

La Cram Auvergne remercie toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude et plus particulièrement :

- l'Institut de Travail Social de la Région Auvergne, pour l'accompagnement méthodologique,
- les membres du comité opérationnel

pour leur participation active au recueil des données ainsi que pour l'apport de leur expérience professionnelle dans l'analyse des résultats

- les directions des établissements pour leur accueil et leur contribution au recueil des données,
- la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Auvergne et le Conseil Général du Cantal pour leur soutien financier,
- et enfin, les personnes âgées qui ont consacré un peu de leur temps en répondant à nos questions.

# **SOMMAIRE**

ORIGINE DU PROJET	p	4
I – <u>METHODOLOGIE</u>	p	5
I – 1 - structures de pilotage I – 2 - méthode A – champ de l'étude B – phase qualitative C – parole de personnes âgées D – élaboration du questionnaire	p p p	
II – <u>ANALYSE DES RESULTATS</u>	p	12
II – 1 - <u>caractéristiques des personnes âgées</u>	p	12
A – répartition Hommes – Femmes B – age des personnes hébergées C – situation de famille D – catégorie socioprofessionnelle	p p	12 12 13 14
II – 2 - entrée en E.H.P.A.D.	p	14
A – année d'entrée B – age moyen C – choix d'entrée D – aide à la décision	p p	14 14 15 16
II – 3 - <u>raisons d'entrée</u>	p	17
A – causes B – la rupture	-	17 17
II – 4 - conditions pour un maintien à domicile	p	19
II – 5 <u>- hébergement adapté aux personnes « relativement autonomes</u> »	p	21
III – <u>PISTES DE REFLEXION</u>	p	22
III – 1 - <u>prévention</u>	p	23
III – 2 - <u>communication information</u>	p	24
III – 3 - <u>développement de solutions alternatives</u> III – 4 – logique de proximité territoriale	-	25 25

### Origine du projet

C'est en janvier 2006 que la CRAM Auvergne prend l'initiative de réaliser, dans le cadre de la Plate-forme de l'Observation Sanitaire et Sociale une étude sur l'analyse des choix de vie en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) des personnes relativement autonomes (GIR 5 et 6<sup>1</sup>) en Auvergne.

Un EHPAD peut être défini, comme son nom l'indique, comme étant un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes, antérieurement dénommé, le plus souvent maison de retraite ou MAPAD, soumis à une obligation de conventionnement avec la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et le Conseil Général pour continuer à accueillir des personnes âgées dépendantes. La convention signée entre ces différentes autorités précise les moyens alloués à l'établissement au regard des objectifs « qualité» retenus.

Les Caisses Régionales d'assurance maladie, dans le cadre de la diversité de leurs missions, mènent une politique d'Action Sociale Retraite dans le cadre notamment des orientations définies par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse.

Cette politique a connu, ces dernières années d'importantes évolutions du fait, notamment de la création de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) et de sa gestion par les Conseils Généraux ainsi que par la création de la Caisse Nationale de Solidarité Autonomie (CNSA).

Un recentrage des actions sur un public cible de personnes âgées peu dépendantes, GIR 5 et 6 socialement fragilisées dans une perspective de prévention de la perte d'autonomie, ainsi que l'évolution vers de nouveaux modes de prise en charge, basés sur la prévention et l'évaluation individualisée des besoins ont été nécessaires pour satisfaire l'objectif principal qui est de faciliter le maintien à domicile de ces personnes.

De nouveaux modes de prise en charge voient le jour par la définition de Plans d'Action Personnalisés (P.A.P.), élaborés à partir des évaluations individualisées des besoins.

C'est dans ce contexte que la CNAV a réalisé en 2003, une vaste étude sur les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et a constaté :

- la part importante des retraités relevant des GIR 5 et 6 dans ces établissements (25 %)
- l'émergence de besoins nouveaux liés à l'accompagnement de situations évolutives, à la sécurisation et au maintien du lien social .

Trois axes stratégiques ont été définis au niveau national :

- soutenir les structures souhaitant développer des mesures d'amélioration de la vie sociale des personnes âgées
- contribuer à la diversification des projets immobiliers permettant des modes d'accueil intermédiaires entre le domicile et l'hébergement permanent en établissement

-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Grille AGGIR en annexe

- aider les structures d'hébergement permanent à développer un cadre bâti de qualité permettant aux personnes valides de vieillir dans les meilleures conditions.

Afin de mieux identifier les besoins des personnes valides en ce domaine et ce, dans le but de mieux y répondre, la CRAM Auvergne a décidé de mener une étude régionale au sein des E.H.P.A.D.

Cette étude doit permettre, dans un premier temps, de mieux connaître la population des personnes GIR 5 et 6 hébergées dans les établissements en décrivant ses principales caractéristiques, puis, dans un second temps, de déterminer les raisons de leur entrée en établissement afin de définir des pistes de réflexion sur les services ou structures à développer pour aider à leur maintien à domicile.

Un questionnement sur le degré de satisfaction lors de leur séjour en EHPAD est également intégré à l'analyse.

Cette étude qui nécessite la participation d'un nombre important de partenaires, s'inscrit tout naturellement dans les travaux menés au sein de la « Plate-forme de l'Observation Sanitaire et Sociale d'Auvergne ».

Le présent rapport abordera les points suivants : <u>I-La méthodologie</u>

II-L'analyse des résultats

III-Les pistes de réflexion

### I - La méthodologie

Deux points seront successivement abordés : - les structures de pilotage - la méthode

#### I-1 Les structures de pilotage

L'étude est pilotée conjointement par la CRAM Auvergne et l'ITSRA<sup>2</sup>.

Deux instances ont été créées :

- le comité de pilotage dont le rôle consiste à définir les grandes orientations en matière de méthodologie, ainsi qu'à valider les principaux documents lors des étapes stratégiques.

Sa composition regroupe les organismes et administrations parties prenantes à cette étude :

- CRAM Auvergne,
- MSA du Puy De Dôme,
- Service Médical Régional du régime général d'assurance maladie,
- DRASS Auvergne,
- DDASS du Cantal et du Puy De Dôme,

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Institut de Travail Social Région Auvergne

- Conseils Généraux du Cantal et du Puy De Dôme,
- ainsi que deux représentants d'établissements d'hébergement pour personnes âgées

- le comité opérationnel qui est chargé de réaliser les travaux préalablement définis par le comité de pilotage.

Il est composé de : Thierry MOREL (ITSRA), Michel TUYERAS (CRAM Auvergne), pilotes de l'étude

Cécile CANTOURNET, Agnès CHASSAGNE et Stéphanie GAUTTIER, assistantes sociales à la CRAM Auvergne Chantal BRETTE, assistante sociale à la MSA 63

Nadia MOISSINAC, statisticienne à la CRAM Auvergne

Christian PEZECHKE, Directeur de l'EHPAD « l'Ombelle » à Maringues

et Président du CLIC de Thiers

François ALBRESPY, médecin au Conseil Général du Cantal

#### I-2 - La méthode

Ce projet a fait d'abord l'objet d'une réflexion entre ces partenaires pour définir les moyens à mettre en œuvre afin de cerner les besoins de la population concernée. L'EPSI-ITSRA a assuré l'appui technique pour accompagner l'enquête. Le comité opérationnel s'est réuni régulièrement au cours des différentes phases, permettant ainsi un suivi constant de l'avancée des travaux. Les difficultés rencontrées étaient alors de confronter plusieurs regards, celui des acteurs de terrain et des chercheurs. Cette méthode de travail permet un ajustement permanent entre la commande et une réalité de terrain, complexe à appréhender lorsqu'il s'agit de recueillir des données pour comprendre des motivations et des besoins.

En effet, l'une des caractéristiques majeures de cette enquête repose sur le fait qu'il ne suffisait pas de sonder une population pour obtenir des éléments d'explication sur les motivations à rentrer en établissement mais il nous fallait aussi, discerner des éléments qui auraient pu retarder ce choix.

La notion de besoin est toujours difficile à cerner car elle recouvre la dimension objective et subjective de l'individu.

Cette notion demande tout d'abord de reconsidérer la notion de besoin à travers celle de besoin de vivre, et de vivre à domicile. Au-delà d'une approche totalement théorique du terme il semble opportun de l'approfondir pour l'aborder sous des aspects que nous retrouverons dans l'analyse des résultats. Définir la notion de besoin uniquement avec l'aide d'un dictionnaire revient à réduire ce terme à « ce qui est nécessaire, vital », pour ensuite l'élargir au verbe « avoir besoin », « en sentir la nécessité, l'utilité ».

Autrement dit, sonder des personnes âgées sur des besoins est une tâche difficile et ingrate. Difficile car si ces personnes ne ressentent pas dans l'immédiat, ni besoin, ni l'utilité d'un service, cela peut conduire au risque d'une interprétation en terme de service non nécessaire. Ingrate, d'autant plus si ces personnes ne connaissent aucun problème de santé, sont complètement autonomes, assurent leur vie quotidienne, ne voient pas l'utilité de s'intéresser à votre enquête ni de répondre à vos questions en anticipant un futur qui, il est vrai, n'est guère réjouissant, puisqu'il anticipe la perte d'autonomie et la dépendance. Cette approche met en relation le terme besoin avec le terme satisfaction, ce qui signifie que le besoin est la seule expression d'un processus qui vise à atteindre sa finalité, à savoir la satisfaction.

-

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Larousse 2001

La pyramide de Maslow<sup>4</sup> démontre parfaitement ce processus.

Indépendamment de l'intérêt du repérage des besoins imaginés par Maslow, le besoin est autant « essentiel, vital » que « qualitatif », c'est-à-dire qu'il s'ancre dans le plaisir de se dépasser pour réaliser un acte qui va au-delà du besoin essentiel. Ce qui permet d'entrevoir qu'il ne suffit pas de satisfaire un besoin pour permettre à la personne de se réaliser, de donner du sens à sa vie. En effet, la demande correspond à un engagement sur le devenir du besoin, c'est-à-dire sur une projection de ce que sera la réponse. Ainsi, il s'avèrerait sans doute plus judicieux de requalifier le besoin – ce qui est nécessaire - en « ce qui sera nécessaire peut être un jour, c'est-à-dire en cas de nécessité. On passe de la notion de « besoin », à la notion « d'au besoin », c'est-à-dire « s'il le faut ». Et c'est bien dans ce sens qui faut comprendre les raisons du « choix » de l'entrée en établissement.

Pleinement conscient de ces difficultés, nous avons dégagé une méthode qui, par delà le seul formalisme de l'enquête a essayé de mettre au centre la personne âgée comme acteur et sujet de sa vie quotidienne.

Assurer la pertinence d'une méthode, (rôle de l'ITSRA), c'était l'ajuster aux questions posées et aux informations accessibles du terrain.

L'objectif de cette enquête, rappelons le, était de mieux connaître la population des personnes GIR 5 et 6 hébergées dans les établissements, de décrire ses principales caractéristiques et de comprendre les motivations qui les avaient amenées à entrer en établissement.

L'enquête a été réalisée au cours de l'année 2006 à partir de deux techniques de collecte de données :

- une approche quantitative
- une approche qualitative.

La première vise l'obtention de données individuelles précises. Ces données, comparables, permettent une meilleure systématisation des résultats. Elles ont été obtenues par l'envoi d'un questionnaire. La philosophie du questionnaire repose en effet sur l'homogénéisation des conditions de production de réponses, standardisation qui présente l'avantage de minimiser les interactions enquêteur / enquêté.

La deuxième vise au recueil d'éléments encore plus spontanés, moins orientés, et plus approfondis que ceux recueillis dans un questionnaire, ce qui nous a permis d'ailleurs d'affiner l'écriture de ce dernier.

L'utilisation de ces deux approches est apparue comme l'un des moyens les plus appropriés pour analyser les liens entre les différents éléments, objectifs et subjectifs, et donc de cerner au plus près le réel.

Nous pouvons donc dire que la méthodologie élaborée par le comité de pilotage, est basée sur la réalisation d'une enquête exhaustive auprès des établissements concernés. Elle se

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup>Les besoins sont traditionnellement abordés à travers cette pyramide qui est très largement utilisée dans les études sanitaires et sociales. De façon schématique, cette pyramide présuppose qu'il existe à la base des besoins et que leur réalisation conduit à d'autre besoins, tandis que la réalisation de ces derniers conduit encore à des niveaux supérieurs et ainsi de suite. Ainsi pour Maslow il y a des besoins physiologiques, comme manger, boire, dormir. La satisfaction de ce besoin entraîne d'autres demandes aboutissant, à un second niveau qui correspond aux besoins liés à la sécurité : avoir une maison, de l'argent, constituer un patrimoine. Un troisième niveau montre la nécessité d'appartenir à un groupe, ce besoin étant satisfait par la construction d'une cellule familiale, par un environnement d'amis, ou encore par le fait de se reconnaître au sein d'un groupe d'individus semblables à soi. Le quatrième niveau, celui du besoin de reconnaissance, met en évidence une estime de soi valorisée et l'accès à l'amour. Enfin le dernier niveau correspond à la réalisation de soi, c'est-à-dire à un idéal de soi, mais aussi à la créativité qui englobe notre propre développement personnel.

concrétise par l'envoi d'un questionnaire préalablement élaboré après l'organisation d'entretiens qualitatifs auprès de personnes âgées hébergées et de directeurs d'EHPAD.

#### Champ de l'étude

L'étude concerne les personnes âgées GIR 5 et 6 hébergées dans les EHPAD des départements du Cantal et du Puy De Dôme.

Les données prises en référence, concernent l'année 2005 : 447 personnes sont recensées pour le département du Cantal. Elles représentent 23% des personnes âgées hébergées dans 33 établissements.

1110 personnes, représentant 20,23% des personnes âgées hébergées dans 76 EHPAD, sont concernées dans le département du Puy De Dôme.

#### Présentation de la phase qualitative

21 entretiens semi directifs ont été effectués auprès de 12 directeurs d'établissements et de 9 personnes âgées résidents dans des EPHAD. L'objectif était de recueillir des éléments de compréhension afin d'élaborer un questionnaire.

Les entretiens semi directifs permettent en effet la libre évocation par une personne, de son histoire à travers l'objet de l'étude et ainsi de saisir les liens entre les dimensions sous-jacentes plus ou moins présentes à son esprit. En ce sens, l'entretien et son contexte de mise en confiance amènent les individus à s'exprimer avec leurs propres catégories mentales.

Cette phase a mobilisé le comité opérationnel qui a effectué les interviews dans le Puy de Dôme et le Cantal. Le groupe a été préparé à la conduite de l'entretien de recherche au cours d'une journée de formation. Ce laps de temps a permis d'élaborer la grille d'entretien, les items, les relances et les questions d'identification.

Les entretiens se sont déroulés auprès d'un échantillon ciblé d'établissements<sup>5</sup> prenant en compte les critères :

- ⇒ d'implantation géographique (rural, urbain, périurbain),
- ⇒ de capacités d'accueil,
- ⇒ de statut de l'établissement privé / public

Deux entretiens par établissement ont été réalisés directement auprès du directeur et d'un résident (GIR 5 et 6).

L'objectif de ces entretiens était, pour la personne âgée, la libre parole autour des motivations qui avaient suscité son entrée en établissement. Nous souhaitions recueillir le sens que ces résidents donnent à ce qu'ils font. D'abord pouvez-t-on parler réellement de choix ? Puis quels étaient les événements, les circonstances qui avaient suscités cette entrée ?

Quels étaient les indicateurs que nous pourrions cerner et qui justifiaient le motif?

Nous souhaitions aussi connaître le parcours de vie de la personne âgée, son histoire. Etait-il possible de définir un profil particulier du résident ?

Ces items ont étés soumis également aux directeurs d'établissement, non pas cette fois pour recueillir le sens de l'action, mais un discours de praticien, « expert » de la problématique recherchée.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> La liste des établissements ayant participé à cette procédure figure en annexe.

Tous les entretiens ont fait l'objet d'une retranscription intégrale, puis d'une analyse de contenu.

La présentation de cette partie ne fera pas l'objet d'un traitement hors contexte de celle du questionnaire. La présentation des données et leur analyse ne seront pas organisées d'une manière exclusivement quantitative ou qualitative. Ce choix a été retenu en raison de l'approche mixte, (approche macro qualitative ou micro quantitative) qui vient compléter le questionnaire.

D'autre part cette organisation permet une compréhension et une visibilité plus grandes des données statistiques. C'est ainsi que des fragments d'entretiens viendront illustrer, « nourrir » l'analyse et les commentaires des données brutes. Les paroles recueillies s'insèreront dans chacune des parties, ceci visant autant à expliquer les réponses qu'à comprendre le sens que les personnes leur donnent.

Néanmoins nous avons fait le choix de présenter l'analyse des discours sous la forme d'une synthèse des thèmes principaux. Cette analyse démontre majoritairement que l'entrée en établissement n'est pas un choix, et qu'il se fait toujours par défaut. On peut donc parler de « choix subi » ou « raisonné », plutôt que de « choix actif », ou en tous cas revendiqué comme tel.

#### LA PAROLE DES PERSONNES AGEES

Lorsque l'on aborde la question du quotidien, la vieillesse n'est que très rarement évoquée dans les paroles échangées. « Le vieux » c'est toujours l'autre, le voisin. Mais c'est aussi et surtout ceux qui sont dépendants, qui ne peuvent plus faire face seuls et que l'on « place dans les maisons de retraite ». Ce qui semble le plus difficile à supporter, c'est l'image de la vieillesse chez l'autre, et de retrouver ses propres maux dans les mots des autres. « Les personnes âgées elles ne parlent que de leur santé, que de ça. Elles sont obnubilées par la santé; on a assez de la sienne, vous savez, on a assez de souci sur les épaules pour prendre celle des autres »

Si les personnes âgées abordent spontanément le thème du grand âge, c'est en y associant l'impossibilité à faire certaines choses, l'ennui au quotidien et le sentiment d'inutilité. Ces plaintes reviennent dans les entretiens comme un fil conducteur qui explique à la fois la perte de motivation et leur isolement. Isolement dû en grande partie à des difficultés pour se déplacer, à la peur de sortir, de tomber. Ce terme « peur » nous permet d'isoler un autre élément important qui ressort de cette analyse, et qui reste le thème dominant des entretiens : « le sentiment d'insécurité », que l'on peut définir comme une peur diffuse qui touche le quotidien de la personne âgée et qui l'empêche de vivre pleinement.

#### Peur:

- de mourir seul
- de ne pas être secouru
- de la déchéance
- de « perdre la tête »
- de la maladie
- de la solitude
- des autres
- de ne plus pouvoir rester chez soi
- de sortir
- des agressions.

La personne devient dépendante de cette insécurité qui peut être physique ou psychique, réelle ou ressentie. Ce sentiment entraîne un repli sur la sphère privée et une rupture importante avec l'extérieur. On ne sort plus, ou peu ce qui isole encore davantage certaines personnes de leur entourage et provoque un sentiment d'impuissance et de résignation.

On peut alors considérer ce sentiment comme un handicap, une déficience, une perte d'autonomie ayant entraîné l'entrée en structure d'hébergement.

Ce ressenti peut se décliner de différentes façons et s'exprimer avant tout par le besoin d'être rassuré, et d'être sécurisé, entouré.

#### Sécurisé par :

- une présence permanente, surtout la nuit
- une présence des autres
- des soins et par des pris en charge

#### Mais aussi par un besoin de lien (social):

- besoin de compagnie
- besoin de sortir
- besoin de recréer des liens
- besoin de ne plus ou ne pas être seul
- besoin de nouvelle vie sociale
- besoin de rencontres
- besoin d'échanges

#### Ce malaise est majoritairement provoqués par des :

- Changements brusques
- perte du conjoint
- chutes et fractures
- hospitalisation
- maladie subite
- Pertes, deuil, abandon
- souffrance psychologique
- perte de compagnie
- rupture dans la vie quotidienne
- maladie subite

#### Autres éléments recueillis :

#### Le rôle de la famille :

- qui intervient toujours dans le choix
- qui entraîne un processus de tranquillisation (pour les 2 parties)
- pour ne plus être une charge pour les enfants (financière, administrative...)

#### Attractivité des établissements

- proximité
- convivialité (retour à ses racines, même si les attentes peuvent être déçues)
- organisation à taille humaine

- situation géographique (dans les centres villes)
- ouverture sur l'extérieur
- choix architectural
- rapport qualité/prix de l'institution.

Il convient de noter le cas particulier des patients traités en psychiatrie ayant longtemps vécu en institution, leur admission en maison de retraite palliant le manque de structures adaptées.

Ces principaux éléments nous ont permis de réaliser le questionnaire.

#### Elaboration du questionnaire<sup>6</sup>

Cette phase de l'étude visait à recueillir des données pour être traitées quantitativement.

2 journées de formation ont été consacrées à cette phase, dont une à sa réalisation proprement dite et une à son analyse.

La forme du questionnaire a été travaillée selon deux axes. Le premier concerne la simplicité des questions et du vocabulaire employé. Celles-ci ont été rédigées pour que l'information obtenue soit la moins ambiguë possible, de façon à pouvoir faire l'objet d'une exploitation. Le deuxième porte sur la réduction du nombre d'items pour ne pas provoquer de lassitude et

A partir des entretiens réalisés 5 thèmes ont été retenus, déclinés en 15 questions :

- l'identification des personnes (âge, situation familiale, nombre d'enfants...)
- choix et raisons du placement : les facteurs déclenchant
- limites du maintien à domicile : les freins au maintien
- réponses de l'EHPAD aux attentes de la personne âgée : témoignages-évaluation
- apports du placement en EHPAD : les plus.

Les 15 questions se déclinaient en :

de fatigue chez les personnes âgées.

- questions binaires
- questions à choix multiples
- questions à échelle de croissance
- questions à réponses à hiérarchiser.

Aucune question ouverte n'a été proposée compte tenu de l'approche qualitative préalablement menée. Pourtant un certain nombre de personnes ont accompagné leur réponse de commentaires qui ont tous fait l'objet de retranscription et d'analyse.

Les questionnaires ont été adressés aux établissements fin septembre 2006 avec une lettre<sup>7</sup> d'accompagnement expliquant et justifiant l'enquête, laissant le choix à chaque établissement des modalités de passations auprès des résidents.

La date limite de retour était fixée à fin octobre 2006.

Les travaux de saisie des questionnaires et d'exploitation statistiques ont été réalisés par les services de la CRAM.

Les principaux résultats ainsi que les pistes de réflexion qui en découlent ont été étudiés par les membres du Comité opérationnel.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Le questionnaire se trouve dans l'annexe.

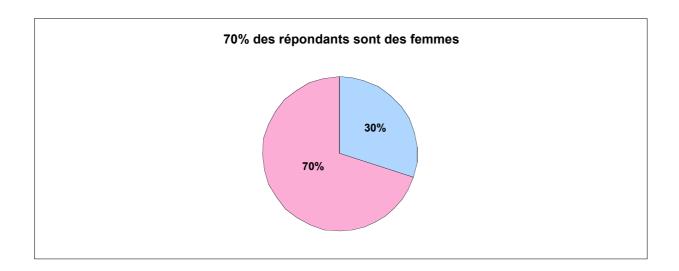
<sup>7</sup> Idem

### II – L'analyse des résultats

Sur 1486 questionnaires transmis aux établissements, 930 ont été retournés en grande majorité par les directions des EHPAD, mais également directement par les personnes âgées. Le taux de réponse est donc de 62,58 %, ce qui est largement supérieur à la moyenne des réponses aux enquêtes traditionnelles. Ce résultat traduit la mobilisation des établissements et des personnes âgées.

#### 1/ Caractéristiques des personnes âgées hébergées en EHPAD (GIR 5/6)

- répartition Hommes - Femmes : 70% des personnes hébergées sont des femmes.



Si on compare ce taux aux résultats de l'enquête réalisée auprès des personnes âgées vivant à domicile de plus de 70 ans, on note une sur-représentation féminine, puisque les femmes ne représentaient que 60% des personnes enquêtées.

Par contre, ces résultats sont comparables à ceux de l'enquête EHPAD 2003 puisqu'au 31 décembre 2003, la clientèle des EHPAD était à 72 % féminine.

- Age des personnes hébergées : l'âge moyen des personnes (GIR 5 / 6) : 82 ans et 10 mois.

Il est comparable à celui de l'enquête EHPAD 2003 qui portait sur l'ensemble de la population hébergée dans les structures d'hébergement des personnes âgées qui était de **83 ans et 2 mois.** 

Les hommes sont en règle générale plus jeunes, **80 ans et 1 mois**, avec un minimum à 55 ans et un maximum à 98 ans.

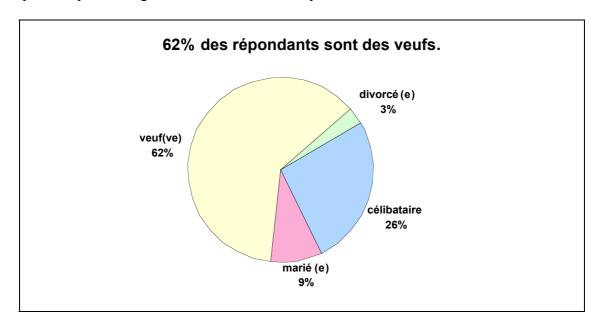
L'âge moyen des femmes est de **84 ans et 1 mois** avec un minimum à 55 ans et un maximum à 101 ans.

Les personnes de plus de 80 ans représentent plus de **70%** des personnes hébergées. Parmi elles, 22.53% ont plus de 90 ans. La population des moins de 70 ans ne représente quant à elle que **7,66%**.

#### - Situation de famille

La population hébergée (GIR 5 / 6) est ainsi répartie :- Célibataires 26%
- Mariés (es) 9%
- Veufs (ves) 62%
- Divorcés (ées) 3%

Il convient de remarquer que 91% des personnes hébergées en EHPAD ne vivent pas en couples. Le pourcentage des veuves et veufs est particulièrement élevé : 62%.



L'analyse par sexe permet de constater que 42% des hommes sont célibataires, 71% des femmes sont veuves. (60% dans l'enquête auprès des personnes âgées à domicile). On constate ainsi une sur-représentation des **hommes célibataires** ainsi que des **veuves**.

#### Les enfants

63% des personnes ayant répondu à la question : « **avez-vous des enfants** » répondent par l'affirmative. La proportion est plus faible pour les hommes (51%, ce qui s'explique par le nombre élevé de célibataires) que pour les femmes (68%).

La répartition du nombre d'enfants par répondants est la suivante : 1 enfant 30%

2 enfants 31%

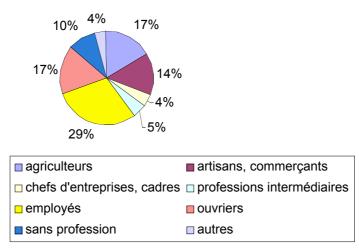
3 enfants 19%

4 et plus 20%

A la question : <u>Avez-vous au moins un de vos enfants qui habite à proximité de la maison de retraite ?</u> 68% des « répondants » ont répondu « oui ». Il faut cependant relativiser cette proportion en fonction du nombre de « répondants » (585, soit environ 63 % des personnes). Il semble que la notion de « proximité » n'ait pas été définie avec suffisamment de précision.

#### Catégorie socio professionnelle avant votre retraite





Par comparaison aux données du recensement de 1999, on note une sur-représentation des agriculteurs (17% contre 6,3%) et des artisans, commerçants. (14% contre 7,8%).

On peut à ce premier stade de l'étude, définir un premier profil de la population GIR 5 6 hébergée en EHPAD en ces termes : personne relativement âgée (plus de 80 ans), vivant auparavant seule à domicile, exerçant la profession d'employé, d'ouvrier, d'agriculteur ou d'artisan commerçant.

#### 2/ L'entrée en EHPAD

- 1- <u>L'année d'entrée</u> 50 % des personnes enquêtées sont entrées en établissement au cours des **trois dernières années** (2004, 2005, 2006). Prés de 80% y séjournent depuis 2001, et près de 90% depuis 1998.
- 2- <u>L'âge moyen d'entrée</u> s'établit à **78 ans et 10 mois.** Les hommes entrent en moyenne plus jeunes que les femmes (75,8 ans contre 80 ans).

Les comparaisons avec les données nationales permettent de constater que la population étudiée a un âge moyen d'entrée légèrement inférieur : 75,8 contre 76 pour les hommes ; 80 contre 83 pour les femmes. On peut l'expliquer par le fait que la population étudiée dans notre enquête concerne uniquement des personnes autonomes classées GIR 5 et 6.

3- Choix d'entrée 70% des personnes âgées ont répondu par l'affirmative à la question : avez vous choisi de vivre en maison de retraite? Ce pourcentage, relativement important, peut sans doute s'analyser par le fait qu'il s'agit soit d'un choix réel de la personne soit également d'un choix induit par les circonstances (isolement, peur de la solitude, rupture suite à un décès d'un proche, accident...). Les entretiens viennent nuancer ces 70% et montrer que ce choix n'est que rarement volontaire.

La majorité des personnes interviewées justifie ce choix comme une contrainte plus ou moins raisonnée. Les extraits d'entretiens ci-dessous illustrent bien ce point.

« Je n'ai pas eu vraiment le choix, je me débrouillais bien avant, mais j'ai glissé et on m'a opérée. Je suis restée 3 mois. Et après je suis arrivée là (la maison de retraite). » «J'ai fait un infarctus et j'ai été admise à la clinique. J'ai pas eu d'autre choix que de rentrer là ». « Je ne pouvais plus rester chez moi toute seule, j'avais personne pour m'aider alors hop on m'a mise là ». « Et bien on ne peut pas dire que c'était un choix, pas vraiment…il y aurait eu plusieurs solutions je ne serais pas là ». « J'ai fait une bêtise, tout le monde me disait - vous n'allez pas partir en maison de retraite quand même- et bien si, je suis venue, je me suis crue plus maligne et j'ai fait le contraire de ce qu'il fallait faire, et bien maintenant je regrette, et je n'ai pas d'autre choix que de rester ici ».

« On m'a demandé si je voulais venir là, moi je n'ai pas su quoi répondre, j'avais pas vraiment envie mais je ne voyais pas d'autre solution ».

« Personnellement je ne serais jamais rentrée ici, c'est pour mon mari que je l'ai fait ».

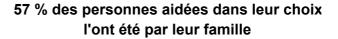
« Ce n'était pas de gaieté de cœur que je l'ai fait ».

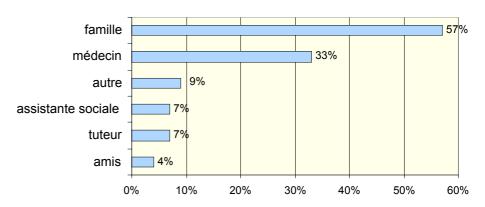
Cela montre essentiellement que ces personnes n'ont pas encore véritablement le choix de leur mode de vie quand elles ont des difficultés importantes. Le droit de choisir son mode de vie se restreint alors à choisir l'hébergement...que la personne n'a éventuellement jamais souhaité.

Ce choix « vrai », cette liberté est subordonnée à d'autres obligations : avoir des moyens financiers conséquents pour couvrir les aides au-delà de la couverture légale, et une certaine autonomie psychique.

On s'aperçoit alors que ce « choix » ne se fait pas seul.

#### Aide à la décision :





Plus de 70% des personnes affirment avoir été aidées dans leur prise de décision d'entrer en établissement. Dans 90% des cas, il s'agit de la famille (57%) et du médecin (33%). On trouve également dans une moindre mesure : l'assistante sociale, le tuteur, les amis, l'employeur, le maire.

La dépendance de la personne âgée pour la famille suscite de nombreuses réactions. L'entourage joue un rôle fondamental dans l'accompagnement de ces différents stades, bien loin des échos pessimistes des médias français évoquant l'abandon tragique des seniors durant l'été caniculaire de 2003. Les professionnels contredisent la vision tragique de cet abandon. Le réseau familial est présent et attentif dans la plupart des cas, comme le déclarent d'ailleurs plusieurs directeurs d'établissements rencontrés.

- « Pour la plupart des personnes qui ont intégré notre établissement, c'est qu'au départ, il y avait une volonté de la famille de ne pas laisser leur parent seul ».
- « C'était une volonté de la famille pour la protéger ».
- « C'est un choix de la famille pour qu'elle se rapproche de chez- eux ».
- « La fille a vraiment poussé sa mère à rentrer, le fait de la savoir ici cela la rassurait » ;
- « Les enfants ne supportaient plus l'idée de la savoir seule ».
- « Cela ennuyait mes enfants de me laisser seule. Ils sont très gentils mais ils étaient obligés de me mettre en maison de retraite, comme ça ils étaient tranquilles et moi aussi ».
- « Leurs familles disent qu'elles ne peuvent plus se suffire à elles-mêmes ou qu'elles ont du mal à rester seules ».

#### Le rôle du médecin.

Le généraliste est appelé bien souvent en position d'expert et d'arbitre, pressé de dire ce qui « est bien » de faire dans telle ou telle situation. Il est amené à se prononcer sur les fameuses limites du maintien à domicile et il devient bien souvent celui derrière lequel, la famille, voisin, professionnels vont se réfugier pour ne pas répondre au désir de la personne âgée de continuer à vivre à son domicile.

« Le médecin a dit que ce n'était pas raisonnable que je reste seule à mon domicile ». « C'est le médecin qui a téléphoné à ma fille ». « Son avis était important, il est médecin quand même et il connaît les risques ».

#### 3/ les raisons d'entrée en EHPAD

A la question : **Pour quelles raisons êtes vous entré(e) en établissement ?** Deux items liés à la sécurité prédominent :

- **les problèmes de santé** ou suite à une hospitalisation pour 65% des personnes, puis **la peur de vivre seul(e)** à domicile, suite à la perte du conjoint ou d'un proche pour 27%.

	Pour quelles raisons êtes-vous entré(e) en établissement?						
	Problème de santé	Perte du conjoint (ou d'un proche)	Suite à une hospitalisation	Manque services de proximité	Peur de vivre seul(e) à domicile	Autre	Total
J'ai choisi de vivre en maison de retraite	292	62	96	11	123	43	627
Je n'ai pas choisi de vivre en maison de retraite	122	23	62	6	24	24	261
Total	414	85	158	17	147	67	888
	47%	10%	18%	2%	17%	8%	100%

Il convient de remarquer que le manque de services de proximité n'intervient que dans 2% des raisons invoquées et semble donc ne pas justifier ce choix.

Lorsqu'on rapproche la question liée au choix d'entrée en établissement avec celle des raisons d'entrée, on constate une forte représentation :

- des personnes qui ont choisi de vivre en EHPAD et qui y sont entrées parce qu'elles avaient peur de vivre seules à domicile
- des personnes qui n'ont pas choisi de vivre en EHPAD et qui y sont entrées suite à une hospitalisation.

Les résultats de cette étude permettent de mettre en lumière la fragilité des personnes âgées même autonomes, vivant à domicile, face aux évènements de la vie, car l'entrée en établissement intervient très souvent dès la survenue de tels évènements (hospitalisation, problème de santé, perte d'un proche). Ces évènements semblent créer une rupture définitive dans le mode de vie de ces personnes.

Le thème de la rupture s'impose dans les entretiens, marque les trajectoires et les parcours sociaux différents et permet de comprendre l'entrée en établissement. La rupture renvoie à des facteurs hétérogènes, mais c'est bien l'idée d'une séparation qui est mis en avant. Séparation qui là aussi marque un « avant » et un « après ».

**Avant** l'accident, la chute, la maladie ; la rupture du corps, qui se casse, la rupture physique. Tous ces événements qui vont entraîner l'hospitalisation, l'immobilisation pour plusieurs mois et dont les séquelles rendent impossible le retour au domicile. **Un après**, où il faut apprendre à se séparer, certains diront à faire le deuil, d'une vie antérieure.

Je m'étais cassée le péroné, j'ai été opérée, j'ai passé deux mois à l'hôpital, puis 2 mois en convalescence et comme ça ne suffisait pas je suis retournée au CHU. Et puis je suis arrivée là ». « Je souffre des yeux, et j'ai été opérée et j'ai perdu la vue pendant quelques semaines, impossible de rester chez moi, alors... ». « J'ai fait une crise cardiaque et je me suis retrouvé au CHU puis dans une maison de repos et après en maison de retraite. » « J'ai glissé dans ma salle de bain, je me suis cassé le col du fémur et voilà ». « J'ai eu une attaque de paralysie, je pouvais plus rester toute seule chez moi... ». « J'ai eu des problèmes de santé et j'ai fait comme une petite attaque... ». « Je me débrouillais assez bien tout seul mais j'ai glissé sur une plaque de verglas, j'ai eu un hématome à la tête et il m'a fallu m'opérer ».

L'incapacité physique marque sans ambiguïté le renoncement de la personne à vivre à son domicile. Si la « perte » en elle-même n'est pas destructrice de la personne, mais forme plutôt une étape qui la construit, il existe une perte essentielle, celle du chez soi qui constitue un élément de la dégradation de l'être.

La rupture est aussi marquée par la perte du conjoint.

Un avant la rupture définitive avec celui qui a partagé le quotidien. Un deuil qui cette fois n'est pas symbolique et qui dessine un après qu'il va falloir accepter pour continuer à vivre. La mort du conjoint touche plus spécialement les femmes. Cet événement majeur amorce une période de transition importante pendant laquelle les capacités d'adaptation de la personne sont mises à l'épreuve. C'est aussi la fin de l'aide réciproque, ce qui était faisable à deux devient, pour certaines personnes, irréalisable maintenant une fois seule.

« Mon mari est mort et je ne pouvais plus garder la maison, c'était trop d'entretien et je m'ennuyais ». « Ma femme est morte, je suis resté seul et après j'ai plus eu le goût à rien, après je ne pouvais plus ». « Après le décès de mon mari, j'ai été un peu fatiguée et je ne me sentais pas capable de rester chez moi ».

Ce sentiment est renforcé après la mort du conjoint qui laisse un vide d'autant plus que les derniers mois de vie commune ont souvent été surinvestis en terme d'occupation.

« Mon mari est décédé depuis 1 an, c'était très pénible à la fin , il était au lit et j'avais pris pas mal de personnes pour m'aider à le lever, le coucher, sa toilette....et voilà maintenant je suis toute seule. Toutes ces personnes cela faisait de la visite, du mouvement et après tout était vide ».

«Je me suis occupée de mon mari dans les derniers temps, j'étais très occupée, j'avais pas le temps de penser à moi! ».

La notion de perte est toujours à placer en parallèle avec celle du choix. En effet, choisir revient à éliminer une partie d'un tout. Des bibelots dont il va falloir se séparer, des meubles qu'il va falloir partager...La vie de tous les jours s'efface ainsi, brutalement.

L'entrée en institution apparaît alors comme synonyme d'inquiétude, tant de la part des familles que des futurs résidents, ce d'autant plus qu'elle est souvent motivée par un drame personnel ou familial.

La rupture c'est aussi toute la question de « l'habitude », de la « routine » dans la vie des personnes âgées.

L'habitude est souvent un moteur pour les personnes âgées qui n'apprécient guère le changement. « Avoir des habitudes », « maintenir des habitudes » permet justement le maintien de soi, « ne pas se laisser aller ». Mais c'est aussi trouver des repères, maintenir un cadre dans l'existence où plus rien ne vient rythmer le quotidien.

#### 4/ les conditions pour un maintien à domicile

15 items ont été proposés aux personnes âgées pour connaître quels sont les services qui, s'ils avaient existé leur auraient permis de rester vivre à domicile. Elles pouvaient les classer par ordre de priorité.

Les trois items les plus cités en première position par les personnes ayant répondu sont :

- une personne pour vous tenir compagnie : 140 citations
- une personne pour vous aider à entretenir la maison : 118 citations
- une personne pour vous tranquilliser la nuit : 74 citations

Ces trois propositions commencent toutes par « **une personne** », terme, qu'il faut sans doute mettre en relation avec celui retrouvé majoritairement dans les entretiens, celui de la solitude.

Il faut distinguer l'isolement social et le sentiment de solitude, qui sont deux entités bien distinctes. Les personnes âgées qui viennent de perdre leur conjoint sont particulièrement vulnérables à la solitude, la souffrance d'être seule.

« C'est un phénomène très important mais que l'on mesure très mal aujourd'hui. On n'a plus de copain, plus d'amis, on n'a plus ses enfants, et dans le plus mauvais des cas on est seul, très seul. » « Je crois que la peur de la solitude est un élément important dans le choix d'entrée en établissement ». « La raison c'est le fait de ne pas rester seul chez soi, c'est bien évident ». « Les hommes craignent beaucoup plus la solitude, ils se débrouillent beaucoup moins bien chez eux et ils sont plus enclins à rentrer en établissement ». « Y avait plus personne dans le quartier que je connaissais, j'étais devenu toute seule enfin isolée complet... ». « C'est-à-dire que je suis seule, sans famille, fille unique, célibataire donc et complètement seule ». « Souvent ce sont des personnes seules qui rentrent parce qu'elles ne supportent plus le fait d'être complètement isolées ». « Mes enfants vivent loin et cela les ennuyait de me laisser seule ». « Je vois aussi et surtout la peur de la solitude pour pousser les personnes à rentrer ici. Nous avons une partie des personnes qui n'ont pas de famille, qui sont célibataires ou qui n'ont pas d'enfants et de petits enfants pour s'occuper d'elles, ils ont besoin de relations ». « Beaucoup souffrent de la solitude ».

Les 15 items proposés sont triés du **plus important au moins important**, et accompagnés du nombre de fois où la réponse a été donnée.

Une personne pour vous aider à entretenir la maison	340
Une personne pour vous aider à préparer les repas	311
Une personne pour vous aider à faire les courses	330
Une personne pour vous tenir compagnie	344
Une personne pour vous tranquilliser la nuit	345
Une personne pour vous accompagner chez des amis	151
Une personne pour effectuer des démarches	215
Des conseils et des informations sur les services existants	145
Une solution temporaire d'hébergement	137
Une solution d'accueil de jour	122
Un service de soins infirmiers à domicile	185
L'aménagement du domicile	227
Des services de proximité	195
Des moyens de transport	183
L'accord de votre famille	186

Si on examine le nombre total de citations de chaque proposition (en prenant en compte le classement dans les 5 premiers rangs), 5 propositions ont été citées par plus de 300 personnes :

une personne pour vous tranquilliser la nuit : 345
une personne pour vous tenir compagnie : 344
une personne pour vous aider à entretenir la maison : 340
une personne pour vous aider à faire les courses : 330
une personne pour vous aider à préparer les repas : 311

L'aménagement du domicile a été cité par un nombre de personnes relativement important : 227.

A l'inverse, les solutions d'hébergement, à titre temporaire ou à titre d'accueil de jour arrivent en dernière position en nombre de citations. (137, 122).

Une différence paraît évidente entre la souffrance par rapport à la solitude, à la peur qu'elle engendre et celle née de la demande d'aide. La solitude relève avant tout d'un sentiment, alors que la demande d'aide révèle un aboutissement de la personne devenue dépendante.

La demande formulée par la personne âgée pour continuer à vivre à son domicile de façon autonome concerne des aménagements tant au niveau du logement mais surtout une demande d'accompagnement, de présence. Remarquons que ce recensement concerne des besoins de la personne âgée en aspects humains.

La réponse sociale se trouve également dans les politiques de proximité.

Les réponses tirées de notre enquête montrent que l'importance de la satisfaction des besoins varie en fonction du lieu de vie, des problèmes de sécurité et de la vie en couple.

Le besoin social se manifeste souvent par le désir de sortir de chez soi. Les solidarités familiales ne sont que rarement sollicitées dans ce cas et il leur est demandé d'autres aspects de l'aide, comme les courses, l'entretien de la maison. Par ailleurs, la notion de sécurité est régulièrement évoquée.

La vie sociale reste le besoin majoritairement formulé par la personne âgée. Elle souhaite que le quotidien vienne à elle puisqu'elle ne peut plus y aller.

#### 5/ l'EHPAD : hébergement adapté aux personnes âgées « relativement autonomes » ?

81% des personnes enquêtées sont « tout à fait ou dans l'ensemble » satisfaites de la maison de retraite. A l'inverse, seulement 5% des personnes n'en sont « pas trop ou pas du tout » satisfaites.

65% des personnes âgées estiment avoir eu la possibilité de choisir leur maison de retraite. Ce choix a été fait en grande majorité en fonction de la situation géographique de l'établissement (75%). Par contre, le niveau des tarifs ne semble pas être un critère majeur dans ce choix (31%).

Le tableau suivant présente ce que la vie en E.H.P.A.D. a apporté aux résidants.

	OUI		NON		Non réponse	Total
Créer de nouveaux liens	603	72%	239	28%	88	842
Rassurer votre famille	730	86%	117	14%	83	847
Trouver une nouvelle tranquillité	705	85%	122	15%	103	827
Préserver votre santé	791	93%	61	7%	78	852
Rompre votre isolement	631	76%	199	24%	100	830
Vous sentir moins seul(e)	701	82%	156	18%	73	857
Maintenir votre autonomie	761	91%	77	9%	92	838

La vie en établissement semble avoir essentiellement eu pour effet de préserver la santé des résidants (93%) et de maintenir leur autonomie (91%).

A l'inverse, les items liés à la rupture de l'isolement (76%), et à la création de nouveaux liens (72%) sont moins plébiscités.

# Des représentations négatives de l'établissement pour personnes âgées existent cependant

Les représentations de la structure reposent essentiellement sur des éléments concernant le contexte de l'entrée. La structure est avant tout le réceptacle des dépendances et d'un état de santé déficient.

L'image de la maison de retraite avec des « vieux » en fauteuils roulants, grabataires reste profondément ancrée dans la population, d'autant plus que l'on est à son tour concerné.

#### CONCLUSION

Au terme de ce rapport d'enquête il nous semble important de souligner un point essentiel avant de passer aux pistes d'actions. Cette synthèse met en lumière que les stratégies de codification des besoins des personnes âgées, démontrent que ceux-ci sont complexes et ne s'accommodent pas toujours facilement de la volonté de les rationaliser et de les hiérarchiser. La volonté d'objectiver une réalité peut en effet conduire à n'appréhender la parole de l'autre qu'au travers de ses propres outils d'observation. Une approche spécifique de ces besoins, même centrée sur les seuls aspects humains, doit interroger le potentiel de la personne âgée en fonction de son histoire, de sa situation et des réseaux de solidarité qu'elle encoure.

Rechercher le sens des conduites des personnes âgées est essentielle, comme le fait remarquer Christian Lalive d'Epinay<sup>8</sup> : « aspirer à saisir l'individu comme la totalité qu'il est, et comprendre la logique de son comportement, c'est-à-dire des manières d'être et de faire. Cette interrogation ne porte pas sur telle ou telle ressource, ou capital, dont dispose l'individu, mais sur la manière dont ce dernier dispose de ses ressources, dont en situation il en mobilise certaines, en négligeant d'autres, et les combine entre elles. La question de la fonction et de la cause cède le pas ici, à celle du sens. La compréhension veut s'ajouter à l'explication ».

C'est ainsi que cette enquête a été conduite, à la fois pour dénombrer un besoin et dans la recherche de sens que les personnes donnaient à leurs réponses.

Un certain nombre de points émergent de ce rapport pour des gestionnaires et des décideurs soucieux de trouver un équilibre entre l'offre et la demande.

### III- Pistes de réflexion

L'analyse des résultats a permis d'une part de définir un profil type de la personne âgée Gir 5 et 6 hébergée en EHPAD, et d'autre part d'appréhender les raisons de son entrée en établissement.

En résumé, il s'agit d'une personne :

- vivant déjà seule à son domicile,
- âgée de plus de 80 ans,
- isolée socialement,
- qui va connaître une rupture dans son mode de vie (hospitalisation, problème de santé, perte d'un être proche...)

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Entre retraite et vieillesse, travaux de sociologie compréhensive, Réalités sociales, Paris, 1996.

- et qui ne va plus pouvoir ou vouloir rester vivre à domicile, ce qui peut s'expliquer par le sentiment d'insécurité lié à la peur (peur de l'isolement, peur de vivre seule). Peur aussi du risque, lié à son état de santé, amplifiée par la propre inquiétude des proches (famille, médecin, amis).

Pour pouvoir rester à domicile, les personnes ont souvent exprimé leur besoin d'avoir une présence 24 H sur 24 H, d'être entourées, tout en sachant que cette solution est financièrement utopique.

Après avoir constaté et défini les principales caractéristiques de cette population (personnes GIR-5-6 hébergées en EHPAD), se pose alors la question de savoir quel type d'actions peut on développer pour que ces personnes puissent selon leur souhait rester vivre à domicile.

Plusieurs pistes se dessinent : la prévention dans toutes ses composantes, le développement de l'information sur les différentes solutions de prise en charge, le développement de prestations spécifiques au moment de la survenue des évènements liés à la « rupture », le développement de solutions d'hébergement intermédiaire.

#### La formulation de ces pistes de travail doit être sous tendue par 4 axes essentiels :

- 1. Prévention.
- 2 Communication / Information
- 3. Développement de solutions alternatives à l'hébergement en EHPAD.
- 4. Logique de proximité territoriale.
- 1. <u>Prévention : privilégier une logique de prévention pour lutter efficacement contre la perte d'autonomie et le douloureux problème des ruptures.</u>

La prévention doit être envisagée sous différents aspects :

- l'aspect « santé » en premier lieu. En effet, l'étude a permis de mettre en évidence que l'entrée en EHPAD intervenait très souvent après une rupture, et notamment à la suite d'une hospitalisation. Toutes les campagnes de prévention et de dépistages précoces de maladies (cardio-vasculaires, cancer...) doivent être intensifiées, ainsi que les séances de prévention contre la survenue de chutes, la nutrition, la prévention des effets du vieillissement. Actions de prévention à poursuivre et à développer en matière de santé et de prévention des chutes. Logique de dépistage précoce, comme le soulignait Philippe Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées aux personnes handicapées et à la famille en janvier 2007 : « à 70 ans, on est toujours assez jeune pour modifier sa vie quotidienne ou son environnement, pour bien vieillir et échapper à la malédiction que sont les maladies du grand âge et de la dépendance. » « La consultation de prévention est un outil essentiel pour prévenir les facteurs qui conduisent à la dépendance. La consultation de prévention est un outil essentiel pour prévenir les facteurs qui conduisent à la dépendance. Elle va permettre de les détecter et donc de les traiter;
- Je pense aux troubles de l'équilibre, aux troubles de la mémoire

 Je pense à l'ostéoporose, à la dénutrition ou l'incontinence
 Je pense enfin à l'isolement ou aux symptômes dépressifs qui sont des facteurs de dépendances ».

La notion d'isolement reste bien un souci central car, outre la demande d'une aide bien précise la majorité des personnes recherche une présence qui constitue une aide morale indispensable pour lutter contre la solitude.

Tous les dispositifs d'aide au retour à domicile après hospitalisation doivent être encouragés et développés : citons, par exemple que les CRAM développent depuis 2004 une prestation « appelée » A.R.D.H. qui à pour objectif de faciliter le retour à domicile des personnes relativement autonomes. Cette aide, centrée sur l'évaluation des besoins permet d'une part, une coordination entre les établissements de santé, les intervenants à domicile et le service social de la CRAM, et d'autre part participe à une logique de prévention en renforçant les moyens mobilisables lors d'une période critique pour la personne âgée.

- <u>l'aspect « social » ou socialisation</u> La « rupture » peut également survenir lors du décès d'un proche. Toutes les mesures encourageant le maintien d'un lien social doivent être recherchées et encouragées.

Il convient de souligner que l'un des trois axes définis par la CNAV en matière d'aide à l'équipement et à l'investissement immobilier est d'aider les structures souhaitant développer des actions en vue d'améliorer la vie sociale des personnes âgées. A ce titre, la branche retraite souhaite participer au développement des modes d'accueil intermédiaires entre le domicile et les établissements d'hébergement. Il s'agit notamment, grâce à une aide à leur financement, de favoriser la création de petites unités de vie ou la réalisation de certains projets émanant de bailleurs sociaux (domiciles services, logements sociaux adaptés réservés aux retraités...).

#### 2/ Communication, information

Les résultats de l'étude font émerger deux personnages principaux dans la prise de décision d'entrée en EHPAD : le médecin ou le personnel médical, ainsi que la famille.

Les médecins généralistes, les praticiens hospitaliers sont ils suffisamment informés sur l'ensemble des services et structures intervenant dans le cadre du maintien à domicile ?

La réponse à cette question pose le problème du cloisonnement de deux mondes : le secteur sanitaire et le secteur social. Combien de personnes âgées sont elles « placées » en EHPAD à la sortie d'une hospitalisation faute d'avoir eu connaissance de l'ensemble des dispositifs de maintien à domicile ?

La diffusion de l'information en direction des professionnels de santé, le renforcement au sein des établissements (notamment cliniques et soins de suite et de réadaptation) du personnel social (assistante sociale) sont deux pistes de réflexion à développer.

Quant à « la famille », plusieurs vecteurs d'information (caisses de retraite, CLIC, services sociaux, mairies, services de maintien à domicile) déjà utilisés peuvent sans doute développer leurs actions de communication en ciblant plus finement leurs interventions lors des phases sensibles de l'existence des personnes concernées.

Une information détaillée sur l'existant en matière de services d'aide au maintien à domicile (cartographie) peut également être développée auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

<u>3/ Le développement de solutions alternatives à l'hébergement en EHPAD</u>. Développer des structures intermédiaires entre le maintien à domicile et le placement en institution (accueil de jour, hébergement temporaire) permet aux personnes âgées de faire face à des difficultés passagères, comme nous avons pu le voir dans le cadre de notre étude.

Deux causes principales d'entrée en EHPAD ont été constatées lors de cette étude : la peur de la solitude ou peur de vivre seule, ainsi que le problème de santé ou la sortie d'hospitalisation.

En ce qui concerne le premier point, les réflexions des membres du groupe opérationnel ont principalement porté sur la question de savoir comment assurer une présence constante auprès de la personne âgée afin de la sécuriser. Plusieurs pistes ont été évoquées :

- la location de chambre par la personne âgée à un jeune (étudiant, apprenti ...) contre une présence ; expériences déjà existantes au plan national,
- l'aménagement d'un habitat spécialement étudié pour les personnes âgées fragilisées (urbanisme),
- le développement de services à la personne plus résolument orientés vers le maintien du lien social.
- expérience des villages retraites
- développement des MARPA.

Le problème de la sécurisation en matière de santé peut trouver une solution en développant des hébergements plus souples tels que :

- l'hébergement temporaire (notamment pour le retour à domicile après hospitalisation),
- l'hébergement partiel (de jour comme de nuit) ou plus adaptés (accueil familial, création de petites unités d'accueil, logements foyers en amont d'un EHPAD).

L'aménagement des locaux peut également dans certains cas constituer une solution alternative.

#### 4/ Logique de proximité territoriale

Les perspectives démographiques engendreront nécessairement des besoins sociaux, en particulier en matière d'urbanisme, de logement et d'aménagement du territoire.

**Urbanisme et logement** : besoin de services et d'équipements spécifiques. En effet le vieillissement de la population pose des problèmes d'adaptation de l'habitat et de l'urbanisme qui mériteraient en soi une étude détaillée et prospective. D'ores et déjà, se pose pour les ménages le problème de la demande grandissante de retour en centre ville, de proximité des équipements et des services. D'autres problèmes majeurs se posent :

- abandon par les commerces de proximité de certains quartiers où les personnes âgées sont surreprésentées.
- habitat en zone rurale isolée

Il conviendrait d'encourager la rénovation de l'habitat ancien, et l'adaptation du logement avec la personne elle-même ; avoir un logement adapté et adaptable en fonction des besoins de la personne participe à la prévention de la perte d'autonomie.

Au moment de conclure cette étude, plusieurs éléments doivent retenir l'attention : le nombre de personnes âgées autonomes est important et sera en augmentation constante dans les années à venir, l'insécurité réelle ou ressentie progresse également.

Le nombre de personnes âgées « valides » souhaitant une solution sécurisante d'hébergement ne fera que croître dans le futur. Une attention toute particulière doit ainsi être portée à ce phénomène par une recherche de solutions spécifiques, imaginatives, adaptées. En ce sens le décloisonnement des structures et des différents services d'aide à la personne apparaît plus que jamais comme une nécessité, ainsi que le besoin de formation des professionnels intervenants auprès de ce public.

La prise en compte du phénomène de la dépendance liée au vieillissement de la population ne doit pas masquer le fait que vieillissement n'est pas toujours synonyme de dépendance. Une prise en charge adaptée des personnes âgées autonomes devrait leur permettre de vivre dans les meilleures conditions à leur domicile et respecter ainsi leur choix de vie.

# DEFINITION DES GROUPES ISO-RESSOURCES (GIR) DE LA GRILLE AGGIR

# La grille AGGIR : Autonomie gérontologique groupe isoressources

GIR 1 Personnes confinées au lit, ou au fauteuil, et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées.

Elles nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

# $GIR\ 2$ Deux groupes de personnes :

- 1. Personnes confinées au lit, ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées, qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.
- 2. Celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.
- **GIR 3** Personnes qui ont conservé leurs fonctions intellectuelles et partiellement leurs capacités de se déplacer.

  Elles nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

# **GIR 4** Deux groupes de personnes :

- 1. Celles qui n'assurent pas leur transfert, mais qui une fois levées peuvent se déplacer à l'intérieur du logement.
- 2. Celles qui n'ont pas de problème pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.
- **GIR 5** Correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur du logement. Elles nécessitent cependant une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- **GIR 6** Regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie courante.

.

# Liste des établissements ayant participé à la phase des entretiens

- E.H.P.A.D. L'Allagnon à Neussargues (Cantal)
- E.H.P.A.D. « ORPEA » à Aurillac (Cantal)
- Maison de retraite Saint-Flour (Cantal)
- Maison de retraite de Marcenat (Cantal)
- Maison de retraite de Maurs (Cantal)
- Maison de retraite « le Belvédère » à Thiers (Puy De Dôme)
- Maison de retraite « Mon Repos » à Lezoux (Puy De Dôme)
- E.H.P.A.D. Georges Sand à Cournon (Puy De Dôme)
- Maison de retraite « Le Vert Galand » à Clermont-Ferrand (Puy De Dôme)
- Résidence médicalisée « Les Sources » à Clermont-Ferrand (Puy De Dôme)
- Maison de retraite « Sainte Elisabeth » à Rochefort-Montagne (Puy De Dôme)
- Maison de retraite « Ma Maison » à Clermont-Ferrand (Puy De Dôme)

Annexe 3



## QUESTIONNAIRE ANALYSE DE CHOIX DE VIE EN EHPAD

Madame, Monsieur,

La CRAM Auvergne effectue actuellement une grande enquête sur les personnes âgées en maison de retraite afin d'améliorer ses offres de service. Ce questionnaire nous est d'une grande utilité et nous vous remercions vivement d'avoir accepté de le compléter. Il est anonyme et sera traité avec le plus grand intérêt.

1	Vous êtes un homme ≤ une femme ≤							
	Quel âge avez-vous ?							
	Quelle est votre situation? Célibataire ≤ Marié(e) ≤ Veuve(e) ≤							
4.	Quelle était votre catégorie socio-professionnelle avant de prendre votre retraite ?							
5.	≤ Agriculteurs							
	≤ Artisans, commerçants, chefs d'entreprises							
	≤ Cadres, professions intellectuelles supérieures							
	≤ Professions intermédiaires							
	≤ Employés							
	≤ Ouvriers							
	≤ Autres (à préciser)							
6.	Avez-vous des enfants ? Oui ≤ Non ≤							
7.	Si oui, combien ?							
8.	Avez-vous au moins un de vos enfants qui habite à proximité de la maison de							
	retraite ? Oui ≤ Non ≤							
9.	En quelle année êtes-vous entré (e) dans cet établissement :							
10	10. Avez-vous choisi de vivre en maison de retraite Oui ≤ Non ≤							
11	11.Quelqu'un vous a-t-il aidé à prendre cette décision ? Oui ≤ Non ≤							
	Si oui : était-ce ? (un seul choix)							
	≤ Médecin ≤ Assistante sociale ≤ Famille ≤ Amis ≤ Tuteur							
	≤ Autre (à préciser) :							

12. Pour quelle	es raisons êtes-vous entré(e) en établissement ? Parmi les propositions							
suivantes,	choisissez celle qui vous semble la plus proche de votre situation :							
≤ Problèm	≤ Problème de santé							
≤ Perte du	≤ Perte du conjoint (ou d'un proche)							
≤ Suite à ເ	≤ Suite à une hospitalisation ≤ Manque de services de proximité (petits commerces, médecin, pharmacie)							
≤ Manque								
≤ Peur de	vivre seul(e) à domicile							
≤ Autre (à	préciser) :							
,	·							
13. Qu'est-ce	qui vous a manqué pour rester à votre domicile ? Parmi les							
proposition	ns suivantes, classez par ordre du plus important au moins important							
celle qui e	st la plus proche de ce que vous avez vécu :							
	Une personne pour vous aider à entretenir la maison							
	Une personne pour vous aider à faire les repas							
	Une personne pour vous aider à faire les courses							
	Une personne pour vous tenir compagnie							
	Une personne pour vous tranquilliser la nuit							
	Une personne pour vous accompagner chez des amis							
	Une personne pour faire des démarches							
	Des conseils et des informations sur les services existants							
	Une solution temporaire d'hébergement							
	Une solution d'accueil de jour							
	Un service de soins infirmiers à domicile							
	L'aménagement du domicile							
	Des services de proximité							
	Des moyens de transports							
	L'accord de ma famille							
14.La maison	de retraite correspond-elle à vos attentes ?							
≤ Tout à fa	iit ≤ Oui dans l'ensemble ≤ Moyennement ≤ Pas trop ≤ Pas du							
tout								
15. Avez-vous	choisi cette maison de retraite en raison de son implantation							
	que ? ≤ Oui ≤ Non							

16. Avez-vous choisi cette maison de retraite	e en for	nction du montant des tarifs	6? ≤					
Oui ≤ Non								
17.Avez-vous eu la possibilité de choisir vot ≤ Oui ≤ Non	re mais	son de retraite ?						
18.La vie dans la maison de retraite vous a-t-elle permis de :								
Créer de nouveaux liens ?	≤	Oui≤	Non					
Rassurer votre famille?	≤	Oui≤	Non					
Trouver une nouvelle tranquillité?	≤	Oui≤	Non					
Préserver votre santé ?	≤	Oui≤	Non					
Rompre votre isolement?	≤	Oui≤	Non					
Vous sentir moins seul(e)?	≤	Oui≤	Non					
Maintenir votre autonomie?	≤	Oui≤	Non					

19. Utilisez l'espace ci-dessous si vous souhaitez rajouter des observations :

**ANNEXE IV** 

N/Réf.: MT/GD/2006/86
Sous-Direction Action Sanitaire et Sociale
Michel TUYERAS - Attaché de Direction

2 04.73.42.89.67

«Nom» «Adresse\_1» «Adresse\_2» «Adresse\_3» «Ville»

Clermont-Ferrand, le

# OBJET : ETUDE « ANALYSE DES RAISONS DE CHOIX DE VIE EN EHPAD DES PERSONNES AGEES RELATIVEMENT AUTONOMES »

«Nom»,

Nous vous informons que, dans le cadre des travaux de la plate forme de l'observation sanitaire et sociale d'Auvergne, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Auvergne pilote une étude intitulée « Analyse des raisons de choix de vie en EHPAD des personnes relativement autonomes » (GIR 5 et 6) en Auvergne.

Cette étude a pour principal objectif, à partir de la connaissance et de l'analyse des raisons qui ont conduit les personnes âgées à entrer en établissement, d'orienter la politique d'Action Sociale Retraite de maintien à domicile vers les services ou des actions défaillantes ou insuffisamment développées sur un territoire donné.

Afin de mener à bien cette étude sur l'exercice 2006, un groupe de pilotage comprenant des représentants du Conseil Général du Cantal et du Puy-de-Dôme, des DDASS du Cantal et du Puy-de-Dôme, de la Mutualité Sociale Agricole, du Service Médical de l'assurance maladie et des établissements a élaboré une méthodologie en lien avec l'EPSI-ITSRA.

La méthodologie arrêtée par ce comité de pilotage consiste à recueillir directement auprès des personnes concernées un certain nombre d'informations simples et précises sur leur entrée en établissement.

Le champ de l'étude concerne les personnes âgées actuellement GIR 5 et 6 au sein des EHPAD et des maisons de retraite des départements du Cantal et du Puy de Dôme.

Dans ce cadre, nous adressons un questionnaire aux personnes âgées concernées au sein de votre structure afin de mieux cerner les motifs qui les ont conduites à entrer en établissement.

Afin de donner un maximum de pertinence à ce questionnaire, des « entretiens qualitatifs » ont été réalisés au sein d'un échantillon d'établissements.

A partir des entretiens réalisés, 5 thèmes ont été retenus, déclinés en 15 questions :

Thème 1 : Signalétique : présentation de la personne interrogée
Thème 2 : Choix et raisons du placement : les facteurs déclenchant
Thème 3 : Limites du maintien à domicile : les freins au maintien

Thème 4 : Réponse de l'EHPAD aux attentes de la personne âgée : témoignage/évaluation

Thème 5: Apports du placement en EHPAD: les plus.

Nous vous remercions de bien vouloir participer à cette étude, en assurant la transmission des questionnaires aux personnes âgées GIR 5 et 6 de votre établissement.

Pour réaliser dans les meilleures dispositions possibles cette étude, nous comptons sur votre collaboration pour favoriser un taux élevé de retour des questionnaires complétés.

A ce titre, nous nous permettons de demander un soutien actif de votre part, pour accompagner les personnes âgées lors du remplissage du questionnaire.

La date butoir pour le retour des questionnaires est fixée au 27 octobre 2006.

Nous restons à votre disposition si vous rencontrez des difficultés particulières et vous remercions par avance de votre contribution à cette étude dont nous vous communiquerons les conclusions.

Dans cette attente, je vous prie d'agréer, «Nom», l'assurance de ma considération distinguée.

Le Sous Directeur en charge de l'Action Sanitaire et Sociale,

S. LEVAVASSEUR

