

DOSSIERS solidarité et *santé*

Les personnes âgées en institution

N° 22
2011



Selon le volet « pathologies et morbidité » de l'enquête réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) en 2007, les résidents des EHPA souffrent de multiples pathologies.

Les trois quarts des résidents sont notamment atteints d'au moins une affection cardiovasculaire, l'hypertension artérielle étant la plus fréquente. En outre, plus de huit sur dix souffrent d'au moins une affection neuropsychiatrique, plus d'un tiers présentant un syndrome démentiel dont la maladie d'Alzheimer. La proportion de personnes souffrant de démence s'élève à 42 % dans les seuls établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Plusieurs indicateurs tendent à montrer les grandes difficultés, voire l'impossibilité pour les proches à prendre en charge les personnes atteintes de ce type de maladie à domicile. Pour apporter un soutien accru à ces patients et à leurs aidants familiaux, un des objectifs du Plan Alzheimer 2008-2012 est le développement de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire dans un cadre règlementaire structuré.

Les résultats de l'enquête menée conjointement par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en collaboration avec la DREES auprès des structures disposant de places d'accueil de jour et/ou d'hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes en 2009 font état de l'organisation de ces deux types d'accueil encore essentiellement proposés dans des EHPAD dont l'activité principale est l'hébergement permanent.



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION
SOCIALE

Sommaire

- **Présentation**3
- **Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement**.....4
Jacqueline Perrin-Haynes
- **Les pathologies démentielles (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) des personnes âgées vivant en établissement**.....16
Joëlle Chazal
- **L'activité en 2009 des structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour personnes âgées**24
Cécile Chantel et Ida Falinower

Présentation

Les deux premiers articles de ce dossier résultent de l'exploitation de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées, « EHPA 2007 », réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), et plus particulièrement de son volet portant sur les pathologies et la morbidité des résidents.

La première étude fait le bilan des différentes pathologies et déficiences dont souffrent les personnes âgées en établissement. On observe notamment que plus de huit résidents sur dix souffrent d'au moins une affection neuropsychiatrique, plus d'un tiers présentant un syndrome démentiel et/ou un état dépressif et environ un quart un état anxieux et/ou des troubles du comportement, et que les trois quarts des résidents sont atteints d'au moins une affection cardiovasculaire, l'hypertension artérielle étant la plus fréquente de ces affections. Au total, en moyenne, les résidents cumulent six pathologies, essentiellement des pathologies chroniques stabilisées. En parallèle, environ quatre résidents sur dix ont une déficience intellectuelle, quatre sur dix, une déficience du comportement et quatre sur dix, une déficience motrice. Les résidents consomment en moyenne 6,5 médicaments par jour.

La deuxième étude s'intéresse plus spécifiquement aux personnes âgées diagnostiquées comme souffrant de démence (maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée). On estime ainsi qu'environ 240 000 des résidents en institution sont atteints de pathologies démentielles fin 2007, soit 36 % d'entre eux dans l'ensemble des établissements. Cette proportion s'élève à 42 % dans les seuls établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et elle atteint 50 % dans les EHPAD privés à but lucratifs. À

niveau de GIR donné, la part des personnes atteintes de démence serait plus élevée en EHPAD que chez les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. D'ailleurs, la surreprésentation des personnes ayant un conjoint résidant hors de l'établissement parmi les résidents déments en institution traduit probablement la difficulté, voire l'impossibilité pour les conjoints à prendre en charge un malade d'Alzheimer à domicile.

Le dernier article détaille les résultats de l'enquête menée conjointement par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en collaboration avec la DREES auprès des structures disposant de places d'accueil de jour et/ou d'hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes, enquête dite « mauve » ou « activité AJ HT ». Le développement de ces modes d'accueil temporaire ou d'internat limités dans le temps est inscrit au sein de la mesure n° 1 du Plan Alzheimer 2008-2012 dans la perspective d'offrir « sur chaque territoire une palette diversifiée de dispositifs de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à ces structures ». Les données présentées dans l'étude apportent des éléments sur le fonctionnement, l'activité, les tarifs ainsi que les financements des accueils de jour et des hébergements temporaires à la fin de l'année 2009. À cette date, ces types de places sont très majoritairement situés dans des établissements d'hébergement permanent dont l'activité n'est pas spécifiquement dédiée à l'un ou l'autre de ces modes d'accompagnement, essentiellement dans des maisons de retraite et dans une moindre mesure des logements-foyers.

Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement

Jacqueline PERRIN-HAYNES (DREES)

L'accroissement de la longévité s'accompagne de la multiplication et de l'aggravation des pathologies propres aux personnes âgées. Cette étude présente les principales informations relatives aux maladies dont souffrent les personnes âgées vivant en institution recueillies auprès de leur médecin lors de l'enquête dressant la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 (encadré 1).

Un recueil analogue a été réalisé lors de la précédente enquête de ce type portant sur l'année 2003. Globalement les données de l'enquête 2007 ne révèlent pas d'évolution notable de l'état de santé des personnes âgées vivant en établissement depuis 2003. La prévalence des différentes pathologies des résidents a peu évolué de même que le nombre de médicaments qui leur sont administrés¹.

Huit résidents sur dix présentent au moins une affection neuropsychiatrique

À la date de l'enquête, 82 % des résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées souffrent d'au moins une maladie neurologique ou psychiatrique, catégorie assez large puisqu'elle recouvre les états dépressifs et anxieux (tableau 1). En 2003, cette proportion était évaluée à 85 %. Cette faible diminution ne peut être considérée comme une baisse significative de ce type de pathologie parmi les résidents des EHPA. Les deux pathologies de ce groupe d'affections qui semblent moins affecter les résidents en 2007 qu'en 2003 sont le syndrome confusionnel (4 % en 2007 contre 15 % en 2003) et les

malaises, vertiges et pertes de connaissance (7 % contre 15 %). Or seule la forme aiguë du syndrome confusionnel est considérée comme une pathologie en 2007, ce qui n'était pas le cas en 2003. Quatre pathologies demeurent particulièrement fréquentes dans ce groupe : le syndrome démentiel, l'état dépressif, l'état anxieux et les troubles du comportement.

Les syndromes démentiels, dont la maladie d'Alzheimer, concernent 36 % des résidents de l'ensemble des établissements soit environ 237 000 personnes (tableau 2), cette proportion était de 33 % en 2003. Après l'hypertension artérielle, le syndrome démentiel est la pathologie qui touche le plus grand nombre de personnes âgées en établissement – mais les syndromes démentiels ont beaucoup plus d'impact sur le degré d'autonomie des résidents. La maladie d'Alzheimer est la plus répandue du groupe des maladies neurodégénératives appelées « démences ». Des études sur échantillon en population générale, basées sur la recherche systématique de la maladie par des tests spécifiques, ont ainsi estimé à 800 000 le nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer en France. Les autres causes de démence sont liées à d'autres destructions cérébrales, d'origine vasculaire ou dégénérative. Cependant, les résidents d'EHPA atteints par le syndrome démentiel ne sont pas plus signalés comme ayant subi un accident vasculaire cérébral que l'ensemble des résidents (15 % contre 14 %). Dans 83 % des cas, les démences sont des pathologies chroniques stabilisées et seules 3 % des personnes âgées souffrent d'une affection aiguë de cette maladie à la date de l'enquête (encadré 2). À partir de 65 ans, la proportion de personnes âgées atteintes de syndrome démentiel vivant en institution augmente naturellement avec l'âge : elle est de 13 % entre 65 et 70 ans et atteint 41 % au-delà de 95 ans. Mais avant

1. Bien que le questionnaire ait évolué. En ce qui concerne la caractérisation de chaque pathologie, en 2003 on mesurait son degré de gravité (modérée, moyenne, très grave), en 2007 on mesure si elle a un caractère évolutif (encadré 2). En ce qui concerne la consommation de médicaments, en 2003 on demandait le « nombre de médicaments consommés par jour » alors qu'en 2007 il s'agit du « nombre de spécialités pharmaceutiques différentes prescrites par jour ».

ENCADRÉ 1

Méthodologie de l'enquête

L'étude est fondée sur l'exploitation du volet « pathologies et morbidité » de l'enquête réalisée en 2008 auprès des responsables de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées portant sur l'activité, le personnel, les résidents, les bâtiments et l'équipement en 2007 des maisons de retraite, unités de soins de longue durée et logements-foyers, conventionnés ou non pour accueillir des personnes âgées dépendantes (EHPA 2007)¹.

Le questionnaire « pathologies et morbidité » a été adressé à un échantillon de ces établissements afin qu'ils décrivent les pathologies d'un échantillon de leurs résidents (sélection au hasard sur la base de leur jour et mois de naissance). Le plan de sondage (tirage stratifié à deux degrés) a été établi pour pouvoir produire des résultats nationaux par grande catégorie d'établissement. Au final, les données reçues et exploitables concernent 8 972 personnes, ce qui constitue environ 60 % de l'effectif potentiel. Outre la prise en compte des pondérations initiales liées au plan de sondage, un redressement de la non-réponse a été effectué sur la base des données recueillies dans les autres volets de l'enquête EHPA 2007. Les résultats présentés sont ainsi représentatifs de l'ensemble des 655 000 résidents présents fin décembre 2007 dans les EHPA hors établissements d'hébergement temporaire et centres d'accueil de jour (tableau). Ces derniers faisaient partie du champ de l'enquête mais le faible nombre de fiches « pathologies » renseignées ne permet pas de les prendre en compte dans cette étude.

Tableau

Les personnes âgées en EHPA au 31 décembre 2007

	Données redressées	
	Effectif	Pourcentage
EHPAD	494 709	75,5
Maison de retraite non-EHPAD	31 824	4,9
Logement-foyer non-EHPAD	111 860	17,1
USLD non-EHPAD	16 993	2,6
Total	655 386	100,0

Sources • EHPA 2007, DREES (*Études et Résultats* n° 699, août 2009).

Dans ce questionnaire, l'identification des pathologies repose pour l'essentiel sur le référentiel de l'outil PATHOS élaboré en partenariat par le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) et le service médical de la CNAMTS. Le modèle PATHOS évalue à partir des situations cliniques observées les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile.

Le choix de recourir à l'outil PATHOS se justifiait par le fait que les médecins exerçant en EHPA connaissent déjà ce modèle qui renvoie à un thésaurus de cinquante états pathologiques. Dans le détail, le questionnaire adressé aux établissements se distingue toutefois du référentiel PATHOS sur quelques points : ajout, au sein des grandes classes de pathologies (ex : les affections cardiovasculaires) d'une catégorie « Autres » non prévue dans le référentiel PATHOS ; ajout de la pathologie « ulcère gastro-duodénal » au sein de la catégorie « Affections gastro-entérologiques » ; ajout de la pathologie « état régressif ». Par ailleurs, pour chaque pathologie mentionnée sont distinguées les situations « pathologie chronique stabilisée », « Poussée aiguë d'une pathologie chronique ou pathologie chronique non stabilisée » et « état, affection aiguë ». On ne retraduit donc pas les profils détaillés des évaluations PATHOS (technique, psychiatrique, rééducation, soins palliatifs...) qui caractérisent les niveaux de soins nécessaires à la prise en charge de chaque état pathologique.

Les consignes adressées au gestionnaire d'établissement précisait que le questionnaire « pathologies et morbidité » devait être rempli par un médecin. *In fine*, quelle que soit la catégorie de l'établissement, 90 % des questionnaires ont été renseignés par un médecin, 6 % par un infirmier et les 4 % restants par un autre personnel médical ou paramédical.

1. *Études et Résultats* n° 689 et n° 699, Document de travail série Statistiques n° 142.

65 ans, le syndrome concerne tout de même 20 % des personnes en institution. Cela peut justifier la présence en institution de ces personnes relativement jeunes. À cet âge, en EHPA, les hommes présentent ce syndrome un peu plus fréquemment que les femmes (respectivement 23 % contre 15 %), mais au-delà de 65 ans, le constat s'inverse et, au total, les femmes présentent plus souvent un syndrome démentiel que les hommes (respectivement 38 % contre 30 %).

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative du système nerveux central caractérisée notamment par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives

touchant toutes les activités intellectuelles. Elle se manifeste en particulier par des troubles de la mémoire et de l'attention, du langage, de l'orientation et du jugement ; elle altère aussi la capacité d'accomplir les actes de la vie quotidienne, les fonctions motrices (notamment les membres inférieurs) et les fonctions sensorielles (vision et audition). On observe ainsi que 70 % des personnes atteintes du syndrome démentiel dont la maladie d'Alzheimer sont évaluées en GIR 1 ou 2, c'est-à-dire très dépendantes. Entre 60 % et 70 % d'entre elles ont des troubles complets de la cohérence, sont totalement désorientées ou ne peuvent pas du tout faire leur toilette ou

TABEAU 1
Proportion des résidents en EHPA atteints d'une pathologie selon l'établissement d'accueil

Groupes de pathologie	Pathologies	EHPAD	Maisons de retraite non-EHPAD	Logement-foyer non-EHPAD	Unité de soins de longue durée non-EHPAD	Ensemble EHPA
Affections cardiovasculaires	<i>Insuffisance cardiaque</i>	23	21	23	22	23
	<i>Coronaropathie cardiaque</i>	18	15	18	17	18
	<i>Hypertension artérielle</i>	52	53	57	36	52
	<i>Troubles du rythme</i>	23	21	20	23	22
	<i>Phlébite</i>	7	8	4	8	7
	<i>Embolie</i>	4	5	3	3	4
	<i>Artériopathie chronique</i>	10	10	5	12	9
	<i>Hypotension orthostatique</i>	3	3	2	5	3
	<i>Autres</i>	3	3	1	2	3
	Ensemble	76	74	74	69	75
Affections neuropsychiatriques	<i>Malaise, vertige, perte de connaissance chronique</i>	7	8	11	4	7
	<i>Accident vasculaire cérébral</i>	15	14	7	28	14
	<i>Épilepsie focale ou généralisée</i>	5	4	0	10	4
	<i>Syndrome parkinsonien</i>	8	6	5	11	8
	<i>Syndrome confusionnel aigu</i>	4	3	2	3	4
	<i>Trouble du comportement</i>	30	23	9	44	26
	<i>État dépressif</i>	36	31	26	35	34
	<i>État anxieux</i>	26	26	32	21	27
	<i>Psychose, délire, hallucinations</i>	16	15	7	23	15
	<i>Syndrome démentiel</i>	42	31	8	60	36
	<i>Autres</i>	9	10	8	6	9
Ensemble	87	80	62	96	82	
Affections broncho-pulmonaires	<i>Broncho-pneumopathie (dont broncho-pneumopathie chronique obstructive)</i>	11	12	10	11	11
	<i>Insuffisance respiratoire</i>	5	4	5	2	5
	<i>Embolie pulmonaire</i>	2	1	3	3	2
	<i>Autres</i>	2	1	1	2	2
	Ensemble	18	16	16	17	18
Pathologies infectieuses	<i>Syndrome infectieux général</i>	1	1	1	5	1
	<i>Syndrome infectieux localisé</i>	4	4	2	4	4
	<i>Infection urinaire basse</i>	5	5	3	7	5
	<i>Autres</i>	1	1	0	2	1
	Ensemble	10	10	6	15	10
Affections dermatologiques	<i>Escarres</i>	6	4	2	13	5
	<i>Autres</i>	5	2	3	4	5
	Ensemble	11	6	5	16	10
Affections ostéo-articulaires	<i>Pathologie de la hanche</i>	20	19	10	21	18
	<i>Pathologie de l'épaule</i>	7	7	5	4	6
	<i>Pathologie vertébro-discale</i>	17	16	20	16	17
	<i>Polyarthrite ou autre affection articulaire (y compris localisation mains, pieds, genoux)</i>	17	20	13	15	16
	<i>Autres</i>	6	5	2	5	6
	Ensemble	49	46	40	44	47
Affections gastro-entérologiques	<i>Ulcère gastro-duodénal</i>	5	5	3	7	5
	<i>Autre syndrome digestif haut</i>	16	16	7	16	14
	<i>Syndrome abdominal</i>	19	11	6	22	16
	<i>Affection hépatique, biliaire, pancréatique</i>	6	4	2	8	5
	<i>Dénutrition</i>	12	6	2	24	10
	<i>Autres</i>	4	3	2	3	4
	Ensemble	44	36	21	61	40
Affections endocriniennes et métaboliques	<i>Diabète</i>	14	13	17	12	14
	<i>Dysthyroïdie</i>	10	9	7	11	10
	<i>Trouble de l'hydratation / trouble hydro-électrolytique</i>	6	4	2	17	6
	<i>Autres</i>	2	2	1	1	2
Ensemble	28	27	25	35	28	
Affections uro-néphrologiques	<i>Rétention urinaire</i>	2	2	2	7	2
	<i>Insuffisance rénale</i>	9	9	5	14	8
	<i>Incontinence urinaire</i>	37	28	7	58	32
	<i>Autres</i>	3	3	2	3	3
	Ensemble	45	36	14	67	40
Affections en hématologie et cancérologie	<i>Anémie</i>	8	7	4	11	7
	<i>Cancer</i>	9	10	7	7	8
	<i>Hémopathie maligne</i>	1	1	0	1	1
	<i>Syndrome inflammatoire</i>	1	2	0	1	1
	<i>Autres</i>	1	1	0	2	1
	Ensemble	17	18	11	19	16
Pathologie oculaire	21	19	17	24	20	
État régressif	11	9	7	15	10	
État grabataire	20	16	4	46	17	
Autre(s) pathologie(s)	3	2	2	2	3	
État terminal	2	1	0	4	1	
Absence de pathologie	0	1	4	0	1	

Lecture • 23 % des résidents des EHPAD souffrent d'insuffisance cardiaque. Pour chaque groupe de pathologies, le pourcentage de la rubrique « ensemble » n'est pas la somme des pourcentages relatifs aux pathologies détaillées qui le composent, un résident pouvant naturellement être touché par plusieurs pathologies.

Sources • Enquête EHPA 2007.

TABLEAU 2

Proportion de résidents en EHPA concernés par une pathologie selon son caractère évolutif

Groupes de pathologie	Pathologies	Caractère évolutif			Ensemble	
		Pathologie chronique stabilisée	Poussée aiguë d'une pathologie chronique ou pathologie chronique non stabilisée	État, affection aigus	Effectif	%
Affections cardiovasculaires	Insuffisance cardiaque	20	2	0	151 928	23
	Coronaropathie	17	0	0	116 728	18
	Hypertension artérielle	51	1	0	342 909	52
	Troubles du rythme	21	1	0	147 175	22
	Phlébite	6	0	0	44 053	7
	Embolie, thrombose artérielle ou amputation	4	0	0	25 829	4
	Artériopathie chronique	8	1	0	60 938	9
	Hypotension orthostatique	3	1	0	20 726	3
	Autres	3	0	0	19 421	3
Affections neuropsychiatriques	Malaise, vertige, perte de connaissance	6	1	1	48 474	7
	Accident vasculaire cérébral	13	0	0	91 234	14
	Épilepsie focale ou généralisée	4	0	0	28 325	4
	Syndrome parkinsonien	6	1	0	49 201	8
	Syndrome confusionnel aigu	2	1	0	22 917	3
	Trouble du comportement	19	6	1	171 222	26
	État dépressif	29	4	1	224 132	34
	État anxieux	22	4	1	178 331	27
	Psychose, délire, hallucinations	11	3	0	96 571	15
	Syndrome démentiel (dont maladie d'Alzheimer)	30	5	1	237 279	36
Autres	3	0	0	22 620	3	
Affections broncho-pulmonaires	Bronchopneumo-pneumopathie (dont broncho-pneumopathie chronique obstructive)	8	2	1	72 964	11
	Insuffisance respiratoire	4	1	0	33 174	5
	Embolie pulmonaire	2	0	0	15 241	2
	Autres	1	0	0	10 674	2
Pathologies infectieuses	Syndrome infectieux général	0	0	1	8 415	1
	Syndrome infectieux localisé	1	1	2	25 169	4
	Infection urinaire basse	3	1	1	31 442	5
	Autres	0	0	0	3 523	1
Affections dermatologiques	Escarres	3	1	1	35 862	5
	Autres	4	1	0	29 729	5
Affections ostéo-articulaires	Pathologie de la hanche	17	1	0	119 423	18
	Pathologie de l'épaule	5	1	0	41 408	6
	Pathologie vertébro-discale	15	2	0	112 953	17
	Polyarthrite ou autre affection articulaire (y compris localisation mains, pieds, genoux)	14	2	0	106 691	16
	Autres	5	0	0	36 585	6
Affections gastro-entérologiques	Ulcère gastro-duodénal	5	0	0	31 796	5
	Autre syndrome digestif haut	13	1	0	93 189	14
	Syndrome abdominal	14	1	1	106 317	16
	Affection hépatique, biliaire, pancréatique	4	1	0	31 815	5
	Dénutrition	7	3	1	66 940	10
	Autres	3	0	0	23 019	4
Affections endocriniennes et métaboliques	Diabète	12	1	0	93 255	14
	Dyshyroidie	9	1	0	63 708	10
	Trouble de l'hydratation / trouble hydro-électrolytique	4	1	1	37 002	6
	Autres	2	0	0	13 250	2
	Rétention urinaire	2	0	0	16 278	2
Affections uro-néphrologiques	Insuffisance rénale	7	1	0	55 530	8
	Incontinence urinaire	28	2	1	206 757	32
	Autres	3	0	0	18 868	3
Affections en hématologie et cancérologie	Anémie	6	1	1	46 571	7
	Cancer	7	1	1	54 063	8
	Hémopathie maligne	1	0	0	8 330	1
	Syndrome inflammatoire	1	0	0	8 102	1
	Autres	1	0	0	4 337	1
Autres pathologies	Pathologie oculaire	17	2	1	132 336	20
	État régressif	7	2	1	65 353	10
	État grabataire	15	2	1	114 246	17
	Autre(s) pathologie(s)	2	0	0	16 907	3
État terminal	///	///	///	8 602	1	
Absence de pathologie	///	///	///	7 142	1	

Lecture • 20 % des résidents souffrent d'insuffisance cardiaque dont le caractère évolutif est chronique stabilisée.

Sources • Enquête EHPA 2007.

ENCADRÉ 2

La mesure du caractère évolutif des pathologies

Dans le questionnaire remis aux médecins en établissement, toutes les affections signalées devaient être ventilées selon leur caractère évolutif « pathologie chronique stabilisée », « poussée aiguë d'une pathologie chronique ou pathologie chronique non stabilisée », et « état, affection aigus ». Dans la majorité des cas, les pathologies diagnostiquées par les médecins sont stabilisées (tableau). Pour chaque pathologie, le pourcentage de résidents présentant un état ou une affection aiguë lors de la semaine d'observation ne dépasse pas 2 %. La proportion de résidents ayant une poussée aiguë ou une pathologie non stabilisée dépasse rarement ce pourcentage sauf parmi certaines affections neuropsychiatriques (6 % pour les troubles du comportement, 5 % pour les syndromes démentiels, 4 % pour les états dépressifs ou anxieux, 3 % pour les cas de psychose, délire, hallucinations) et pour les cas de dénutrition (3 %). Cependant, si l'on considère l'ensemble des pathologies diagnostiquées pour un résident, au moment de l'enquête, 14 % des résidents ont au moins une pathologie dont l'affection est aiguë, 24 % au moins une pathologie chronique non stabilisée (sans pathologie d'affection aiguë mais avec présence possible de pathologie chronique stabilisée), et 60 % ont une ou plusieurs pathologies chroniques stabilisées, seuls 2 % n'ont aucune pathologie (tableau). Logiquement, le pourcentage de résidents présentant un « état ou affection aiguë » est deux fois plus élevé dans les USLD (28 %) que dans les autres établissements et, *a contrario*, l'absence de pathologie est plus fréquente dans les logements-foyers non-EHPAD (8 %).

Tableau

Répartition des résidents selon l'état évolutif de leurs pathologies, par type d'établissement

en % des résidents

Catégorie d'établissement	Au moins une pathologie			Absence de pathologie	Total
	avec état ou affection aigu	chronique non stabilisée sans pathologie avec état ou affection aigu	chronique stabilisée sans pathologie chronique non stabilisée ni état ou affection aigu		
EHPAD	14	26	59	1	100
Maison de retraite non-EHPAD	11	14	73	3	100
Logement-foyer non-EHPAD	12	16	64	8	100
Unité de soins de longue durée non-EHPAD	28	32	40	1	100
Total	14	24	60	2	100

Lecture • Dans les logements-foyers, 64% des résidents souffrent d'au moins une pathologie chronique stabilisée.

Sources • Enquête EHPA 2007.

s'habiller seules. Cependant, moins de la moitié (46 %) ont besoin d'être intégralement aidées pour se déplacer dans l'établissement, se lever, se coucher et s'asseoir. Il s'agit donc d'une population sévèrement atteinte au niveau des fonctions supérieures mais ayant assez souvent une certaine autonomie locomotrice. Par ailleurs, les risques pour une personne démente de présenter des troubles de la dénutrition ou de l'hydratation ou bien d'être en état terminal sont multipliés par trois par rapport aux risques encourus par un autre résident en EHPA.

Parmi les résidents en établissement, 34 % se trouvent dans un *état dépressif* et dans 86 % des cas il s'agit d'une pathologie chronique stabilisée. Les femmes présentent plus souvent un état dépressif que les hommes (36 % contre 29 %) de même que les résidents âgés de 65 à 70 ans comparés à l'ensemble des résidents (40 % contre 34 %). En revanche, les tranches d'âge extrêmes sont moins touchées : 31 %

pour les moins de 65 ans et 30 % pour les 95 ans et plus. *L'état anxieux* concerne 27 % de la population résidant en institution. Là encore, quelle que soit la tranche d'âge, les femmes souffrent plus fréquemment d'anxiété que les hommes (29 % contre 23 % en moyenne) de même que les personnes âgées de 65 à 70 ans présentent plus souvent ce symptôme que les autres (32 % contre 27 %). Les personnes signalées dépressives sont deux fois plus souvent signalées anxieuses que les autres et les personnes souffrant d'anxiété deux fois plus sujettes à la dépression que les autres. Enfin, 26 % des résidents en établissement présentent des *troubles du comportement* et, parmi eux, 6 % souffrent d'un état ou affection aiguë au moment de l'enquête. Les hommes sont globalement plus atteints par des troubles du comportement que les femmes (30 % contre 25 %). Les personnes ayant entre 65 et 80 ans sont plus touchées que les autres (entre 21 % et 35 % selon la tranche d'âge). Par ailleurs,

les personnes présentant des troubles du comportement sont quatre fois plus souvent atteintes de syndrome confusionnel aigu ou de psychose, délire, ou hallucinations et deux fois plus souvent touchées par l'épilepsie que les personnes n'ayant pas de troubles du comportement.

Outre les quatre pathologies neuropsychiatriques les plus fréquentes décrites ci-dessus, deux maladies, certes moins répandues en EHPA mais souvent très incapacitantes, touchent les résidents : l'accident vasculaire cérébral (AVC) et la maladie de Parkinson. *L'accident vasculaire cérébral* est une attaque cérébrale grave et subite. Il survient à la suite de l'obstruction ou de la rupture d'un vaisseau qui transporte le sang au cerveau, ce qui entraîne un manque d'oxygène parfois fatal, et peut laisser des séquelles irréversibles. Ainsi, certaines personnes auront des difficultés à parler ou à écrire (aphasie), une paralysie partielle ou complète de la moitié du corps, ou encore des problèmes de mémoire. Cette attaque cérébrale touche 14 % des résidents d'EHPA. La proportion est double dans les unités de soins de longue durée. Comme la maladie d'Alzheimer, *la maladie de Parkinson* est une maladie neurodégénérative. La zone du cerveau atteinte par la maladie jouant un rôle important dans le contrôle des mouvements, les personnes atteintes font peu à peu des gestes rigides, saccadés et incontrôlables. Cette pathologie touche 8 % des résidents d'EHPA.

La fréquence des quatre pathologies neuropsychiatriques les plus souvent rencontrées (syndrome démentiel, état dépressif, état anxieux et trouble du comportement) varie très fortement selon la catégorie d'établissement. Les résidents en USLD non-EHPAD sont beaucoup plus fréquemment que les autres atteints d'un syndrome démentiel (60 %) et à l'inverse, ceux des logements-foyers non-EHPAD le sont assez rarement (8 %). De même, les patients admis en USLD souffrent plus souvent que les autres de troubles du comportement (44 %) et les résidents des logements-foyers non-EHPAD nettement moins (9 %). Par contre, les personnes des logements-foyers non-EHPAD sont relativement plus nombreuses à être diagnostiquées

dans un état anxieux (32 %) que celles des autres établissements (21 % dans les USLD et 26 % dans les maisons de retraite et les EHPAD). Tandis que les proportions de personnes présentant un état dépressif varient de 26 % en logement-foyer non-EHPAD à 36 % dans les EHPAD. Au final, le pourcentage relativement élevé (62 %) de résidents atteints d'une pathologie neuropsychiatrique en logement-foyer non-EHPAD est en grande partie dû à la fréquence des états anxieux et dépressifs, alors que dans les autres catégories d'établissement, où ce pourcentage varie de 80 % dans les maisons de retraite non-EHPAD à 96 % dans les USLD non-EHPAD, le syndrome démentiel est la pathologie neuropsychiatrique la plus fréquente.

Trois quarts des résidents sont atteints d'une affection cardiovasculaire

Les trois quarts de la population hébergée en établissement sont concernés par une maladie du cœur ou des vaisseaux, cette proportion – qui varie peu selon la catégorie d'établissement – étant identique à celle de 2003. L'hypertension artérielle est la plus fréquente des affections cardiovasculaires, l'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme sont aussi des affections assez souvent observées. Il n'y a pas de différence notable selon la catégorie de l'établissement hébergeant le résident, sauf dans les USLD, où l'hypertension artérielle est moins fréquente.

L'hypertension artérielle est la pathologie qui touche le plus grand nombre de personnes âgées en établissement : ainsi, 52 % des résidents présentent ce diagnostic, soit environ 343 000 personnes. Toutefois, dans 97 % des cas, l'hypertension artérielle est de faible gravité, elle n'est signalée comme une affection aiguë à la date de l'enquête que pour une personne sur 100. La proportion de personnes touchées par l'hypertension artérielle augmente avec l'âge jusqu'à 80 ans. Elle est de 38 % pour les personnes ayant de 65 à 70 ans et atteint environ 55 % pour les personnes de

80 ans et plus. Si globalement, les hommes présentent un peu moins souvent cette pathologie que les femmes (48 % contre 54 %) c'est parce qu'ils sont en moyenne plus jeunes qu'elles. En effet, entre 65 et 80 ans, les hommes sont plus touchés par l'hypertension que les femmes (en moyenne, 49 % contre 46 %) et, entre 80 et 90 ans, ils sont autant concernés. L'hypertension artérielle est moins souvent diagnostiquée chez les patients d'USLD non-EHPAD que dans les autres établissements (36 % contre 52 % à 57 %). Souffrir d'hypertension ne paraît pas avoir d'incidence significative sur le fait de présenter d'autres pathologies. Les autres affections cardiovasculaires touchent, chacune, moins d'un quart des résidents. *L'insuffisance cardiaque* se définit par l'incapacité du cœur à assurer un débit suffisant pour faire face aux besoins de l'organisme, elle est diagnostiquée chez 23 % des résidents. La fréquence de l'insuffisance cardiaque augmente aussi avec l'âge, elle concerne 5 % des résidents avant 70 ans, 18 % des 70-80 ans, 23 % des 80-90 ans et 31 % des 90 ans et plus. Quelle que soit la tranche d'âge, à partir de 65 ans, les hommes présentent plus souvent cette pathologie que les femmes (au total, 26 % contre 22 %). Dans 87 % des cas, l'insuffisance est qualifiée par les médecins, à la date de l'enquête, de pathologie chronique stabilisée. Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque développent deux fois plus souvent que les autres, outre une coronaropathie ou des troubles du rythme, une affection broncho-pulmonaire, plus particulièrement une insuffisance respiratoire. *Les troubles du rythme cardiaque* ou arythmie qui correspondent à une irrégularité des contractions du cœur touchent 22 % des personnes âgées résidant en institution. Seule une personne concernée sur cent en est affectée de façon aiguë. Cette pathologie est, dans toutes les tranches d'âge, plus présente chez les hommes que chez les femmes (de 5 points en moyenne).

Les affections ostéo-articulaires constituent le troisième groupe de pathologies les plus fréquemment rencontrées dans les établissements pour personnes âgées : 47 % des résidents en souffrent, la pathologie de la hanche, la pathologie vertébro-discale et la polyarthrite ou autre affection articulaire touchant respective-

ment 18 %, 17 % et 16 % des résidents. Les affections ostéo-articulaires concernent plus souvent les femmes que les hommes (47 % contre 35 % des hommes), et ce, pour chacun des groupes d'âge.

Les affections uro-néphrologiques sont également assez courantes (40 %) en raison de la fréquence du diagnostic d'incontinence. Globalement, 32 % des résidents souffrent d'incontinence urinaire tandis qu'ils ne sont que 13 % à souffrir d'une autre pathologie uro-néphrologique, essentiellement une insuffisance rénale. Il existe de très fortes différences selon le type d'établissement. C'est parmi les résidents d'USLD non-EHPAD que la proportion de personnes atteintes par l'incontinence urinaire est la plus forte (58 %), alors qu'en logement-foyer non-EHPAD elle n'est que de 7 %. Dans l'ensemble, les hommes sont presque aussi souvent concernés que les femmes (respectivement 29 % contre 32 %). La proportion de résidents incontinents tend à augmenter avec l'âge, elle est de 38 % parmi les résidents ayant 90 ans ou plus. Les personnes atteintes de démence sont deux fois plus souvent incontinentes que les autres.

Les affections gastro-entérologiques touchent également 40 % des résidents. La prévalence est beaucoup plus forte dans les unités de soins de longues durées que dans les logements-foyers non-EHPAD : respectivement six patients sur dix en souffrent contre deux résidents sur dix. Jusqu'à 85 ans, les hommes sont plus affectés que les femmes, au-delà, la tendance est inversée.

Les autres groupes de pathologies affectent moins d'un tiers des résidents. *Les affections endocriniennes* et métaboliques concernent 28 % de la population hébergée en établissement. Environ 20 % souffrent d'une pathologie oculaire. *Les affections broncho-pulmonaires* touchent 18 % d'entre elle. *Les affections en hématologie et cancérologie* figurent parmi les pathologies les moins fréquemment rencontrées en établissement et concernent 16 % des résidents. Les cancers, en particulier, atteignent 8 % de l'ensemble des résidents. *Les pathologies infectieuses* (majoritairement une infection urinaire basse ou un syndrome infectieux localisé) et *les affections dermatologiques* (escarres et autres lésions cutanées) concernent chacune 10 % des résidents en moyenne, mais

environ 15 % des patients d'USLD non-EHPAD. À noter que ces deux types d'affections étaient plus fréquemment signalés en 2003 (dans respectivement 15% et 18% des cas).

Les résidents cumulent 6 pathologies et consomment 6,5 médicaments par jour

La quasi-totalité des résidents souffrent de multiples pathologies. Ils cumulent en moyenne 6 des pathologies étudiées, la moitié en

ayant de 4 à 8. Dans les logements-foyers non-EHPAD, ces chiffres sont plus faibles : les résidents souffrent en moyenne de 5 pathologies alors que dans les USLD non-EHPAD, la moyenne s'élève à près de 8. Les personnes âgées entre 65 et moins de 80 ans présentent en moyenne 5,8 maladies et celles âgées de plus de 80 ans, 6,6. Il s'agit souvent de pathologies de types d'affections différents : les maladies dont les résidents sont victimes appartenant en moyenne à 4 des 14 groupes de pathologies du modèle PATHOS.

Le nombre de pathologies augmente avec le degré de dépendance des résidents : les résidents évalués en GIR6, donc peu dépendants, en ont moins de 4, les GIR5, 5, les GIR4 et les GIR3, autour de 6 et les GIR1 comme les

TABLEAU 3

Proportion de résidents en EHPA concernés par une pathologie selon leur groupe iso-ressources

Groupes de pathologies	Pathologies (1)	Groupes iso-ressources						
		1	2	3	4	5	6	Ensemble
Affections cardiovasculaires	Insuffisance cardiaque	22	24	25	27	24	15	23
	Coronaropathie cardiaque	15	19	19	19	14	17	18
	Hypertension artérielle	40	52	54	53	64	57	52
	Troubles du rythme	21	23	24	24	23	19	22
	Artériopathie chronique	9	11	11	11	9	5	9
Affections neuropsychiatriques	Accident vasculaire cérébral	22	19	14	11	8	5	14
	Syndrome parkinsonien	11	10	9	6	4	4	8
	Trouble du comportement	38	37	30	20	18	7	26
	État dépressif	33	38	38	35	42	22	34
	État anxieux	20	26	29	30	30	28	27
	Psychose, délire, hallucinations	19	19	17	13	13	5	15
	Syndrome démentiel	71	54	33	23	15	5	36
Affections broncho-pulmonaires	Bronchopneumopathie (dont broncho-pneumopathie chronique obstructive)	11	12	11	12	9	10	11
Affections dermatologiques	Escarres	14	8	2	3	3	1	5
Affections ostéo-articulaires	Pathologie de la hanche	22	23	17	19	13	11	18
	Pathologie vertébro-discale	11	17	17	19	21	20	17
	Polyarthrite ou autre affection articulaire (y compris localisation mains, pieds, genoux)	17	16	17	18	14	13	16
Affections gastro-entérologiques	Autre syndrome digestif haut	15	16	14	15	15	9	14
	Syndrome abdominal	23	19	17	14	11	11	16
	Dénutrition	25	15	8	5	3	1	10
Affections endocriniennes et métaboliques	Diabète	10	15	19	14	16	13	14
	Dyshyroidie	9	11	9	9	10	8	10
	Trouble de l'hydratation/trouble hydro-électrolytique	17	7	4	2	3	1	6
Affections uro-néphrologiques	Insuffisance rénale	10	10	9	8	8	4	8
	Incontinence urinaire	63	49	32	18	7	4	32
Affections en hématologie et cancérologie	Cancer	8	8	9	7	12	7	8
Pathologie oculaire		17	21	21	24	17	17	20
État régressif		20	14	9	5	7	3	10
État grabataire		60	24	6	4	1	1	17

(1) Ne sont listées ici que les pathologies concernant au moins 10 % des personnes d'un GIR donné.

Lecture • 22 % des résidents dont le GIR est évalué à 1 souffrent d'insuffisance cardiaque.

Sources • Enquête EHPA 2007.

GIR2 en présentent 7 en moyenne. Environ 60 % des GIR1 sont grabataires (tableau 3), alors que cet état n'est diagnostiqué que pour moins d'un quart des GIR2 et très rarement pour les personnes des autres GIR. La démence et l'incontinence urinaire touchent aussi beaucoup plus les GIR1 (71 % et 63 %) que les autres GIR même si ces derniers, notamment les GIR2 à 4 n'en sont pas indemnes : environ 50 % des GIR2, 33 % des GIR3, et 20 % des GIR4 sont concernés par ces deux pathologies. Les troubles de l'hydratation, la dénutrition, les escarres, bien que plus rarement diagnostiqués, sont aussi des pathologies nettement plus fréquentes parmi les personnes les plus dépendantes, puisqu'ils touchent respectivement 17 %, 25 % et 14 % des GIR1 et 7 %, 15 %, et 8 % des GIR2. À l'inverse, l'hypertension artérielle qui est la pathologie globalement la plus fréquente n'est signalée que pour 40 % des résidents en GIR1 alors qu'elle l'est dans environ 60 % des cas pour les GIR5 et les GIR6.

Plus généralement, un nombre limité de pathologies voit sa fréquence croître significativement avec le degré de dépendance (tel qu'évalué par le GIR) : c'est nettement le cas de la plupart des pathologies neuropsychiatriques : démences, accidents vasculaires cérébraux, syndromes parkinsoniens, troubles du comportement, psychoses, délires et hallucinations, mais ce n'est pas le cas pour les états dépressifs ou anxieux. Les pathologies de la hanche semblent également un peu plus fréquentes chez les populations fortement dépendantes, de même que le syndrome abdominal, les troubles de l'hydratation et la dénutrition, l'incontinence urinaire, les escarres, ainsi que les états régressifs et grabataires. *A contrario*, la fréquence des affections cardiovasculaires varie très peu en fonction du degré de dépendance (sauf pour l'hypertension artérielle, davantage répandue parmi les publics peu dépendants).

Le nombre moyen journalier – sur la base d'une semaine d'observation – de spécialités pharmaceutiques différentes (appelées par commodité « médicaments » dans la suite de l'étude) prescrites aux personnes âgées en institution, par voies orale ou injectable, est évalué à 6,5 : 27 % des résidents ont consommé, par jour, de 0 à 4 médicaments, 49 % de 5 à 8

médicaments et 24 %, 9 médicaments ou plus. En 2003, le nombre moyen de médicaments consommés était de 6,4 et la moitié en consommait de 4 à 8. Précisons toutefois que la question concernait un nombre de médicaments et non pas un nombre de spécialités pharmaceutiques. La fréquence des prescriptions médicamenteuses paraît donc avoir peu évolué entre 2003 et 2007, bien que, dans la loi de santé publique du 9 août 2004, sa diminution ait été inscrite comme un enjeu de santé publique.

La consommation journalière de médicaments varie peu selon l'âge des résidents, exception faite des personnes âgées de plus de 95 ans chez qui elle est un peu plus faible : 5,7 médicaments par jour. Aucune différence notable selon le genre n'apparaît, hormis dans la tranche d'âge des moins de 65 ans où les hommes consomment en moyenne 5,7 médicaments et les femmes 6,6. La prise quotidienne de médicaments est inférieure dans les logements-foyers non-EHPAD (5,7 médicaments) et dans les USLD (6,1 médicaments) à celle des EHPAD et des maisons de retraite non-EHPAD (6,6 médicaments pour ces deux types de structures). La polymédication est plus forte quand la polypathologie est élevée. Ainsi, le nombre de médicaments consommés quotidiennement est de 5,3 pour les résidents qui ont de une à quatre pathologies, de 6,7 pour ceux qui cumulent de cinq à huit pathologies, 7,6 pour ceux qui en ont de neuf à douze et enfin de 8,1 pour ceux qui ont treize pathologies ou plus.

La polymédication varie relativement peu en fonction du type d'affection (tableau 4). Le nombre moyen de médicaments consommés est cependant un peu plus élevé quand le résident est atteint d'au moins une maladie appartenant aux groupes d'affections bronchopulmonaires ou endocriniennes et métaboliques (7,4 médicaments absorbés par jour) ainsi qu'aux groupes d'affections dermatologiques, infectieuses, hématologiques et cancéreuses (7,1 médicaments absorbés par jour). On note aussi une consommation quotidienne de médicaments un peu plus élevée chez les résidents atteints de maladies cardiovasculaires (ceux qui en souffrent consomment 6,9 médicaments contre 5,0 pour ceux qui n'en souffrent pas), d'affections endocriniennes et

TABLEAU 4

Consommation moyenne de médicaments par résident selon qu'il souffre ou non d'au moins une pathologie du groupe considéré

Groupes de pathologies	Consommation de médicaments de ceux qui souffrent de la pathologie	Consommation de médicaments de ceux qui sont indemnes de la pathologie
Affections cardiovasculaires	6,9	5
Affections neuropsychiatriques	6,6	5,8
Affections broncho-pulmonaires	7,4	6,3
Pathologies infectieuses	7,1	6,4
Affections dermatologiques	7,1	6,4
Affections ostéo-articulaires	6,9	6,2
Affections gastro-entérologiques	7	6,1
Affections endocriniennes et métaboliques	7,4	6,1
Affections uro-néphrologiques	6,6	6,4
Affections en hématologie et cancérologie	7,1	6,4
Pathologie oculaire	7	6,4
État régressif	6,5	6,5
État grabataire	6,5	6,5
Autre(s) pathologie(s)	6,9	6,5
État terminal	6,5	6,5

Lecture • Les résidents atteints d'affections cardiovasculaires consomment en moyenne 6,9 médicaments, ceux qui n'en sont pas atteints en consomment en moyenne 5.

Sources • Enquête EHPA 2007.

métaboliques (les personnes souffrant de diabète consomment 7,8 médicaments, celles n'en souffrant pas en consomment 6,3). Enfin, les résidents évalués en GIR2, 3, 4, ou 5 consomment environ 7 médicaments par jour alors que les résidents en GIR6 comme ceux en GIR1 en consomment moins de 6 (5,7). Le lien entre degré de dépendance et nombre de spécialités pharmaceutiques consommées est donc ténu.

Quatre résidents sur dix ont une déficience intellectuelle, du comportement ou motrice

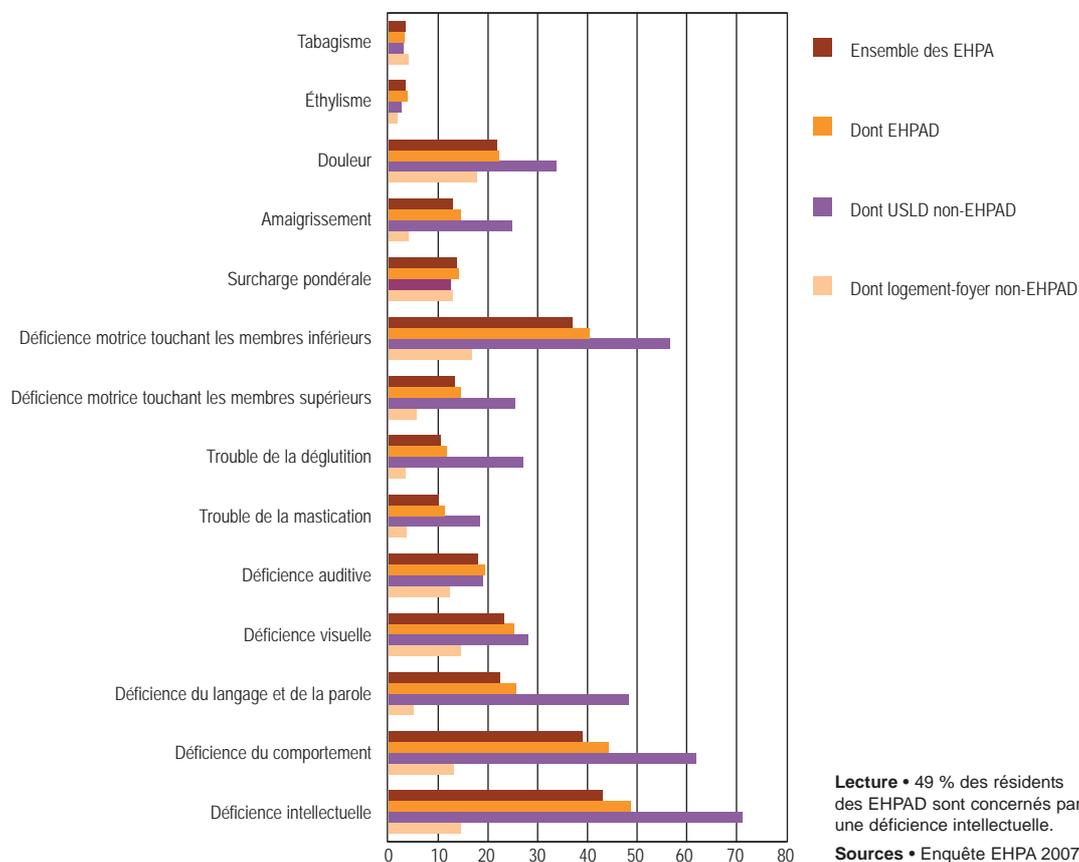
Environ quatre résidents sur dix ont une déficience intellectuelle, une déficience du comportement ou une déficience motrice, et environ deux sur dix ont une déficience visuelle, une déficience de langage ou de la parole ou encore une déficience auditive (graphique 1). Excepté pour les déficiences audi-

tives et visuelles, les résidents des unités de soins de longue durée non-EHPAD sont beaucoup plus souvent concernés par des déficiences que ceux des autres catégories d'établissements. Parmi eux, 71 % sont notamment déficients intellectuels et 62 % sont déficients au niveau du comportement. Les proportions correspondantes en logement-foyer non-EHPAD ne sont que de 14 % et 13 %. D'ailleurs, toujours excepté au niveau de la vue et de l'audition, la proportion de résidents concernés par une déficience s'accroît systématiquement en fonction du degré de dépendance. Ainsi, 58 % des résidents classés en GIR1 présentent une déficience au niveau du langage et de la parole alors que seuls 2 % de ceux classés en GIR6 sont concernés par cette déficience.

Les résidents souffrant d'affections neuropsychiatriques ont plus de risques d'avoir des déficiences que ceux qui n'en souffrent pas (tableau 5) : les risques sont multipliés par huit en ce qui concerne les déficiences du comportement, du langage et de la parole, par six pour les troubles de la déglutition et par quatre pour

GRAPHIQUE 1

Proportion de résidents souffrant d'une déficience ou d'un facteur de risque de certaines maladies



les déficiences intellectuelles. Les résidents affectés par des pathologies broncho-pulmonaires sont quatre fois plus que les autres dépendants du tabac. Les résidents grabataires sont six fois plus sujets aux troubles de la déglutition que les autres ; l'addiction au tabac ou à l'alcool est en revanche dans ce cas beaucoup moins fréquente que pour les autres résidents en raison peut-être de l'incapacité de la personne à quitter son lit.

La surcharge pondérale touche la même proportion de résidents que l'amaigrissement

Outre les pathologies et les déficiences, des facteurs de risque de certaines pathologies physiologiques ou psychiques sont relevés

dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ainsi, 14 % des résidents sont concernés par la surcharge pondérale et 13 % par l'amaigrissement, ce dernier phénomène étant six fois plus présent en USLD non-EHPAD qu'en logement-foyer. L'alcoolisme et le tabagisme concernent l'un et l'autre 3 % des résidents.

* * *

Pour chaque résident de l'échantillon, le questionnaire interrogeait les médecins, d'une part, sur l'existence d'idées suicidaires, d'autre part, sur l'existence d'une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de l'année écoulée (tableau 6). En EHPA, d'après les indications fournies par les médecins, 3 % des résidents expriment aux soignants des idées de suicide et moins de 1 % ont fait une tentative en 2007.

Par ailleurs, des informations permettent de qualifier le comportement du résident au sein

de l'établissement. Ainsi, plus de la moitié d'entre eux sont déclarés « coopérants », 13 % « opposants » et 8 % « démissionnaires ». En USLD non-EHPAD, la proportion de coopérants est la plus faible (38 %) et la proportion d'opposants est la plus forte (26 %).

Enfin, au cours de l'année 2007, en moyenne, plus d'un résident d'EHPA sur quatre a fait une ou plusieurs chutes et 3 % ont présenté un ou plusieurs accidents iatrogènes (ce pourcentage atteint 10 % dans les unités de soins de longue durée).

TABLEAU 5

Rapport entre le risque d'avoir une déficience, un facteur de risque de certaines maladies, une douleur, une addiction lorsque l'on est atteint d'une pathologie et celui d'en avoir lorsque l'on n'est pas atteint de cette pathologie

Groupes de pathologies	Déficiences													
	Déficience intellectuelle	Déficience du comportement	Déficience du langage et de la parole	Déficience visuelle	Déficience auditive	Trouble de la mastication	Trouble de la déglutition	Déficience motrice touchant les membres		Surcharge pondérale	Maigrissement	Douleur	Éthylisme	Tabagisme
								supérieurs	inférieurs					
Affections cardiovasculaires	0,8	0,8	0,7	1,4	1,7	0,8	0,8	1	1,2	1,6	0,9	1,5	0,6	0,6
Affections neuropsychiatriques	3,9	8,2	7,8	1,4	1,2	3,2	5,9	3,4	1,8	1,2	2,6	1,2	1	1,5
Affections broncho-pulmonaires	1	1	0,9	1	1,2	1,2	1,6	1,3	1,1	1,8	1,2	1,4	1,8	4
Pathologies infectieuses	1,1	1,3	1,4	1,2	1,7	1,5	2	1,6	1,5	1,4	2	1,6	1,1	0,6
Affections dermatologiques	1,3	1,3	1,6	1,4	1,4	2,3	2,6	2,2	1,7	1,3	1,9	1,8	0,7	1,1
Affections ostéo-articulaires	1	1	0,8	1,3	1,4	1,1	1	1,3	1,6	1,3	1	2,8	0,8	0,9
Affections gastro-entérologiques	1,2	1,3	1,4	1,3	1,3	2,2	2,3	1,6	1,4	0,9	2,8	1,6	2	0,9
Affections endocriniennes et métaboliques	1,1	1,1	1,2	1,2	1,1	1,5	1,7	1,4	1,2	1,9	1,4	1,2	0,9	0,7
Affections uro-néphrologiques	1,7	1,8	2,5	1,5	1,6	2,7	2,9	2,3	2	1,2	2,2	1,4	0,8	0,7
Affections en hématologie et cancérologie	1	1	1,1	1,2	1,4	1,2	1,4	1,1	1,2	1	2	1,4	1,1	1
Pathologies oculaire	0,9	0,9	0,9	4,2	1,8	1,2	1,1	1	1,1	1,1	1,1	1,5	0,7	0,4
État régressif	1,7	1,9	2,2	1,4	1,5	2,7	3,1	2,2	1,9	0,8	2,7	1,5	0,8	0,6
État grabataire	1,7	1,6	3,1	1,4	1,5	4,4	6,1	4,4	2,6	1,2	2,8	1,6	0,4	0,3

Lecture • Les personnes atteintes d'affections neuropsychiatriques ont 8 fois plus de risque d'avoir une déficience du comportement que celles qui n'en sont pas atteintes.

Sources • Enquête EHPA 2007.

TABLEAU 6

Part des résidents en EHPA selon d'autres caractéristiques et selon l'établissement d'accueil

Autres caractéristiques du résident	EHPAD	Maison de retraite non-EHPAD	Logement-foyer non-EHPAD	Unité de soins de longue durée non-EHPAD	Ensemble
Contexte psychologique du résident :					
est-il coopérants ?	50	59	59	38	52
est-il opposants ?	16	11	2	26	13
est-il démissionnaire ?	9	7	3	12	8
Le résident exprime-t-il souvent une douleur importante ?	16	16	12	15	15
Le résident exprime-t-il des idées de suicide ?	3	2	2	4	3
Le résident a-t-il fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de l'année 2007 ?	0	1	0	1	0
Le résident a-t-il fait une ou plusieurs chutes au cours de l'année 2007 ?	28	20	13	32	26
Le résident a-t-il présenté un ou plusieurs accidents iatrogènes au cours de l'année de référence ?	3	3	3	10	3

Lecture • 20 % des résidents de maisons de retraite ont fait une ou plusieurs chutes en 2007.

Sources • Enquête EHPA 2007.

Les pathologies démentielles (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) des personnes âgées vivant en établissement

Joëlle CHAZAL (DREES)

240 000 résidents en institution atteints de pathologies démentielles fin 2007

L'enquête EHPA 2007 réalisée par la DREES apporte des informations détaillées sur l'ensemble des établissements d'hébergement de personnes âgées fin 2007 : personnel employé par ces établissements, clientèle accueillie et activité. Un questionnaire a en outre été adressé à une sélection d'établissements afin qu'un médecin (médecin coordonnateur de l'établissement, médecin salarié par l'établissement ou praticien libéral) indique pour un échantillon de résidents l'ensemble des pathologies dont ils sont atteints. Il est donc possible via cette enquête d'estimer le nombre de résidents pour lesquels une pathologie démentielle a été diagnostiquée, soit environ 240 000 personnes fin 2007.

Cette estimation de 240 000 personnes résidant en institution ayant fait l'objet d'un diagnostic de type Alzheimer ou assimilé n'inclut pas les personnes habitant à leur domicile et fréquentant des centres d'accueil de jour destinés notamment à soulager l'entourage des personnes dépendantes à domicile. L'enquête, menée en 2010 par la DGCS, la CNSA et la DREES auprès de ces centres d'accueil de jour, montre que leur clientèle est composée à 95 % de personnes présentant une pathologie démentielle de type Alzheimer. Au total, le nombre de places d'accueil de jour (qu'il s'agisse de centres d'accueil de jour autonomes ou bien de places d'accueil de jour au sein d'établissements d'hébergement pour per-

sonnes âgées) était de l'ordre de 6 000 fin 2007, une place bénéficiant à environ deux personnes au cours d'une semaine donnée.

36 % de résidents atteints de démence pour l'ensemble des établissements et 42 % dans les seuls EHPAD

Ces 240 000 personnes représentent 36 % des 655 000 personnes âgées hébergées en établissement au 31 décembre 2007. Ce pourcentage s'élève à 40 % dans les maisons de retraite, 11 % en logement-foyer et 62 % en unité de soins de longue durée, si l'on considère tous les établissements de chaque catégorie, qu'ils aient signé une convention tripartite (conventionnement leur donnant le statut d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD) ou non. Cependant, ce pourcentage est plus élevé dans les établissements conventionnés (EHPAD), qui hébergent 495 000 personnes fin 2007, que dans les établissements non conventionnés (42 % contre 18 %), bien qu'il reste élevé dans les USLD non-EHPAD et important dans les maisons de retraite non-EHPAD. Il est en revanche très faible dans les logements-foyers non-EHPAD (graphique 1). Au total (tableau 1), près de 90 % des résidents souffrant de pathologies démentielles sont accueillis en EHPAD fin 2007 (proportion qui a dû encore augmenter depuis en raison de la généralisation progressive du conventionnement).

En institution, la démence est moins fréquente chez les plus jeunes des résidents : moins de 20 % des personnes de moins de 75 ans souff-

GRAPHIQUE 1

Proportion de personnes atteintes de démence par catégorie d'établissement

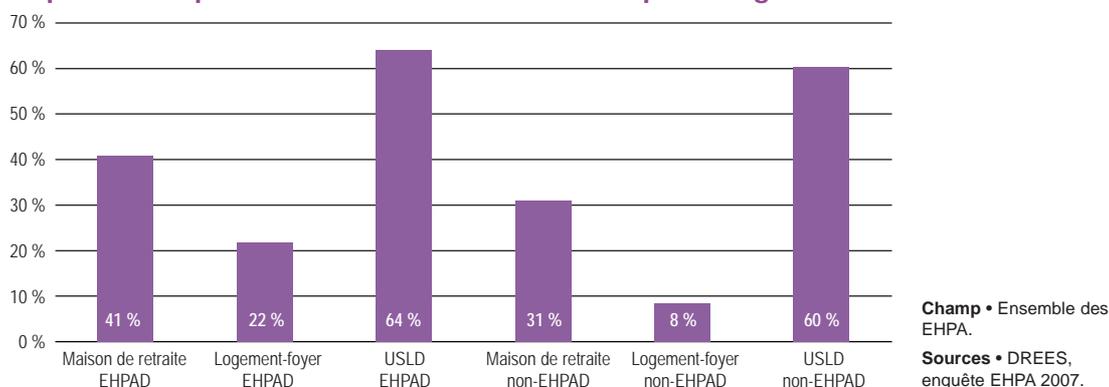


TABLEAU 1

Répartition des résidents atteints de démence par type d'établissement d'hébergement (en %)

		de 1 à 40 places	de 41 à 60 places	de 61 à 80 places	de 81 à 100 places	101 places ou +	Ensemble
EHPAD	Maison de retraite	3	10	18	19	23	73
	Logement-foyer	0	1	1	1	0	3
	USLD	2	2	2	1	5	12
	Total EHPAD	5	13	21	21	28	88
Non-EHPAD	Maison de retraite	1	1	1	0	1	4
	Logement-foyer	1	1	2	0	0	4
	USLD	0	0	1	1	2	4
	Total non EHPAD	2	2	4	1	3	12
Ensemble		7	15	25	22	31	100

Champ • Ensemble des EHPA.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007.

front de démence contre environ 35 % de celles ayant entre 75 et 85 ans et environ 40 % de celles ayant plus de 85 ans (graphique 2). Les cas de démence sont plus fréquents chez les femmes (38 %), par ailleurs surreprésentés dans les tranches d'âge élevées, que chez les hommes (30 %).

La suite de l'étude porte sur le champ des seuls EHPAD qui constituent un bloc plus homogène du point de vue de l'analyse tant des caractéristiques comparées des résidents déments et non déments, que des modalités pratiques (soins et services) de leur prise en charge. En effet, cette sélection permet d'exclure majoritairement les résidents des logements-foyers non-EHPAD qui sont peu ou pas dépendants (uniquement 8 % de GIR1, 2 ou 3 en logement-foyer) ainsi que, à l'opposé, un petit nombre de personnes des unités de soins de longue durée non-EHPAD, très dépen-

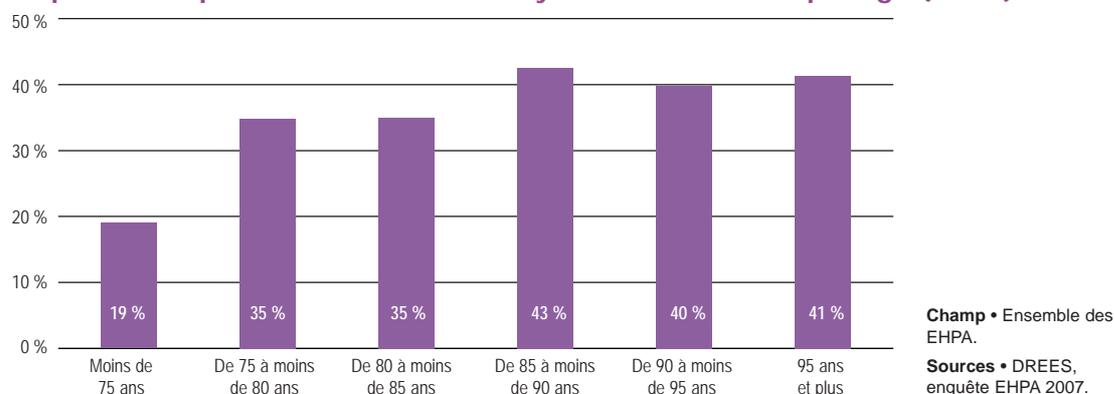
dantes et ayant besoin d'une surveillance médicale constante (82 % de GIR1 et 2, près de la moitié de ces personnes étant grabataires).

Une majorité des résidents en EHPAD classés en GIR 1 et 2 seraient atteints de démence

Assez logiquement, la fréquence des démences croît avec la gravité des situations de dépendance. Les proportions atteintes pour les degrés de dépendance les plus lourds (tels qu'appréciés via la grille AGGIR) s'avèrent très élevées : 71 % en GIR1 et 55 % en GIR2 (tableau 2bis). Les cas de démence sont sensiblement moins fréquents en GIR 3 (34 %) et

GRAPHIQUE 2

Proportion de personnes souffrant du syndrome démentiel par âge (en %)



en GIR4 (25 %), et nettement moins dans les deux catégories les moins dépendantes (15 % en GIR5 et 9 % en GIR6).

Le résultat est confirmé par une analyse « toutes choses égales par ailleurs » : par rapport aux GIR6, la probabilité d'être dément est multipliée par 4 pour les GIR1, par 3 pour les GIR2 et par 2 pour les GIR3 et 4. En revanche, à GIR donné, la probabilité d'être dément n'augmente pas avec l'âge passé 75 ans (les personnes de moins de 75 ans ayant en revanche une probabilité 3 fois plus faible d'être démentes que les personnes de plus de 75 ans, toutes choses égales par ailleurs). La probabilité de démence est par ailleurs multipliée par 1,4 pour les femmes.

À niveau de GIR donné, davantage de personnes atteintes de démence en EHPAD que chez les bénéficiaires de l'APA à domicile

Les personnes atteintes de démence, qui constituent 42 % des résidents des EHPAD, sont majoritairement hébergées dans une maison de retraite devenue EHPAD (83 %) : 14 % vivent dans une USLD devenue EHPAD et seulement 3 % dans un logement-foyer devenu EHPAD. Au total, près de 80 % sont des femmes, 83 % ont au moins 80 ans et 71 % (tableau 2) sont très dépendantes (GIR1 ou GIR2).

La proportion de personnes démentes ou malades d'Alzheimer en EHPAD, assez basse en GIR5 et 6, atteint 48 % sur le seul champ des personnes dont le GIR est compris entre 1 et 4 et sont donc éligibles à l'APA (tableau 2bis). Ce chiffre est bien supérieur aux ordres de grandeur que l'on trouve chez les bénéficiaires de l'APA à domicile : il n'existe pas à cet égard de source nationale (les enquêtes déclaratives handicap-santé ne permettent d'isoler précisément ni les malades d'Alzheimer ni les bénéficiaires de l'APA ; de même, les données de gestion des conseils généraux ne permettent pas le repérage des malades car le fait d'être atteint de cette maladie ne conditionne en rien le droit à la prestation), mais une étude menée pour le compte de la DREES en Haute-Garonne (via notamment la consultation des dossiers médicaux de 1 500 bénéficiaires de l'APA) montre que 20 % environ des bénéficiaires de l'APA à domicile dans ce département ont fait l'objet d'un diagnostic de démence de la part de leur médecin généraliste.

Cet écart très important entre la prévalence des démences en établissement et parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile traduit en réalité d'abord un effet de structure : la surreprésentation des cas de dépendance lourde (GIR1 et 2), où la démence est fréquente, en établissement. Mais l'analyse par GIR – qui neutralise cet effet de structure – est fort instructive : alors que la proportion de déments est proche à domicile et en établissement en GIR1 (et même légèrement supérieure à domicile), la proportion de déments est beaucoup plus faible à domicile quand l'intensité de la dépendance décroît. Ainsi, en GIR4, la proportion de

TABLEAU 2

Répartition des résidents des EHPAD atteints de démence ou non selon leur GIR (%)

	GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	GIR5	GIR6	Ensemble
Démence	30	41	12	12	3	2	100
Non-démence	9	25	17	25	12	12	100

Champ • EHPAD.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007.

TABLEAU 2 BIS

Proportion de personnes démentes au sein de chaque GIR (%)

	GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	Total GIR 1 à 4	GIR5	GIR6	Ensemble
Résidents en EHPAD	71	55	34	25	48	15	9	24
Bénéficiaires de l'APA à domicile en Haute-Garonne	78	40	26	10	20	-	-	20

Sources • DREES, Enquête EHPA2007 ; ORS Midi-Pyrénées, Évaluation de la mise en œuvre des plans d'aide auprès des bénéficiaires de l'APA à domicile en Haute-Garonne.

déments ne serait que de 10 % à domicile contre 25 % en établissement. Ces résultats doivent être lus avec prudence : il n'est pas certain que les chiffres obtenus pour la seule Haute-Garonne soient représentatifs de la situation nationale. Ils corroborent toutefois l'idée que, parmi les dépendants, les personnes démentes (atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée) basculeraient plus rapidement en établissement que les autres.

60 % des résidents ayant un conjoint hors de l'établissement présentent une démence

Les résultats précédents sont d'ailleurs confortés par un autre constat, à savoir la surreprésentation des personnes démentes chez les résidents ayant un conjoint vivant en dehors de l'établissement. Parmi les résidents ayant un conjoint en dehors de l'établissement, 60 % présentent ainsi une démence, contre 41 % des autres résidents. La proportion de résidents ayant un conjoint en dehors de l'établissement est par ailleurs dans l'ensemble très faible (7 %) car l'isolement (généralement consécutif à un veuvage) est souvent le fait déclencheur du passage en établissement. L'analyse toutes choses égales par ailleurs via un modèle logistique (qui isole l'effet propre à une caractéristique en annulant les effets liés aux autres

caractéristiques observées chez les personnes présentant la caractéristique étudiée) confirme que le fait d'avoir un conjoint résidant ailleurs est associé à une probabilité plus forte de présenter une pathologie de type Alzheimer (probabilité multipliée par 2 par rapport à une personne sans conjoint). Cette probabilité plus élevée de présenter une démence pour les personnes ayant un conjoint résidant à son domicile traduit évidemment non pas un effet propre du fait d'avoir un conjoint (être marié ne prédispose pas à la maladie d'Alzheimer...), mais le fait que les personnes dépendantes ayant un conjoint demeurent longtemps prises en charge à leur domicile grâce à l'implication de leur conjoint, sauf lorsque la dépendance a pour origine une démence car, dans ce cas, le conjoint éprouve beaucoup plus de difficultés à prendre en charge la personne dépendante.

20 % des résidents en EHPAD souffrant de démence sont autonomes dans leurs déplacements à l'intérieur de l'établissement

La majeure partie des personnes atteintes de démence (plus de 90 %) éprouvent des difficultés (modérées ou graves¹) en termes de cohérence dans leur comportement et dans la communication, d'orientation dans le temps et

1. Difficultés appréciables en regard de l'évaluation des capacités des personnes âgées dans la vie quotidienne établie par un médecin (variables de la grille AGGIR). Des difficultés « graves » (code C) indiquent que la personne ne fait seule, ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement l'activité décrite. Une personne réalisant cette activité seule spontanément, totalement habituellement et correctement est codée A et n'a pas de difficultés. Les autres, qui éprouvent des difficultés « modérées », sont codées B.

l'espace, mais aussi d'autonomie pour la toilette (96 %) et l'habillage (91 %) (graphique 3). La très grande majorité fait également face à des difficultés modérées ou graves en matière d'alimentation (75 %) et d'élimination (83 %). Enfin, les deux tiers ont des difficultés pour se lever, se coucher ou s'asseoir (transferts) et plus des trois quarts pour se déplacer seuls à l'intérieur de l'établissement. Toutes ces proportions sont nettement plus élevées (particulièrement lorsque l'on considère les difficultés graves) que chez les personnes non atteintes de la pathologie : entre un peu moins de 50 % et 60 % de ces dernières ont des difficultés modérées ou graves de cohérence, d'orientation, d'alimentation, d'élimination, de transferts et de déplacements. Cependant, elles sont environ 80 % à ne pas assurer totalement seuls leur toilette et 70 % leur habillage. Au final, seules 20 % des personnes atteintes de démence paraissent totalement autonomes dans leurs mouvements (aucune difficulté dans leurs transferts et leurs déplacements à l'intérieur de l'établissement) contre 40 % des autres résidents.

Les démences fréquemment associées à l'incontinence urinaire en établissement

Le risque relatif d'avoir une autre pathologie

quand on est atteint de démence² s'avère significativement supérieur à l'unité (tableau 3) pour principalement deux types de pathologies :

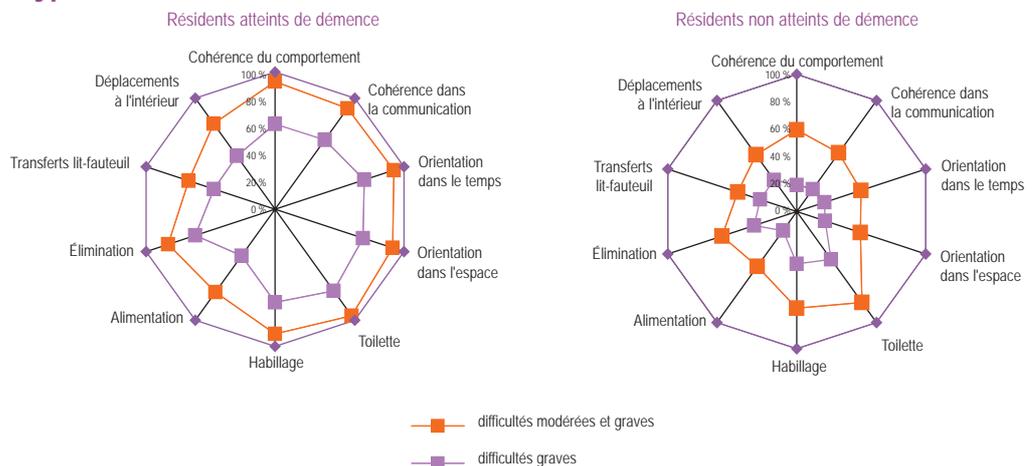
- des pathologies relevant, comme la démence, des affections neuropsychiatriques et qui sont souvent une conséquence directe de la démence (syndrome confusionnel aigu et trouble du comportement) ;
- des pathologies ne relevant pas des affections neuropsychiatriques : trouble de l'hydratation, dénutrition, incontinence urinaire, état grabataire ou régressif, etc. Au total, la moitié des résidents déments souffrent en effet d'incontinence urinaire.

L'analyse « toutes choses égales par ailleurs » montre que trois des pathologies observées, le syndrome confusionnel aigu, l'incontinence urinaire et le syndrome infectieux général, sont associées à des probabilités nettement plus élevées d'être dément (avec des facteurs multiplicateurs variant de 1,5 à 2). Toutefois, parmi ces trois pathologies, seule l'incontinence urinaire est fréquente chez les résidents.

Les différences sont plus marquées en termes de déficiences : les malades déments présentent en moyenne 3,2 des neuf déficiences ciblées dans le questionnaire d'enquête (tableau 4), la moitié d'entre eux en ayant entre 2 et 5. Par comparaison, les résidents non déments n'ont en moyenne que 1,8 de ces déficiences, un quart n'en ayant aucune. Le risque

GRAPHIQUE 3

Proportion de personnes ayant des difficultés dans la vie quotidienne par type d'activité



2. Rapport entre la part des personnes ayant une pathologie Y dans l'ensemble des personnes atteintes de démence et la part des personnes ayant la pathologie Y dans l'ensemble des personnes non atteintes de démence.

TABLEAU 3

Risques de présenter la pathologie selon que l'on soit ou non atteint de démence

Pathologies	Pourcentage de personnes atteintes de la pathologie parmi les personnes		Risque relatif (1/2)
	atteintes de démence (1)	non atteintes de démence (2)	
Incontinence urinaire	51 %	26 %	1,93
Hypertension artérielle	48 %	55 %	0,87
Trouble du comportement	40 %	22 %	1,77
État dépressif	35 %	37 %	0,93
État grabataire	27 %	14 %	1,96
État anxieux	23 %	29 %	0,79
Troubles du rythme	22 %	24 %	0,94
Pathologie de la hanche	22 %	19 %	1,16
Syndrome abdominal	21 %	17 %	1,26
Insuffisance cardiaque	19 %	26 %	0,73
Pathologie oculaire	19 %	22 %	0,87
Dénutrition	18 %	7 %	2,37
Coronaropathie cardiaque	17 %	19 %	0,89
Polyarthrite ou autre affection articulaire (y compris localisation mains, pieds, genoux)	15 %	18 %	0,85
Pathologie vertébro-discale	15 %	18 %	0,87
Accidents vasculaires cérébraux	15 %	15 %	1,03
État régressif	14 %	8 %	1,84
Autre syndrome digestif haut	14 %	17 %	0,84
Diabète	13 %	14 %	0,91
Psychose, délire, hallucinations	13 %	19 %	0,68
Disthyroïdie	10 %	11 %	0,93
Trouble de l'hydratation / trouble hydro-électrolytique	9 %	4 %	2,51
Broncho-pneumopathie (dont broncho-pneumopathie chronique obstructive)	9 %	13 %	0,70
Insuffisance rénale	9 %	9 %	1,04
Artériopathie chronique	9 %	11 %	0,84
Anémie	9 %	7 %	1,38
Syndrome parkinsonien	9 %	8 %	1,13
Cancer	8 %	9 %	0,85
Escarres	8 %	5 %	1,50
Phlébite	7 %	7 %	1,05
Malaise, vertige, perte de connaissance chronique	7 %	7 %	1,06
Pathologie de l'épaule	7 %	7 %	0,97
Infection urinaire basse	6 %	4 %	1,47
Syndrome confusionnel aigu	6 %	3 %	2,34
Affection hépatique, biliaire, pancréatique	5 %	6 %	0,99
Épilepsie focale ou généralisée	5 %	5 %	0,90
Syndrome infectieux localisé	4 %	4 %	1,03
Ulcère gastro-duodénal	4 %	6 %	0,77
Insuffisance respiratoire	4 %	7 %	0,55
Embolie	4 %	5 %	0,79
Hypotension orthostatique	3 %	3 %	0,98
Autre(s) pathologie(s)	2 %	3 %	0,77
Rétention urinaire	2 %	3 %	0,96
Embolie pulmonaire	2 %	3 %	0,73
Syndrome infectieux général	2 %	1 %	1,51
Syndrome inflammatoire	1 %	2 %	0,79
Hémopathie maligne	1 %	2 %	0,73

Lecture • 51 % des résidents atteints de démence souffrent également d'incontinence urinaire, soit un pourcentage 1,93 fois supérieur à celui des personnes non atteintes de démence qui est de 26 %.

Champ • EHPAD.

Sources • DREES, Enquête EHPA 2007.

relatif que les personnes démentes aient une déficience, du langage et de la parole, intellectuelle ou du comportement, est en toute logique très élevé (entre 2 et 3) : respectivement 40 %, 73 % et 63 % des déments présentent ces déficiences. Mais ces personnes présentent également un risque relatif élevé (supérieur à 2) de présenter des troubles de la mastication ou de la déglutition qui affectent ainsi 17 % des résidents déments. Près de la moitié (45 %) des résidents atteints de démence ont aussi des difficultés motrices des membres inférieurs – c'est cependant également le cas de 37 % des résidents indemnes de toute pathologie démentielle.

La proportion de personnes démentes atteint 50 % dans les EHPAD privés à but lucratif

Les unités de soins de longue durée transformées en EHPAD et les logements-foyers devenus EHPAD présentent encore fin 2007 des spécificités liées à leur origine : les « USLD-EHPAD » restent essentiellement des structures publiques rattachées à un hôpital qui

disposent d'un taux d'encadrement en personnel médical, paramédical ou autre personnel plus important que les autres EHPAD, et plus de 60 % des personnes auxquelles elles délivrent des soins souffrent de démence. Les logements-foyers-EHPAD, quant à eux, sont majoritairement de statut public à but non lucratif et ont une capacité en moyenne inférieure à celle des autres EHPAD ainsi que des taux d'encadrement plus faibles, et environ 20 % seulement des personnes qu'ils hébergent sont démentes. Afin de porter sur un ensemble le plus homogène possible d'établissements, l'analyse qui suit est centrée sur les seuls EHPAD de type « maison de retraite ».

Un peu plus de 40 % des résidents des « maisons de retraite-EHPAD » sont atteints de démence. Cette proportion est de 10 points supérieure à la moyenne dans les établissements privés à but lucratif et légèrement inférieure dans ceux de statut public autonome ou privé à but non lucratif (-3 points). Elle est égale à la moyenne dans les « maisons de retraite-EHPAD » publiques rattachées à un hôpital³. Les personnes démentes sont également plus présentes dans les établissements de plus de 90 places que dans les plus petits (de l'ordre de 45 % des résidents contre un peu moins de 40 % dans les plus petits). La proportion de personnes démentes varie peu en fonc-

3. Les maisons de retraite-EHPAD se répartissent presque à parts égales dans les quatre types de statut étudiés, ces parts variant de 20 % à 29 %.

TABLEAU 4

Risque d'avoir une déficience selon que l'on soit ou non atteint de démence

Déficiences	Pourcentage de personnes présentant la déficience parmi les personnes		Risque relatif (1/2)
	atteintes de démence (1)	non atteintes de démence (2)	
Déficience intellectuelle	73 %	31 %	2,37
Déficience du comportement	63 %	30 %	2,09
Déficience motrice touchant les membres inférieurs	45 %	37 %	1,20
Déficience du langage et de la parole	40 %	15 %	2,67
Déficience visuelle	27 %	24 %	1,15
Déficience auditive	21 %	18 %	1,19
Déficience motrice touchant les membres supérieurs	18 %	12 %	1,44
Trouble de la déglutition	17 %	8 %	2,24
Trouble de la mastication	17 %	7 %	2,35
<i>Amaigrissement</i>	20 %	11 %	1,87
<i>Douleur</i>	20 %	24 %	0,85
<i>Surcharge pondérale</i>	12 %	16 %	0,73
<i>Éthylisme</i>	3 %	5 %	0,55
<i>Tabagisme</i>	2 %	4 %	0,50

Lecture • 73 % des personnes atteintes de démence en EHPAD ont une déficience intellectuelle, soit un pourcentage 2,37 fois supérieur à celui des personnes non atteintes de démence qui est de 31 %.

Champ • EHPAD.

Sources • DREES, enquête EHPA 2007.

tion des tarifs moyens relatifs à la prise en charge de la dépendance pratiqués par les EHPAD par contre, elle est plus forte chez ceux qui ont des tarifs journaliers moyens d'hébergement plus élevés que les autres (50 % pour ceux dont le tarif moyen d'hébergement est supérieur à 58 euros contre 33 % chez ceux où ce tarif est inférieur à 40 euros), résultat à relier probablement à la surreprésentation des personnes démentes dans les établissements privés à caractère lucratif.

L'analyse « toutes choses égales par ailleurs » confirme ces résultats : la probabilité qu'un résident soit dément est ainsi multipliée par 1,5 si celui-ci vit dans un EHPAD privé à but lucratif par rapport à un résident vivant dans un EHPAD public autonome – cette surreprésentation demeure toutefois délicate à interpréter. L'effet est de même ordre entre les établissements où le tarif moyen d'hébergement est supérieur à 58 euros par jour et ceux où ce tarif est inférieur à 40 euros. L'effet taille est, lui, de 1,2 entre les EHPAD de plus de 120 places et ceux de moins de 60 places.

Davantage de malades d'Alzheimer dans les établissements proposant des unités de vie ou des espaces spécifiques pour eux

Les établissements disposant d'une unité de vie spécialisée de type « Cantou⁴ » accueillent

une proportion légèrement plus grande de résidents atteints de démence (48 %) que ceux ne proposant que des espaces spécialement aménagés pour des activités particulières comme les repas, les animations (41 %) et que ceux où le cadre de vie des personnes désorientées est commun à celui de l'ensemble des résidents (36 %). Par contre, les EHPAD déclarant disposer d'un espace de déambulation intérieur et ceux déclarant disposer d'un espace de déambulation extérieur ne se démarquent pas nettement des EHPAD ne proposant pas ces espaces. Au total, environ 33% des résidents déments sont accueillis dans un établissement disposant d'une unité de vie « Cantou », 41 % dans un établissement ayant des espaces spécialement aménagés pour des activités particulières et 26 % dans un établissement où le cadre de vie est commun pour tous les résidents. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de démence est multipliée par 1,3 si le résident est dans un EHPAD ayant une unité de vie spécialisée de type « Cantou » par rapport à un résident vivant dans un EHPAD où les personnes désorientées sont accueillies dans des locaux communs.

Enfin, les personnes souffrant de démence vivent dans des « maisons de retraite-EHPAD » où le taux d'encadrement moyen est de 59 personnes (en équivalent temps plein) pour 100 résidents, à peine supérieur (de 1 point) à ce que l'on constate pour les personnes ne souffrant pas de cette pathologie. Le constat est le même si l'on se limite au taux moyen d'encadrement en personnel médical ou paramédical. ■

4. Les Centres d'activités naturelles tirées d'occupations utiles (Cantou) sont de petites unités prenant en charge les personnes âgées présentant des symptômes de démences ou de maladie d'Alzheimer.

L'activité des structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour personnes âgées en 2009

Cécile CHANTEL et Ida FALINOWER (DREES)

La création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire : un des objectifs du Plan Alzheimer 2008-2012

L'un des principaux axes du Plan Alzheimer 2008-2012 est d'apporter un soutien accru aux aidants familiaux. Dans cette perspective, la mesure numéro 1 du Plan a pour objectif d'offrir « sur chaque territoire une palette diversifiée de dispositifs de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à ces structures ». Pour mener à bien cet objectif, cette mesure se décline en plusieurs volets. L'un d'entre eux vise au développement de l'offre de formules existantes d'accueil temporaire

par la création de 11 000 places d'accueil de jour et 5 600 places d'hébergement temporaire médicalisé sur la durée du plan¹.

D'ores et déjà, le suivi des établissements ayant une activité d'accueil de jour et d'hébergement temporaire est développé au travers d'un certain nombre de travaux conduits par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui assure le pilotage de la mesure n° 1 du Plan Alzheimer 2008-2012, en lien avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)². Ainsi une enquête annuelle dite « Mauve », conçue par la CNSA et la DGCS en partenariat avec la DREES (encadré), a été mise en place depuis 2008. Les données issues de l'enquête réalisée en 2010 sont détaillées dans la suite de cette étude, elles apportent des éléments sur le fonctionnement de ces deux types d'accompagnement à la fin de l'année 2009.

1. Ces objectifs ont été revus légèrement à la baisse en raison de la création (également dans le cadre de la mesure 1 du Plan Alzheimer) de plateformes de répit et d'accompagnement des aidants familiaux de personnes malades d'Alzheimer ou apparentées : 150 plateformes de répit devront ainsi être créées sur l'ensemble du territoire entre 2011 et 2012.

2. « Accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer : attentes, freins, et facteur de réussite », GERONTOCLEF, étude commandée par la CNSA, mars 2010. « Analyse des effets de l'hébergement temporaire sur le devenir des personnes âgées en perte d'autonomie en lien avec la charge de leurs aidants informels », GERONTOCLEF, recherche cofinancée par la CNSA et la HAS, février 2010

ENCADRÉ

L'enquête « Mauve - activité AJ/HT 2009 »

L'enquête « Mauve - activité AJ/HT » est lancée une première fois à l'automne 2009 auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble des structures ayant eu ce type d'activité en 2009 et rendue alors obligatoire. Elle remplace désormais le rapport d'activité dû par les structures au titre de l'AJ-HT¹.

La collecte s'effectue sur un site Internet². Le questionnaire de l'enquête est constitué d'un premier volet relatif à l'identification de la structure, dont certaines informations sont pré-remplies à partir du répertoire FINISS, et de deux volets respectivement dédiés à l'activité d'accueil de jour (AJ) et à l'activité d'hébergement temporaire (HT).

Établissements enquêtés au titre de l'activité 2009

Un fichier de 3 461 établissements a été constitué à partir d'une extraction du répertoire FINISS au 15 avril 2010. Tous les établissements ayant au moins une place autorisée destinée à l'accueil de jour (AJ) et/ou à l'hébergement temporaire (HT) d'une personne âgée souffrant d'Alzheimer ou autres maladies assimilées (catégorie de clientèle 436), ou d'une personne âgée dépendante (catégorie de clientèle 711) ou d'une personne âgée sans autre indication (catégorie de clientèle 700) ont été sélectionnés à l'exception des établissements créés après le 1^{er} janvier 2010. Par ailleurs, 74 autres établissements ont été rajoutés à la demande des correspondants régionaux au champ de l'enquête, parmi lesquels 12 font partie d'une catégorie d'établissements non interrogée initialement (établissement de soins longue durée, hôpital local, centre hospitalier).

ENCADRÉ (suite et fin)

Trente-sept établissements parmi ceux rajoutés n'ayant retourné aucune information, ce sont ainsi 3 498 établissements qui ont finalement été interrogés au titre de leur activité en 2009 (tableau 1).

Sur les 3 498 structures interrogées, 2 089 devaient donc initialement remplir le volet concernant l'activité d'accueil de jour (89 % d'entre elles étant des établissements d'hébergement non spécialisés en AJ et 11 % des centres « autonomes » d'accueil de jour), et 2 700 structures devaient donc initialement remplir le volet concernant l'activité d'hébergement temporaire (97 % d'entre elles étant des établissements non spécialisés en HT et 3 % des établissements d'hébergement temporaire « spécialisés »). Parmi les établissements d'hébergement non spécialisés en AJ ou en HT, 1 291 établissements avaient ainsi à remplir les deux volets de l'enquête.

À noter que les structures sélectionnées avaient toutes des capacités autorisées soit d'accueil de jour soit d'hébergement temporaire non nulles mais, pour certaines d'entre elles, les capacités installées correspondantes pouvaient être nulles. Ces structures ont toutefois été prises en compte dans le champ de l'enquête en raison de retards possibles dans la mise à jour des données du répertoire FINESS. Sont dans ce cas, 524 établissements supposés avoir une unité d'accueil de jour et 506 établissements supposés assurer de l'hébergement temporaire.

Le taux de participation à l'enquête, défini comme le nombre d'établissements ayant donné au moins une réponse ou un renseignement (saisie validée ou non validée) est donc de 76 % pour les unités d'accueil de jour : 56 % d'entre elles se sont connectées au site Internet et ont validé leur saisie et 20 % se sont connectées, ont saisi au moins une donnée mais n'ont pas validé leur saisie (saisie non validée) (tableau 2). Au total, 1 586 unités d'accueil de jour ont participé à l'enquête. Le taux de réponses varie cependant en fonction des questions, de 56 % à 75 %.

Le taux de participation à l'enquête des établissements proposant de l'hébergement temporaire est du même ordre (74 % au total, avec 54 % des établissements qui ont validé leur saisie et 20 % qui se sont connectés, ont saisi au moins une donnée mais n'ont pas validé leur saisie) soit au total 2 010 établissements proposant de l'hébergement temporaire. Le taux de réponses varie également en fonction des questions.

Les résultats présentés sont établis sur un champ plus restreint que ces 1 586 unités d'accueil de jour et 2 010 établissements proposant de l'hébergement temporaire. Ils sont basés sur les informations des établissements ayant répondu, d'une part, avoir au moins une place installée et, d'autre part, avoir effectivement démarré leur activité avant le 31 décembre 2009. Ceux-ci représentent environ 60 % des établissements présélectionnés pour chacune des deux activités, mais environ 80 % de leur capacité installée d'accueil de jour et 70 % de leur capacité installée d'hébergement temporaire. L'analyse de l'enquête s'appuie ainsi sur 1 203 unités en ce qui concerne l'accueil de jour, et sur 1 633 établissements en ce qui concerne l'hébergement temporaire.

1. Circulaire n° DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (mesure 1).

2. Site de collecte ouvert entre le 10 juin et le 23 septembre 2010.

Tableau 1
Répartition des structures interrogées selon leur catégorie et leur activité

Catégories de structure	Types d'activité						Total	
	AJ		AJ et HT		HT			
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Maison de retraite	552	69 %	1 204	93 %	1 069	76 %	2 825	81 %
Logement-foyer	22	3 %	64	5 %	257	18 %	343	10 %
Centre d'accueil de jour	219	27 %	8	1 %	0	0 %	227	6 %
Établissement d'hébergement temporaire	0	0 %	11	1 %	82	6 %	93	3 %
Autres*	5	1 %	4	0 %	1	0 %	10	0 %
Total	798	100 %	1 291	100 %	1 409	100 %	3 498	100 %

AJ total : 2 089 HT total : 2 700

dont :

Structure non spécialisée en AJ ou en HT	1 862	89 %	2 607	97 %
Structure spécialisée soit en AJ, soit en HT**	227	11 %	93	3 %

* Établissement expérimental pour personnes âgées, établissement de soins de longue durée, hôpital local, centre hospitalier.

** Centre d'accueil de jour ou établissement d'hébergement temporaire.

Sources • Enquête Mauve - activité AJ/HT 2009.

Tableau 2
Participation des établissements à l'enquête selon leur capacité installée, par activité

	Accueil de jour						Hébergement temporaire					
	capacité installée > 0		capacité installée = 0		Total		capacité installée > 0		capacité installée = 0		Total	
	Structure	%	Structure	%	Structure	%	Structure	%	Structure	%	Structure	%
Saisie validée	900	77 %	266	23 %	1 166	100 %	1 200	82 %	258	18 %	1 458	100 %
Saisie non validée	315	75 %	105	25 %	420	100 %	440	80 %	112	20 %	552	100 %
Aucune saisie	350	70 %	153	30 %	503	100 %	554	80 %	136	20 %	690	100 %
Total	1 565	75 %	524	25 %	2 089	100 %	2 194	81 %	506	19 %	2 700	100 %
Sous-total participants	1 215		371		1 586		1 640		370		2 010	
Taux de participation	78 %		71 %		76 %		75 %		73 %		74 %	

Sources • Enquête Mauve - activité AJ/HT 2009.

Les unités d'accueil de jour se présentent sous deux formes : elles sont soit adossées à des établissements d'hébergement, soit autonomes financièrement, ce sont alors des centres d'accueil de jour. De même, le dispositif de l'hébergement temporaire peut se réaliser dans une structure autonome financièrement ou bien sous forme de places d'hébergement temporaire dans un établissement proposant de l'hébergement permanent (maison de retraite, logement-foyer, EHPAD³ ou non). Des prestations d'accueil temporaire peuvent également être délivrées dans le cadre de l'accueil familial, mais celles-ci ne sont pas présentées dans cette étude.

L'accueil de jour pour personnes âgées reçoit pour une demie-journée, une journée ou plusieurs journées par semaine des personnes âgées, principalement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et vivant à domicile. Ces accueils ponctuels aident les malades à maintenir un lien social, les stimulent par des activités thérapeutiques adaptées destinées à ralentir les effets de la maladie et soulagent également les proches en leur offrant des périodes de répit. La prise en charge financière de l'accueil de jour peut faire partie du plan d'aide proposé dans le cadre de l'allocation personnalisée à l'autonomie à domicile (APA).

Les structures d'hébergement temporaire proposent des accueils d'internat limités dans le temps, et s'adressent à des personnes dont la vie à domicile est momentanément perturbée. Ce dispositif peut également être utilisé comme essai de vie en collectivité, pour préparer une entrée durable en établissement de type EHPAD⁴. L'hébergement temporaire relève des mêmes conditions de fonctionnement et de tarification qu'un hébergement permanent. Le prix de journée se divise entre l'hébergement, la dépendance et les soins. Le tarif soin est pris en charge par la Sécurité sociale. Les tarifs hébergement et dépendance sont à la charge du résident mais peuvent être en partie couverts, d'une part, par une aide au logement ou une aide sociale à l'hébergement et, d'autre part, par l'APA.

D'autres formes d'accueil séquentiel existent également ponctuellement : accueil de nuit, accueil temporaire à domicile (remplacement de l'aidant) mais elles ne sont pas présentées dans cette étude.

3. Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, qui justifie d'équipements adaptés, de personnel spécialisé, et dont une partie ou la totalité des places est médicalisée.

4. Circulaire n° DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2 C/DSS/1A/2002/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Les accueils de jour (AJ) pour personnes âgées en 2009

Les résultats présentés sont établis sur la base des informations des structures ayant répondu avoir eu une activité d'accueil de jour en 2009. Leur capacité installée représente environ 80 % de la capacité installée globale des unités d'accueil de jour identifiées lors du lancement de l'enquête (de l'ordre de 10 000 places). Les résultats n'ont pas été redressés de la non-réponse.

Profil des unités

Sur les 1 203 structures ayant répondu avoir eu une activité d'accueil de jour en 2009, 85 % des unités d'accueil de jour sont dans des maisons de retraite ou des logements-foyers (établissements non spécialisés, EHPAD ou non) et 13 % sont des centres autonomes d'AJ, les autres étant situées dans des hôpitaux.

L'accueil de jour des personnes âgées dépendantes est une activité récente. En effet, plus de 70 % des structures ayant répondu pratiquer l'accueil de jour ont commencé leur activité d'AJ après janvier 2000, le plus souvent entre 2005 et 2009. Parmi les unités d'AJ, 50 % ont démarré après 2005 (pour les centres d'AJ comme pour les établissements non spécialisés).

Capacité d'accueil

La capacité moyenne des unités d'AJ est d'environ 6,4 places. Les centres autonomes d'AJ offrent généralement plus de places (12,8 places en moyenne). La moitié des centres autonomes d'accueil de jour disposent de plus de 12 places. Les établissements non spécialisés offrent, quant à eux, 5,4 places en moyenne et la moitié d'entre eux disposent de moins de 4 places d'AJ.

La circulaire DGCS/A3/201/78 du 25 février 2010 demande que la capacité minimale des unités d'accueil de jour ne soit pas inférieure à six places lorsque l'unité est organisée au sein d'un établissement pratiquant l'hébergement permanent, et à dix places pour un accueil de jour autonome, sauf cas particuliers. Or, fin

2009, près de 20 % des centres autonomes d'AJ ont moins de 10 places d'AJ et plus des deux tiers des unités d'AJ organisées au sein d'un logement-foyer ou d'une maison de retraite ayant répondu à l'enquête disposent de moins de 6 places installées d'AJ. Cependant, 60 % des unités d'AJ de moins de six places, qui donc n'atteignent pas le seuil de places prévu dans la circulaire, déclarent solliciter une augmentation de capacité pour atteindre ce seuil et 24 % envisagent de pratiquer un regroupement avec d'autres structures (dans le cadre de GCSMS). Par contre, 16 % de ces petites unités songent à arrêter l'activité d'accueil de jour.

Au sein de l'ensemble des unités d'AJ, 70 % disposent pour fonctionner de locaux dédiés à l'accueil de jour. Les unités d'AJ ne disposant pas de locaux dédiés sont quasi-exclusivement des établissements non spécialisés. Presque tous les centres autonomes d'AJ disposent donc de locaux dédiés, cependant, pour un quart d'entre eux, ces locaux sont situés au sein d'un EHPAD ou d'un hôpital. Les centres ainsi situés proposent un nombre de places plus limité que les centres d'accueil de jour non situés dans un EHPAD ou un hôpital (10 places en moyenne contre 14).

Les unités d'AJ ne disposant pas de locaux dédiés, étant presque toutes dans des établissements non spécialisés, proposent quant à elles un peu moins de 4 places d'accueil de jour.

Projet d'établissement spécifique

Un peu plus de la moitié de l'ensemble des structures pratiquant l'accueil de jour font part de l'existence d'un projet d'établissement spécifique pour cette activité. Les centres autonomes d'AJ déclarent à 83 % disposer d'un projet spécifique contre 43 % des établissements non spécialisés. Ceci étant, ce type de projet est apparemment plus fréquemment envisagé dans les grandes unités d'AJ, environ 64 % des établissements non spécialisés d'au moins six places déclarent un projet spécifique pour l'accueil de jour, contre 35 % des établissements non spécialisés n'atteignant pas le seuil recommandé de six places.

Partenariats

Les établissements pratiquant l'accueil de jour peuvent avoir des partenariats avec différentes structures. Plus de la moitié des unités d'AJ disent avoir établi des liens formalisés avec des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ou des réseaux gérontologiques, 45 % mentionnent un partenariat avec des établissements (du type EHPAD, hôpitaux), et moins de 30 % un partenariat avec des services à domicile (services d'aide à domicile ou services de soins infirmiers à domicile) ou des associations d'usagers et de familles.

Ces partenariats sont plus fréquemment mentionnés dans les centres autonomes d'AJ que dans les établissements non spécialisés, et plus particulièrement ceux n'atteignant pas le seuil de six places.

Ainsi, moins de 10 % des centres autonomes d'AJ n'ont déclaré aucun lien formalisé avec une autre structure et près de 30 % déclarent avoir des liens avec les quatre types de structures indiquées (CLIC, services à domicile, établissements de type EPHAD, hôpital, ... et associations d'usagers et de familles). En revanche, un tiers des établissements non spécialisés n'ont déclaré aucun lien formalisé (cette situation est un peu moins fréquente chez les établissements d'au moins six places) et moins de 10 % d'entre eux ont déclaré avoir des liens avec les quatre types de structures indiquées. Un tiers des unités ayant déclaré fonctionner au sein d'un EPHAD ou d'un hôpital mais sans disposer de locaux dédiés à l'accueil de jour n'ont, elles non plus, signalé aucun lien formalisé avec une autre structure.

Activité

Plages d'ouvertures

Plus de 80 % des établissements d'AJ sont fermés le week-end. Les unités des centres autonomes d'AJ sont plus souvent fermées le week-end que celles des établissements non spécialisés (respectivement 91 % contre 80 %). Le nombre de jours d'ouverture autorisés par an atteint en moyenne 280 jours.

Bénéficiaires et fréquentation

Parmi les 1 203 établissements ayant répondu, une cinquantaine a déclaré n'avoir reçu aucune

personne âgée au cours de l'année 2009. Une vingtaine d'entre eux ont commencé leur activité d'accueil de jour en 2009, parfois en fin d'année, ce qui peut expliquer le fait de ne pas avoir réellement fonctionné cette année-là et une dizaine font part de leur volonté d'arrêter cette activité.

En 2009, les établissements ayant une activité d'AJ ont, en moyenne, accueilli 20 bénéficiaires différents et réalisé plus de 855 journées. Chaque personne âgée reçue est venue en moyenne 43 jours sur l'année. Lorsque la distinction a pu être établie par le répondant, les malades d'Alzheimer (ou maladies apparentées) représentent 95 % de la clientèle accueillie en 2009.

Logiquement, les centres spécialisés en AJ ont reçu en moyenne davantage de personnes âgées que les établissements non spécialisés (un peu moins d'une cinquantaine de personnes accueillies dans les centres d'AJ contre 15 environ dans les autres structures). Les centres d'AJ ont donc réalisé davantage de journées (plus de 1 800 contre 660 environ pour les autres unités).

Une place en AJ sert à un peu moins de trois personnes différentes sur l'année. En effet, le ratio du nombre de bénéficiaires différents reçus dans l'année sur le nombre de places installées vaut en moyenne 2,9. Il vaut 3,6 pour les centres autonomes d'AJ, contre 2,7 dans les autres structures.

Les établissements sont 40 % à indiquer que le nombre de journées de présence en AJ par semaine par bénéficiaire est plafonné. La mention d'un tel plafond est plus fréquente dans les centres spécialisés (53 % contre 39 % dans les structures d'accueil non spécialisées). Il est en moyenne de quatre jours par semaine.

Une des questions posées porte également sur la fréquentation de l'unité d'AJ au cours de la semaine du 7 au 13 décembre 2009. Un peu moins de 13 personnes en moyenne auraient été accueillies dans les unités d'AJ pendant cette semaine, la plupart étant des malades d'Alzheimer ou assimilés. Les centres autonomes d'AJ ont reçu une trentaine de personnes, contre neuf dans les établissements non spécialisés. En moyenne, les bénéficiaires ont fréquenté l'unité deux jours la semaine du 7 au 13 décembre 2009, et ce

pour tous les types d'unités (autonomes ou non spécialisés).

En faisant le rapport entre le nombre de journées effectuées en AJ sur le nombre de jours d'ouverture autorisés multiplié par le nombre de places d'AJ installées, on obtient un ratio d'exploitation qui, s'il vaut « 1 », signifie que chacune des places installées est occupée chaque jour d'ouverture autorisé. En moyenne, sur l'ensemble de l'année 2009⁵, le ratio d'exploitation est proche de 0,5 et est compris entre 0,21 et 0,75 dans la moitié des unités. Cependant, le ratio moyen des centres d'AJ autonomes est supérieur à la moyenne observée dans l'ensemble des unités d'AJ (0,64 contre 0,5), de même dans une moindre mesure, que celui des unités des établissements non spécialisés ayant au moins six places d'AJ (0,56) alors qu'il est inférieur à la moyenne dans les unités des établissements non spécialisés de moins de six places d'AJ (0,42).

On retrouve ces différences lorsque l'on calcule le ratio d'exploitation sur la semaine de référence⁶ mais le ratio d'exploitation moyen de la semaine du 7 au 13 décembre 2009 est nettement supérieur au ratio moyen de l'année 2009 (0,7 contre 0,5), et ce quel que soit le type d'unités observées. Ainsi ce ratio est de 0,84 dans les centres d'AJ autonomes, de 0,74 dans les unités non spécialisées d'au moins six places d'AJ et de 0,59 dans les autres unités d'AJ non spécialisées.

Liste d'attente

Les établissements pratiquant l'accueil de jour sont 30 % à avoir une liste d'attente. Cette situation est plus fréquente dans les centres autonomes d'AJ (50 %) que dans les autres structures (28 %). Les listes d'attente sont aussi un peu plus courantes dans les établissements non spécialisés à plus grande capacité (33 % dans les unités d'au moins six places d'AJ, contre 24 % pour les plus petites).

Organisation des transports

En 2009, environ les deux tiers des structures pratiquant l'AJ déclarent avoir mis en place une organisation du transport pour les personnes accueillies. Cette disposition est un peu plus fréquente dans les centres autonomes

5. Ne sont retenues dans le calcul que les unités d'AJ ouvertes avant 2009 et ayant fourni des données cohérentes sur le nombre de journées réalisées en 2009 et le nombre de bénéficiaires différents accueillis en 2009, soit environ 600 unités.

6. Dans ces calculs, le nombre de jours autorisés dans la semaine est de 5 pour les unités se disant fermées le week-end, de 6 ou de 7 pour les autres.

d'AJ que dans les établissements non spécialisés en AJ (77 % contre 62 %). Toutefois, les établissements non spécialisés en AJ d'au moins six places offrent plus souvent ce service que les plus petites unités (76 % des cas contre 54 % des cas). Parmi les établissements ayant mis en place un système de transport, près de 45 % déclarent qu'il s'agit d'une prise en charge par l'unité d'accueil de jour (son propre véhicule), 50 % qu'ils confient cette charge à un prestataire extérieur et, par ailleurs, 30 % d'entre eux prévoient un dédommagement des familles pour les frais liés au transport de leurs proches.

En moyenne, un établissement exerçant l'accueil de jour aurait dépensé environ 15 800 euros pour l'organisation des transports en 2009. Rapporté à la capacité installée, cela représente environ 1 700 euros par place installée en AJ⁷. Les structures qui déclarent avoir reçu des crédits de l'Assurance maladie pour financer les transports auraient touché environ 18 000 euros sur l'année 2009, ce qui représente à peu près 2 350 euros par place installée d'AJ. Peu d'unités d'AJ mentionnent avoir bénéficié de crédits en provenance du conseil général à cet effet, et, le cas échéant, les montants distribués sont moindres (11 300 euros en moyenne sur l'année 2009 et 1 500 euros environ par place installée). Toutefois, nous devons préciser que les montants déclarés (pour les dépenses comme pour les crédits) varient considérablement d'un établissement à l'autre.

Activités à destination des aidants familiaux

Les établissements pratiquant l'AJ sont 46 % à déclarer avoir mis en place une activité à destination des aidants familiaux. Ce dispositif est beaucoup plus courant dans les centres autonomes d'AJ que dans les établissements non spécialisés (76 % contre 40 %). Cette activité est aussi plus fréquente dans les établissements non spécialisés aux unités d'au moins six places que dans les plus petites (64 % contre 35 %).

Financements et coûts

Tarif journalier

Le tarif journalier moyen des personnes accueillies dans l'année dans une unité d'ac-

cueil de jour atteint 30 euros en moyenne. Dans près de 70 % des cas, le tarif journalier moyen se situe entre 20 et 40 euros. Il est un peu plus élevé dans les centres spécialisés d'AJ (35 euros en moyenne) que dans les structures non spécialisées (29 euros).

Forfait global Assurance maladie

Par rapport aux autres questions du bordereau sur l'AJ, les enquêtés renseignent moins bien le montant du forfait global de soins reçu de l'Assurance maladie pour les places d'AJ (le taux de réponses sur cette question atteint seulement 64 %). En outre, les sommes déclarées sont très dispersées. Même en excluant les unités d'AJ créées au cours de l'année 2009 qui ont pu bénéficier d'un montant annuel moindre car calculé au *pro rata* de leur durée d'activité, le montant annuel par place installée calculé varie fortement, de 800 à 14 500 euros, avec une moyenne de 8 800 euros. Il n'y apparaît pas de distinction entre les centres autonomes d'AJ et les établissements non spécialisés pour cette question.

Dotations financières extra-légales (conseil général, autre provenance)

Seuls 11 % des établissements pratiquant l'accueil de jour déclarent avoir reçu une dotation financière extra-légale du conseil général, et moins de 5 % une dotation extra-légale d'une autre provenance (CRAM, communes, finances privées). Toutefois, on remarque que les pourcentages sont plus élevés dans les centres autonomes d'AJ (30 % pour une dotation du conseil général et 23 % pour une dotation provenant d'une autre source).

Les hébergements temporaires (HT) pour personnes âgées en 2009

Les résultats présentés sont établis sur la base des informations des établissements ayant répondu avoir eu une activité d'hébergement temporaire en 2009. Leur capacité installée représente environ 70 % de la capacité installée globale des hébergements temporaire iden-

7. Les établissements ayant répondu à cette question ont en moyenne plus de places d'AJ que les autres (9 places).

tifiés lors du lancement de l'enquête (un peu plus de 9 000 places). Les résultats n'ont pas été redressés de la non-réponse.

Profil des établissements

La quasi-totalité des 1 633 établissements ayant répondu avoir eu une activité d'hébergement temporaire sont des établissements non spécialisés assurant de l'hébergement permanent à titre principal : maison de retraite ou logement-foyer (EHPAD ou non). Les établissements dont l'activité est spécifiquement dédiée à l'hébergement temporaire ne représentent que 3 %⁸ de ce total soit une cinquantaine d'établissements.

L'activité d'HT de type médicalisé est récente, près de 80 % des établissements ayant démarré cette activité après 2000 et plus du quart en 2008 ou en 2009.

Capacité d'accueil

La capacité d'accueil des hébergements temporaires est, en moyenne, de quatre places installées et la moitié des établissements ne disposent que de deux places au plus. Seuls 10 % des établissements disposent de dix places ou plus installées d'HT. Logiquement, les établissements spécialisés en HT offrent beaucoup plus de places : dix-huit en moyenne.

Projet d'établissement spécifique, dispositif de retour à domicile

Moins de une sur cinq de l'ensemble des structures pratiquant l'hébergement temporaire font part d'un projet d'établissement spécifique pour l'hébergement temporaire ou déclarent avoir mis en place un dispositif spécifique de préparation du retour à domicile des résidents (respectivement 16 % et 17 % des répondants). Toutefois, ces pourcentages sont nettement plus élevés parmi les établissements dédiés à l'hébergement temporaire (respectivement 42 % et 41 %).

Partenariats

Un peu moins de la moitié⁹ des établissements proposant de l'HT disent avoir établi des liens formalisés avec des CLIC, des réseaux géron-

ologiques et/ou des établissements (du type EHPAD, hôpitaux). Moins du quart des établissements déclarent un partenariat avec des services à domicile (SAD, SSIAD), et moins de 14 % mentionnent des liens avec des associations d'usagers et de familles. Les établissements spécialisés en HT semblent avoir davantage recours à ce type de partenariat. En effet, 58 % d'entre eux mentionnent un partenariat avec des établissements (EHPAD, hôpitaux), 43 % un partenariat avec des CLIC ou des services à domicile, et 15 % un partenariat avec des associations.

Activité

Plages d'ouvertures

Les établissements pratiquant l'HT disposent en moyenne de plus de 345 jours d'ouverture autorisés, la plupart étant autorisés à ouvrir tout au long de l'année (85 % des établissements ayant renseigné le nombre de jours d'ouverture autorisés). Parmi ces derniers, à peine la moitié a également indiqué un nombre de jours d'ouverture autorisés pour les malades d'Alzheimer ou apparentés supérieur à 0¹⁰. Lorsque l'information est fournie et non nulle, la moyenne des journées d'ouverture autorisée en direction des malades d'Alzheimer ou apparentés, est aussi proche de 345 jours, là encore plus de 80 % indiquant un nombre de 365 jours.

Les établissements sont 57 % à indiquer que le nombre de journées de présence par an par résident est plafonné. Le plafonnement est plus courant dans les établissements d'hébergement spécialisés (78 % contre 57 % dans les structures assurant à titre principal de l'hébergement permanent). Il atteint, en moyenne, 120 jours par an.

Bénéficiaires et fréquentation

Parmi les 1 633 établissements d'hébergement temporaire ayant répondu, une quarantaine ont déclaré n'avoir reçu aucune personne âgée sur des places d'HT au cours de l'année 2009, dont sept ont commencé leur activité d'HT en 2009.

En moyenne, en 2009, les structures pratiquant l'hébergement temporaire ont reçu dix-huit personnes âgées différentes et ont réalisé plus de 825 journées d'HT réparties sur vingt-quatre séjours.

8. Comme leur part dans l'ensemble des structures interrogées dans l'enquête au titre de leur activité d'hébergement temporaire.

9. Le format de l'enquête pour ces questions ne permet pas de distinguer les non-réponses de l'absence de partenariat.

10. À l'instar des questions sur le nombre de bénéficiaires atteints de la maladie d'Alzheimer et sur le nombre de journées effectuées par cette clientèle, un peu moins d'un quart a codé 0 et un peu plus d'un quart n'a pas fourni cette donnée.

Les établissements spécialisés en HT, qui, rappelons-le, disposent de plus de places installées d'HT que la moyenne des établissements, ont reçu davantage de personnes différentes (89 en moyenne) et ont ainsi réalisé plus de journées (plus de 4 900) et de séjours (environ 120). Les structures non spécialisées ont reçu en moyenne 16 personnes en hébergement temporaire et réalisé un peu moins de 700 journées et 21 séjours. En moyenne, une personne effectue 1,3 séjour par an en hébergement temporaire dans la structure, que ce soit dans un établissement spécialisé en HT ou non.

Les places d'hébergement temporaire n'apparaissent pas spécifiquement consacrées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Près de la moitié des établissements n'ont pas déclaré avoir hébergé au moins une personne atteinte de ce type de maladie en 2009 : 21% n'ont pas répondu à cette question et 25% ont répondu 0. On peut se demander, dans les deux cas, si cela correspond au fait de n'avoir reçu aucun malade d'Alzheimer ou à une difficulté de distinction des personnes qui sont ou non atteintes. En moyenne, en tenant compte des établissements ayant répondu 0, les établissements auraient accueilli en HT six personnes différentes atteintes de ce type de maladie en 2009, ce qui représente un tiers des personnes hébergées temporairement. Cependant, au sein des établissements ayant à la fois indiqué le total des personnes hébergées temporairement sur l'année et le sous-total de celles atteintes de la maladie d'Alzheimer (54% des répondants), ces dernières représentent en moyenne la moitié des personnes hébergées temporairement.

Les personnes âgées accueillies en hébergement temporaire y ont séjourné en moyenne 46 jours dans l'année et la durée moyenne d'un séjour est de 34 jours. Les types de séjour les plus fréquents sont d'une durée supérieure à une semaine et inférieure à un mois (13 séjours de ce type en moyenne en 2009 par unité d'HT), suivis des séjours de plus d'un mois (9 séjours). Les séjours sont plus longs dans les établissements spécialisés d'HT (55 jours cumulés par personne environ), la durée moyenne d'un séjour aussi (environ 40 jours).

En divisant le nombre de journées effectuées en HT en 2009 par le nombre de jours d'ouverture autorisés multiplié par le nombre de

places installées, on obtient un ratio d'exploitation qui vaudrait « 1 » si chacune des places installées en HT était occupée tous les jours d'ouverture autorisés. En moyenne et pour l'ensemble des structures ayant une activité d'HT, ce ratio atteint 0,62. Il est à noter que près de 80 établissements, soit 9% des établissements où le ratio a pu être calculé, ont un ratio qui dépasse l'unité, ce qui signifie que la structure aurait réalisé davantage de journées en HT qu'elle n'y a été autorisée (soit en termes de jours d'ouverture, soit en termes de places installées). Cette situation est plus fréquente pour les établissements autorisés à ouvrir moins de 365 jours par an que pour ceux ouverts toute l'année ; en effet, ils constituent la moitié des établissements présentant un ratio d'exploitation supérieur à 1 mais seulement 15% de l'ensemble des établissements ayant une activité d'hébergement temporaire.

Une place d'HT sert à environ cinq personnes différentes sur l'année. En effet, le ratio moyen du nombre de résidents différents reçus dans l'année sur le nombre de places installées vaut en moyenne près de cinq, et ce quel que soit le type de structure d'hébergement (spécialisée en HT ou non).

Liste d'attente

Un peu moins de la moitié des unités d'HT déclarent avoir une liste d'attente pour l'accueil des personnes âgées dépendantes, et ce quels que soient la taille et le type de structure (établissement spécialisé ou non).

Financements et coûts

Tarif journalier

En 2009, la moitié des établissements avec hébergement temporaire ont un tarif d'hébergement journalier moyen sur ce type de place compris entre 46,5 et 60 euros par personne hébergée (la médiane étant de 51,9 euros).

La moitié des établissements pratiquant l'HT proposent un tarif dépendance journalier compris entre 16,3 et 20,8 euros aux personnes très dépendantes (GIR1 ou 2 en fonction de la grille AGGIR), entre 10,3 et 13,3 euros à celles évaluées en GIR3 ou 4 et entre 4,5 et 5,7 euros aux personnes peu ou pas dépendantes (GIR5 ou 6) (tableau).

TABLEAU

Distribution du tarif dépendance journalier en AJ par GIR

	GIR 1 ou 2	GIR 3 ou 4	GIR 5 ou 6
Quartile 1	16,3	10,3	4,5
Médiane	18,6	11,8	5,0
Quartile 3	20,8	13,3	5,7

Sources • Enquête Mauve - activité AJ/HT 2009.

Forfait global Assurance maladie

Comme pour l'AJ, les informations concernant le montant du forfait global de soins reçu de l'Assurance maladie pour l'hébergement temporaire sont moins bien renseignées, avec un taux de réponse (nombre de réponses données sur le nombre d'établissements répondants concernés) pour cette question atteignant à peine 40 %. Rapporté au nombre de places installées, le montant du forfait global s'élève à environ 11 000 euros en

moyenne, avec de forts écarts selon les établissements.

Dotation financière extra-légale (conseil général, autre provenance)

Très peu d'établissements ayant une activité d'HT disent bénéficier d'une dotation financière extra-légale, qu'elle provienne du conseil général (moins de 4 % des répondants) ou d'une autre source comme la CRAM et les communes (moins de 1 %).