36
Boire de l'alcool	28	26	21	51	34	21
Choisir sa tenue	75	74	73	98	97	98

Lecture : les résidents aidés pour leur toilette et leur habillement et anciens cadres déclarent avoir obtenu un changement de plat dans 37 % des cas.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 1e ●

analyse multivariée*
sur la possibilité de « boire de l'alcool à table »

	Odd Ratio (1)	Intervalle de confiance à 95 %
Actif cadre	2,16	1,4 - 3,2
En logement-foyer public	1,62	1,12 - 2,36
Autonome pour la toilette et l'habillement	1,50	1,19 - 1,89
En établissement de 50 à 100 lits	0,67	0,5 - 0,92
En maison de retraite non commerciale	0,67	0,49 - 0,92
De sexe féminin	0,39	0,31 - 0,52
En unité de soins de longue durée	0,27	0,16 - 0,46

1. L'odd ratio supérieur à 1 indique une plus forte probabilité, inférieur à 1 une probabilité moins forte.

* Puissance 0,0001 ; pouvoir explicatif 70 %.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

lysés à partir des réponses des résidents à trois questions portant sur :

- la gestion par lui-même de ses ressources (pour la construction des indicateurs, voir l'encadré méthodologique),
- le libre accès à l'automédication antalgique,
- le fait d'avoir répondu au questionnaire hors la présence d'un tiers, qui témoigne d'une capacité, psychique et sociale, à disposer de soi en s'exprimant seul en son propre nom.

Dans leur très grande majorité les résidents des logements-foyers déclarent gérer leur biens seuls ou avec l'aide du conjoint. Le taux est considérablement plus bas dans les maisons de retraite (trois résidents sur dix) et dans les USLD (moins de deux sur dix). Le résultat doit toutefois être mis en perspective avec un nombre, plus important dans les USLD, de résidents placés sous protection juridique (curatelle ou tutelle) ou sans patrimoine.

Concernant la variable renseignée par l'enquêteur, qui précise si le résident a répondu seul, seulement deux tiers des résidents interrogés en USLD, contre plus de 80 % dans les autres structures, ont répondu à l'enquêteur hors la présence de tiers, plus présents auprès de personnes âgées considérées comme peu autonomes physiquement ou psychologiquement et donc socialement (tableau 2.a).

En revanche l'accès aux médicaments et à l'automédication antalgique est finalement assez large, sans grande différence selon le type d'établissement à l'exception des USLD⁴. Dans certains cas, les résidents déclarent qu'il doivent voir un médecin avant ; il est vraisemblable que les infirmières ne délivrent pas d'antalgiques sans prescription préalable du médecin.

La disposition de soi est négativement corrélée au niveau de dépendance. Elle est beaucoup plus faible chez ceux des résidents qui ont perdu l'autonomie pour l'habillement et la toilette pour la gestion de leurs ressources comme pour le fait de répondre seuls à l'enquêteur ou même pour l'accès aux anti-douleurs (tableau 2.b).

Comme pour la préservation des marges de choix, le niveau socio-éducatif est déterminant pour le maintien de la gestion de ses ressources. Cela est vrai quelle que soit l'autonomie physique en matière de toilette ou d'habillement.

L'analyse multivariée de la gestion par le résident lui-même de ses ressources confirme l'influence des variables explicatives liées au statut social antérieur, à l'autonomie physique et au type d'établissement (tableau 2.c).

Cette analyse confirme l'importance des variables qui tiennent à l'environnement institutionnel sur le fait de déclarer continuer à gérer seul ses ressources. Vivre

TABLEAU 2a ●
autonomie de disposition de soi selon le type d'établissement

Le résident...	en %				
	LF privés	LF publics	MDR commerciales	MDR non commerciales	USLD
Gère personnellement ses ressources	53	78	41	29	18
Accède aux médicaments antidouleur	68	82	73,4	76	77
Est seul au cours de l'entretien d'enquête	84	82	83	79	68

Lecture : les résidents des logements-foyers privés déclarent gérer eux-mêmes leurs ressources dans 53 % des cas contre 78 % des cas pour ceux des logements-foyers non commerciaux.
Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 2b ●
autonomie de disposition de soi selon la CSP et la dépendance physique du résident

Le résident...	en %					
	Dépendants pour la toilette ou l'habillement			Autonomes pour la toilette et l'habillement		
	Ancien inactif	ancien cadre	Ancien actif non cadre	Ancien inactif	ancien cadre	Ancien actif non cadre
Gère ses ressources	48	48	28	74	62	47
Accède aux médicaments anti douleur	76	76	80	86	82	80
Est seul au cours de l'entretien d'enquête	78	78	80	91	89	88

Lecture : les anciens cadres, aidés pour leur toilette ou leur habillement, déclarent gérer leur biens dans 48 % des cas et dans 74 % des cas s'ils sont autonomes pour ces activités.
Source : enquête EHPA 2000, DREES.

4 - On a dichotomisé les réponses à ces questions en « oui » quelque soit la modalité d'accès et « non ».

TABLEAU 2c ●

analyse multivariée* sur le fait que le résident « gère ses ressources »

	Odd Ratio (1)	Intervalle de confiance à 95 %
En logement-foyer public	6,17	4,5 - 8,47
Actif cadre	3,04	2,26 - 4,17
En logement-foyer privé	2,57	1,81 - 3,57
Autonome pour la toilette et l'habillement	2,28	1,94 - 2,7
Actif non cadre	1,6	1,25 - 2,03
En établissement de plus de 100 lits	1,35	1,05 - 1,75
En maison de retraite non commerciale	0,57	0,46 - 0,71
En unité de soins de longue durée	0,37	0,27 - 0,52

1. L'odd ratio supérieur à 1 indique une plus forte probabilité, inférieur à 1 une probabilité moins forte.

* Puissance 0,0001 ; pouvoir explicatif 70 %.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

en logement-foyer public et dans une moindre mesure commercial sont des circonstances très favorables. Mais ces variables d'environnement recouvrent pour partie des caractéristiques individuelles. En effet dans ces structures les personnes autonomes pour la toilette et l'habillement, anciennement actives non cadres sont plus nombreuses que les autres plus dépendantes. À l'inverse le fait de résider dans une USLD ou une maison de retraite non commerciale sont à eux seuls des facteurs très défavorables et renvoient à d'autres propriétés sociales et d'état de santé des personnes.

L'ouverture sur l'actualité extérieure

Dans le questionnaire résidents de l'enquête EHPA, peu de variables exploraient la dimension de l'ouverture au monde extérieur dans son aspect concret. La relation à l'actualité permet néanmoins d'approcher cette dimension, à travers deux questions à réponses multiples qui portaient, l'une sur les rubriques suivies dans les médias, l'autre sur les sujets de conversation entre résidents, où l'on a retenu dans les deux cas l'item « informations ».

Le suivi de l'actualité l'emporte dans tous les cas sur le fait d'en discuter, et, d'un type d'établissement à l'autre, les variations des taux de réponses positives à ces deux questions vont dans le même sens (tableau 3.a).

Le suivi des informations est beaucoup plus faible dans les structures médicalisées. Ainsi, si 70 % des résidents en logement-foyer déclarent les suivre, ils ne sont en revanche que 44 % en USLD. Dans les sujets de conversation entre résidents, l'actualité reste, selon leurs dires, un thème marginal, attestant d'un repli sur la vie quotidienne à l'intérieur des murs. Le fait d'en parler concerne en moyenne moins d'un tiers des résidents et moins de 15 % d'entre eux dans les USLD.

A contrario, comme précédemment pour l'exercice des marges de choix, la taille de l'établissement influe peu sur cet indicateur d'ouverture au monde extérieur, même si les grandes structures souvent plus médicalisées sont légèrement moins propices au maintien de l'intérêt pour l'actualité (tableau 3.b).

Dans les structures plus médicalisées les résidents, d'ailleurs plus nombreux à être dépendants, maintiennent moins souvent un lien avec le monde extérieur et restent plus repliés dans leurs conversations sur la marche de l'établissement, leur rapports de voisinage, leurs relations familiales et leur état de santé.

TABLEAU 3a ●

ouverture sur l'actualité extérieure
selon le type d'établissement

Le résident...	en %				
	LF privés	LF publics	MDR commerciales	MDR non commerciales	USLD
Suit l'actualité	69	70	63	58	44
Parle de l'actualité	33	35	28	20	14

Lecture : 69 % des résidents de logements-foyers privés, 70 % de ceux des logements-foyers publics suivent les informations à la télévision ou à la radio.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 3b ●

ouverture sur l'actualité extérieure
selon la taille de l'établissement

Le résident...	en %		
	Taille en nombre de lits		
	Moins de 50	De 50 à 100	Plus de 100
Suit l'actualité	60	62	54
Parle de l'actualité	26	26	17

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 3c ●
analyse multivariée*
sur le fait que le résident « parle de l'actualité »

	Odd Ratio (1)	Intervalle de confiance à 95 %
Actif cadre	2,01	1,47 - 2,70
De sexe masculin	1,56	1,29 - 1,89
Autonome pour la toilette et l'habillement	1,47	1,23 - 1,75
En maison de retraite non commerciale	0,72	0,57 - 0,93
En établissement de plus de 100 lits	0,71	0,53 - 0,94
Avoir plus de 90 ans	0,65	0,52 - 0,83
En unité de soins de longue durée	0,54	0,38 - 0,78

1. L'odd ratio supérieur à 1 indique une plus forte probabilité, inférieur à 1 une probabilité moins forte.

* Puissance 0,0001 ; pouvoir explicatif 76 %.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

L'analyse multivariée met en évidence l'importance première des variables socio-démographiques (CSP, sexe) ainsi que le degré d'autonomie des résidents dans le fait de parler de l'actualité avec les autres résidents (tableau 3.c). Avoir été un cadre de sexe masculin et être autonome pour la toilette et l'habillement sont des facteurs favorisant le maintien d'un intérêt actif pour l'actualité. En revanche être un résident très âgé, d'un établissement public de grande taille est un facteur défavorable. Les variables de structure jouent moins massivement.

LA PRÉSERVATION DE L'INTIMITÉ ET LA CONNAISSANCE DES DROITS DEUX ASPECTS D'UNE CITOYENNETÉ NON INTÉGRALEMENT RECONNUE

La citoyenneté a ici été envisagée en en distinguant deux facettes : la préservation de l'intimité et la connaissance ou la garantie effective de ses droits. Sur ces domaines, sans viser une compréhension globale, peuvent être mobilisées un certain nombre de questions particulières de l'enquête. Pour les aborder, deux types de questions ont été retenues dans le questionnaire résidents : celles qui renvoyaient plutôt à la protection de l'intimité du « domicile » que constitue le studio ou la chambre du résident et celles qui avaient trait à la connaissance de leur droits d'usagers et à leur garantie (Charte des droits et libertés des personnes âgées en établissement, 1989).

de fortes différences selon le statut de l'établissement dans la capacité pour les résidents de « disposer de leur clé » et « d'amener des meubles »

La préservation d'un espace intime personnel est mesurée à travers l'enquête par le fait de posséder un espace personnel, même limité à sa chambre. Cette possession est ici symbolisée par trois éléments : le fait d'avoir son nom inscrit sur la porte de la chambre, d'en posséder la clé et que les personnels frappent avant d'y entrer. On y ajoute le fait de pouvoir reconstituer pour partie un cadre de vie à soi en amenant des meubles au moment de l'entrée en établissement⁵.

Le statut de l'établissement influe considérablement sur la capacité des résidents à reconstituer un espace intime (tableau 4.a). Les USLD demeurent très marquées par la logique hospitalière. Très peu de résidents ont la clé de leur chambre, même si les efforts d'humanisation ont porté leurs fruits en amenant de très nombreux établissements à inscrire le nom des résidents sur la porte et en changeant le comportement des personnels : ceux-ci frappent désormais à la porte avant d'entrer aux dires de plus de 90 % des résidents dans toutes les structures, sauf en unité de soins longue durée où le pourcentage est de 80 %.

Les variations dans la protection de l'intimité des résidents ne tiennent pas vraiment au degré de perte d'autonomie physique. Si, pour les résidents dépendant d'autrui pour faire leur toilette ou s'habiller, la proportion de ceux qui ont apporté des meubles est plus faible que la moyenne de 3 à 12 points selon le type d'établissement, les écarts d'un type d'établissement à l'autre restent encore plus marqués. La perte d'autonomie physique ne semble pas constituer en elle-même un obstacle à la structuration d'un espace intime, (sauf pour la variable « avoir sa clé ») laissant supposer qu'il s'agit des règles institutionnelles qui concernent tous les résidents d'un même établissement. L'enquête ne permet pas de mesurer si, en revanche, la perte d'autonomie psychique joue négativement sur cette possibilité.

Le statut social n'influence que peu la structuration de l'espace intime à niveau de dépendance identique sauf sur la possibilité d'avoir sa clé (tableau 4.b). À niveau de dépendance semblable les anciens inactifs, plus souvent en maison de retraite (67 % des sans professions de l'échantillon y vivent, contre 20 % en LF et 13 % en USLD) ont moins souvent la clé de leur chambre. Mais à catégorie socioprofessionnelle identiques

5 - La possibilité d'amener un peu de son passé avec soi sous la forme d'objet et de mobiliers est un moyen efficace d'atténuer le choc de l'entrée en institution et de réduire les syndromes dépressifs observés à ce moment.

les écarts liés au niveau de dépendance sont beaucoup plus marqués : de 1 à 20 points contre de 1 à 12 points.

Plus de 90 % des résidents des logements-foyers ont amené des meubles. Ce taux, tombe aux alentours de 50 % dans les maisons de retraite et à moins de 20 % dans les USLD. Dans les grandes structu-

res, où d'ailleurs les chambres à plusieurs lits sont plus nombreuses, il est notable que moins de 40 % des résidents aient pu amener des meubles (tableau 4.c.), ce qui ne peut s'expliquer qu'en partie par la surface d'habitation disponible ou par la nécessité de doter certains des résidents les plus dépendants en meu-

TABLEAU 4a ●

la préservation de l'intimité selon le statut de l'établissement

Le résident...	en %				
	LF privés	LF publics	MDR commerciales	MDR non commerciales	USLD
Indépendamment de son degré d'autonomie					
A son nom sur la porte	84	78	87	84	84
A sa clé	97	99	76	54	15
Ses visiteurs frappent avant d'entrer	98	99	95	93	80
A apporté des meubles	90	95	56	45	18
Pour les résidents dépendants pour la toilette ou l'habillement (équivalent Colvez 1 et 2)					
A son nom sur la porte	89	76	84	83	83
A sa clé	95	97	72	46	15
Ses visiteurs frappent avant d'entrer	96	99	94	90	79
A apporté des meubles	80	92	44	40	19

Lecture : 97 % des résidents enquêtés dans des logements-foyers commerciaux et 99 % dans des logements-foyers non commerciaux disposent de la clé de leur chambre.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 4b ●

la préservation de l'intimité selon la CSP et la dépendance physique du résident

Le résident...	en %					
	Dépendants pour la toilette ou l'habillement			Autonomes pour la toilette et l'habillement		
	Ancien inactif	ancien cadre	Ancien actif non cadre	Ancien inactif	ancien cadre	Ancien actif non cadre
A sa clé	63	50	51	82	74	69
A son nom sur la porte	84	84	80	83	85	81
Ses visiteurs frappent avant d'entrer	91	91	87	97	95	95
A apporté des meubles	47	46	47	65	65	53

Lecture : les anciens cadres aidés pour leur toilette et l'habillement déclarent avoir la clé de leur logement dans 63 % des cas, les anciens actifs non cadres dans 50 % des cas et 51 % de ceux sans activité professionnelle antérieure.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 4c ●

la préservation de l'intimité selon la taille de l'établissement

Le résident...	en %		
	Taille en nombre de lits		
	Moins de 50	De 50 à 100	Plus de 100
A son nom sur la porte	71	86	91
A sa clé	65	71	43
Ses visiteurs frappent avant d'entrer	90	95	90
A apporté des meubles	58	63	37

Lecture : 71 % des résidents des établissements de moins de cinquante places ont leur nom sur la porte.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

bles ergonomiques (lit ; table, fauteuil...). Mais la taille ne joue pas de façon linéaire sur la protection de l'intimité. Ainsi dans les établissements de taille moyenne les scores sont sensiblement plus élevés que dans les plus grands mais aussi que dans les plus petits.

Il semble qu'au total la variable qui joue un rôle central est bien le statut de l'établissement, même si il recouvre des caractéristiques différentes concernant l'ancien statut socioprofessionnel et le niveau de dépendance physique et psychique des individus. L'hypothèse, précédemment évoquée à propos de la possibilité de disposer de soi, est que ces variations tiennent en partie au fait que, selon que l'établissement ressortit à une culture plutôt hôtelière ou plutôt hospitalière, le résident passe d'un statut de client à celui de patient et se voit plus ou moins garanti dans son droit au respect de son intimité.

une connaissance incertaine des droits liés à la vie en établissement

Le fait de participer au processus d'institutionnalisation au moins en visitant les lieux avant de s'y installer et de se voir informé de ses droits d'usager à l'entrée sont les variables retenues dans l'enquête pour aborder la question de la préservation de la qualité d'usager citoyen. La seconde variable est abordée à partir de questions relatives à la connaissance du livret d'accueil ou du règlement intérieur, du contrat de séjour ou de placement et de la Charte «Droits et libertés des Personnes Agées en Institution» associée à la connaissance de l'existence du conseil d'établissement.

Le taux de visite préalable déclarée par les résidents décroît avec la médicalisation de l'établissement. Plus de 70 % des personnes déclarent avoir effectué une visite préalable en logement-foyer contre 15 % en USLD (tableau 5.a.) Ce résultat peut en partie s'expliquer par le fait que certaines USLD appartiennent à des services de gériatrie dotées d'unités de soins de suite et de réadaptation et que les patients « glissent » insensiblement du statut de malades à celui de résidents. Il est probable que les plus dépendants psychiquement ne se souviennent plus l'avoir fait s'ils l'ont fait, ou qu'on ne fait pas visiter les moins autonomes physiquement et psychiquement. Il faut noter que si la visite préalable est plus fréquente dans les maisons de retraite commerciales que dans les maison de retraite non commerciales la tendance s'inverse entre le public et le privé pour les logements-foyers, peut-être parce que dans ce cas la personne âgée elle-même est plus souvent à l'origine de la démarche d'entrée ou

y est associée plus étroitement même quand elle n'est plus autonome pour la toilette et l'habillement.

La connaissance déclarée du livret d'accueil ou du règlement intérieur est d'autant moins forte que l'établissement est plus médicalisé. De même elle oppose les résidents des logements-foyers à ceux des maisons de retraite. Dans ces dernières elle est plus forte de 17 points dans les établissements commerciaux que dans des établissements non commerciaux, alors que l'écart (de 10 points) est inversé entre les résidents des foyers logement privés et de ceux du public.

Mais dans tous les types d'établissements la connaissance du contrat de séjour ou de placement est encore moins fréquente. Elle est le fait de moins de trois résidents sur dix en logement-foyer, de moins de deux sur dix en maison de retraite et de un sur vingt en USLD. L'opposition se marque ici plus nettement entre les établissements du secteur public ou associatif à but non lucratif et ceux du secteur privé à but commercial tant pour les logements-foyers que pour les maisons de retraite. Dans les seconds, à culture commerciale, les résidents qui sont plutôt envisagés comme des clients déclarent plus souvent que dans les premiers avoir connaissance de ces contrats mais dans l'ensemble c'est moins d'un résident sur quatre qui en a entendu parler.

De même, aux dires des intéressés, seuls 30 % des résidents en logement-foyer, 27 % en maisons de retraite non commerciales et 9 % en USLD ont entendu parler de la charte des « Droits et libertés des Personnes Agées en Institution » ou du conseil d'établissement alors que les établissements déclarent pour leur part l'avoir affichée dans respectivement 39 %, 71 % et 88 % des cas. Cette connaissance concerne moins des deux tiers des résidents, y compris dans les logements-foyers où la Charte ne serait affichée que dans moins de quatre établissements sur dix ⁶. Au total pour ces trois items cette connaissance déclarée des droits est extrêmement faible dans les USLD. Mais la différence entre les établissements commerciaux et non commerciaux est, elle aussi, notable : de 7 points pour les logements-foyers en faveur des établissements publics et associatifs, elle monte à 16 points pour les maisons de retraite à l'avantage des établissements commerciaux ceux-là mêmes où la visite, la connaissance du contrat, du livret d'accueil et de la charte étaient plus fréquentes.

Les résidents les plus dépendants dans l'ensemble déclarent une connaissance plus faible de leurs droits mais les résultats sont marqués par une certaine hétérogénéité. Le déclin cognitif et la dépendance physique entravent l'accès à ces droits mais pas de manière

6 - La connaissance de la charte est aux dires des résidents un peu plus importante dans les logements-foyers publics ou associatifs (1 point d'écart pour l'ensemble et de 8 points pour les résidents dépendants pour la toilette ou l'habillement).

systématique. En USLD les scores pour les résidents dépendants pour la toilette et l'habillage sont presque les mêmes que pour l'ensemble, c'est-à-dire très faibles, peut-être parce que la perte d'autonomie physique concerne la majorité des résidents des USLD. En logements-foyers, en particulier non commerciaux, les personnes devant être aidées pour la toilette ou l'habillage ont une connaissance beaucoup plus faible du livret d'accueil que l'ensemble de ceux qui y résident. C'est comme s'ils n'avaient pas prêté attention au livret, remis par les établissements à l'entrée à plus de 70 % selon les réponses des gestionnaires. Concernant le contrat de séjour, l'écart des scores des résidents dépendants pour la toilette et l'habillage à la moyenne est également très important en maison de retraite : de 36 points dans les établissements commerciaux et de 30 dans les maisons de retraite publiques.

Enfin, à niveau de dépendance égal, l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle plutôt élevée est nettement associée à une meilleure connaissance des droits et contrats (tableau 5.b).

Au total il semblerait donc que, selon le type et le statut (commercial ou non) de l'établissement, le résident soit tantôt positionné comme un client, un usager ou un patient. La politique des établissements et la façon dont ils voient les résidents et dont, dans chaque type d'établissement les résidents eux-mêmes se voient, joue donc également : comme clients, et alors l'information sur le contrat d'hébergement aux dires mêmes des résidents est mieux perçue et la visite s'avère constituer un préalable plus courant ; comme usagers et l'information sur les droits et devoirs qui organisent la vie quotidienne (livret d'accueil, charte et conseil d'établissement, visite préalable) passe

TABLEAU 5a ●

connaissance des droits selon le type d'établissement

	en %				
	LF privés	LF publics	MDR commerciales	MDR non commerciales	USLD
Indépendamment de son degré d'autonomie					
Visite préalable de l'établissement	70	77	51	33	15
Livret d'accueil ou règlement intérieur	53	63	47	29	17
Charte ou conseil d'établissement	29	30	27	16	9
Contrat de séjour ou de placement	29	25	18	11	4
Pour les résidents dépendants pour la toilette ou l'habillage (équivalent Colvez 1 et 2)					
Visite préalable de l'établissement	51	71	48	29	13
Livret d'accueil ou règlement intérieur	43	21	42	25	17
Charte ou conseil d'établissement	22	28	24	14	10
Contrat de séjour ou de placement	20	25	54	41	5

Lecture : 70 % des résidents enquêtés dans des logement-foyers commerciaux et 77 % dans des logements-foyers non commerciaux déclarent avoir visité l'établissement avant d'y entrer. Ce n'est le cas que de 15 % dans les unités de soins longue durée.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 5b ●

connaissance des droits selon la CSP et l'autonomie physique des résidents

	Dépendants pour la toilette ou l'habillage			Autonomes pour la toilette et l'habillage		
	Ancien inactif	ancien cadre	Ancien actif non cadre	Ancien inactif	ancien cadre	Ancien actif non cadre
Visite préalable de l'établissement	39	33	36	61	52	44
Livret d'accueil ou règlement intérieur	41	29	23	62	45	31
Charte ou conseil d'établissement	26	16	9	36	21	18
Contrat de séjour ou de placement	24	12	7	28	17	8

Lecture : les résidents aidés pour leur toilette et l'habillage déclarent avoir visité l'établissement avant d'y entrer dans 39 % des cas pour les anciens cadres, dans 33 % des cas pour les anciens actifs non cadres et 36 % pour ceux sans activité professionnelle antérieure.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

mieux. Comme patients et alors pour tous les items de connaissance des droits les scores sont très faibles.

En logement-foyer le résident s'apparenterait alors davantage à un usager d'un service de logement - et éventuellement blanchissage ou nourriture - qui déclare avoir accès aux droits afférents (charte et conseil d'établissement, visite préalable) y compris s'il est dépendant pour la toilette et l'habillage (écart de 8 et 20 points en faveur des résidents des logements-foyers, publics dans ce cas) et les résidents des logements-foyers publics ou associatifs ont des scores relativement plus élevés que ceux des foyers privés. Dans ce cas le secteur public servirait de norme. En maison de retraite il apparaît davantage comme un client qui après avoir visité et pris connaissance du livret d'accueil ou du règlement intérieur déclare savoir qu'il a passé contrat sur une prestation locative. Alors l'écart entre maisons de retraite commerciales et non commerciales est respectivement de 18, 17 et 7 points pour ces trois items en faveur des premières et le modèle commercial l'emporterait. Dans les USLD ils sont plutôt des patients, et alors ne sont pas supposés en état de se voir communiquer l'ensemble de leurs droits et de les exercer. Ils ne déclarent les connaître, selon les items, que dans moins de 5 % à un peu plus de 15 % des cas.

L'analyse multivariée sur la variable « connaissance de la charte Droits et Libertés » et « connaissance du conseil d'établissement » permet d'observer le poids considérable de l'ancienne activité professionnelle des résidents : être un ancien actif, cadre et, dans une

moindre mesure, non cadre, est un facteur favorable à la connaissance de ses droits (tableau 5.c). Est aussi mis en évidence le fait que les usagers ont plus de chances de déclarer connaître leurs droits dans les établissements de grande taille.

Quelques aspects saillants de l'analyse peuvent être rassemblés. Les résidents vivant en établissement déclarent disposer de marges de choix et d'organisation personnelle dans leur vie quotidienne d'autant plus limitées qu'ils séjournent dans des établissements médicalisés organisés pour tout ou partie sur une logique de fonctionnement de type médical et encore souvent hygiéniste. Lorsque les personnels prennent soin d'eux en les abordant plutôt comme des patients que comme des usagers ou des clients, la liberté de disposer de soi se restreint. Les situations sont également contrastées selon le type d'établissement en ce qui concerne la connaissance des droits et la préservation de l'intimité. Les établissements commerciaux s'opposent aux non commerciaux et les logements-foyers aux USLD. L'état de santé n'est pas, loin de là, le seul facteur d'explication des variations des indicateurs étudiés, même si la dépendance envers les professionnels pour certains actes de la vie quotidienne accentue la limitation de l'autonomie sociale dans le mode de vie et la disposition de soi ainsi que dans l'ouverture au monde extérieur pour ceux qui en sont affectés.

Les variables socio-économiques et culturelles semblent, elles aussi, influencer sur la conservation de l'autonomie sociale en collectivité et la protection de la citoyenneté sociale des résidents. Le fait d'avoir exercé une activité professionnelle et, en particulier dans des statuts de « cadre » favorise la poursuite de la gestion personnelle de son budget, le fait de parler davantage de l'actualité avec les autres résidents, assure d'être mieux garanti et respecté dans ses droits d'usagers. La vie en institution semble prolonger assez nettement les différences de statut de personnes âgées avant qu'elles n'y soient entrées.

TABLEAU 5c ●
analyse multivariée*
sur la connaissance par le résident
de la charte ou du conseil d'établissement

	Odd Ratio (1)	Intervalle de confiance à 95 %
Actif cadre	2,89	2,07 - 4,01
En établissement de plus de 100 lits	2,36	1,77 - 3,14
Actif non cadre	1,49	1,11 - 2,01
En logement-foyer public	1,28	1,05 - 1,85
Autonome pour la toilette et l'habillage	1,24	1,04 - 1,5
En maison de retraite non commerciale	0,54	0,42 - 0,7
En unité de soins de longue durée	0,29	0,19 - 0,44

1. L'odd ratio supérieur à 1 indique une plus forte probabilité, inférieur à 1 une probabilité moins forte.

* Puissance 0,0001 ; pouvoir explicatif 80 %.

Source : enquête EHPA 2000, DREES.

7 - Pour les résidents dépendants pour la toilette ou l'habillage, les écarts à la moyenne pour ces trois items sont assez faibles et vont dans le même sens, c'est-à-dire en faveur des établissements commerciaux. Ils sont respectivement de 19, 17 et 10 points.

L'ANIMATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT DE PERSONNES ÂGÉES

Martine EENSCHOOTEN

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

DREES

*Offrir un meilleur cadre de vie
aux personnes âgées,
maintenir le plus longtemps possible
leur capacités motrices et intellectuelles
deviennent des préoccupations de plus en plus
fréquentes des établissements
qui les accueillent.*

*Trop longtemps, les activités pratiquées
se sont limitées à de simples « occupations »
plutôt individuelles.*

*Aujourd'hui, les politiques d'animation
menées par les établissements
ont un but à la fois récréatif et thérapeutique.*

*Ces thèmes ont été abordés
par l'enquête EHPA menée auprès
des gestionnaires et des résidents en 2000
dans les maisons de retraite,
unités de soins de longue durée des hôpitaux
et dans les logements-foyers.*

*L'offre d'activités récréatives collectives
et leur variété diffèrent
selon le type d'établissement.*

*La participation des résidents
aux animations collectives est
à peu près identique dans les maisons
de retraite ou les logements-foyers
et moins importante dans les unités
de soins de longue durée.*

*Cette participation va de pair
avec une appréciation plus positive
des résidents de leur vie en établissement.*

Les animations sont au cœur des préoccupations actuelles des dirigeants d'établissements accueillant des personnes âgées, qu'elles soient ou non progressivement formalisées dans les projets d'établissement. Les activités pratiquées par les résidents dans les établissements ont longtemps été occupationnelles. Dans la période actuelle, les établissements font évoluer ces activités vers un but à la fois récréatif et thérapeutique : distraire les résidents avec des activités au contenu varié et présenter, sous une forme ludique, des activités destinées à maintenir le plus longtemps possible les capacités de chacun à s'inscrire dans la vie courante. Offrir un meilleur cadre de vie à la personne, favoriser son insertion dans le groupe par la communication, maintenir la participation de la personne à des activités qu'elle souhaite et prévenir la perte de capacités, tels sont de plus en plus les objectifs d'une animation destinée à des résidents dont le périmètre d'action se réduit en raison de l'augmentation de leur dépendance.

L'animation, dans un sens large, recouvre alors toutes les activités exercées par la personne âgée pour maintenir son insertion sociale et éviter tant que faire se peut le repli sur soi : activités collectives, activités individuelles, visites et sorties, activités relationnelles des résidents dans l'établissement.

Ces thèmes ont été abordés par l'enquête en établissements hébergeant des personnes âgées (enquête EHPA) réalisée en 2000 auprès des résidents eux-mêmes qui, quel que soit leur état de santé, ont accepté de décrire ce qu'ils font ou non. Les gestionnaires des établissements dans lesquels des résidents ont été interrogés ont aussi accepté de répondre à un questionnaire spécifique permettant de donner le cadre de l'organisation de ces activités.

LES ACTIVITÉS COLLECTIVES

près de trois établissements sur quatre proposent des activités collectives variées

Interroger à la fois les responsables des établissements et certains de leurs résidents sur les animations organisées par les établissements, c'est-à-dire les animations collectives, apporte un éclairage, à la fois, sur les activités proposées (question O-1, en annexe), sur ce que savent les résidents de ces activités (questions L-1, L-2) et des animateurs ainsi que sur leur participation aux activités collectives.

Presque tous les établissements fêtent les anniversaires de leurs résidents et les fêtes légales (95 %) et proposent des jeux de société (tableau 1). Les autres activités collectives les plus fréquemment organisées par les établissements sont ensuite la musique et le chant (79 %) à égalité avec les sorties, les voyages (80 %) ; viennent ensuite la lecture, les ateliers de mémoire et la gymnastique organisés dans les deux tiers des établissements ; les activités manuelles à caractère occupationnel, autrefois traditionnelles, sont délaissées quand les établissements proposent peu d'activités.

L'offre d'activités collectives diffère selon le type d'établissement : les établissements publics - maisons de retraite et unités de soins de longue durée des hô-

pitaux - offrent, pour la plus grande part d'entre eux des activités collectives variées. Les logements-foyers, publics ou privés, se distinguent par une proportion plus faible que les autres établissements à mettre en oeuvre des activités qui exigent une organisation spécifique (ateliers de mémoire). Il est probable qu'une partie d'entre eux n'organisent pas d'activités collectives, respectant un fonctionnement individuel proche de celui d'un domicile classique et laissant libre choix à leurs résidents, souvent autonomes, de mener leurs activités personnelles ou de participer aux activités associatives locales.

Le classement des activités, selon la part des établissements qui les organisent, diffère peu selon le type d'établissement, logements-foyers, maisons de retraite ou unités de soins de longue durée. Les activités occupationnelles traditionnelles (la peinture et le tricot) ne sont pas organisées dans les établissements offrant peu d'animations différentes, seulement trois à cinq d'entre elles (tableau 2). Dans les établissements qui ont une palette large d'animations collectives, ces activités sont maintenues. Les sorties ou voyages sont plus difficiles à organiser et, sans doute, non seulement coûteuses mais requérant du personnel : 92 % des établissements bien dotés en animations (6 animations différentes ou plus) en réalisent contre 8 % des établissements peu dotés.

Les établissements ont été interrogés sur l'existence de certaines activités collectives de base, ci-

TABLEAU 1 ●
part des établissements organisant des animations collectives

	en %						
	M.R. publique	M.R. associative	M.R. commerciale	F.L. Privé	F.L. Public	U.S.L.D.	Toutes E.H.P.A.
activités occupationnelles							
Peinture, poterie	52	39	46	33	26	55	42
Broderie, tricot, crochet	53	44	49	31	34	37	43
Contes et lectures	76	71	75	59	49	79	68
Musique, chant	90	82	88	69	62	80	79
activités participatives							
Gymnastique	80	52	55	53	48	77	61
Ateliers de mémoire	78	61	78	45	52	75	66
activités relationnelles							
Jeux de société	98	88	91	91	87	92	91
Fêtes, anniversaires	99	98	97	91	85	97	95
Possibilité des familles de participer sur place	94	84	89	86	72	90	86
activité tournée vers l'extérieur							
Sorties ou voyages	96	76	69	78	75	84	80
Possibilité pour les familles de participer aux sorties	58	58	44	55	47	40	51

Source : EHPA 2000, DREES.

tées dans le questionnaire (dont la liste est détaillée dans les tableaux 1,2 et 4) et qui forment un éventail d'activités habituelles. Les établissements ont également pu mentionner d'autres activités qu'ils pratiquaient aussi. Près de la moitié des établissements (45 %), font ainsi preuve d'un certain dynamisme. Ils citent des activités collectives plus originales que celles contenues dans la liste initiale : la pâtisserie, le jardinage pour quelques uns, la rédaction du journal de l'établissement ou la projection de films et diapositives pour d'autres ou encore des kermesses ; les offices religieux sont les activités dont les responsables des établissements font le plus souvent mention.

Près de trois établissements sur quatre organisent au moins six activités différentes (tableau 3). Les mai-

sons de retraite publiques et les unités de soins de longue durée des hôpitaux sont les établissements les plus nombreux à offrir à des résidents, dont l'état de santé peut être très dégradé, un éventail d'activités collectives large qui couvre à la fois des activités considérées comme récréatives et d'autres servant aussi de prévention à la réduction de leurs capacités (gymnastique, ateliers de mémoire).

Un peu moins du tiers des établissements ont moins de six activités d'animation différentes et 8 % moins de trois. Ces derniers sont principalement des logements-foyers, où vivent des résidents qui peuvent disposer de leur autonomie, et quelques maisons de retraite associatives. Les activités proposées sont alors celles qui exigent le moins d'organisation : les jeux de société et les fêtes et anniversaires.

TABLEAU 2 ●

part des établissements organisant les activités d'animation collective selon le nombre d'activités différentes

	en %			
	6 animations et plus	3 à 5 animations	moins de 3 animations	Toutes EHPA
Peinture, poterie	58	6	0	42
Broderie, tricot, crochet	57	14	0	43
Contes et lectures	84	42	2	68
Musique, chant	94	61	6	79
Gymnastique	79	28	0	61
Ateliers de mémoire	85	28	4	66
Jeux de société	99	90	29	91
Fêtes, anniversaires	100	97	44	95
Possibilité des familles de participer sur place	92	84	34	86
Sorties ou voyages	92	67	8	80
Possibilité des familles de participer aux sorties	60	39	4	51

Source : EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 3 ●

répartition des établissements selon le nombre d'animations différentes

	en %			
	6 animations et plus	3 à 5 animations	moins de 3 animations	Toutes EHPA
Logement foyer privé	59	29	12	100
Logement foyer public	52	30	18	100
Maison de retraite associative	70	20	10	100
Maison de retraite privée	72	23	5	100
Maison de retraite publique	86	13	1	100
Unité de soins de longue durée	77	17	6	100

Source : EHPA 2000, DREES.

Dans les établissements qui organisent entre trois et cinq animations différentes, les activités sur place sont plutôt orientées vers la musique et la lecture en dehors des jeux de société et des fêtes. Ainsi, les activités qui requièrent plus de participation de la part des résidents ainsi que des locaux aménagés ou des animateurs spécialisés semblent plus difficiles à organiser : la gymnastique et les ateliers de mémoire ainsi que les activités manuelles (peinture et broderie). Les sorties sont aussi proposées aux résidents dans deux établissements sur trois.

Les établissements bien dotés en animations sont aussi ceux qui témoignent d'un certain dynamisme par rapport à la réforme en cours des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Par exemple, être à l'écoute des usagers et améliorer les prestations qui leur sont fournies sont fréquemment évoqués dans les projets d'établissement. Dans le groupe des maisons de retraite, la moitié ont un projet en cours d'élaboration et la presque totalité de celles qui ont un projet sont également bien dotées en activités d'animation collective. La situation est similaire dans le groupe des unités de soins de longue durée : la moitié, dont le projet d'établissement est en cours, organisent au moins six animations collectives différentes. Parmi les logements-foyers, la situation est différente car les établissements n'hébergent pas tous des personnes âgées dépendantes et, à ce titre, ne sont pas dans le mouvement d'élaboration d'un projet d'établissement, préconisé par la réforme.

La taille de l'établissement a aussi une incidence sur l'organisation des animations collectives : les établissements les plus grands, quel que soit leur statut juridique, sont aussi les mieux dotés en activités d'animation collective.

des activités collectives plus ou moins bien connues des résidents

Comme on l'a vu, les jeux de société sont organisés dans tous les établissements, de même que les fêtes et anniversaires sont fréquemment célébrés. Ce sont aussi des activités que les résidents identifient bien (tableau 4). Les sorties ou voyages sont également bien connus des résidents de tous les types d'établissements. Dans les maisons de retraite, ils sont d'autant mieux connus qu'ils sont plus souvent organisés.

Les activités de nature plus occupationnelle comprennent, d'une part, les activités manuelles traditionnellement exercées par cette génération de personnes âgées et, d'autre part, des activités comme les contes et lectures et la musique qui, pouvant être suivies en écoutant, ne nécessitent pas toujours la participation active des résidents. Les premières - la peinture, la poterie et la broderie / tricot / crochet - sont à la fois peu organisées par les établissements (respectivement 42 et 43 %) et peu connues des résidents (respectivement 18 et 20 %) ; par contre, la musique et le chant sont des activités offertes par de nombreux établissements (79 %) et sont bien identifiées par les résidents (56 %).

TABLEAU 4 ●

proportion de résidents connaissant l'existence des activités d'animation selon la catégorie de l'établissement

	M.R. publique	M.R. associative	M.R. commerciale	L.F. Privé	L.F. Public	U.S.L.D.	Toutes EHPA
	en %						
activités occupationnelles							
Peinture, poterie	21	19	18	19	16	14	18
Broderie, tricot, crochet	23	24	17	21	20	14	20
Contes et lectures	36	38	36	37	37	22	35
Musique, chant	59	64	51	53	54	47	56
activités participatives							
Gymnastique	43	37	32	35	43	29	38
Ateliers de mémoire	29	31	30	23	35	15	28
activités relationnelles							
Jeux de société	61	54	55	70	74	46	60
Fêtes, anniversaires	76	78	70	72	72	62	72
activités tournées vers l'extérieur							
Sorties ou voyages	64	57	43	61	68	44	58

Source : EHPA 2000, DREES.

Les activités dites participatives - la gymnastique douce et les ateliers de mémoire - sont moins fréquentes dans les établissements que la musique et le chant ou les jeux de société, par exemple. Si les trois quarts des maisons de retraite ou des unités de soins de longue durée les proposent, les résidents déclarent les connaître dans la plus faible proportion de toutes les activités. Les ateliers de mémoire ne sont sans doute pas présentés aux résidents sous ce nom mais sous d'autres. Les participants éventuels de ces activités, pensent peut-être aussi que la baisse de leur habileté corporelle ou intellectuelle est aussi un frein à leur exercice.

Les logements-foyers, même si leur clientèle est relativement autonome, organisent eux-mêmes des activités collectives. Les résidents de ces organismes se montrent plus motivés pour des activités relationnelles que dans les autres établissements, en participant à des jeux de société ou à des sorties organisées.

Les unités de soins de longue durée, avec une clientèle dont l'état de santé est dégradé voire très dégradé, offrent beaucoup de possibilités d'activités mais, les résidents les connaissent systématiquement en moindre proportion.

ENCADRÉ 1 ●

LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT DE PERSONNES ÂGÉES (EHPA) ET LEUR CLIENTÈLE

les établissements

Les logements-foyers sont, pour un grand nombre, les établissements les plus semblables à l'ancien domicile de leurs résidents car le logement comporte, souvent, une salle d'eau ou de bain et une cuisine. De plus, ils accueillent plutôt des personnes autonomes ou très peu dépendantes. L'enquête EHPA 2000 montre que plus de 90 % de ces établissements n'acceptent pas, à l'entrée, de personnes dépendantes et parmi eux, les établissements publics, plus que ceux à but non lucratif, refusent, à l'entrée, des personnes qui souffrent de détérioration intellectuelle. La catégorie des logements-foyers compte deux établissements publics pour un établissement privé. Une partie des logements-foyer, hébergeait en 2000, des personnes tant autonomes que dépendantes et une autre partie n'héberge que des personnes relativement autonomes. Des logements-foyer ne peuvent garder leurs résidents qui deviennent trop dépendants.

D'après le fichier FINESS, qui enregistre le nombre total de places et le nombre de places médicalisées, au 1er Janvier 2001, il y avait 160 000 places de section de cure médicale - autrement dit des places qui disposent du financement pour assurer les soins -, en maisons de retraite et logements-foyers : soit respectivement 36 et 5 %.

Selon les évaluations statistiques menées à la DGAS, pour la mise en place de la réforme de la tarification, 53 % des personnes habitant des logements-foyers sont les moins dépendantes (40 et 13 % respectivement en GIR 6 et 5) et elles sont aussi nombreuses dans la moyenne dépendance (GIR 3 et 4) que dans la grande dépendance (GIR 1 et 2) (tableau ci-dessous).

Les maisons de retraite sont organisées pour accueillir des personnes dont l'état de santé est ou non dégradé ; ces établissements peuvent soigner leurs résidents jusqu'à la fin de leur vie. Ainsi, près de 90 % des maisons de retraite publiques ont des places de cure médicale et 40 % d'entre elles acceptent l'entrée de personnes confinées au lit ou au fauteuil (EHPA 2000). Les maisons de retraite à but non lucratif sont moins nombreuses que les maisons de retraite publiques à offrir des places de cure médicale ; les établissements commerciaux sont pour les trois quarts non dotés de places de ce type bien qu'ils disent accepter, plus nombreux que les autres catégories d'établissements, des personnes dépendantes physiquement à l'entrée ; ils sont toutefois les moins nombreux à accepter des personnes souffrant de détérioration intellectuelle (EHPA 2000). Selon les évaluations de la DGAS, 38 % des personnes hébergées sont très dépendants (GIR 1 et 2), 31 % sont moyennement dépendants (dans les groupes 3 et 4) et une proportion égale représente les plus autonomes.

Les unités de soins de longue durée, rattachées à l'hôpital, accueillent des personnes souvent très dépendantes 78 % (évaluation DGAS). Environ 10 % des personnes de ces unités viennent d'autres établissements d'accueil pour personnes âgées : d'un logement-foyer ou d'une maison de retraite.

la clientèle

La clientèle est surtout féminine (3 femmes pour 1 homme) et âgée. 45 % ont de 80 à 90 ans et 25 % ont 90 ans et plus ; l'âge moyen est de 83 ans. La clientèle est en meilleure santé ou plus autonome dans les logements-foyers que dans les maisons de retraite et l'âge moyen des résidents y est inférieur d'un an.

La clientèle des établissements se répartit inégalement selon la catégorie socioprofessionnelle. Certains futurs résidents ont pu choisir. Ainsi, les anciens cadres sont fortement clients des établissements privés (maisons de retraite ou logements-foyers privés) : les cadres supérieurs sont plus clients des maisons de retraite commerciales et les cadres moyens plus des maisons de retraite associatives. Les personnes, autrefois, inactives se rapprochent de ces cas portant leur choix vers les maisons de retraite privées. Les anciens agriculteurs et ouvriers sont proportionnellement plus nombreux dans les maisons de retraite publiques.

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	< 60 ans
Maisons de retraite	12,9	24,5	13,7	16,3	11,6	18,6	2,3
Logements foyer	8,4	13,9	9,7	13,8	13,0	39,9	1,3
U.S.L.D.	38,5	39,6	9,6	5,8	2,3	2,2	2,0
Ensemble	15,1	23,9	12,2	14,4	10,8	21,7	2,0

Source : ÉCHANTILLON ERNEST, DGAS 2000.

les animateurs : des intervenants extérieurs nombreux

Les animateurs peuvent être des personnes employées par les établissements ou des personnes extérieures venant bénévolement ou non ou faisant partie d'associations. Les résidents comme les responsables des établissements sont interrogés. Ces derniers répondent à plusieurs questions sur ce thème et peuvent détailler le type d'intervenants (personnel de l'établissement, intervenants extérieurs, provenant d'associations ou non), sans pourtant qu'il soit possible de les rapprocher du type de l'activité collective, sauf pour les sorties.

Les établissements utilisent beaucoup les services de personnes extérieures pour des animations collectives. C'est le cas de deux établissements sur trois quelle que soit sa catégorie : maison de retraite, logement-foyer ou unité de soins de longue durée. Lorsque les animations et activités récréatives ne sont effectuées que par le personnel de l'établissement (un peu moins du tiers des établissements), les établissements sont surtout petits : 44 % parmi les petites maisons de retraite privées et 40 % parmi les petites unités de soins de longue durée. Les gestionnaires des établissements considèrent que l'animation, avec des personnes extérieures à l'établissement, est une bonne pratique destinée à permettre aux résidents de s'ouvrir sur la vie extérieure.

Les résidents quant à eux ne répondent qu'à une seule question sur les animateurs. Ils ne font pas bien la distinction entre les personnes extérieures à l'établissement et les membres du personnel. Pour une moitié, les résidents pensent que les animateurs sont plutôt des membres du personnel que ce soit dans les maisons de retraite ou les logements-foyers comme dans les longs séjours. D'un côté, les membres du personnel participent souvent aux animations, d'un autre côté, les intervenants extérieurs sont, sans doute, assez fréquemment ou régulièrement dans l'établissement, si bien que les résidents peuvent faire une confusion entre eux.

Les unités de soins de longue durée comme les maisons de retraite publiques sont les établissements qui font le plus appel à des intervenants extérieurs (environ les trois quarts), qu'ils soient appointés ou bénévoles ou qu'ils appartiennent à des associations. Dans les maisons de retraite publiques, le taux de recours aux intervenants extérieurs diffère peu selon la taille de l'établissement en nombre de résidents, peut-être fonctionnent-elles en réseaux. Pour réussir les sorties de leurs résidents, les établissements publics sont aussi ceux qui s'organisent le mieux y compris en faisant appel à des intervenants extérieurs.

La participation aux animations collectives

La participation aux animations collectives est mesurée à l'aide de deux questions différentes posées aux résidents : une fois que les personnes interrogées ont pointé, sur une liste, les activités collectives proposées par l'établissement, elles doivent indiquer si elles participent à « certaines de ces animations collectives » (question L3 - en annexe) ; un peu plus loin, elles indiquent : « ce qu'elles font, en général, l'après-midi » (question L7) et la participation aux animations fait partie des items de cette nouvelle liste (item 6). C'est la réponse positive à l'une de ces deux interrogations qui définit ici la participation. La participation est dite, « régulière » si le résident a répondu positivement à l'une (L3) et l'autre (L7 item 6) et « occasionnelle » si le résident a répondu oui à l'une des deux questions seulement (que ce soit L3 ou L7 item 6). Les réponses des résidents sur ce point, sont, en général, cohérentes car, dans l'ensemble des établissements, plus de la moitié des résidents participent à au moins une des animations collectives (55 %). Les mêmes personnes disent, mais pour une partie d'entre elles seulement, que l'après midi, elles participent habituellement aux animations : ainsi, 23 % ont dit les pratiquer régulièrement et 32 % les pratiquer occasionnellement (tableau 5).

ENCADRÉ 2 ●

À L'ÉCOUTE DE LA PAROLE DE L'USAGER

L'enquête EHPA 2000 avait pour objet l'appréciation des usagers des établissements d'accueil pour personnes âgées sur leur mode de vie et sur la qualité des services qui leur sont rendus. Elle n'a retenu que la réponse directe de la personne âgée résidente d'un établissement spécialisé, plutôt que la réponse d'un intermédiaire qu'il soit soignant, personnel administratif ou parent, à propos de l'enquêté.

Ce mode opératoire a entraîné quelquefois le remplacement de l'enquêté défaillant par un autre enquêté dont les caractéristiques sont vraisemblablement différentes, au moins, au niveau de l'état de santé : meilleur état physique et/ou psychique. Un biais d'enquête en est donc la conséquence : une sous-représentation des personnes les plus dépendantes ; les résultats traduisent plutôt des tendances qui demandent à être nuancées selon les groupes GIR, notamment dans les comparaisons entre types d'établissements qui ne présentent pas la même structure de population selon ce critère.

C'est la première fois, dans une enquête auprès d'un échantillon de cette taille et concernant cette population, que la parole directe des usagers est recueillie. Cette parole peut apparaître cohérente ou moins cohérente ; elle n'est pas non plus complètement libre étant recueillie dans l'établissement. Comme dans toute enquête, les réponses sont empreintes de la subjectivité des enquêtés selon leur statut, leurs intérêts, et la position dans laquelle ils sont interrogés. La spécificité des personnes âgées en établissements d'hébergement donne sa couleur à leurs réponses. Mais, au total, il s'agit de leur monde « objectif ».

Ces proportions d'ensemble sont les mêmes dans les maisons de retraite les logements-foyers, mais dans les unités de soins de longue durée, la participation régulière aux activités collectives est moitié moins importante.

Le taux de participation occasionnelle ne varie pas selon le genre de la personne, son ancienne catégorie socioprofessionnelle ou son groupe de dépendance (GIR). En revanche, le taux de pratique régulière dépend très fortement du GIR. Meilleure est la santé, plus la participation est importante : si l'autonomie est grande, le taux de participation régulière est voisin des 30 % mais il n'atteint que 17 % si la dépendance est forte. Les fréquences de participation selon les anciennes ca-

tégories socioprofessionnelles sont très proches, sauf pour les anciens cadres qui sont moins attirés par les activités collectives et sont, par ailleurs, la catégorie la moins représentée en établissement. Les femmes sont un peu plus motivées à participer que les hommes ; ces derniers sont plus attirés par leur téléviseur que par les animations proposées par leur établissement.

En logement-foyer, le taux de participation aux animations organisées par l'établissement est très proche de celui des maisons de retraite alors que les animations y sont moins variées. Leurs résidents sont des personnes en général plus disponibles et plus mobiles que dans les autres types d'établissements. Ceci peut expliquer cela.

TABLEAU 5 ●

la participation des résidents aux animations collectives

	Taux de participation régulière (en %)	Taux de participation occasionnelle (en %)	Taux total de participation (en %)
Maisons de retraite, dont :	24	31	55
• publiques	24	32	56
• associatives	29	30	59
• commerciales	20	32	52
Logements-foyers, dont :	25	31	56
• privés	25	32	57
• publics	25	31	56
Unités de soins de longue durée	13	34	47
ensemble	23	32	55

Lecture : 24 % des résidents des maisons de retraite publiques participent régulièrement aux animations, 32 % y participent occasionnellement, soit 56 % des résidents de ces établissements participent.

Source : EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 6 ●

la participation aux animations collectives selon que l'établissement y incite ou non

	Proportion d'établissements incitatifs	en %			
		Taux de participation régulière dans les établissements ...		Taux de participation occasionnelle dans les établissements ...	
		... incitatifs	... non incitatifs	... incitatifs	... non incitatifs
Maisons de retraite, dont :	74	25	21	32	31
• publiques	83	26	14	32	32
• associatives	65	28	31	31	28
• commerciales	72	19	21	31	33
Logements-foyers, dont :	60	27	23	35	26
• privés	66	24	26	38	23
• publics	57	28	21	33	27
Unités de soins de longue durée	67	15	7	35	31
ensemble	69	24	20	33	29

Lecture : 83 % des maisons de retraite publiques sont plutôt incitatives : 26 % de leur résidents participent régulièrement aux animations et 32 % participent occasionnellement,

Source : EHPA 2000, DREES.

Beaucoup d'établissements, qu'on dira incitatifs, « essayent de convaincre leurs résidents, en cas de refus de participer à l'animation collective » (question O-2) : c'est le cas de trois maisons de retraite sur quatre, en moyenne, mais moins dans les logements-foyers ou les unités de soins de longue durée (tableau 6). Cette incitation permet d'élever le taux de participation aux animations : ainsi 24 % des résidents participent régulièrement dans les établissements incitatifs et 20 % ont une pratique régulière dans les établissements qui informent sans inciter. Cette politique d'incitation se pratique dans tous les types d'établissements, mais est moins répandue dans les logements-foyers publics et plus fréquente dans les maisons de retraite publiques. Les résultats sur la participation sont par ailleurs inégaux.

Au total, convaincre les résidents permet de mieux les faire participer mais la comparaison des résultats obtenus dans les maisons de retraite publiques et dans les maisons de retraite associatives donne à réfléchir sur d'autres éléments comme l'effet de la communication ou celui de la taille des établissements. Les maisons de retraite publiques, par exemple, ont souvent des activités très variées qu'elles proposent à une clientèle dont une partie est très dépendante ; la proportion d'établissements incitatifs, c'est-à-dire cherchant à convaincre les personnes hébergées est forte avec pourtant des taux de participation aux animations collectives qui restent dans la moyenne. Les maisons de retraite associatives proposent des animations, en moyenne, en moins grand nombre que chez leurs homologues publics et elles sont moins nombreuses aussi à inciter leurs résidents mais la participation régulière y est plus forte.

Les établissements dits incitatifs cherchent surtout à convaincre des personnes dont les facultés sont diminuées et qui ont besoin d'être stimulées. Dès que la dépendance s'élève (personnes classées dans les groupes iso ressources 1 à 4), la participation régulière aux animations organisées diminue très fortement et la participation n'est plus qu'occasionnelle. Les établissements encouragent, par leur politique, leurs résidents à participer aux activités qu'ils organisent pour eux : 14 % des résidents classés GIR 3-4 participent aux activités collectives dans des établissements qui ne les incitent pas et 21 % dans les établissements incitateurs (tableau 7). Par contre, la pratique occasionnelle reste du même ordre quelle que soit la dépendance de la personne et la politique de l'établissement et, de surcroît, elle est plus fréquente que la pratique régulière. L'impression qui se dégage de l'ensemble des réponses est que les résidents choisissent parmi les activités proposées, et que l'écoute de leurs attentes au moment de leur entrée dans l'établissement permettrait peut-être de mieux y répondre.

animation collective et appréciations des résidents sur leur vie

Les animations visent à maintenir ou réengager les résidents dans une vie plus sociale. Les résidents ont exprimé leurs appréciations sur leur vie dans l'établissement dans leurs réponses à plusieurs questions : l'une sur l'impression générale de leur vie dans l'établissement (Z-1), les autres sur leur état moral ressenti : tristesse (G-8), ennui (L7 item 7), sommeil (G12 et 13).

L'appréciation des résidents sur leur vie en établissement est d'autant plus favorable qu'ils parti-

ENCADRÉ 3 ●

UNE ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT APRÈS DES ANNÉES DE VIE SEUL

La maison de retraite, en général, propose une vie communautaire après une longue vie seul à domicile.

L'entrée en établissement représente alors, pour une personne âgée, une difficulté - voire jusqu'à un traumatisme pour certaines personnes qui sont placées sans trop être intervenues dans la décision. Vivre en établissement peut aussi être un avantage compte tenu de l'inadaptation du domicile (difficultés de déplacement) ou de difficultés à trouver une aide efficace et constante dans certains cas où la personne est déjà en état de grande dépendance.

Les personnes hébergées sont majoritairement des veuves (56 %) : en moyenne, elles sont âgées de 86 ans, et vivent depuis 19 ans sans leur conjoint. Les veufs sont à peine moins âgés que les veuves et vivent seuls depuis 13 ans. Pour elles et eux, en moyenne deux enfants sont encore vivants. Les célibataires, environ 20 %, sont plus jeunes : 78 ans. Des personnes mariées (9 %) vivent, le plus souvent, avec leur conjoint dans le même établissement (2 cas sur 3 pour les hommes et 1 cas sur 2 pour les femmes).

TABLEAU 7 ●

la participation aux animations collectives selon les besoins d'aide (GIR) et le type d'établissement incitatif ou non

	en %			
	Taux de participation régulière dans les établissements ...		Taux de participation occasionnelle dans les établissements ...	
	incitatifs	non incitatifs	incitatifs	non incitatifs
GIR 1-2	21	8	27	25
GIR 3-4	21	14	35	32
GIR 5-6	28	26	36	30
ensemble	24	20	33	29

Lecture : 21 % des résidents dépendants (GIR 3-4) hébergés dans des établissements incitatifs participent régulièrement aux animations et 32 % participent occasionnellement dans des établissements non incitatifs.

Source : EHPA 2000, DREES.

cipent à ces activités d'animations. Ainsi, dans l'ensemble des établissements, 38 % des résidents participent aux animations et disent se sentir bien et 12 % des résidents, même s'ils participent, ont une appréciation moyenne de leur vie en établissement (tableau 8). Un quart des résidents ne participent pas aux activités collectives tout en appréciant bien leur vie dans l'établissement. Le dernier quart des résidents ne se plaît pas vraiment (se sentant moyennement bien ou mal) et ils participent, pour peu d'entre eux, aux animations.

Les proportions de résidents qui disent se sentir bien dans l'établissement diminuent avec la dépendance dans chaque type d'établissement. Elles diminuent aussi selon le type de l'établissement, depuis les logements-foyer aux unités de soins de longue durée en passant par les maisons de retraite. Les résidents se sentent d'autant mieux qu'ils sont en meilleur état de santé et qu'ils sont dans un environnement qui convient à leur état de santé : 79 % des résidents les moins dépendants (GIR 5 et 6) des logements-foyers s'y sentent bien et 63 % pour les plus dépendants. À l'hôpital, en longs séjours, ces proportions sont respectivement 53 et 48 % (tableau 9). Dans les unités de soins de longue durée, lorsque l'état de santé se dégrade et que la participation aux animations est rendue difficile par les incapacités croissantes, ce sont, peut-être, les soins qui jouent un rôle principal dans la perception qu'ont les résidents de leur qualité de vie : 53 % des moins

dépendants s'y sentent bien et 60 % des personnes moyennement dépendantes.

La pratique des animations collectives, quand elle est possible, éloigne du sentiment d'ennui : 45 % des résidents les pratiquent et ne s'ennuient pas et 35 % ne s'ennuient pas même s'ils ne les pratiquent pas (tableau 10). Dans les unités de soins de longue durée, la tendance s'inverse ; le bénéficiaire du soin est essentiel et les résidents qui disent se sentir bien sans pratiquer les animations collectives sont plus nombreux que ceux qui se sentent bien et y participent.

TABLEAU 9 ●
proportion de résidents
qui se sentent bien dans l'établissement

	en %		
	Logements foyer	Maisons de retraite	Unités de soins de longue durée
GIR 1-2	63	50	48
GIR 3-4	58	58	60
GIR 5-6	79	68	53
ensemble	75	61	53

Lecture : 79 % des résidents autonomes (GIR 5-6) hébergés dans des logements foyer déclarent se sentir bien dans l'établissement et 53 % en unités de soins de longue durée. Dans ces unités de soins de longue durée, les personnes très dépendantes, sont 48 % à dire se sentir bien dans l'établissement.

Source : EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 8 ●
participation aux animations collectives et appréciation des résidents sur leur vie en établissement

	en %			
	Logements- foyer	Maisons de retraite	Unités de soins de longue durée	Tous établissements
Participent (1)	57	55	47 (2)	54
Dont : se sentent bien dans l'établissement	46	37	29	38
se sentent moyennement bien dans l'établissement	9	14	11	12
se sentent mal dans l'établissement	2	4	5	4
Ne participent pas	43	45	53	46
Dont : se sentent bien dans l'établissement	29	24	24	26
se sentent moyennement bien dans l'établissement	9	12	12	11
se sentent mal dans l'établissement	4	7	11	7
ne savent pas	1	2	6	2
Ensemble	100	100	100	100

Lecture : 37 % des résidents des maisons de retraite participent, régulièrement et occasionnellement, aux animations et disent, aussi, se sentir bien dans l'établissement et 24 % des résidents des maisons de retraite ne participent pas aux animations et disent, aussi, se sentir bien : 61 % des résidents des maisons de retraite se sentent bien dans leur établissement

(1) participation régulière et occasionnelle

(2) 2% ont répondu « ne sait pas ».

Source : EHPA 2000, DREES.

ENCADRÉ 4 ●

D'AUTRES ENQUÊTES PORTANT AUSSI SUR LES ACTIVITÉS
PROPOSÉES AUX PERSONNES ÂGÉES

Deux autres enquêtes ont été menées auprès des personnes âgées en institutions avec des buts et des modes opératoires différents. Les enquêtes handicaps, incapacités et dépendance (HID) en 1998 et 2000 et l'enquête du CREDES en 1987-1988. Dans ces enquêtes, orientées vers la santé des personnes en institutions et leurs capacités, le recours à des personnes autres que l'enquêté pour répondre a été le moyen choisi pour conserver la représentativité de l'échantillon. Ainsi, l'enquête HID a accepté que des personnes de l'entourage de l'enquêté, y compris des personnes de l'établissement, répondent à la place de la personne désignée. L'enquête du CREDES a été menée auprès du personnel administratif ou médical à propos de la personne âgée sur laquelle portait le questionnaire (291 institutions ont répondu aux divers questionnaires pour 1 689 personnes de 80 ans et plus ; le questionnaire contient entre autres les activités de loisirs).

Toutes deux ont posé des questions sur les loisirs : HID pour des loisirs pratiqués à l'extérieur de l'établissement (voir : Aliaga, Neiss, 1999). L'enquête du CREDES décrit les activités dans les établissements (voir : Fouchet, Lefevre, 1991).

Un résumé des résultats de l'enquête du CREDES (Sermet, 1991) indiquait que la plupart des unités ne proposaient que des équipements courants (jardin, parc, terrasse, salon, bibliothèque, lieu de culte). Les matériels d'animation étaient peu fréquents (tricot, broderie, projecteur de diapositives ou de films, peinture, modelage, instrument de musique). Les soirées d'anniversaire et le culte sont les activités les plus souvent proposées par les établissements. Les sorties organisées par les établissements sont rares. Les personnes âgées pratiquent surtout des loisirs individuels : la télévision (63 %) et les promenades dans le jardin (64 %) sont les principaux loisirs des résidents avec la lecture des journaux (54 %). La participation aux spectacles organisés par l'établissement est relativement bonne (50 %).

ENCADRÉ 5 ●

LES CAPACITÉS D'ORIENTATION ET DE COHÉRENCE DES PERSONNES ÂGÉES ENQUÊTÉES

Les diverses enquêtes statistiques permettent plus ou moins facilement d'évaluer les capacités de cohérence et d'orientation des personnes âgées en institution. L'enquête EHPA 2000, interrogeait le gestionnaire sur le degré de dépendance, mesuré par le groupe iso ressources (GIR) des personnes interrogées. Lorsque le score global ne pouvait être indiqué, le gestionnaire devait donner toutes les indications fines pour le calculer et parmi elles des indications sur la cohérence du résident. Ce n'est que dans ce cas que les indications ont pu être exploitées. Ainsi, seul un tiers de l'échantillon des résidents, sans qu'il soit représentatif de l'ensemble des personnes âgées hébergées, peut permettre d'indiquer une tendance sur la cohérence des personnes vivant dans ces établissements. En matière de participation aux animations, il n'est donc pas aisé de séparer l'effet du manque d'information de celui du désintérêt.

TABLEAU 10 ●

proportion aux animations collectives et sentiment d'ennui des résidents sur leur vie en établissement

	en %			
	Logements foyer	Maisons de retraite	Unités de soins de longue durée	Tous établissements
ensemble des résidents	100	100	100	100
Participant aux animations et disant aussi ne pas s'ennuyer	50	45	35	45
Ne participant pas aux animations et disant ne pas s'ennuyer	35	34	39	35
Ennui avec ou sans participation aux animations collectives	15	21	26	20
Résidents les plus autonomes (classés G.I.R. 5 et 6)	100	100	100	100
Participant aux animations et disant aussi ne pas s'ennuyer	53	52	44	52
Ne participant pas aux animations et disant ne pas s'ennuyer	34	33	37	34
Ennui avec ou sans participation aux animations collectives	13	15	19	14
Résidents très dépendants (classés G.I.R. 2 et 3)	100	100	100	100
Participant aux animations et disant aussi ne pas s'ennuyer	47	36	31	35
Ne participant pas aux animations et disant ne pas s'ennuyer	32	35	40	36
Ennui avec ou sans participation aux animations collectives	21	29	29	29

Lecture : 45 % des résidents des maisons de retraite participent aux animations collectives et disent aussi ne pas s'ennuyer et 21% s'ennuient qu'ils participent ou non ; ces proportions sont respectivement 36% et 29% parmi les personnes très dépendantes des maisons de retraite.

Source : EHPA 2000, DREES.

Le taux de participation est toujours plus élevé lorsque le moral des résidents est bon et pour les résidents qui reçoivent des visites de leur famille (tableau 11). L'impression qu'ont les résidents de l'établissement est très liée au taux de participation aux animations collectives dans l'ensemble des établissements, 60 % de ceux qui en ont une bonne impression participent aux animations contre 47 % de ceux qui n'ont pas une bonne impression, soit 13 point d'écart. Ce même écart est observé en USDL et il est plus important encore en logement-foyer. Le fait de s'ennuyer ou non est moins sensible sur la participation sauf en logement-foyer.

En revanche, les taux de participation aux animations se rapprochent que le résident dise se sentir déprimé ou non (question G8 du questionnaire). La tristesse, l'angoisse, la déprime sont couramment évoquées par les résidents ; l'organisation des animations collectives et leur développement récent sous des formes autres qu'occupationnelles, ne semble pas changer la vision des résidents sur leurs conditions de vie ou inversement, les animations semblent impuissantes à modifier cet état psychologique. Quant aux familles, leurs visites semblent bien être un stimulant pour les activités qu'exercent les résidents : le taux de participation aux animations collectives est plus élevé pour les résidents ayant des visites de la famille (56 %) que pour ceux qui ne reçoivent pas de visites (45 %).

LES ACTIVITÉS INDIVIDUELLES

La pratique d'activités individuelles est aussi mesurée à l'aide de plusieurs questions différentes : les personnes interrogées pointent sur une liste certaines activités individuelles (question L6). Cette liste

isole six activités, choisies pour ouvrir plusieurs dimensions d'activités, manuelles ou non. Toutefois certaines autres occupations peuvent revêtir le caractère d'activités. C'est pourquoi on adjoint les items de la question L7 (« que faites-vous, en général, l'après-midi ? ») désignant des activités (se promener, rendre des visites à d'autres résidents,...). D'autres questions concernant la télévision (M2) ou la lecture (M4) permettent de compléter ces informations. Les occupations ou activités relationnelles sont abordées ultérieurement.

s'informer avec la télévision : un centre d'intérêt important

Les activités personnelles que les résidents des établissements pratiquent sont en continuité avec celles auxquelles ils ont été habitués avant de rentrer dans l'établissement (Michaudon, 2001). Nombre d'entre eux possèdent un téléviseur personnel. À quelques exceptions près, les résidents des logements-foyers en sont tous équipés et leurs appareils radio sont très répandus. Les téléviseurs sont moins répandus dans les chambres des maisons de retraite (70 %), mais les résidents peuvent sans doute accéder à des téléviseurs communs. Le taux d'équipement le plus faible apparaît en unité de soins de longue durée (60 %).

L'après-midi, les hommes (61 %) plus que les femmes (55 %) regardent la télévision. En revanche, les hommes lisent habituellement moins de magazines et de livres que les femmes : respectivement 34 % et 41 % (tableau 12).

Les émissions télévisées sont suivies, habituellement l'après midi, par plus de la moitié des résidents (56 %) et la proportion de ceux qui suivent les émissions varie

TABLEAU 11 ●

taux de participation aux animations collectives et état moral des résidents

Résidents qui ...	en % participant aux animations collectives			
	Logements foyer	Maisons de retraite	Unités de soins de longue durée	Tous établissements
... ont une bonne impression de l'établissement	61	61	55	60
... n'ont pas une bonne impression de l'établissement	45	49	42	47
... ne s'ennuient pas	59	57	48	56
... s'ennuient	46	50	43	48
... ne se sentent pas tristes, déprimés	57	57	51	57
... se sentent tristes, déprimés	56	56	48	55
... et visites de la famille	58	57	48	56
... et pas de visites de la famille	49	52	45	50

Lecture : pour tous les établissements, 60 % des résidents participent aux animations collectives lorsqu'ils ont une bonne impression de l'établissement et 47 % lorsque cette impression n'est pas bonne.

Source : EHPA 2000, DREES.

comme le taux d'équipement des chambres des établissements. Les résidents regardent aussi la télévision aux autres moments de la journée et ils sont 80 %, au total, à utiliser leurs téléviseurs. Les résidents disent suivre surtout les informations (60 %) beaucoup plus que les feuilletons (23 %) ou les émissions de variétés (28 %). Ainsi la télévision, est-elle un élément important de la vie quotidienne qui procure une occasion d'ouverture sur l'extérieur et de maintien du lien social car les conversations entre résidents, par exemple, peuvent porter aussi sur l'actualité (24 % des résidents en discutent).

La télévision n'apparaît pas comme une activité substitutive aux animations collectives : en effet, le taux de participation aux animations collectives est de 56 %

pour ceux qui regardent la télévision et de 52 % pour ceux qui ne la regardent pas. Le personnel des établissements laisse les résidents libres de s'organiser pour regarder ce qui les intéresse et ne conseille pas les émissions qui pourraient être intéressantes.

les livres et les magazines

La lecture des magazines et des livres fait partie des trois activités (télévision, lecture et promenade) couramment pratiquées par les résidents, l'après midi, en dehors de la sieste « traditionnelle » : 40 % des résidents lisent habituellement l'après-midi (tableau 13) et c'est au total 55 % des résidents qui lisent, l'après midi ou à d'autres moments.

TABLEAU 12 ●

les occupations habituelles des résidents l'après-midi, selon le sexe et l'ancienne catégorie socio-professionnelle

	hommes	femmes	ancienne catégorie socioprofessionnelle				Ensemble
			agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	cadres	employés ouvriers	inactifs	
Regarder la télévision, écouter la radio	61	55	50	55	59	58	56
Faire la sieste	61	54	61	54	56	50	56
Se promener	50	37	43	42	41	36	40
Lire	34	41	40	48	37	39	40
Participer aux animations	21	24	24	20	25	23	24
Regarder par la fenêtre	21	20	23	18	22	17	21
S'ennuyer	16	21	19	17	22	23	20
Rendre visite à d'autres résidents	16	19	19	17	19	14	18

Source : EHPA 2000, DREES.

TABLEAU 13 ●

les occupations habituelles des résidents l'après-midi, selon le type d'établissement

	en %			Ensemble
	Logements foyer	Maisons de retraite	Unités de soins de longue durée	
Regarder la télévision, écouter la radio	62	55	49	56
Faire la sieste	57	55	58	56
Se promener	56	37	27	40
Lire	48	38	30	40
Participer aux animations	26	24	14	24
Regarder par la fenêtre	22	20	21	21
S'ennuyer	15	21	26	20
Rendre visite à d'autres résidents	25	17	12	18

Source : EHPA 2000, DREES.

Près d'un résident sur six se plaint de difficultés de lecture ; ce taux varie entre 13 % et 17 % selon l'ancienne catégorie socioprofessionnelle. La lecture des livres et magazines varie selon le milieu social et donne lieu à des habitudes conservées par les résidents en établissements pour personnes âgées. Les anciens cadres moyens se plaignent le moins des difficultés de lecture. Les anciens cadres, moyens et supérieurs, sont ceux qui lisent le plus : un peu plus de 60 %.

Les magazines et les livres occupent une place importante dans les activités des résidents les plus autonomes et dans celle des anciens cadres et anciens employés. La lecture exige une capacité de vision qui faiblit avec l'augmentation de la dépendance mais elle est, peut être aussi, une activité concurrente des animations collectives : le taux de participation aux animations collectives est de 41 % pour ceux qui lisent habituellement l'après midi et de 59 % pour ceux qui ne lisent habituellement pas, l'après-midi. Les résidents, le plus souvent, choisissent eux-mêmes leurs livres ou se font conseiller par leur famille.

peu d'activités ludiques individuelles

Les autres activités individuelles, de la nature des passe-temps favoris, sont peu pratiquées par les rési-

dents : seulement 22 % en pratiquent au moins une (tableau 14). Pour les hommes comme pour les femmes, ce sont les mots croisés et, dans une moindre mesure, les réussites qui attirent, plus que les activités manuelles. Le tricot reste une activité très féminine.

Les anciennes employées et cadres moyens et celles qui n'avaient pas travaillé, auparavant, sont les personnes qui tricotent, crochètent ou brodent le plus. Les personnes qui font des mots croisés représentent 11 % de l'ensemble des résidents. C'est le passe-temps des personnes les plus autonomes. Les anciens cadres, surtout, remplissent des grilles de mots croisés.

Parmi les activités manuelles, la peinture et le bricolage sont très peu pratiqués à titre individuel par les résidents, de plus, elles sont aussi très peu pratiquées comme activités collectives.

Les activités individuelles sont fortement marquées par la personnalité des résidents : des anciens cadres et des personnes âgées en bonne santé sont les pratiquants habituels d'au moins une de ces activités. Quelques résidents gardent leur passe-temps le plus longtemps possible, même lorsque leur dépendance augmente. Ainsi, parmi les personnes les moins dépendantes, 31 % pratiquent au moins une activité individuelle et, parmi celles dont la dépendance est moyenne (GIR 3 et 4), la proportion de pratiquants est de 15 %.

TABLEAU 14 ●

la pratique des activités ludiques individuelles, selon le sexe et l'ancienne catégorie socioprofessionnelle

	en %						
	hommes	femmes	ancienne catégorie socioprofessionnelle				Ensemble
			agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	cadres	employés ouvriers	inactifs	
tous résidents							
Peinture	2	1	1	2	1	2	1
Tricot, crochet	0	11	7	10	9	10	9
Bricolage, modélisme	3	1	1	3	1	0	2
Mots croisés	9	12	9	20	11	7	11
Réussites	5	5	5	8	4	4	5
Au moins une	17	23	19	31	22	17	22
Résidents les moins dépendants*							
Peinture	2	1	1	2	1	2	2
Tricot, crochet	0	18	10	17	13	14	13
Bricolage, modélisme	4	2	2	4	3	0	2
Mots croisés	13	18	15	26	16	10	17
Réussites	5	8	8	10	5	8	7
Au moins une	22	34	28	41	30	24	31

(*) Résidents classés en GIR 5 et 6
Source : EHPA 2000, DREES.

LA COMMUNICATION ENTRE LES RÉSIDENTS ET LES VISITES DES FAMILLES

les relations sociales des résidents entre eux

Les résidents souhaitent toujours converser, même s'ils perdent leur mobilité physique. Ils peuvent établir, entre eux, des relations sociales quand ils se rencontrent à l'occasion des repas ou des activités collectives. Dans leur grande majorité, ils disent discuter entre eux : quatre personnes sur cinq. Par contre, seulement un résident sur trois rend visite à d'autres résidents et un résident sur trois, aussi, reçoit la visite d'autres résidents.

La dépendance joue un rôle important dans ces relations. Les résidents les plus autonomes (GIR 5 et 6) sont les plus « sociables » (c'est-à-dire : discutent avec certains ou la plupart des résidents). Parmi eux, seul 10 % ne discutent pas avec les autres résidents (tableau 15). La moitié des résidents les plus dépendants (GIR 1 et 2) discutent avec certains autres résidents, probablement ceux qu'ils connaissent le mieux. Ils sont en général moins enclin à s'adresser aux autres : 36 % semblent emmurés dans le silence. Mais 14 % malgré tout déclarent discuter avec la plupart et sont guère moins nombreux, proportionnellement, que les résidents moins dépendants à le faire (19 %).

La proportion des personnes « sociables » la plus élevée est observée dans les logements-foyers (89 %). Elle est la plus faible dans les unités de soins de longue durée (67 %). Pour les résidents des maisons de retraite, la situation varie selon le type d'établissement. Dans les établissements commerciaux, les résidents discutent lorsqu'ils se rencontrent plutôt qu'au cours de visites mutuelles et une forte proportion ne peuvent ou ne veulent échanger (21 %). Ce déficit de sociabilité est plus faible dans les maisons de retraite publiques (14 %) ou associatives (13 %).

Les sujets de conversation sont variés : la météo, la santé, la famille, l'actualité. Les résidents s'intéressent d'autant plus à la météo et l'actualité qu'ils sont en bonne forme. Ils parlent aussi de leur santé d'autant plus qu'ils ne sont pas dépendants. Pour tenter d'obtenir une hiérarchisation des sujets de conversation abordés, les résidents ne pouvaient en citer que trois au maximum (question N4). L'examen de ces associations de sujets place les sujets personnels en tête : ainsi, 42 % des résidents parlent au moins de leur santé ou de leur famille. Ils sont moins nombreux à parler seulement de la météo ou de l'actualité (20 %).

La perte d'autonomie est aussi un frein aux échanges de visites et à la création de liens d'amitié dans l'établissement. Quatre résidents sur dix se sont fait des amis au sein de l'institution, selon les résultats de l'enquête HID 1998 (Aliaga, Neiss, 1999) et la différence est grande entre les personnes peu ou pas dépendantes, dont 60 % se sont fait des amis, et les personnes atteintes d'une dépendance physique sévère ou psychique dont 33 % ont dit s'être fait des amis.

les visites, sur place, de la famille : une grande présence

Une part importante de personnes hébergées dans les trois catégories d'institutions entretient des relations avec sa famille : 85 % des résidents reçoivent des visites régulières des enfants, des petits-enfants ou d'autres membres de la famille. Ainsi, près des trois quarts des résidents ont des enfants ou des petits-enfants et rares parmi eux (environ 10 %) sont ceux qui ne reçoivent pas leur visite. Dans les cas rares où les enfants sont décédés, les petits-enfants prennent « le relais » et visitent tout autant leurs grands-parents. Les résidents sans enfant reçoivent des visites d'autres membres de leur famille : c'est le cas de deux résidents sur trois.

TABLEAU 15 ●

les contacts avec les autres résidents selon la dépendance

	En %			
	Très dépendants GIR 1 - 2	Dépendants GIR 3 - 4	Peu ou pas dépendants GIR 5 - 6	Tous résidents
Résidents discutant avec certains autres résidents	50	61	59	58
Résidents discutant avec la plupart des autres résidents	14	19	31	24
Résidents ne discutant pas avec les autres résidents	36	20	10	18
Ensemble	100	100	100	100

Source : EHPA 2000, DREES.

L'indication de la fréquence des visites vient des réponses données par le gestionnaire de l'établissement et non des résidents eux-mêmes. La fréquence des visites est plutôt hebdomadaire pour la moitié des résidents ; les visites mensuelles concernent environ 16 % des résidents et les visites quotidiennes 12 %. Ces résultats sont comparables à ceux de l'enquête HID 1998 (Aliaga, Neiss, 1999).

La coupure avec la famille ou les amis concerne un nombre de résidents restreint mais significatif : 14%, soit 86 500 personnes. Cette proportion est compa-

nable à celle (15 %) qui résultait de l'enquête HID menée en 1998 et le nombre total des personnes est un peu supérieur car les résidents des logements-foyers sont inclus dans l'enquête EHPA 2000. L'enquête précédente expliquait aussi que les résidents étaient d'autant plus coupés des personnes extérieures qu'ils n'avaient pas de famille proche (41 %).

En établissement, les visites n'ont plus pour objet d'apporter une aide aux actes quotidiens de la vie de leurs parents et elles sont, en moyenne, moins fréquentes que les visites aux parents restés à domicile.

ENCADRÉ 6 ●

L'ANIMATION EST L'UNE DES PRÉOCCUPATIONS
MAIS PAS LA PREMIÈRE EXPRIMÉE
DANS LES PROJETS D'ÉTABLISSEMENT

Les décrets d'avril 1999 et de mai 2001 relatifs à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes précisent les modalités d'entrée dans la réforme introduite par la loi de 1997, et plus particulièrement les obligations liées à la signature d'une convention avec le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. Cette convention précise les objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes accueillies et les moyens de les mettre en œuvre. Elle peut déclencher des financements supplémentaires de l'assurance maladie pour les soins apportés aux résidents. L'APA ou aide personnalisée à l'autonomie (loi du 20 juillet 2001) vient remplacer l'ancienne P.S.D. depuis le 1er janvier 2002.

Selon la terminologie courante, employée dans le questionnaire de l'enquête, les établissements accueillant des personnes âgées présentent un projet d'établissement en vue de l'amélioration de leur organisation et de la vie des résidents. Au moment de l'enquête, en 2000, moins de la moitié des établissements ont des projets en cours. Les autres établissements les prévoient dans un avenir plus ou moins proche.

Dans les projets en cours, la formation des personnels et les soins, le plus souvent cités, sont les préoccupations premières des établissements sanitaires et des maisons de retraite. L'animation vient ensuite. Les logements-foyer accueillent des personnes le plus souvent autonomes. Ils sont moins orientés vers le domaine des soins. Par contre, leur souhait d'améliorer la sécurité des résidents est très forte. Que les projets soient en cours ou prévus, les priorités de ces établissements sont les mêmes. Les établissements de soins de longue durée, qui appartiennent au système hospitalier, ont pour leur part une orientation prépondérante vers les soins.

Les établissements qui envisagent d'établir leur projet dans un avenir très proche évoquent aussi, le plus souvent, leur souci de la formation de leur personnel et leur désir d'améliorer les soins. Le sujet de l'animation est un peu moins fréquemment indiqué. Si les projets d'établissements sont repoussés à plus tard, le développement ou l'amélioration de l'animation vient juste derrière la formation des personnels.

TABLEAU 16 ●

proportions de résidents qui reçoivent ou non des visites selon leur dépendance

	ensemble des résidents			une partie (2) des résidents dépendants (1)	
	Personnes autonomes	Personnes dépendantes (1)	Ensemble	cohérents	non cohérents
Résidents recevant des visites de leur famille	84	85	84	88	84
Résidents retournant dans leur famille pour une visite	38	32	34	39	31
Résidents retournant dans leur famille pour un séjour	24	8	7	8	7

(1) personnes dépendantes physiques et / ou psychiques

(2) Parmi toutes les personnes dépendantes analysées en colonne 2, les gestionnaires ont pu indiquer, pour certaines, si elles étaient cohérentes ou non : ces deux dernières colonnes du tableau donnent des indications (cf, encadré 5).

Source : EHPA 2000, DREES.

L'enquête EHPA 2000 permet d'apporter quelques éléments supplémentaires pour apprécier la fréquence des visites en fonction de l'état de dépendance des résidents.

Les familles maintiennent leurs visites quel que soit l'état de santé des personnes âgées en établissement (tableau 16). Ainsi, les familles rendent toujours autant visite ou reçoivent autant chez eux leurs parents, pour une visite, même si leur dépendance physique s'accroît ; l'atténuation de la cohérence des personnes âgées semble toutefois être un frein à ces visites, au moins pour celles dont on peut évaluer les capacités psychiques (encadré 5).

La dépendance est un obstacle majeur aux séjours des résidents dans leur famille. Peu de résidents sortent de l'établissement pour retourner dans leur famille et y séjourner (7 %). Ceux qui sortent ainsi sont surtout autonomes : un quart d'entre eux, peuvent séjourner dans leurs familles. Les résidents pratiquant ces « échanges de visites » habitent plus souvent des logements-foyer que des maisons de retraite.

Les établissements qui acceptent d'être ouverts aux familles, y compris pour des activités collectives, permettent de maintenir, aussi, des relations sociales plus larges. Les familles peuvent aussi participer aux activités des résidents sur place : les établissements y sont très favorables (86 % - cf. tableau 1). Les établissements ont plus de difficultés à associer les familles dans l'organisation des sorties ; ces activités sont moins fréquentes et sans doute plus coûteuses ; elles sont réservées aux résidents et nécessitent aussi des prises en charge spécifiques : 51 % des établissements offrent la possibilité aux familles de participer. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Rozenkier Alain, 1989, « Pour maintenir l'esprit en éveil », *Informations sociales* n° 7, CNAF.
- Fosse Didier, 1989, « Le dernier séjour », *Informations sociales* n° 7, CNAF.
- Fouchet C., Lefevre S., 1991, « Les activités de loisirs dans les institutions pour personnes âgées en 1987 », série Thèses et Mémoires et résumé par C.
- Sermet, CREDES.
- Aliaga C., Neiss M., 1999, « Les relations familiales et sociales des personnes âgées en institution », *Études et Résultats* n°35, octobre, DREES.
- Dufour-Kippelen S., 2001, « Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution », *Études et Résultats* n°138, octobre DREES.
- Michaudon H., 2001-2002, « La retraite ou le temps des loisirs », France, *Portrait social, série Références, INSEE*.
- 1993, « L'animation : intégration ou participation ? », *Gérontologie et Société F.N.G.* n°66, (recueil de 14 articles pour les institutions).
- 2001, « L'animation en institution », *Gérontologie et Société F.N.G.* n°96, (recueil de 15 articles).
- Vercauteren R., Hervy B., « L'animation dans les établissements pour personnes âgées », Eres, 2002.
- Vercauteren R., Barranger A., Vercauteren M.C., « Animer une maison de retraite », Eres, 1999.

L'APPRÉHENSION DE LA PERSONNE ÂGÉE DANS LES ENQUÊTES STATISTIQUES

Laurent CAILLOT

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées
DREES

Interroger dans les enquêtes les personnes âgées elles-mêmes comporte évidemment un risque lorsque ces dernières présentent un certain degré de dépendance, ce qui est fréquent lorsqu'elles sont aidées par un service spécialisé ou lorsqu'elles ont été admises en institution, le risque étant celui de réponses évasives ou peu sûres aux questions posées. Au vu de résultats de l'enquête EHPA comparés à ceux d'autres enquêtes, il apparaît que la fiabilité des données reste bonne, et que les écarts constatés entre les réponses des personnes âgées elles-mêmes et celles de tiers à leur propos trouvent des explications dans le positionnement des interlocuteurs. Par exemple, l'appréciation du degré de dépendance des enquêtés est voisine selon qu'il est attribué par une équipe médico-sociale ou calculé à partir des réponses des gestionnaires d'établissements d'accueil. En revanche, le degré d'autonomie des personnes âgées pour la toilette et l'habillement est plus « optimiste » et nuancé par elles-mêmes que par les professionnels pour qui il semble plus « pessimiste » et directement correspondre à l'évaluation « administrative » de leur degré de dépendance.

Dans leur conception et leur administration, les enquêtes Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et Services d'aide aux personnes âgées à domicile (SAPAD) - réalisées en 2000 par la DREES - se caractérisent par la priorité donnée à l'interrogation directe des personnes âgées, résidentes en établissement ou bénéficiaires d'un service d'aide à domicile¹. Ces deux enquêtes ont permis d'interroger respectivement 3 482 et 1 195 personnes âgées.

Pour conclure le numéro consacré aux modes de vie et à la prise en charge des personnes âgées, il a paru intéressant d'analyser la manière dont la personne âgée est appréhendée dans EHPA 2000 (volets Gestionnaire et Résident) et SAPAD 2000 (volets Structure et Bénéficiaire) ainsi que l'enquête « Handicaps incapacités dépendance » (HID) dans ses deux premiers volets, en institution (1998) et à domicile (1999).

Sur le plan méthodologique, le point de savoir si, en vertu du protocole, l'enquêteur s'adresse à la personne concernée elle-même - seule ou accompagnée - ou s'il a recours à un tiers, emporte des conséquences majeures sur le contenu des réponses.

L'article montre tout d'abord la concordance entre les répartitions des résidents d'établissements par niveau de dépendance d'après deux types d'information recueillis auprès du gestionnaire lorsqu'elles sont disponibles : le GIR (groupe iso ressources) évalué par une équipe médico-sociale d'une part et un « équivalent GIR » calculé à l'aide des réponses à huit questions simples sur les incapacités de la personne âgée.

Ensuite, la contribution compare les protocoles d'enquête de EHPA, SAPAD et HID en ce qui concerne les circonstances de l'entretien : procédures de sélection de l'individu à interroger au sujet de la personne âgée et contrôle du déroulement de l'entretien.

L'impact de ces différences de protocole est testé sur la répartition par GIR des personnes âgées en établissement dans EHPA et HID 1998, sur le champ commun aux deux enquêtes. Dans cette dernière enquête,

1 - Cf. l'article de Laurent CAILLOT et Annie MESRINE présentant les enquêtes EHPA et SAPAD dans ce numéro.

une personne âgée réputée a priori par le gestionnaire inapte à répondre a été remplacée par une autre tirée au sort alors que dans HID c'est un tiers qui répondait pour elle.

Au sein de l'enquête EHPA, l'article compare enfin les déclarations des gestionnaires au sujet des personnes âgées résidentes et de ces personnes elles-mêmes en ce qui concerne leur autonomie pour la toilette et l'habillement.

Il ressort que l'appréciation de l'autonomie est beaucoup plus nuancée chez les résidents que chez les gestionnaires, ces derniers développant une représentation qui évolue plus brutalement en fonction du GIR de la personne âgée. Plus d'un quart des résidents en GIR 1 et 2 déclarent faire leur toilette ou s'habiller seuls tandis que les gestionnaires estiment qu'une très large majorité de résidents ne peuvent pas accomplir, même avec une aide, ces actes essentiels de la vie quotidienne. À l'autre extrémité de la grille AGGIR, près d'une personne âgée autonome sur dix fait état de besoins d'aide partielle ou totale pour les mêmes tâches, là où le gestionnaire estime que ces résidents sont parfaitement capables de les réaliser seuls.

Ces décalages considérables s'expliquent probablement par des facteurs institutionnels et psychologiques qui influent en particulier sur la perception de l'aide.

L'ESTIMATION DU NIVEAU DE DÉPENDANCE DANS EHPA GESTIONNAIRE : DEUX MÉTHODES CONVERGENTES

On compare la distribution statistique des niveaux de dépendance tels qu'ils sont mesurés par la grille AGGIR (encadré 1), selon les informations recueillies sur les personnes âgées auprès des gestionnaires d'établissements d'hébergement.

deux modes d'interrogation du gestionnaire d'établissement dans EHPA

Dans EHPA, l'information déclarative sur le GIR de la personne âgée est recueillie auprès du gestionnaire de deux manières :

- Tout d'abord, il est demandé au gestionnaire le niveau de dépendance évalué selon la grille AGGIR (il s'agit bien ici d'une évaluation par une équipe médico-sociale). Cette information est sollicitée à la fois pour l'ensemble de la clientèle, pour les nouveaux arrivants de l'année civile 1999 et pour chaque résident permanent interrogé au titre du volet Résident. Elle est disponible pour 3 162 des 3 482 individus de 60 ans et plus.

- Ensuite et en l'absence de cotation du GIR (condition théorique de filtrage), on administre au gestion-

naire une série de dix questions qui portent chacune sur un axe d'incapacité utilisé dans la grille AGGIR. Pour chaque dimension, le gestionnaire indique si la personne âgée fait seule spontanément, totalement, habituellement et correctement (modalité A), si elle ne fait pas seule spontanément (modalité B) ou si elle ne fait pas (modalité C). Cette méthode est analogue à celle utilisée dans HID 1998 et 1999 ; elle permet de calculer un « équivalent GIR » à partir des huit premiers axes (cohérence, orientation, toilette, habillement, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'intérieur), les deux autres axes (déplacements à l'extérieur et communication à distance) n'étant pas pris en compte.

Cette dualité de méthodes se révèle très instructive : lors du déroulement de l'enquête, le gestionnaire a répondu aux questions sur les incapacités dans 1 196 cas où il n'aurait normalement pas dû le faire, d'après les consignes de filtrage du questionnaire, puisqu'il venait de fournir à l'enquêteur le GIR médico-social de la personne âgée. Il est donc possible de comparer les niveaux de dépendance de la personne âgée selon que le GIR est évalué ou calculé à partir d'un jeu de questions.

ENCADRÉ 1 ●

L'ÉVALUATION DU NIVEAU DE DÉPENDANCE D'APRÈS LA GRILLE AUTONOMIE GÉRONTOLOGIQUE GROUPE ISO-RESSOURCES (AGGIR)

La grille AGGIR permet de mesurer l'autonomie dans ses différentes dimensions : cohérence, orientation, toilette, habillement, alimentation, hygiène de l'élimination, transferts, déplacements à l'intérieur du logement ou de l'institution, déplacements à l'extérieur, communication à distance. L'individu est classé selon que pour chacune de ces activités, il fait seul, totalement, habituellement et correctement ; ou bien, il fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement ; ou bien encore, il ne fait pas.

La combinaison de ces critères aboutit à la constitution de 6 groupes iso-ressources (GIR) :

- GIR 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil avec des fonctions intellectuelles gravement altérées ;
- GIR 2 : personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et personnes dont les fonctions mentales sont altérées ;
- GIR 3 : personnes ayant conservé leurs fonctions intellectuelles mais sans autonomie corporelle ;
- GIR 4 : personnes avec autonomie faiblissante et besoins soutenus d'aides ;
- GIR 5 : personnes avec grande autonomie et aide ponctuelle ;
- GIR 6 : personnes autonomes.

***l'équivalent GIR :
une approximation de bonne qualité
du GIR médico-social***

Parmi les 1 196 individus pour lesquels les deux informations sur le GIR sont disponibles, l'équivalent GIR correspond au GIR médico-social dans 1 125 cas (soit 94,3 %). Les 71 autres individus pour lesquels les deux informations ne coïncident pas sont surtout des femmes, vivant en maisons de retraite. Ces deux informations sont néanmoins proches puisque les deux tiers des écarts présentent une amplitude de 1 GIR et 5 écarts sur 6 sont compris entre 1 et 2 GIR. Un tel résultat valide a posteriori les méthodes de reconstitution de GIR - qui sont utilisées dans HID à partir des déclarations des résidents - à partir de réponses du gestionnaires à des questions simples sur les incapacités de la personne âgée, c'est-à-dire sur le fait qu'elle accomplit seule, avec aide ou pas du tout, un acte essentiel de la vie quotidienne.

La fiabilité de l'estimation de l'équivalent GIR dans EHPA est d'autant plus remarquable qu'elle s'appuie sur seulement huit questions relatives chacune à un axe de la grille AGGIR, alors qu'on a recours à un questionnement et à un algorithme de calcul plus complexe pour le calcul de l'équivalent GIR dans HID 1998 et 1999. Les exploitations de HID réalisées par la DREES mobilisent en effet 19 questions qui comportent de 5 à 9 modalités chacune. L'équivalent GIR calculé d'après les indications d'un responsable administratif peut par conséquent être tenu pour une approximation fidèle du GIR évalué par une équipe médico-sociale.

***une cohérence décroissante
avec la sévérité de la dépendance***

Le degré de cohérence de l'équivalent GIR par rapport au GIR évalué par une équipe médico-sociale décroît régulièrement à mesure que le niveau de dépendance s'élève, de 99 % pour le GIR6 à 68 % pour le GIR1. Il reste néanmoins supérieur aux deux tiers, ce qui montre l'intérêt de « récupérer » des équivalents GIR pour des personnes âgées dépourvues d'une évaluation officielle du GIR.

Il peut en résulter une moindre qualité dans l'estimation de la prévalence des GIR indiquant une forte dépendance. Pour autant, la question de la cohérence entre les deux modes de recueil ne se posant que pour un tiers de l'échantillon, la discordance est réduite au niveau de l'ensemble des individus. Elle n'est ainsi que

de 8 % pour le GIR1 et demeure inférieure à 3,5 % dans tous les autres GIR.

À cet égard, le niveau de dépendance obtenu semble plus élevé d'après le GIR estimé par équivalence que dans l'évaluation médico-sociale. Ce phénomène pourrait s'expliquer par une dégradation de l'état de santé de la personne âgée entre le moment de l'évaluation du GIR et les réponses sur les incapacités qui sont fournies, pour leur part, le jour de l'enquête, parfois longtemps après cette évaluation. Il s'agit d'une situation qui concerne davantage le grand âge : les personnes âgées de 88 ans et plus représentent 43 % alors qu'elles ne sont que 37 % dans l'échantillon EHPA.

***LES CIRCONSTANCES DE L'ENTRETIEN :
UN PARAMÈTRE STRUCTURANT***

La priorité donnée à la personne âgée dans les enquêtes statistiques de la DREES ainsi que dans HID (encadré 2) est à l'origine de protocoles d'enquête qui prévoient d'interroger la personne âgée de préférence à un tiers. De ce point de vue, il a paru intéressant de comparer selon ce critère, trois types de résultats :

- la proportion de personnes âgées ayant répondu elles-mêmes (seules ou aidées) dans EHPA (volet Résident) et SAPAD (volet Bénéficiaire) et dans les deux premiers passages de HID en établissement (HID 1998) et à domicile (HID 1999),
- la distribution moyenne des niveaux de dépendance chez les personnes âgées en établissement dans EHPA et HID 1998, sur le champ commun à ces deux enquêtes (cf. partie suivante),
- l'aptitude de la personne âgée à réaliser deux actes essentiels de la vie quotidienne et qui sont utilisés à ce titre comme axes d'incapacités dans la grille AGGIR - la toilette et l'habillement - à travers deux sources d'information dans EHPA : le gestionnaire de l'établissement et la personne âgée résidente (cf. dernière partie).

***la place de la personne âgée dans l'enquête :
trois situations possibles***

Au préalable, on peut ramener les conditions de l'entretien à la partition suivante :

- la personne âgée désignée dans l'échantillon a répondu seule à l'enquêteur,
- elle a répondu elle-même mais accompagnée d'une ou de plusieurs tierces personnes, qui ont assisté ou participé à l'entretien,
- elle a été remplacée par une tierce personne de son entourage ou de l'établissement où elle réside.

2 - Cf. article de Laurent Caillot et Annie Mesrine dans ce numéro.

3 - Pour une description exhaustive notamment sur le plan de sondage, se reporter à Pierre Mormiche, "L'enquête HID de l'INSEE. Objectifs et schéma organisationnel", *Courrier des Statistiques* n°87-88, décembre 1998.

Le repérage a lieu en deux temps. La première étape est la détermination de la personne qui sera effectivement interrogée au début de l'entretien. La seconde étape est constituée par le signalement par l'enquêteur de la qualité du répondant et de la présence de tiers à la fin du questionnement.

Au commencement de l'entretien : la détermination de la personne à interroger

Le choix de l'individu à interroger, concernant une personne âgée donnée, dépend du protocole d'enquête. Dans les deux volets de l'enquête HID, les personnes âgées à enquêter sont déterminées par l'échantillonnage. Une fois sur place, l'enquêteur s'assure que la personne âgée est apte et disposée à être interrogée (le cas échéant avec l'aide d'un tiers) ou autorise un tiers à répondre à sa place. Ces questions sont posées au personnel de l'établissement dans le volet Institution et au membre du ménage qui répond à l'enquêteur dans le volet Domicile. Lorsque l'interview individuelle est commencée, l'enquêteur relève si la personne âgée répond seule, avec l'aide de quelqu'un d'autre ou si c'est un tiers qui répond à sa place.

En revanche, lorsque le tirage des individus à enquêter a lieu en deux étapes - au sein d'un établissement pour EHPA Résident ou, pour SAPAD Bénéficiaire, parmi les membres d'un logement qui a recours aux services d'aide à domicile figurant dans l'échantillon de SAPAD Structure -, l'interview débute alors par une procédure de détermination de l'individu à enquêter. On peut également signaler que pour les personnes âgées placées sous tutelle, l'accord du tuteur est nécessaire pour l'interview.

Par conséquent, le questionnement individuel de SAPAD Bénéficiaire et de EHPA Résident commence par la détermination de la personne qui sera effectivement interrogée - cette personne n'est pas nécessairement celle que désigne le protocole d'échantillonnage - et par l'explicitation des raisons qui président à sa sélection.

Dans SAPAD Bénéficiaire, le module de détermination de la personne enquêtée dans le logement est placé en tête du questionnaire ménages. C'est à l'enquêteur que revient le soin de choisir la personne interviewée parmi les membres du ménage. En effet, l'organisme qui gère le service d'aide à domicile ne communique à l'enquêteur que les coordonnées du ménage

ENCADRÉ 2 ●

L'ENQUÊTE HANDICAPS-INCAPACITÉS-DÉPENDANCE (HID)

Contrairement à EHPA et SAPAD (volet Bénéficiaire-questionnaire personnes âgées) où les personnes âgées constituent l'objet direct de l'enquête (respectivement via l'hébergement en établissement et l'aide professionnelle à domicile), l'enquête HID, menée en population générale, s'attache à la fois à la dépendance des personnes âgées et à la situation des personnes handicapées.

Cette dernière poursuit trois principaux objectifs : mesurer le nombre des personnes handicapées ou dépendantes, évaluer les flux d'entrée et de sortie en incapacité, mieux connaître les aides existantes et les besoins des personnes. Les personnes sont interrogées quel que soit leur mode de vie, en établissement ou à domicile (le domicile propre ou un domicile d'accueil familial). Le choix d'un questionnaire unique - moyennant des adaptations entre les vagues - découlait de la volonté d'observer les incapacités et les dépendances en référence à des grilles d'évaluation communes.

L'enquête HID a été conçue d'emblée comme une enquête individuelle - qui porte notamment directement sur des personnes âgées - dans ses deux volets, en institution et à domicile. Dans le volet Institution, les seuls renseignements demandés à l'établissement, en tête de questionnaire - en dehors du nombre de pensionnaires et de la proximité des équipements publics par rapport à l'établissement -, sont relatifs à l'existence d'une raison de santé qui explique l'entrée en institution, la présence en section de cure médicale, la reconnaissance d'un taux d'invalidité ou d'incapacité et l'aptitude à répondre (seul ou aidé) à l'enquête.

Conduite en deux passages pour chaque volet, il s'agit d'une enquête longitudinale, qui permet le suivi des situations individuelles sur une période de deux ans, à l'aide de deux panels constitués, lors du premier passage, l'un de personnes vivant à domicile et l'autre de personnes vivant en institution. Le dispositif comprend donc quatre interrogations : deux vagues en institution en octobre-décembre 1998 et à la rentrée 2000, et deux vagues à domicile en mars 1999 et fin 2001. L'enquête HID fournit de ce fait des données sur certaines trajectoires des personnes âgées : passages entre domicile et établissement, changement de type d'établissement, médicalisation de la prise en charge.

Le protocole d'enquête est centré sur la personne. Dans HID 1998 et HID 1999, les instructions de collecte précisent qu'« on devra rechercher, avec plus d'insistance que pour d'autres enquêtes, à interroger la personne désignée par le tirage au sort (ou remplacée par le suivant si elle est absente), même si elle présente une certaine incapacité, plutôt que de préférer systématiquement un proche ou un membre du personnel soignant ». Néanmoins, l'incapacité à répondre (au sens de répondre seul ou aidé par un tiers) au questionnaire n'entraîne pas la mise à l'écart de la personne âgée. Celle-ci peut se faire assister ou suppléer par un membre du personnel soignant ou administratif, un parent ou un éventuel tuteur.

dans lequel vit le bénéficiaire. Le logement est identifié, le plus souvent, par la personne qui a effectué les démarches. Celle-ci peut être différente (conjoint, enfant...) de la personne âgée qui nécessite l'aide à domicile du fait d'un problème de santé ou de handicap, même si l'aide professionnelle à domicile profite à l'ensemble du ménage.

Un des résultats de l'enquête est que le recours à cette aide s'explique massivement (à près de 85 %) par des difficultés de réalisation de certaines tâches en raison de l'état de santé. Il est par conséquent pertinent de chercher à interroger directement la personne qui est le fait générateur du recours plutôt qu'un autre membre du ménage. Si l'aide à domicile se limite aux tâches ménagères, la personne à interroger est l'interlocuteur privilégié de l'aide à domicile ; sinon, l'enquêteur considère la personne la plus concernée par l'aide, à condition qu'elle soit apte à répondre aux questions. Lorsqu'elle n'est pas présente ou qu'elle ne peut répondre au questionnaire, c'est alors par défaut l'interlocuteur privilégié de l'aide à domicile qui est interviewé. Cette personne interrogée en substitution à l'individu désigné, dont l'enquêteur indique la qualité avant le commencement de l'entretien individuel, appartient au ménage dans la majorité des cas.

À l'inverse, dans EHPA Résident le choix des personnes âgées intervient au terme du questionnaire Gestionnaire et en accord avec le responsable de l'établissement. Lorsqu'il n'est pas possible d'interroger une personne désignée par suite d'un refus, soit du questionnaire, soit de la personne âgée, l'enquêteur précise les conditions de ce refus par un questionnaire complémentaire (Refus des personnes âgées). Celui-ci porte sur l'auteur du refus (l'institution ou la personne), la cause de ce refus (le gestionnaire refuse, l'établissement pense que la personne est inapte), l'origine du choix de la personne âgée à inscrire dans l'échantillon (l'enquêteur ou le gestionnaire). Le traitement appliqué aux cas de refus est important pour connaître les circonstances du remplacement d'un individu par un autre ; le GIR de la personne refusée (ou à défaut le fait qu'elle soit très désorientée et/ou très handicapée) est ainsi relevé afin de repérer un éventuel biais lié à un effet de sondage.

au terme de l'entretien : qui a répondu et comment ?

Le repérage des circonstances de l'entretien ne serait pas rigoureux si l'enquêteur ne procédait pas au signalement a posteriori de l'éventuelle présence ou de la participation de tierces personnes à l'entretien. Dans les trois enquêtes considérées ici, il doit préciser la qualité de ces accompagnateurs ou leurs liens avec la personne âgée.

Dans HID 1998, l'enquêteur doit indiquer, au terme de l'entretien, qui a effectivement répondu : la personne désignée seule, la personne désignée assistée d'une ou plusieurs tierces personnes, une tierce personne à la place de la personne âgée. Il est possible de connaître la présence et la participation (définie comme le fait d'avoir « effectivement répondu au questionnaire ») de quatre types d'acteurs : la personne elle-même, un membre de l'administration, un membre du personnel soignant ou éducatif, un parent ou ami.

Dans EHPA Résident, l'enquêteur précise si la personne âgée est seule ou non pendant l'entretien, il indique les circonstances de l'interview (personne seule, personne âgée avec l'aide d'un tiers, un tiers à sa place) et, le cas échéant, la qualité du répondant en cas de substitution : parent ou ami.

Dans SAPAD Bénéficiaire comme dans HID 1999, ce repérage est mené pour chacun des membres du ménage, préalablement identifié dans le tableau de composition du ménage qui fournit leurs liens respectifs avec la personne âgée (parenté ou entourage, fourniture d'aide...). Pour SAPAD Bénéficiaire, l'enquêteur mentionne si chaque membre a assisté voire participé à l'entretien et il complète cette liste par d'éventuels autres personnes présentes ou participantes : un ami ou un voisin, mais aussi un intervenant à domicile de la structure auprès de laquelle l'enquêteur a obtenu les coordonnées de l'enquêté qui a été tiré.

Enfin, l'enquêteur est parfois interrogé, au terme de l'entretien, sur la pertinence des réponses apportées par la personne âgée. Au second passage de HID 1999, son jugement lui est demandé sur la qualité des réponses recueillies, avec cinq items possibles : très bonne qualité, qualité correcte, qualité incertaine, qualité médiocre, nombreuses réponses non obtenues (ne sait pas, refus, omissions...). Il peut également arriver, comme dans EHPA, que l'enquêteur commente la cohérence des réponses et délivre des commentaires libres sur la fiabilité des données recueillies. Est-il souhaitable de prendre en compte de telles données d'ambiance dans l'exploitation des enquêtes, et si oui, de quelle manière ? Une question ouverte est-elle préférable à une question par modalités pour forcer le renseignement et faciliter l'exploitation ? Ce sont autant de questions qui peuvent être soulevées au sujet d'une population fragile dont les déclarations ne sont pas toujours cohérentes.

EHPA et SAPAD : des enquêtes en prise directe avec la personne âgée

Le recueil d'information sur les conditions de l'entretien qui est étudié ici est assuré par les questions renseignées par l'enquêteur au terme des questionnements. Il convient de préciser que les résultats pré-

sentés (graphique 1) sont valables pour les personnes enquêtées de 60 ans et plus, ce qui a conduit à écarter de l'analyse 3 % des résidents EHPA.

Dans EHPA Résident, l'individu qui répond à l'enquêteur est presque toujours la personne âgée, seule à 92 % et aidée à 5 %. Ces fortes proportions décroissent plus nettement chez les nonagénaires. Les personnes classées en GIR 1 sont les plus fréquemment remplacées par un tiers pour l'entretien. Le protocole d'enquête permet donc d'interroger directement et seules la moitié des personnes âgées en GIR1 et plus de 85 % des individus de GIR 2 ou plus.

Dans HID 1998, les répondants se répartissent, de manière équilibrée à tous les âges, entre 37 % pour la personne âgée seule, 27 % pour la personne âgée aidée et 36 % pour la personne âgée remplacée par un tiers. Les personnes âgées en GIR1 sont remplacées pour deux tiers d'entre elles et aidées pour un tiers. La proportion des individus qui répondent s'accroît régulièrement du GIR2 au GIR6 ; à partir du GIR4, la part des personnes répondant en personne, seules ou aidées, est supérieure à 90 %.

À domicile, les répondants à SAPAD Bénéficiaire sont les personnes âgées seules à 70 % et les person-

nes âgées aidées dans un quart des cas. La part des individus répondant eux-mêmes (seuls ou aidés) s'accroît avec l'âge, ce qui est probablement lié avec :

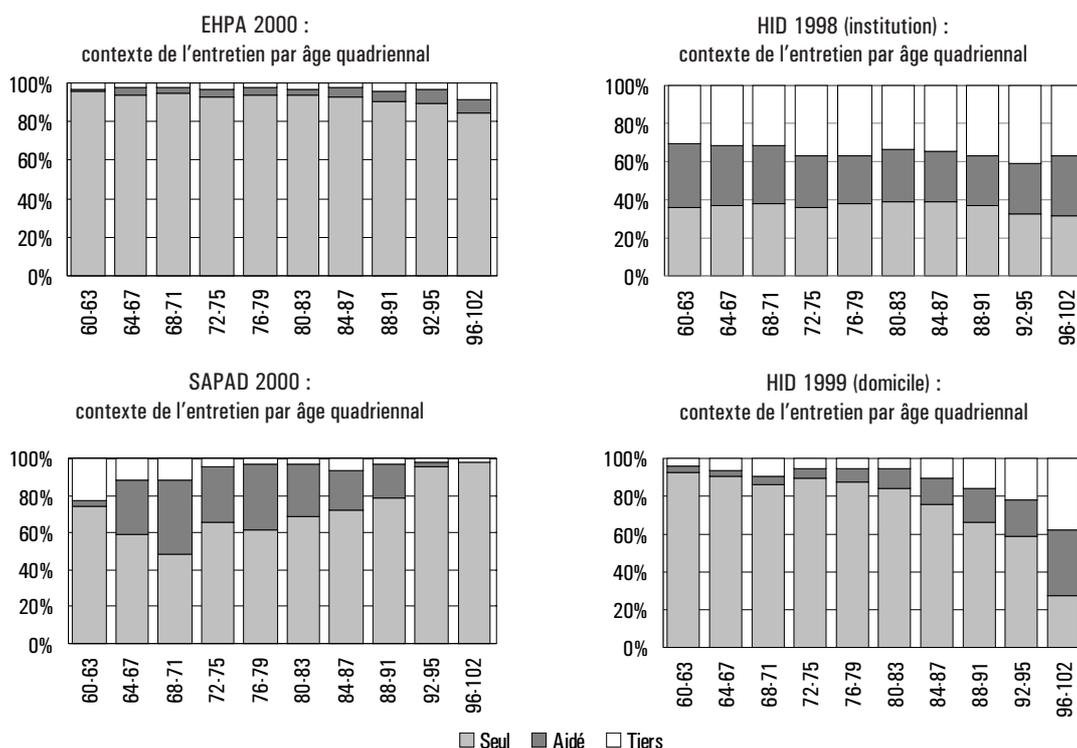
- le degré moyen d'autonomie qui est plus important, aux âges élevés, chez les personnes restées à domicile que chez les personnes vivant en institution ;
- la taille décroissante du ménage qui limite les possibilités d'aide lors de l'entretien, ou de réponse de tiers à la place de la personne âgée.

Toutefois, les résultats de HID 1999 sont sensiblement différents : jusqu'à 83 ans, plus de 90 % des personnes âgées répondent seules ; au-delà, cette proportion chute fortement au profit des personnes aidées et remplacées par un tiers.

En définitive, le fait d'interroger la personne âgée qui a été désignée pour l'enquête, puis de contrôler l'application de cette consigne satisfait des objectifs à la fois opérationnel (la conduite de l'enquête) et scientifique (la connaissance de cet élément de contexte). Ce critère est ensuite utilisé pour analyser, dans EHPA (volets Gestionnaire et Résident), la répartition des personnes âgées d'après la grille AGGIR et les réponses aux questions sur l'accomplissement de la toilette et de l'habillement.

GRAPHIQUE 1 ●

Origine des réponses dans les enquêtes EHPA, SAPAD et HID 1998 et 1999



LA RÉPARTITION PAR NIVEAUX DE DÉPENDANCE SELON EHPA GESTIONNAIRE ET HID INSTITUTION

Afin de mesurer l'effet des circonstances de l'entretien, la répartition par GIR des résidents est comparée dans HID - où l'aptitude a priori à répondre à l'enquêteur, telle qu'elle a été appréciée par le gestionnaire, ne constituait pas un critère d'exclusion de la personne âgée de l'échantillon - et EHPA où l'enquêteur avait pour consigne de remplacer les personnes âgées qu'il était impossible d'interroger elles-mêmes. La comparaison est menée sur le champ commun aux deux enquêtes (encadré 3).

une distribution des niveaux de dépendance sensiblement différente selon le protocole d'enquête

La procédure de sélection de la personne âgée à enquêter et les circonstances de l'entretien (personne seule, aidée ou interrogée via un tiers) induit une répartition des niveaux de dépendance très variable comme en témoigne la comparaison entre les enquêtes HID et EHPA Résident. Pour cette dernière enquête, on s'est limité au cas de figure des personnes âgées résidentes qui répondent seules (à 92 %).

ENCADRÉ 3 ●

LE CHAMP COMMUN AUX DEUX ENQUÊTES EHPA ET HID INSTITUTION

Les bases de sondage des enquêtes EHPA et HID Institution (1998) ne se recoupent pas en totalité. Par rapport à celui d'HID 1998, le champ de l'enquête EHPA est en effet à la fois :

- *partiellement identique s'agissant des maisons de retraite autonomes ou dépendant d'un hôpital, avec ou sans section de cure médicale, et des unités de soins de longue durée ;*
- *plus large : les logements-foyers, rentrent dans le périmètre de EHPA mais pas dans celui d'HID Institution ;*
- *plus restreint : le champ de EHPA ne s'étend ni aux foyers pour adultes handicapés, ni aux institutions psychiatriques qui hébergent une petite minorité de répondants à HID Institution.*

Pour établir une comparaison, il est nécessaire de travailler sur leur champ commun :

Le type d'établissements enquêtés : on ne retient que les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée de part et d'autre. Sont ôtés à EHPA les logements-foyers (25 % des effectifs, où l'incidence des GIR 6 est très majoritaire, et à HID Institution, les foyers pour adultes handicapés (1 % des individus, où les personnes âgées sont plus dépendantes) et les institutions psychiatriques (2 % des individus, où la répartition est proche de la moyenne).

Pour tenir compte des différences de méthodes d'enquête, il est également nécessaire d'écarter les enquêtés d'HID, incapables de répondre et pour lesquels un tiers a répondu. En effet, dans EHPA les résidents réputés a priori inaptes à répondre par le gestionnaire sont remplacés par un autre résident à enquêter. On retire donc de la base de comparaison les individus HID qui ont été considérés comme inaptes à répondre par l'établissement et qui ont tout de même été enquêtés, en maison de retraite (21 % de l'échantillon, soit le quart des résidents enquêtés de ces établissements) et en unités de soins de longue durée (6 %, soit près de la moitié des résidents de ces unités).

Sur le champ commun aux deux enquêtes, on ne dénombre plus que 70 % des individus de l'échantillon, et 75 % des individus de l'échantillon de EHPA (tableau ci-dessous).

Le champ commun aux enquêtes EHPA 2000 et HID 1998

	EHPA		HID 1998 institutions : Aptitude à répondre (seul ou aidé)					
	Nombre	%	Oui et NSP		Non		Ensemble	
			Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<i>Catégories d'établissements communes aux deux enquêtes</i>	2567	74,5	4748	69,7	1857	27,3	6605	97,0
Maisons de retraite	2164	61,3	4253	62,1	1431	21,0	5684	83,1
Unités de soins de longue durée	403	13,2	495	7,6	426	6,3	921	13,9
<i>Catégories d'établissements différentes entre les deux enquêtes</i>	915	25,5	351	1,9	189	1,1	540	3,0
<i>Ensemble des individus enquêtés</i>	3441	100,0	5099	71,6	2046	28,4	7145	100,0

Lecture : le champ commun aux deux enquêtes est représenté en grisé

Dans HID, les résidents qui répondent seuls à l'enquêteur sont à près de 60% des personnes âgées entièrement autonomes (GIR6) et la proportion de personnes lourdement dépendantes est très réduite. La répartition par niveau de dépendance est très différente pour les résidents ayant été aidés par un tiers ou encore pour lesquels c'est un tiers qui a répondu pour eux (tableau 1). Le profil moyen de dépendance des personnes âgées qui répondent seules à EHPA Résident se révèle aussi très différent de celui de l'ensemble des répondants à HID, avec notamment une faiblesse prononcée de la proportion des résidents les plus dépendants (4 % contre 10 % en GIR1). Ce profil est pour les GIR1 et 2 relativement proche de celui des répondants seuls ou aidés dans HID 1998.

L'explication la plus probable est un effet de sélection lié au protocole de l'enquête EHPA : la consigne donnée à l'enquêteur de remplacer le résident « inapte » par un autre tiré au sort puis d'interroger en priorité la personne âgée seule a sans doute conduit à interviewer selon ce mode des personnes âgées en moyenne moins dépendantes qu'en l'absence d'une telle consigne. Cependant, concernant les données déclaratives recueillies, l'insistance du protocole d'enquête EHPA Résident sur l'interrogation directe de la personne âgée a recueilli des réponses personnelles de la part de résidents plus dépendants que dans HID.

On dispose ainsi, grâce à EHPA Résident, d'informations sans influence extérieure immédiate lors de leur recueil là où l'enquête HID donnait lieu à une interrogation assistée par un tiers, le plus souvent un membre du personnel de l'établissement. Les données recueillies sont différentes dans les deux enquêtes, moins « sûres » dans l'enquête EHPA car plus entachées de biais cognitif, mais plus « sincères », plus proches de l'état d'esprit des répondants.

REGARDS CROISÉS SUR L'AUTONOMIE POUR LA TOILETTE ET L'HABILLAGE D'APRÈS L'ENQUÊTE EHPA

comparaison des questions posées au gestionnaire de l'établissement et au résident répondant seul

Dans ses deux volets Gestionnaire et Résident, l'enquête EHPA comprend un jeu de questions sur les incapacités de la personne âgée. Deux questions relatives aux soins du corps et portant respectivement sur la toilette et l'habillement sont ainsi posées au gestionnaire au sujet de la personne âgée, puis à la personne âgée elle-même (tableau 2).

Le choix de la toilette et de l'habillement a semblé le plus intéressant dans la mesure où ces deux domaines

sont bien délimités, ce qui facilite l'interprétation des réponses par rapport au questionnement. Il convient de préciser que ces réponses sont exploitées alors même que les deux axes de dépendance (toilette et habillement) rentrent dans les paramètres de calcul du GIR de la personne âgée. Par ailleurs, en matière d'habillement, les déclarations du résident sont croisées avec les réponses à la question au sujet de l'appréciation qu'elle porte sur l'aide dont elle bénéficie, qui lui est posée peu après.

Les exploitations ci-après sont menées sur environ un tiers de l'échantillon à l'aide de deux critères de sélection :

- afin d'éliminer les éventuels biais liés à une influence extérieure au cours de l'entretien, on considère tout d'abord le champ des résidents ayant répondu seuls à l'enquêteur,
- pour pouvoir comparer les perceptions du gestionnaire et du résident, on retient ensuite les personnes âgées pour lesquelles on dispose à la fois de leurs propres déclarations au sujet de l'autonomie pour la toilette et l'habillement (les réponses « ne sait pas » étant éliminées) et des déclarations du gestionnaire les concernant sur ces deux mêmes aspects.

Parmi les 1 221 personnes âgées ainsi sélectionnées, on constate une sur-représentation des pensionnaires de logements-foyers (6 sur 10 individus de l'échantillon) et une sous-représentation des résidents de maisons de retraite et d'unités de soins de longue durée (1 cas sur 4). Compte tenu de cet effet de structure, les 1 221 sujets sont nettement moins dépendants que l'ensemble de l'échantillon EHPA, une majorité d'entre eux étant classée en GIR6.

TABLEAU 1 ●

répartition par degré de dépendance des enquêtés
selon la situation d'enquête dans EHPA et HID

	GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	GIR5	GIR6	Ensemble
EHPA (seul)	4	21	16	22	13	24	100
HID (seul ou aidé)	3	21	12	8	11	45	100
HID (seul)	-	9	8	8	13	62	100
HID (aidé)	3	27	14	10	11	35	100
HID (tiers)	15	38	18	4	8	17	100
HID (total)	10	27	13	7	9	34	100

Lecture : L'équivalent GIR dans HID 1998 est calculé à partir des déclarations de la personne âgée. Dans EHPA Gestionnaire, le GIR utilisé est l'évaluation médico-sociale du GIR lorsqu'elle est connue, et à défaut l'équivalent GIR calculé à partir des réponses du gestionnaire aux questions sur les incapacités de la personne âgée. La situation d'enquête est renseignée par l'enquêteur dans les deux cas.

*une appréciation plus sévère et plus tranchée
chez les gestionnaires que chez les résidents*

Pour la toilette comme pour l'habillement, l'appréciation du degré d'autonomie des personnes âgées est en moyenne plus sévère chez le gestionnaire que de la part du résident (tableau 3).

Au sein du sous-échantillon considéré (1 221 personnes âgées), 72 % des résidents déclarent faire leur toilette seuls tandis que cette proportion n'est que de 60 % du point de vue des gestionnaires ; 75 % des personnes âgées disent pouvoir s'ha-

billier seules alors que 68 % des résidents réalisent cette action de manière autonome selon les gestionnaires.

L'analyse des réponses par GIR montre que le sens et l'ampleur de ce décalage varient considérablement avec le niveau de dépendance de la personne âgée. De plus, le niveau de dépendance qui présente les écarts maximaux entre déclarations des gestionnaires et des résidents est le GIR4.

Les déclarations des gestionnaires selon lesquelles les résidents accomplissent la toilette ou l'habillement de manière autonome (« seuls spontanément,

TABLEAU 2 ●

questions sur la toilette et l'habillement dans EHPA 2000, Gestionnaires et Résidents

Module d'enquête/ Axes de dépendance	EHPA Résidents Soins du corps	EHPA Gestionnaires Questions sur les résidents
Toilette	Faites-vous votre toilette seul ?	<p>Pour chaque axe :</p> <p>La personne âgée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fait seule spontanément, totalement, habituellement et correctement • ne fait pas seule spontanément • ne fait pas
	• oui, seul	
	• oui, avec de l'aide	
	• ne sait pas	
Habillage	Pouvez-vous vous habiller seul ?	
	• oui, seul	
	• oui, avec de l'aide	
	• non	
	• ne sait pas	

TABLEAU 3 ●

perceptions des gestionnaires et des résidents sur l'autonomie de ces résidents
pour la toilette et l'habillement selon le niveau de dépendance de la personne âgée dans EHPA 2000

En % pondérés

	GIR 1-2		GIR 3		GIR 4		GIR 5		GIR 6		Ensemble	
	Gestionnaire	Résident										
Toilette												
Fait seul	4	21	2	37	5	44	36	79	100	95	60	72
Avec aide	15	35	19	41	89	51	59	20	0	4	23	20
Non	81	44	79	22	6	5	5	1	0	1	17	8
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Habillage												
Fait seul	7	34	5	47	17	65	95	80	100	89	68	75
Avec aide	15	36	32	21	82	23	4	5	0	1	18	10
Non	78	30	63	32	1	12	1	15	0	10	14	15
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Effectifs	127		111		203		113		674		1 221	

Champ : personnes âgées résidentes répondant seules à l'enquêteur.

Lecture : pour chaque niveau de dépendance, on compare la répartition des personnes âgées d'après les deux sources d'information, gestionnaire et résident. 4 % des gestionnaires estiment que les résidents de GIR 1 à 2 font leur toilette seuls tandis que 21 % de ces mêmes résidents déclarent faire leur toilette seuls.

« Avec aide » signifie « ne fait pas seul spontanément » pour le gestionnaire et « fait avec de l'aide » pour le résident. « Non » signifie « ne fait pas » pour le gestionnaire et « ne peut pas le faire moi-même » pour le résident.

totale, habituellement et correctement ») connaissent une évolution brutale en fonction du GIR. Les personnes reconnues comme dépendantes (GIR 1-2 à 4) seraient ainsi très minoritaires dans ce cas de figure, de 2 à 5 % pour la toilette et de 5 à 17 % pour l'habillement. En ce qui concerne la toilette, il n'y a pas d'amélioration des GIR 1-2 au GIR4.

Pour leur part, les déclarations des personnes âgées elles-mêmes font apparaître une amélioration régulière de l'autonomie en fonction du GIR. La part des résidents qui s'estiment autonomes passe d'une minorité (21 % pour la toilette et 34 % pour l'habillement) des résidents de GIR 1-2 à 80 % en GIR5.

Par ailleurs, le rôle que joue l'aide partielle à la personne âgée - au sens où celle-ci fait sa toilette ou peut s'habiller avec une aide - apparaît très contrasté selon l'origine des réponses. D'après les gestionnaires, l'aide partielle n'interviendrait massivement qu'à partir du GIR4 pour la toilette (89 %) comme pour l'habillement (82 %) et elle concerne encore, en ce qui concerne la toilette, une majorité de personnes âgées en GIR5. Pour leur part, la plupart des personnes âgées en GIR4 déclarent faire leur toilette ou pouvoir s'habiller seules. En outre, pour les résidents, le recours à l'aide partielle s'établit à un niveau relativement stable, proche d'un tiers des personnes dont le GIR est compris entre 1-2 et 4, avant de diminuer graduellement jusqu'au GIR6.

Au niveau du GIR6, l'appréciation des résidents eux-mêmes montre qu'une part non négligeable de personnes âgées estime ne pas pouvoir s'habiller seules (11 % au total) ou avoir besoin d'une aide partielle ou complète pour la toilette (5 % au total). De leur côté, les gestionnaires considèrent que la totalité des personnes âgées classées dans ce niveau de dépendance réalisent ces tâches en autonomie.

En résumé, les déclarations des responsables d'établissement se différencient de celles des résidents sur trois points principaux. Tout d'abord, les gestionnaires évaluent de manière beaucoup plus sévère l'autonomie pour la toilette et l'habillement chez les personnes lourdement et moyennement dépendantes (GIR 1-2 à 4). Ensuite, ils estiment l'ampleur des besoins d'aide partielle chez les personnes de GIR 4 à 5 à un niveau nettement plus important que ce que disent les résidents. Enfin, ils ne considèrent pas que les résidents reconnus comme autonomes (GIR6) présentent des besoins d'aide, tandis que les intéressés sont 1 sur 10 à en exprimer.

Ces résultats - valables sur un sous-échantillon de près de 1 200 personnes réparties par GIR - sont corroborés par la comparaison directe des réponses individuelles du gestionnaire et de la personne âgée en matière de toilette et d'habillement, sous l'hypothèse assez vraisemblable que les modalités de réponse correspondent deux à deux (tableau 4).

Les perceptions du gestionnaire et de la personne âgée coïncident à environ 70 %. L'autonomie vue par le gestionnaire est plus faible que celle revendiquée par la personne âgée dans environ un cinquième à un quart des cas et elle n'est plus élevée que pour peu de cas, 5 % pour la toilette et 11 % pour l'habillement.

Le « pessimisme » des gestionnaires (ou l'« optimisme » des résidents) s'explique probablement par la combinaison de facteurs institutionnels et de dispositions psychologiques.

des facteurs multiples à l'origine des décalages de représentation

Sur le plan institutionnel, le niveau de dépendance mesuré par le GIR relève, pour le responsable de l'établissement, de l'outil de gestion. La brutalité de l'évolution des réponses aux questions sur les capacités des personnes âgées en matière de toilette et d'habillement donne à penser que les représentations des gestionnaires sont nettement orientées par les catégories administratives de la dépendance. Dans l'enquête EHPA (volet gestionnaire), les questions sur les incapacités des résidents interviennent en effet peu après le recueil du GIR médico-social. L'adéquation patente entre GIR d'une part et capacité reconnue aux résidents pour ces deux tâches essentielles de la vie quotidienne semble témoigner d'une induction directe de la connaissance d'un niveau de dépendance dans les repré-

TABLEAU 4 ●

comparaison des réponses des gestionnaires et des résidents sur l'autonomie pour la toilette et l'habillement dans EHPA

Déclaration du gestionnaire	Déclaration du résident				Ensemble
	Fait seul	Ne fait pas seul	Ne fait pas	Ensemble	
Toilette					
Fait seul	56	3	1		60
Fait avec aide	12	10	1		23
Ne peut pas	4	7	6		17
	72	20	8		100
Habillement					
Fait seul	60	1	7		68
Fait avec aide	11	4	3		18
Ne peut pas	4	5	5		14
	75	10	15		100

Lecture : les nombres en gras matérialisent la concordance des perceptions du gestionnaire et du résident au sujet de la capacité de ce dernier à effectuer sa toilette ou à s'habiller. Au-dessous de la diagonale ainsi formée, le gestionnaire porte une appréciation plus pessimiste que la personne âgée. À l'inverse, c'est au dessus de cette ligne, que le résident déclare une capacité inférieure à celle dont témoigne la réponse du gestionnaire.

sentations des gestionnaires. Ainsi, les gestionnaires interprèteraient relativement mécaniquement la situation de la personne âgée comme relevant d'un besoin structurel de prise en charge par l'institution en GIR 1 à 4 et au contraire ne justifiant pas d'intervention en GIR6.

En outre, le rôle de l'aide est vraisemblablement entendu différemment selon les deux types d'acteurs : l'hypothèse peut être faite que l'aide apportée par l'institution n'est pas toujours perçue par la personne âgée qui ignore ou sous-estime certains actes périphériques : préparation des objets, préparation psychologique, accompagnement, surveillance. À l'inverse, ceux-ci entrant statutairement dans le travail des personnels sont naturellement appréciés comme aide par le gestionnaire.

Si les déclarations des résidents conduisent à une appréciation plus nuancée des besoins d'aide, il convient néanmoins de prendre en compte le fait que les personnes âgées tendent aussi, le plus souvent, à « positiver » leur mode de vie. Cet optimisme des résidents quant à leur autonomie se remarque en particulier aux niveaux élevés de dépendance (GIR 1 et 2) où la proportion de personnes âgées déclarant n'avoir besoin d'aucune aide pour la toilette ou l'habillement semble marquée par cette attitude.

La perception plus favorable de la part des personnes âgées ne paraît du reste pas liée avec un jugement significativement positif ou négatif sur l'aide qui leur est, le cas échéant, effectivement apportée pour l'ha-

billage. Lorsqu'on leur demande de qualifier ce soutien, les résidents qui se prononcent estiment très majoritairement, à près de 90 %, que l'aide est adaptée, les autres déclarant qu'elle est insuffisante. Cet éclairage complémentaire incite à penser que l'origine des différences dans les réponses des gestionnaires et des résidents serait plutôt à rechercher en termes de représentations que sur le plan de l'intensité de l'aide apportée par l'établissement d'une part et reçue par la personne âgée d'autre part.

Enfin, il n'est pas exclu que la formulation des questions et des modalités de réponse - notamment entre l'action habituelle et la capacité à faire - ait pu conduire à des variations dans les réponses. La capacité de faire sa toilette soi-même n'est pas équivalente au fait de l'accomplir effectivement soi-même.

L'étude souligne l'intérêt de confronter le point de vue de la personne âgée avec la représentation institutionnelle à son sujet lorsque ces deux informations sont disponibles et tirer de ces différences d'optique des enseignements pour améliorer les modes de vie de ces personnes.

En conclusion, il apparaît essentiel d'interroger en priorité la personne âgée et, à tout le moins, de prendre en compte le paramètre des circonstances de l'entretien dans les exploitations statistiques destinées à mesurer par exemple leur degré de satisfaction quant à leur mode de vie ou la qualité des prestations qui leur sont dispensées en institution. ■

EXTRAITS DES QUESTIONNAIRES DES ENQUÊTES EHPA et SAPAD

*les questions (et réponses possibles)
exploitées pour les diverses études
du présent dossier de Solidarité et Santé*

I - EXTRAITS DU QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE EHPA

Questionnaire « résident »

A - CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

A1 - sexe de la personne

A2 - année de naissance

A5 - état matrimonial Actuel

[célibataire ; marié(e) ; veuf, veuve ; divorcé(e) ; séparé(e), en cours de divorce.]

A6 - Vivez-vous en couple ? [oui, non]

A7 - Votre conjoint vit-il :

[dans l'établissement ? au domicile commun ? chez des parents ? dans un autre établissement pour personnes âgées ?]

A8- Depuis combien de temps, êtes-vous seul(e) ? [années]

A9- Combien avez-vous d'enfants vivants ? [nombre]

A10 - Combien avez-vous de petits-enfants vivants ? [nombre]

A11 - Combien d'enfants ou de petits enfants vous rendent visite régulièrement ? [nombre]

A12 - Dans quel type de logement ou d'établissement étiez-vous juste avant votre première entrée ici ?

[au domicile personnel ; au domicile d'un de vos enfants ou d'un autre parent ; au domicile d'un ami, d'une amie ; dans une famille d'accueil (accueil familial agréé) ; dans un logement-foyer ; dans une maison de retraite ; dans un service de soins de suite et de réadaptation d'un établissement de santé : moyen séjour ; dans une unité de soins de longue durée d'un établissement de santé : long séjour ; dans un service de courte durée d'un établissement de santé ; dans un service psychiatrique ; dans un établissement d'hébergement pour adultes handicapés ; autre.]

B - L'ENTRÉE

B1 - Qui a fait la demande d'entrée dans cet établissement ? (plusieurs réponses possibles)

[vous-même ; votre conjoint ; vos enfants ; l'hôpital ; votre médecin traitant ; l'assistante sociale de secteur ; ne sait pas.]

B2 - Pour quelles raisons, êtes-vous entré-e, dans cet établissement ? (plusieurs réponses possibles)

[à la suite d'un accident de santé ; car votre état de santé s'était dégradé ; car vous l'avez décidé ; pour trouver les aides médicales dont vous aviez besoin ; pour trouver les aides à la vie quotidienne dont vous aviez besoin ; car votre logement précédent n'était plus adapté à vos besoins ; vous avez été placé(e) ; car votre famille l'a décidé ; après le décès de votre conjoint ; après une rupture dans le réseau d'aides ; Autres raisons : préciser]

B3 - Pourquoi avez-vous choisi cet établissement ? (plusieurs réponses possibles)

[Sans objet (la personne âgée n'a pas choisi l'établissement ; car vous le connaissiez ; car il est proche du domicile de votre conjoint ; car il est proche du domicile de vos enfants ; car il est en centre ville ; car il est à la campagne ; car il vous a été conseillé par votre médecin ; car il vous a été conseillé par une assistante sociale.)]

C - L'ACCUEIL

C1 - Avez-vous visité l'établissement avant d'y entrer ? [oui, non, ne sait pas]

C3 - Connaissez-vous l'existence de : [oui, non, ne sait pas :

livret d'accueil ; règlement intérieur ; contrat de séjour ; contrat de placement ; charte des droits et libertés ; conseil d'établissement.]

D - L'HEBERGEMENT

D1 - En maison de retraite ou en unités de soins de long séjour, occupez-vous une chambre à :

[un lit ? deux lits ? trois ou quatre lits ? cinq lits et plus ?]

D2 - En foyer logement, occupez-vous un appartement de type : [F1 ? F1 bis ? autre ?]

D3 - Avez-vous apporté des meubles qui viennent de votre domicile dans votre pièce, votre logement ?

[oui, non, ne sait pas]

D8 - Votre nom est-il inscrit sur la porte ? [oui, non]

D9 - Pouvez-vous fermer votre chambre ou votre studio à clé ? [oui, non, ne sait pas]

D10 - Le personnel frappe-t-il à la porte avant d'entrer ?

[sans objet ; oui, parfois ; oui, toujours ; non ; ne sait pas.]

F - LA RESTAURATION

F4 - Estimez-vous que la nourriture servie

[est bonne ? a un goût convenable ? est mauvaise ? ne sait pas.]

F5 - Avez-vous déjà obtenu le changement du plat principal ?

[non, ce n'est pas possible ; non, vous ne l'avez jamais demandé ; non, vous ne savez pas si vous pouvez le demander ; oui.]

F10 - Pouvez-vous boire du vin, de la bière ou de l'alcool à table ?

[sans objet : il n'y a pas de vin, pas de bière ni alcool à table, ou vous ne le souhaitez pas ; non ; oui, un verre ; oui, à volonté ; ne sait pas.]

G - LES SOINS

G3 - Pour la prise des médicaments prescrits par le médecin

[sans objet : vous ne prenez pas de médicament ; vous les prenez seul(e) ? on vous les prépare pour la journée, ou la semaine dans un pilulier ? on vous les distribue matin midi et soir ? ne sait pas.]

G7 - Lorsque vous avez mal ou que vous souffrez (douleur physique), pouvez-vous prendre un médicament pour calmer la douleur ?

[sans objet : je ne souffre pas ; oui je le prends tout(e) seul(e) ; oui, le personnel me le donne à la demande ; non, il faut que je vois le médecin avant ; non, j'attends que ça passe ; ne sait pas.]

G8 - Vous arrive-t-il de vous sentir triste, angoissé(e), ou déprimé(e) ? [oui, non, ne sait pas]

G12 - Diriez-vous que vous dormez

[plutôt bien ? cela dépend des nuits ? plutôt mal, sommeil très court, fatigues ? ne sait pas.]

H - LES SOINS DU CORPS

H1 - Faites-vous votre toilette seul(e) ?

[oui, seul(e) ; oui, avec de l'aide ; ne sait pas ; non, je ne peux pas la faire moi-même.]

H3 - Pouvez-vous vous habiller seul(e) ?

[non ; oui, seul(e) ; oui, avec de l'aide ; ne sait pas.]

H4 - Choisissez-vous vous-même votre tenue de la journée ? [oui, non, ne sait pas]**J - ÉLÉMENTS FINANCIERS****J1 - Gérez-vous vos ressources seul(e) ?**

[non ; oui, sans aide ; oui, avec mon conjoint qui s'en occupe habituellement ; oui, avec les conseils d'un autre parent, d'un ami ; oui, avec l'aide d'un tiers (association, travailleur social) ; non, c'est mon tuteur ; ne veut pas répondre ; ne sait pas.]

J3 - Pourriez-vous nous indiquer dans quelle tranche se situe le montant total annuel de vos ressources (y compris allocations...) ? [17 tranches, par mois ou par an]**J4 - Pourriez-vous nous indiquer le montant mensuel total de vos allocations (PSD ou aide sociale à l'hébergement, ACTP, allocation logement...) ?** [9 tranches]**J6 - Aviez-vous travaillé ?** [oui, non, ne sait pas]**J7 - Quelle est votre ancienne profession ?**

[agriculteur ; artisan ; commerçant ; chef d'entreprise ; profession libérale ; cadre supérieur ; profession intermédiaire ; technicien, contremaître ; religieux, clergé ; policier, militaire ; employé ; employé de maison ; ouvrier ; autre.]

L - ANIMATIONS ET ACTIVITES DE LOISIRS**L1 - Des animations collectives vous sont-elles proposées par l'établissement ?** [oui, non, ne sait pas]**L2 - Quelles sont ces activités collectives ?** [oui, non, ne sait pas :

peinture, poterie ; broderie, tricot, crochet ; gymnastique ; ateliers de mémoire ; sorties ou voyages ; jeux de société ; contes, lectures ; musique, chant, thé dansant ; fêtes (anniversaires,...).]

L3 - Participez-vous à certaines de ces animations collectives ? [oui, non, ne sait pas]**L4 - Qui anime ces activités collectives ?**

[des membres du personnel ; des personnes extérieures ; ne sait pas.]

L5 - Pratiquez-vous une ou des activité(s) individuelle(s), actuellement ? [oui, non, ne sait pas]**L6 - Quelles sont ces activités individuelles ?** [oui, non, ne sait pas :

Peinture, poterie ; Broderie, tricot, crochet ; Bricolage, modélisme ; Mots croisés ; Réussites, jeux de patience ; Visites à l'extérieur comme bénévole ; Autres (précisez) :]

L7 - Que faites vous en général, l'après-midi ? (plusieurs réponses possibles)

[vous écoutez la radio ou regardez la télévision ; vous faites la sieste ; vous allez vous promener ; vous rendez visite à d'autres résidents ; vous lisez ; vous participez aux animations ; vous vous ennuyez ; vous regardez par la fenêtre ; vous vous tenez dans l'entrée et voyez le passage ; vous écrivez ou faites votre courrier ; autre.]

M - RAPPORTS AVEC L'EXTERIEUR**M1- Disposez-vous dans votre chambre, votre logement d'un... ?** [oui, non, ne sait pas :

téléphone ; téléviseur ; appareil de radio.]

M2 - Quel programme regardez-vous ou écoutez-vous de préférence ou quelle rubrique de journal (magazine), lisez-vous de préférence ? (trois réponses possibles)

[sports ; feuilletons ; informations ; émissions de variétés ; documentaires ou émissions historiques ; jeux ; météo ; films ; émissions religieuses ; autres ; ne sait pas.]

M3 - Vous prévient-on qu'une émission de télévision peut vous intéresser ?

[sans objet, ne regarde pas la télévision ; oui, souvent ; oui, rarement ; non ; ne sait pas.]

M4 - Lisez-vous des livres, des magazines ? [sans objet, mal voyant, oui, non, ne sait pas]**M5 - Comment choisissez-vous vos livres ?**

[sans objet, ne lit pas ; je choisis moi-même ; la personne chargée de la bibliothèque me conseille ; ma famille, mes amis, des membres du personnel me conseillent ; ne sait pas.]

M6 - Quel événement d'actualité récente vous a le plus marqué ?

(noter la réponse en entier même si elle est surprenante) :

M7 - Depuis que vous êtes né(e), quel événement historique vous a le plus marqué(e) ?

(noter la réponse en entier même si elle est surprenante) :

N - CONTACTS

N1 - Rendez-vous visite à d'autres résidents ? [Sans objet, ne peut se déplacer seul(e), oui, non, ne sait pas]

N2 - Recevez-vous la visite d'autres résidents ? [oui, non, ne sait pas]

N3 - Discutez-vous avec les autres résidents ?

[sans objet, mal entendant ; non, aucun ; oui, certains ; oui, la plupart ; ne sait pas.]

N4 - Quels sont vos sujets de conversation ? (trois réponses maximum)

[la météo ; votre famille ; votre état de santé ; les repas ; l'actualité ; le personnel ; les autres résidents ; autres ; ne sait pas.]

N5 - Recevez-vous des visites des membres de votre famille ?

[Sans objet, (plus de famille) ; oui ; non ; ne sait pas]

N8 - Retournez-vous dans votre famille pour ?

[sans objet (pas de famille susceptible de me recevoir) ; un séjour ; une visite ; pas précis ; ne sait pas.]

Z - CONCLUSION DE L'ENTRETIEN

Z1 - En général, comment vous sentez-vous dans l'établissement ?

[plutôt bien dans l'établissement ; moyennement bien, cela dépend des jours ; mal, je suis obligé d'être là ; ne sait pas.]

Z2 - Votre mode de vie actuel, est-il ?

[très éloigné de vos habitudes personnelles ; un peu éloigné de vos habitudes ; vous étiez habitué(e) à une organisation régulière ; ne sait pas.]

Fin de l'entretien

POUR L'ENQUÊTEUR SEULEMENT

La personne est-elle seule pendant l'entretien? [non, oui]

Indiquez qui répond au questionnaire ?

[la personne seule ; la personne répond avec l'aide d'un tiers ; quelqu'un répond à sa place : précisez qui ?.....]

Questionnaire « gestionnaire »

A - CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT

A1 - Quelle est l'année de création de l'établissement dans sa catégorie actuelle ?

A2 - Quelle est l'année de l'arrêt d'ouverture de l'établissement dans sa catégorie actuelle ?

A4 - En quelle année avez-vous effectué les derniers travaux de rénovation lourds ?

A5 - Quelle était la capacité installée de l'établissement, au 31 12 1999 ?

[capacité totale ; dont capacité en hébergement permanent ; capacité en hébergement temporaire]

A7 - Quel était le nombre de personnes hébergées au 31 12 1999 ?

A8 - L'établissement propose-t-il un accueil de jour ? [Oui Non]

A9 - Nombre de places en accueil de jour, au 31 Décembre 1999

A12 - L'établissement est-il habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ? [Oui Non]

A13 - Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale, au 31 Décembre 1999 ?

A16 - L'établissement dispose-t-il d'une section de cure médicale (SCM) ? [Oui Non]

A17 - Nombre de places de SCM installées, au 31 Décembre 1999 ?

A21 - L'établissement a-t-il déjà passé une convention pluriannuelle dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes ? [Oui Non]

A22 - Si l'établissement est une unité de soins de longue durée, avez-vous présenté un dossier en vue de l'accréditation ? [Oui Non]

A23 - Combien de personnes hébergez-vous actuellement dans votre établissement ?

A24 - Les personnes hébergées dans votre établissement ont-elles fait l'objet d'une évaluation avec la grille G.I.R. ? [oui, non, en partie]

A26 - Pouvez-vous nous indiquer combien de résidents sont dans chaque groupe G.I.R. ?

GIR 1 Personnes confinées au lit ou au fauteuil avec des fonctions intellectuelles gravement altérées

GIR 2 Personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et personnes dont les fonctions mentales sont altérées

GIR 3 Personnes ayant conservé leurs fonctions intellectuelles mais « sans autonomie corporelle »

GIR 4 Personnes avec autonomie faiblissante et besoins soutenus d'aides

GIR 5 Personnes avec grande autonomie et aide ponctuelle

GIR 6 Personnes autonomes

GINC Personnes dont l'évaluation en G.I.R. n'est pas encore réalisée

A30 - Quel était l'effectif total en personnel de votre établissement, en fonction au 31 décembre 1999 ?

A31 - Quelle est la répartition du personnel, en équivalent temps plein, en fonction au 31 décembre 1999 ?

[Effectif total, dont : directeur, médecin généraliste, infirmières, aides-soignantes, aides médico-psychologiques, ouvriers d'entretien, agents d'entretien, agents administratifs, agents de service (privé) et A.S.H., emplois pédagogiques, éducatifs ou sociaux.]

B - LES ENTRANTS ET LES SORTANTS

B2 - Parmi les personnes arrivées, pour la première fois, à titre permanent, du 1^{er} 01 au 31 12 1999, combien étaient dans chaque type d'hébergement antérieur ?

[le domicile personnel ; d'un enfant ou d'un autre parent, un accueil familial agréé ; un logement foyer ; une maison de retraite ; un service de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour) ; une unité de soins de longue durée ; un service de santé de courte durée (hors psychiatrie) ; un service psychiatrique ; un hébergement pour adultes handicapés, autres.]

B4 - Acceptez-vous à l'entrée, dans votre établissement, toutes les personnes âgées quel que soit leur degré de dépendance ? [Oui, Non]

B5 - Quelles personnes n'acceptez-vous pas ? (plusieurs réponses possibles)

[celles qui sont confinées au lit et au fauteuil ; celles qui souffrent de détérioration intellectuelle ; autres (préciser) :

C - L'ACCUEIL

C1 - Existe-t-il des visites préalables de l'établissement par les futurs résidents ? [Oui, Non]

C2 - Un livret d'accueil est-il diffusé aux personnes âgées et à leur famille ? [Oui, Non]

C3 - Au moment de l'accueil des nouveaux résidents, une discussion avec une personne qualifiée de l'établissement s'engage-t-elle avec les personnes âgées et/ou un des membres de la famille pour envisager le plus sereinement possible l'entrée dans l'établissement ? (plusieurs réponses possibles)

[le directeur, la directrice, la surveillante (en hôpital) ; une assistante sociale ; un ou une psychologue ; une infirmière habituée à ce type de contact ; une aide-soignante habituée à ce type de contact.]

C4 - L'établissement a-t-il un règlement intérieur ? [Oui, Non]

C5 - Le règlement intérieur a-t-il été donné à l'entrée aux personnes hébergées et/ou à leur famille ? [Oui, Non]

C6 - Lors de son admission dans l'établissement, le résident a-t-il signé un contrat de séjour (maisons de retraite, logement foyer) ou un accord de placement (à l'hôpital) ? [Oui, Non]

C7 - La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante est-elle affichée, dans l'établissement ?

[Oui, Non]

D - L' HEBERGEMENT

D3 - Les personnes hébergées peuvent-elles amener des meubles personnels ? [Oui, Non, Ne sait pas.]

F - LA RESTAURATION

F6 - Y a-t-il une alternative au plat principal ? [Oui, Non]

G - LES SOINS

G4 - Y a-t-il un médecin coordonnateur ? [Oui, Non]

G5 - Est-il titulaire d'une capacité en gériatrie ? [Oui, Non, Ne sait pas.]

G11 - Y a-t-il des locaux spécifiques pour les personnes atteintes de détérioration intellectuelle ou de démence ? [Oui, Non]

G12 - Les locaux spécifiques pour les personnes atteintes de détérioration intellectuelle ou de démence, sont-ils ? (plusieurs réponses possibles)

[une zone séparée pour les activités de jour comme de nuit ? une zone d'accueil de jour (type cantou) ? des chambres regroupées dans une partie du bâtiment ? pas de locaux communs spécifiques ?]

G14 - Au cours du mois dernier, des résidents ont-ils, dans leur chambre [Oui, Non : été perfusés ? transfusés ? reçu des soins contre les escarres ? été nourris par sonde ?

G15 - Existe-t-il un protocole écrit et actualisé ? [de prévention des escarres ? de leur traitement ?]

G17 - En fin de vie, la personne âgée peut-elle bénéficier de soins palliatifs

[Sans objet, la personne âgée est transférée à l'hôpital ? donnés par l'établissement ? donnés par des professionnels extérieurs à l'établissement ?]

G18 - Qui décide le passage aux soins palliatifs ? (plusieurs réponses possibles)

[le médecin ? la famille ? la personne âgée ?]

O - L' ANIMATION

O1 - Des activités collectives sont-elles proposées aux résidents par l'établissement ? [Oui, Non, Ne sait pas :

peinture, poterie ; broderie, tricot, crochet ; gymnastique ; ateliers de mémoire ; sorties ou voyages ; jeux de société ; contes, lectures ; musique, chant ; fêtes (anniversaires,...) ; autres précisez :

O2 - En cas de refus de la personne âgée de participer à l'animation, que faites-vous, en général ? (plusieurs réponses possibles)

[vous essayez de convaincre la personne ; vous n'insistez pas ; vous en parlez au médecin ; autre.]

O3 - L'animation et les activités récréatives sont-elles effectuées par le personnel de l'établissement ?

[Oui, toutes ; Oui, mais pas toutes les activités ; Non.]

O4 - Des intervenants extérieurs, non médicaux et paramédicaux, ou bien des bénévoles viennent-ils régulièrement auprès des personnes âgées ? (plusieurs réponses possibles)

[Oui, pour des activités d'animation ; Oui, pour des sorties ; Non.]

O5 - Des animations sont-elles effectuées par des associations ?

[Oui, toutes ; Oui, mais pas toutes les activités ; Non.]

O6 - Où se passent les animations organisées par des associations ? [sur place, à l'extérieur]

O7 - Quel matériel, pour les loisirs individuels, est mis à la disposition des résidents ? (livres, cassettes)

[seulement le matériel de l'établissement ; du matériel des associations locales seulement ; les deux, à la fois.]

O8 - Quel moment de la semaine réservez-vous pour vous occuper des prêts de matériel, comme les livres, aux résidents ?

[le matériel est toujours à disposition ; une personne conseille une (ou plus) journée par semaine les prêts ; les deux, à la fois.]

O9 - Les familles ont-elles la possibilité de participer à des activités organisées par l'établissement pour les résidents ? (plusieurs réponses possibles)

[Oui, pour des activités sur place ; Oui, pour des sorties ; Non.]

P - PROJET INSTITUTIONNEL**P1 - Existe-t-il un projet institutionnel ?** [Oui, Non]**P2 - Quelles sont les grandes lignes de ce projet ?** (question ouverte)**P3 - Dans quels domaines avez-vous pris en compte les suggestions des personnes âgées ?** [(question ouverte)**P4 - Dans quels domaines n'avez-vous pas pris en compte les suggestions des personnes âgées ?** (question ouverte)**P5 - Avez-vous réalisé un questionnaire d'enquête auprès des personnes âgées et de leur famille pour connaître leur satisfaction et/ou leurs attentes ?**

[Oui, sur tous les thèmes relatifs à la personne âgée hébergée ; Oui, en partie sur certains thèmes ; Non.]

P6 - Par quel mot désignez-vous la personne dont vous assurez l'hébergement et les soins ?

[patient ; personne âgée ; handicapé ; personne dépendante ; client ; malade ; résident ; pensionnaire ; usager ; assisté.]

P7 - Est-il possible de réunir le conseil d'établissement ?

[Oui ; Non, car il n'y pas de représentants des résidents ; Ne sait pas.]

P8 - S'il n'existe pas de projet d'établissement, envisagez-vous de l'élaborer dans l'année qui vient ?

[Oui, Non, Ne sait pas.]

P9 - Quels domaines vous semblent les plus prioritaires ?

[formation du personnel ; recrutement ; les services de soins ; le service hôtelier ; la restauration ; l'animation ; l'aménagement de l'espace ; la sécurité ; l'accessibilité.]

Z - TIRAGE DES INTERVIEWES**Z2 - Sexe de la personne****Z3 - Age de la personne****Z4 - Date d'entrée de la personne dans l'établissement****Z5 - La personne bénéficie-t-elle d'une place de section de cure médicale ?** [Oui, Non]**Z6 - La personne est-elle sous tutelle ?** [Oui, Non]**Z7 - Le tuteur de la personne fait-il partie de l'établissement ?** [Oui, Non] (si oui, pas d'interview)**Z8 - Quel est, pour la personne le niveau de dépendance évalué selon la grille A.G.G.I.R. ?**

[GIR de 1 à 6 et, G.I.R. non encore été codé, ne sait pas.]

Z9 - À quelle date l'évaluation du G.I.R. a-t-elle été faite ?

[le jour de l'enquête ; à l'entrée dans l'établissement ; à l'occasion du conventionnement de l'établissement ; à l'occasion du contrat.]

Z10 - Pour évaluer la perte d'autonomie, et en l'absence de cotation du G.I.R., pouvez-vous préciser pour chacun des 10 items suivants [si la personne fait seule spontanément, totalement, habituellement et correctement ; si la personne ne fait pas seule spontanément ; si la personne ne fait pas : Cohérence ; orientation ; toilette ; habillage ; alimentation ; élimination ; transferts ; déplacements à l'intérieur ; à l'extérieur ; communiquer à distance.]**Z12 - La personne reçoit-elle des visites de sa famille,**

[régulières : au moins une fois par jour ? au moins une fois par semaine ? au moins une fois par mois ? peu fréquentes ? la personne n'a plus de famille proche ?].

II - EXTRAITS DU QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE SAPAD BÉNÉFICIAIRES

DETERMINATION DE LA PERSONNE ENQUÊTÉE

1-Est-ce que l'intervention de l'aide à domicile de la structure ne concerne que des tâches ménagères ?

[oui ; oui mais pour une partie seulement de l'intervention. Le reste de l'intervention bénéficie à une personne du ménage en particulier. Cette intervention peut être la garde d'un enfant, l'aide à une personne âgée ou handicapée (surveillance, aide à la toilette, aide à l'alimentation, aide aux changes...) ; non, l'intervention s'adresse seulement à une personne en particulier dans le ménage. Cette intervention peut être la garde d'un enfant, l'aide à une personne âgée ou handicapée (surveillance, aide à la toilette, aide à l'alimentation, aide aux changes...)]

2-Quel est le numéro d'ordre dans le tableau de composition du ménage de la personne sélectionnée ?
(permet de savoir qui dans le ménage est sélectionné)

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Quel est le sexe de la personne ?

Quelle est l'année de naissance de la personne?

Vie en couple? [oui, non]

Etat matrimonial ?

[célibataire ; marié(e) ; veuf(ve) ; divorcé(e) ; séparé(e) ; en cours de divorce.]

Occupation actuelle ?

[exerce une profession, à son compte ou comme salarié, même à temps partiel, aide un membre de sa famille, dans son travail même sans être rémunéré, est apprenti, stagiaire rémunéré, élève-fonctionnaire, intérimaire, CES, etc. ; chômeur (inscrit ou non à l'ANPE) ; étudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré ; militaire du contingent ; retraité (ancien salarié) ou préretraité ; retiré des affaires (ancien agriculteur, ancien artisan, ancien commerçant...) ; femme ou homme au foyer (y c. congé parental) ; autre inactif (y c. les personnes ne touchant qu'une pension de réversion et les personnes invalides).]

Exercice d'une activité passée ? [oui, non]

Statut de la profession actuelle ou de la dernière profession exercée ?

[salarié de l'Etat ; salarié d'une collectivité locale ; salarié d'une entreprise publique ou nationale ; salarié d'une entreprise du secteur privé ; salarié de sa propre entreprise ou salarié de son conjoint ; aide ou aidait un membre de sa famille dans son travail sans être salarié ; à son compte, indépendant, employeur, gérant, associé d'une société, co-exploitant.]

Position professionnelle de l'emploi actuel ou de la dernière profession ?

[Manœuvre ou ouvrier spécialisé ; ouvrier qualifié ou hautement qualifié ; agent de maîtrise dirigeant des ouvriers, maîtrise administrative ou commerciale ; agent de maîtrise dirigeant des techniciens ou d'autres agents de maîtrise ; technicien, dessinateur, VRP (non cadre) ; instituteur, assistant(e) social, infirmier(e), et personnel de catégorie B de la fonction publique ; ingénieur ou cadre ; professeur et personnel de catégorie A de la fonction publique ; employé de bureau, employé de commerce, agent de service, aide soignant(e), gardienne d'enfants, personnel de catégorie C ou D de la fonction publique ; autre cas.]

A-AIDE A DOMICILE

A3- Au cours de la semaine dernière (ou de la dernière semaine où ont eu lieu les interventions) et pour chaque jour, pouvez-vous nous dire si l'aide à domicile de la structure X s'est déplacée à votre domicile ?

Pour chacun des jours de la semaine :

Nombre de visites au cours de la journée?

Temps total passé au domicile ?

Activités réalisées ? (5 réponses possibles) [ménage ; lessive ; entretien du linge (repassage, raccommodage...) ; courses à la place de la personne aidée ; courses avec la personne aidée ; autres tâches ménagères]

res ; préparation des repas ; aide à la prise des repas ; lever/coucher ; aide à la toilette ; aide à l'habillage ; aide aux changes ; aide à l'appareillage (prothèse...) ; aide aux déplacements intérieurs ; aide aux déplacements extérieurs ; vérification de la prise de médicaments ; aide aux démarches administratives ; aide à la gestion ; lecture ; promenade avec la personne aidée ; jardinage ; bricolage ; présence de nuit ; autre.]

A8- Y a-t-il un évènement particulier à l'origine du recours aux services de la structure X ? [oui, non]

A8bis- [si oui] Cet évènement est-il... ? (plusieurs réponses possibles)

[une aggravation de l'état de santé d'un membre du ménage ; une sortie d'une hospitalisation ; une immobilisation passagère ; un décès du conjoint ou d'une personne habitant avec vous ; une hospitalisation du conjoint ou d'une autre personne habitant avec vous ; autres, précisez ; ne sait pas.]

A9-Pour quels motifs avez-vous eu recours à une aide à domicile de la structure X ? (plusieurs réponses possibles)

[pour vous déchargez de certaines tâches que vous pouvez faire sans difficulté mais que vous n'aimez pas faire ; pour vous décharger de certaines tâches que vous ne pouvez pas faire faute de temps ; pour vous décharger de certaines tâches que vous avez du mal à réaliser en raison de votre état de santé ; autres, précisez ; ne sait pas.]

A10-Êtes-vous à l'origine de la demande d'intervention d'une aide à domicile ? [oui, non]

A11- [si non] Sur les conseils de qui avez-vous eu recours à un service d'aide à domicile ? (plusieurs réponses possibles)

[une personne de votre ménage ; une personne de votre famille n'habitant pas avec vous ; un(e) ami(e) ; un(e) voisine ; le médecin traitant ; l'hôpital (service social ou service soignant) ; le service social d'une commune ou d'un organisme ; un(e) infirmier(e) libéral(e) ; un réseau de coordination gérontologique ; autres, précisez ; ne sait pas.]

A12-Avez-vous obtenu les coordonnées de la structure X par la personne qui est à l'origine de la demande ? [oui, non]

A13- [si non] Comment avez-vous obtenu les coordonnées de la structure X ? (plusieurs réponses possibles)

[vous connaissiez déjà la structure ; par votre caisse de retraite ; par le conseil général ; par votre caisse de retraite complémentaire ; par la mairie ; par relation (famille, ami(e), voisin(e)) ; par l'annuaire ou le minitel ; par une revue, un journal d'informations ; par un(e) infirmier(e) libéral(e) ; par le médecin traitant ; par un réseau de coordination gérontologique ; autres, précisez ; ne sait pas.]

A14-Est-ce vous qui avez effectué les démarches auprès de la structure X ? [oui, non]

A15- [si non] Qui a effectué les démarches auprès de la structure X ? (plusieurs réponses possibles)

[une personne de votre ménage ; une personne de votre famille n'habitant pas avec vous ; un(e) ami(e) ; un(e) voisine ; le médecin traitant ; l'hôpital (service social ou service soignant) ; le service social d'une commune ou d'un organisme ; un(e) infirmier(e) libéral(e) ; autres intervenants paramédicaux ; un réseau de coordination gérontologique ; autres, précisez ; ne sait pas.]

A16-Pouvez-vous nous dire quand vous avez eu recours pour la première fois à la structure X ?

[date de la première intervention]

A30- Bénéficiez-vous d'une participation (financière ou en nombre d'heures d'intervention) de la part d'un ou plusieurs organismes ?

[ne veut pas répondre ; oui ; non ; ne sait pas]

B-AUTRES AIDES

B1- Nous allons vous citer des professionnels dans le domaine des soins ou des services aux personnes, pouvez-vous nous dire s'ils se déplacent à votre domicile ?

Avec quelle fréquence, ces quatre dernières semaines ?

[un autre service d'aide à domicile que la structure X ; un service de soins infirmiers ; une infirmière libérale ; un kinésithérapeute ; un service de portage des repas ; un médecin libéral ; un(e) garde à domicile itinérant(e) ; un service d'alarme ; autres, précisez.....]

B2- Y a-t-il un membre de votre entourage (famille, amis ou voisinage) qui se déplace régulièrement à votre domicile pour vous aider à réaliser certaines tâches ? [oui, non]

B3-Pouvez-vous nous dire, alors, qui se déplace, avec quelle fréquence, et pour réaliser quelles activités ? ... (plusieurs réponses possibles)

[une de vos filles ; un de vos fils ; une de vos belles filles ; un de vos gendres ; une de vos sœurs, un de vos frères ; un de vos petits enfants ; vos parents ; neveu, nièce, oncle, tante, cousin, cousine ; un(e) ami(e) ; un(e) voisin(e) ; gardien, concierge.]

Pour réaliser quelles activités ? (une seule réponse possible)

[tâches ménagères (ménage, lessive, repassage, préparation des repas...) ; aide à la toilette, à l'habillage ou à la prise des repas ; aide aux transferts et aux déplacements ; aide aux démarches administratives ; jardinage et/ou bricolage.]

B6-Avez-vous toujours eu recours, au cours de votre vie d'adulte, à une aide rémunérée, que ce soit une femme de ménage, une aide à domicile, une garde d'enfants ? [oui, non]

C-INCAPACITÉS

[réponses possibles pour chaque item : oui, sans difficulté ; oui, avec difficultés ; non]

C1-Pouvez-vous vous occuper seul(e) de vos achats ?

C2-Pouvez-vous vous déplacer à l'intérieur de votre logement ?

C3-Pouvez-vous monter ou descendre un étage d'escalier seul(e) ?

C4-Pouvez-vous entrer seul(e) dans l'immeuble ou la maison depuis la rue ?

C5-Pouvez-vous vous déplacer dans la rue seul(e) ?

C6-Pouvez-vous préparer vos repas seul(e) ?

C7-Pouvez-vous faire seul(e) l'ensemble des travaux ménagers ?

C8-Pouvez-vous vous habiller et vous déshabiller seul(e) ?

C9-Pouvez-vous faire votre toilette seul(e) ?

C10-Pouvez-vous vous lever et vous coucher seul(e) ?

C11-Pouvez-vous manger et boire seul(e) ?