ORSAL
Observatoire Régional de la Santé d'Alsace

Centre de Gérontologie
Hôpitaux universitaires de Strasbourg
Université Louis Pasteur

AGIRA
Alsace Gérontologie Information Recherche Action

VIVRE LA DEPENDANCE A DOMICILE : LE DEVENIR DES PERSONNES AGEES

Cahier spécial

Enquêtes sur l'évolution en deux ans et demi des modes de vie des personnes âgées à domicile en Alsace

- Avril 2001 -

Centre de Gérontologie des HUS : D. Heitz, M. Berthel, G. Kaltenbach, F. Kuntzmann
Observatoire Régional de la Santé d'Alsace : D. Fernandez, F. Imbert

PREAMBULE **7**

INTRODUCTION **9**

RAPPELS : « VIVRE LA DEPENDANCE A DOMICILE », PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE SUR LES PERSONNES AGEES VIVANT A DOMICILE **11**

METHODOLOGIE **13**
Présentation des enquêtes 13
Objectif principal 13
Enquête par voie postale 13
Enquête au lieu de vie 17
Analyse des résultats et pondérations 19
L'analyse multivariée 19
Enquête complémentaire auprès des médecins traitants (figure 3) 19

RESULTATS DE L'ENQUETE PAR VOIE POSTALE **21**

EVOLUTION DU NIVEAU DE DESAVANTAGE **23**

EVOLUTION DE LA SITUATION DES PERSONNES AGEES **29**
Influence de l'âge sur le devenir des personnes âgées 30
Influence du niveau de désavantage sur le devenir des personnes âgées 31
Evolution du niveau de désavantage et devenir des personnes âgées 32
Influence du sexe sur le devenir des personnes âgées 33
Mode de vie et devenir des personnes âgées 34
Catégorie de commune de résidence et devenir des personnes âgées 35
Etat de santé déclaré et devenir des personnes âgées 36

RESULTATS DE L'ENQUETE AU LIEU DE VIE **37**

ACTES ESSENTIELS, ACTIVITES SOCIALES ET DOMESTIQUES ET DEPENDANCE **39**

Les facteurs déterminants du maintien à domicile **40**

La Prestation Spécifique Dépendance **43**

Les conditions d'entrée en institution **44**

LE DEVENIR DES PERSONNES CLASSEES EN GIR 5 ET 6 **47**
DEVENIR DES GIR 5-6 : EVOLUTION DU GIR 48
DEVENIR DES GIR 5-6 : MAINTIEN A DOMICILE 51
DEVENIR DES GIR 5-6 : EVOLUTION DU MODE DE VIE A DOMICILE 52
DEVENIR DES GIR 5-6 : VIE A DOMICILE ET EVOLUTION DES AIDES HUMAINES 53
DEVENIR DES GIR 5-6 :VIE A DOMICILE ET EVOLUTION DES AIDES TECHNIQUES 56

LE DEVENIR DES PERSONNES CLASSEES EN GIR 4 **57**
DEVENIR DES GIR 4 : EVOLUTION DU GIR 58
DEVENIR DES GIR 4 : MAINTIEN A DOMICILE 61
DEVENIR DES GIR 4 : EVOLUTION DU MODE DE VIE A DOMICILE 62
DEVENIR DES GIR 4 : VIE A DOMICILE ET EVOLUTION DES AIDES HUMAINES 63
DEVENIR DES GIR 4 :VIE A DOMICILE ET EVOLUTION DES AIDES TECHNIQUES 66

LE DEVENIR DES PERSONNES CLASSEES EN GIR 1 à 3 **67**
DEVENIR DES GIR1-3 : EVOLUTION DU GIR 68

DEVENIR DES GIR 1-3 : MAINTIEN A DOMICILE 71
DEVENIR DES GIR 1-3 : EVOLUTION DU MODE DE VIE A DOMICILE 72
DEVENIR DES GIR 1-3 : VIE A DOMICILE ET EVOLUTION DES AIDES HUMAINES 73
DEVENIR DES GIR 1-3 : VIE A DOMICILE ET EVOLUTION DES AIDES TECHNIQUES 76

LE DEVENIR DES PERSONNES LES PLUS AGEES 77

DEVENIR DES PERSONNES QUI ONT SUBI UNE ATTEINTE DE LA COHERENCE ET DE L'ORIENTATION 81

SYNTHESE DES RESULTATS 87
Le devenir des personnes âgées deux ans et demi après la première enquête 89
Les facteurs qui influencent le devenir des personnes âgées 92

EN GUISE DE CONCLUSION 99

ANNEXES 109

Annexe 1 Définition des groupes de dépendance selon la grille AGGIR (enquête sur le lieu de vie) 111
Présentation des 6 groupes iso-ressources : 112
Définition des variables de la grille AGGIR 113

Annexe 2 : Résultats des régressions logistiques 115

Annexe 3 : Liste des médecins-enquêteurs 117

Annexe 4 : Tableaux de données correspondant aux graphiques 119

Annexe 5 : Questionnaires 135

COMITE SCIENTIFIQUE AGIRA

Monsieur A. FAESSEL
Membre du CESA - *Ancien Président de la Société Française de Gérontologie*

Monsieur le Docteur J. HILD
Médecin Chef au Centre pour Personnes Agées de Colmar

Monsieur le Professeur F.KUNTZMANN
Médecin Chef du Service de Médecine Interne Gériatrique du CHU de Strasbourg
Ancien Président de la Société Française de Gérontologie

Monsieur le Docteur B. MARTINET
Chef du Service de Prévention Médico-sociale du Conseil Général de Meurthe et Moselle

Monsieur le Docteur B. PETER
Médecin Chef du Service de Gériatrie au Centre Hospitalier Général de Mulhouse

Monsieur J-J. PIMMEL
Président de l'Association Bas-Rhinoise d'Aide aux Personnes Agées

Monsieur le Professeur C. REGNIER
Institut de démographie - Université Marc Bloch
Ancien Président de la Société Française de Gérontologie

Monsieur le Professeur A. SACREZ
Service de Cardiologie du CHU de Hautepierre - Strasbourg

Monsieur le Professeur L. SINGER
Service de Psychiatrie I aux Hospices Civils de Strasbourg

COMITE DE PILOTAGE

Professeur M. BERTHEL	*Centre de Gériatrie du CHU de Strasbourg*
Docteur O. BLANCHARD	*Direction du Contrôle Médical Régional de la CNAMTS*
Monsieur M. BRAULT	*Mutualité Sociale Agricole d'Alsace*
Monsieur A. CAPS	*Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse d'Alsace-Moselle*
Docteur M. EBEL	*Centre de Gériatrie du CHU de Strasbourg*
Monsieur D. FERNANDEZ	*Observatoire Régional de la Santé d'Alsace*
Monsieur R. GUTHAPFEL	*Caisse AVA*
Docteur D. HEITZ	*Centre de Gériatrie du CHU de Strasbourg*
Monsieur F. IMBERT	*Observatoire Régional de la Santé d'Alsace*
Madame D. KELLER	*Caisse ORGANIC d'Alsace*
Professeur F. KUNTZMANN	*Centre de Gériatrie du CHU de Strasbourg*
Docteur N. MEYER	*Observatoire Régional de la Santé d'Alsace*
Docteur M-C. SCHATZ	*Etablissements Hospitaliers Départementaux de Bischwiller*
Madame C. UNGERER	*Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace*

PREAMBULE

Pour une meilleure connaissance de la dépendance vécue à domicile par les personnes âgées en Alsace

L'enquête AGIRA, menée en 1996/97, avait conduit à un constat qui permettait de mettre en évidence l'implication plus importante qu'on ne pensait des familles et des proches dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il est apparu – et ce fut une surprise – que l'apport des professionnels était à considérer plutôt comme un complément certes indispensable, mais pour l'essentiel situé dans le domaine des soins techniques. Une tentative d'explication de ce fait pouvait inciter à penser que les liens familiaux étaient restés très forts alors qu'on avait tendance, par ailleurs, à les croire plutôt relâchés , mais il était nécessaire aussi de prendre en considération une offre professionnelle sans doute insuffisante et (peut-être, dans l'ignorance des aides possibles) trop chère.

D'autres observations ont permis d'avoir une connaissance exacte des équipements en place, du vécu subjectif de la dépendance par les personnes qui en sont atteintes, ainsi que de leurs attentes. C'était un instantané pris par des enquêteurs hautement qualifiés, en l'occurrence des médecins spécialement formés à cette enquête.

Nous ne pouvions cependant pas nous en satisfaire.

Aussi le comité scientifique d'AGIRA[1] proposa-t-il d'ajouter à notre enquête une dimension longitudinale. Le conseil d'administration donna son assentiment, et la proposition reçut également un accueil favorable de la part des caisses de retraite qui nous ont généreusement accordé leur aide (CRAV, MSA, ORGANIC Alsace, AVA) de même que de la part des financeurs (les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, ainsi que le CODERPA du Bas-Rhin).

Il fut décidé de reprendre contact avec les personnes qui ont accepté de participer à la première enquête, pour constater ce qu'elles sont devenues en l'espace de deux ans, comment leur dépendance et, d'une façon plus générale, leur situation ont évolué pendant ce temps. Le Centre de Gérontologie des HUS de Strasbourg et l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace se mirent immédiatement au travail. Ce rapport, qui fait l'objet d'un Cahier spécial d'AGIRA, en est le résultat.

Les observations qui y sont consignées et commentées confirment le soutien important apporté par les familles à leurs parents dépendants. L'aide professionnelle plafonne à trois activités quotidiennes, alors que l'intervention des familles concerne jusqu'à onze activités par jour ! Mais, l'aide familiale ayant déjà atteint, voire dépassé les limites du possible, force est de constater qu'elle ne peut que très difficilement suivre l'alourdissement de la dépendance. L'appel croissant aux professionnels n'arrive cependant pas à compenser totalement ce que les familles, épuisées, ne peuvent plus donner. Le résultat en est que la dépendance s'aggrave et que la demande d'admission en EHPAD (établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes) se fait de plus en plus pressante.

Il est très important que les pouvoirs publics, ainsi que toutes les instances qui sont en charge des retraités et des personnes âgées, soient averties de cette évolution qui ne peut que s'amplifier en raison des données démographiques. Une vaste et profonde prise de conscience est indispensable pour que les politiques concernées puissent prendre l'orientation qui s'impose. Le développement de l'ensemble des structures d'aide à domicile, aussi bien sociales que médicales, la création de nouvelles EHPAD, le soutien aux familles et la création de lieux d'hébergement temporaire sont indispensables.

AGIRA est heureuse d'avoir pu contribuer, avec la rigueur scientifique requise en ce domaine, à une juste appréciation des besoins des personnes âgées dépendantes vivant en Alsace à leur domicile. Elle remercie chaleureusement tous ceux qui l'ont aidé à mener cette difficile entreprise à bonne fin.

Alfred FAESSEL
Membre du Comité scientifique AGIRA

[1] AGIRA – Alsace Gérontologie, Information-Recherche-Action – association de droit local fondée par les caisses de retraite complémentaire du Groupe ARPEGE (IRIAL, IPRIAL, CAIRPSA,CARPRECA)

INTRODUCTION

La dépendance est une réalité qui touche un nombre croissant de personnes au fur et à mesure de l'avancée en âge. Elle n'est certes pas inéluctable. La majorité des personnes, même dans les classes d'âge les plus élevées, vit sans incapacité notoire et en est donc indemne.

La dépendance se définit comme la situation d'un individu ayant besoin, pour accomplir les actes de la vie quotidienne (s'alimenter, se déplacer, s'habiller, assurer son hygiène) de recourir à une aide humaine et/ou technique. Elle est la conséquence d'incapacités fonctionnelles entraînant handicap ou désavantages. En tant que telle, cette situation n'est pas exclusive du grand âge mais pose des problèmes spécifiques au cours de celui-ci. Toujours consécutive à un état pathologique, elle se caractérise chez le sujet âgé, voire très âgé, par une conjonction le plus souvent de plusieurs maladies ou déficiences associées. Celles-ci se surajoutent aux spécificités de la vieillesse en particulier, la moindre possibilité de s'adapter à des situations nouvelles responsables d'un état de fragilité physique et psychologique constituant un risque permanent d'aggravation de l'état de la personne concernée. Ce risque est bien évidemment majoré si les aides nécessaires ne peuvent être fournies en quantité, en qualité et en temps utiles.

Pour connaître au mieux la situation des personnes âgées dépendantes vivant à domicile, donc en dehors de toute institution, en Alsace, une enquête régionale a été effectuée avec le partenariat d'AGIRA et des Conseils Généraux des deux départements alsaciens mais aussi le CODERPA du Bas-Rhin en 1996-1997 sur la base d'un échantillon de 15 500 personnes tirées au sort sur la liste des bénéficiaires des caisses de retraite de base, âgées de 75 ans ou plus avec une sur-représentation des 85 ans ou plus. Ces personnes ont d'abord été sollicitées par un courrier les interrogeant sur leur mode de vie auquel ont répondu 10 136 d'entre elles. Dans un deuxième temps, 1256 dont les plus dépendantes ont reçu la visite à leur domicile d'un médecin-enquêteur. Les résultats ont fait l'objet d'un rapport en 1998 (*). Ils ont permis de préciser entre autre l'importance des aides fournies par l'entourage familial pour l'ensemble des aides nécessaires, tant celles concernant les actes essentiels de la vie que les activités sociales et domestiques, à savoir la gestion des formalités administratives, la prise de médicaments, les possibilités de sortir et d'utiliser des transports en commun, de faire des achats, la cuisine ou le ménage.

Deux ans plus tard, il a semblé utile de voir comment avait évolué la situation de ces personnes : leur état de dépendance, le type d'aides fournies, le lieu de résidence et, plus généralement, leur qualité de vie. Compte tenu des critères de sélection initiale (75 ans ou plus et sur-représentation des 85 ans ou plus) un taux élevé de décès était prévisible. Dans ce document sont présentés les premiers résultats de cette deuxième enquête effectuée en 1999.

(*) M. Berthel, F. Imbert, C. Ungerer, S. Dalmayrac-Cornut, N. Meyer, D. Heitz, C. Martin, F. Kuntzmann
Vivre la dépendance à domicile. Enquêtes sur les conditions de vie des personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus vivant à domicile en Alsace – Cahier spécial AGIRA - 1998, 108 pages

RAPPELS : « VIVRE LA DEPENDANCE A DOMICILE », PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE SUR LES PERSONNES AGEES VIVANT A DOMICILE

L'enquête "Vivre la dépendance à domicile", réalisée en 1996-97 avait pour objectif de répondre à de nombreuses interrogations sur les conditions de vie des personnes âgées dépendantes qui vivent à domicile. Combien sont-elles ? Où vivent-elles ? Sont-elles entourées ou isolées ? Font-elles appel à des professionnels et pour quelles activités ? Quel est leur état de santé ? Comment parviennent-elles à assumer les actes essentiels de la vie ?... Les deux pages qui suivent en rappellent les principaux résultats.

LES CHIFFRES DE LA DEPENDANCE A DOMICILE EN 1996-97

⇨ Sur une population estimée à 71 000 personnes de 75 ans ou plus vivant à domicile en Alsace, 6 000 ont besoin d'une aide pour la toilette et l'habillage dont 1 500 sont confinées au lit ou au fauteuil.

⇨ Entre 4 350 et 5 400 personnes appartiennent aux groupes iso-ressources 1 à 3 et sont donc susceptibles de bénéficier de la Prestation Spécifique Dépendance.

⇨ Le niveau de dépendance augmente avec l'âge. Il est plus élevé :
- dans le Bas-Rhin,
- dans les communes rurales,
- chez les femmes,
- chez les personnes de faibles revenus,
- dans certaines catégories socioprofessionnelles (ouvriers, employés, agriculteurs).

LE ROLE DES AIDANTS EN 1996-97

⇨ L'entourage joue un rôle essentiel dans le maintien à domicile des personnes âgées. Il apporte systématiquement une aide aux personnes âgées dès l'apparition d'une dépendance.

⇨ Parmi les plus dépendants, plus d'une personne sur trois n'est aidée, dans sa vie quotidienne, que par son entourage .... mais près d'une personne sur dix est aidée principalement par des professionnels.

⇨ Les aides de l'entourage concernent l'ensemble des activités, même les plus intimes.

⇨ Une hétérogénéité des aides professionnelles :

- les soins infirmiers de nursing et la garde à domicile ne concernent que les plus dépendants,
- parmi les plus dépendants près de deux personnes sur trois bénéficient d'une aide professionnelle,
- les gardes à domicile interviennent, pour certaines d'entre elles, sur l'ensemble des activités.

LES BESOINS COUVERTS ET NON COUVERTS EN 1996-97

⇨ Même chez des personnes considérées comme non dépendantes (GIR 6) par la grille AGGIR, les besoins d'aide pour les activités sociales et domestiques (ménage, cuisine, achats...) sont importants et augmentent rapidement avec l'âge.

⇨ Une personne sur dix en GIR 1 à 3 considère être insuffisamment aidée. Ce besoin est peut-être sous-estimé par l'enquête.

⇨ Chez les personnes dépendantes (GIR 1 à 4), près de deux logements sur trois nécessitent des travaux d'aménagement.

⇨ Globalement, il existe une bonne couverture en équipements techniques (fauteuil roulant, chaise percée, barres d'appui....) sauf en ce qui concerne la téléalarme.

⇨ Une personne dépendante sur sept souhaite bénéficier d'informations.

LE VECU DE LA DEPENDANCE A DOMICILE EN 1996-97

⇨ Un sentiment de solitude exprimé par une personne âgée sur cinq, une sur deux quand elles vivent seules .... une sur vingt quand elles vivent en couple.

⇨ Dans leur grande majorité, les personnes âgées sont satisfaites de leur situation et souhaitent poursuivre leur vie à domicile.

METHODOLOGIE

Présentation des enquêtes

Objectif principal

La nouvelle enquête s'est déroulée en trois étapes d'avril à septembre 1999.

La première phase (enquête par voie postale) avait pour objectif d'analyser l'évolution des personnes en termes de handicap selon la classification de A. COLVEZ et de mode de vie (lieu de résidence, structure du foyer, entrée en institution…).

La seconde phase (enquête à domicile) visait à classer les personnes enquêtées selon la grille AGGIR, qui sert de référence pour l'attribution de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), en vue de mesurer de façon précise l'évolution de la dépendance et les adaptations réalisées au cours des deux ans et demi séparant les deux enquêtes.

Pour connaître le taux d'institutionnalisation de la population initiale, il a été nécessaire de connaître non seulement le nombre de personnes qui vivent en institution mais aussi celui des personnes institutionnalisées et qui ne figurent pas dans la liste des survivants. **Une enquête complémentaire** par voie postale a été réalisée auprès des médecins traitants pour celles qui avaient fourni de ces personnes a été réalisée pour les personnes qui avaient fourni leur nom en 1997.

Enquête par voie postale

Population concernée :

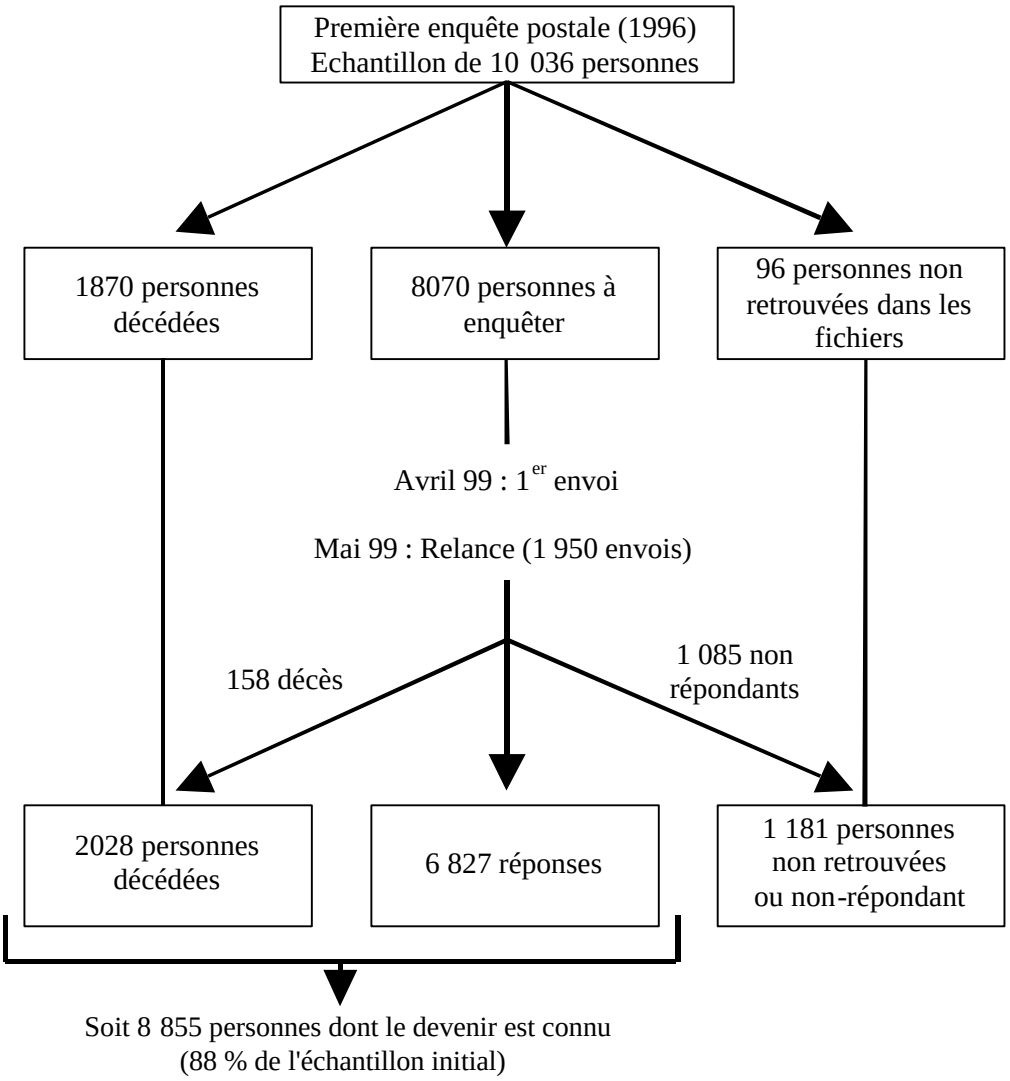
L'échantillon des personnes enquêtées par voie postale a été constitué à partir des fichiers des personnes ayant participé à la première enquête postale.

En 1996-97, 10 036[2] personnes ont répondu à l'enquête par voie postale. Cette population avait été tirée au sort dans les fichiers de bénéficiaires des principales Caisses de Retraite : CRAV, MSA 67, MSA 68, l'Assurance Vieillesse des Artisans (AVA) et des Commerçants (ORGANIC).

[2] *Personnes entrant dans le champ de l'étude : personnes de 75 ans ou plus, domiciliées en Alsace, vivant à domicile*

Figure n°1.

DEROULEMENT DE L'ENQUETE POSTALE



En 1999, les Caisses ont communiqué à l'ORSAL la liste (anonyme) des personnes décédées parmi ces 10 036 répondants. 8070 personnes étaient toujours en vie. C'est ce groupe de personnes survivantes qui a été enquêtée par voie postale en Avril-Mai 1999.

Informations recueillies

La forme du questionnaire de l'enquête postale est pratiquement similaire à celle de l'enquête de 1996-1997 (19 questions en quatre pages très lisibles, voir annexe n°5). Le taux de réponse obtenu a été de 83%. Cet excellent résultat a confirmé que la forme du questionnaire était bien adaptée à la population enquêtée. La nouvelle mouture a simplement été enrichie de deux questions concernant les événements survenus au cours des deux dernières années, la date d'un éventuel changement de domicile et les hospitalisations survenues au cours des deux dernières années.

Déroulement de l'enquête (figure 1):

En avril 1999, les quatre Caisses de Retraite (CRAV d'Alsace - Moselle , MSA, ORGANIC ALSACE et AVA) ont envoyé 8 070 questionnaires aux personnes qui avaient répondu à la première enquête par voie postale et qui n'avaient pas été signalés comme décédés.

Un mois après ce premier envoi, l'ORSAL avait reçu 6 120 questionnaires, ce qui correspond à un taux de réponse avant relance de 76 % (ce taux était de 65 % lors de la première enquête).

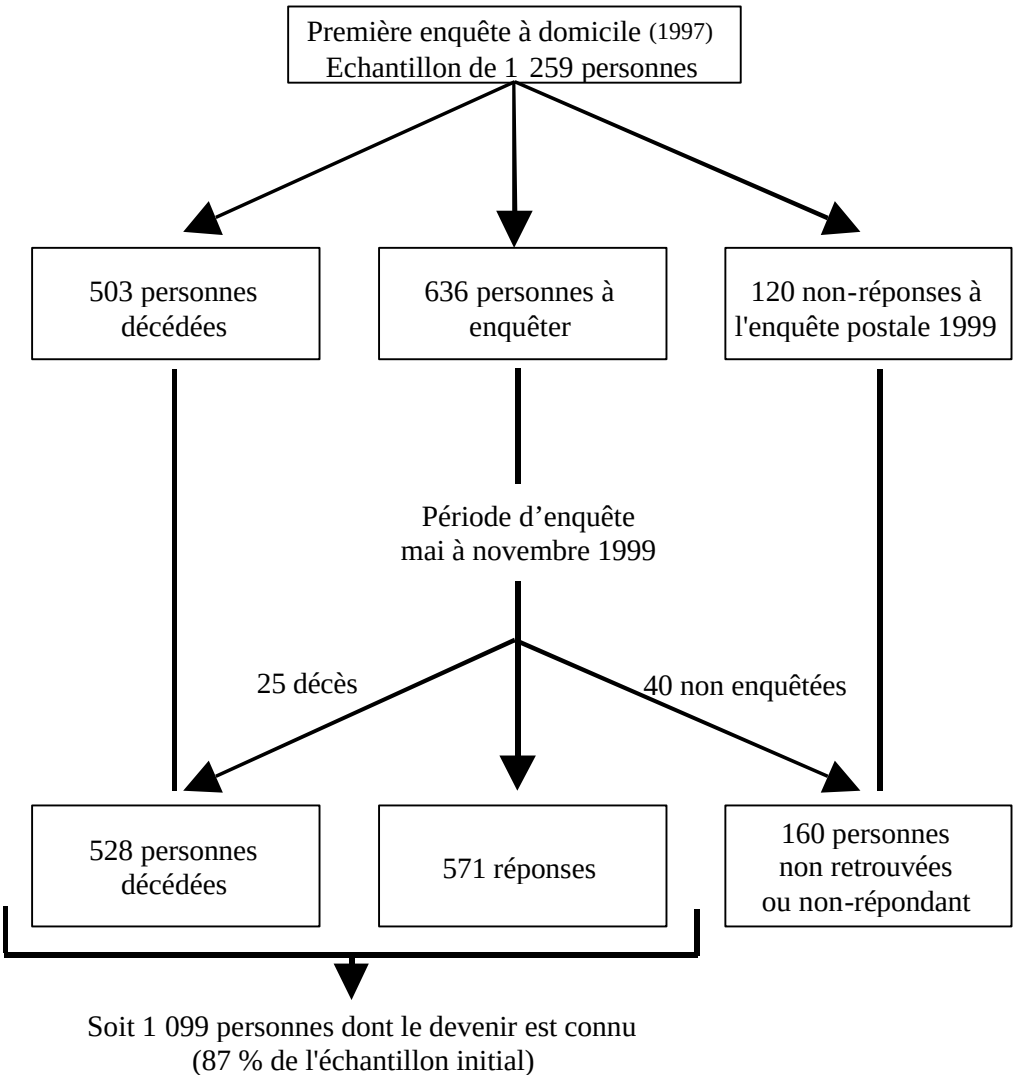
Les relances organisées par les caisses partenaires de l'étude ont permis d'atteindre un taux de réponse de 89 %. Lors de la première enquête ce taux était de 83 %.

Une phase de validation des données nous a amené à exclure quelques questionnaires (doublons, confusion sur la personne à qui a été adressée le questionnaire...). Au total, sur les 10 036 personnes qui avaient participé à l'enquête en 1996, seules 1 181 ont été perdues de vue (changement d'adresse, refus de participer à la seconde enquête...). Notre "taux de suivi" est de 88 %.

A partir des données recueillies en 1996, nous avons pu étudier les caractéristiques des personnes non suivies. Les différences de répartition entre les personnes suivies en 1999 et celles qui ont été perdues de vue sont marginales, non significatives (age, sexe, dépendance et mode de cohabitation), et ne remettent pas en cause la validité des résultats présentés ici. C'est pourquoi nous pourrons exclure les personnes "perdues de vue" de la suite de nos analyses.

Figure n°2.

DEROULEMENT DE L'ENQUETE AU LIEU DE VIE



Enquête au lieu de vie

Population concernée

Seules les personnes visitées à domicile en 96-97 ont été incluses dans cette étude. Lors de cette enquête, 1 259 personnes avaient été vues par un médecin enquêteur à domicile. Les personnes les plus âgées ainsi que les personnes les plus dépendantes avaient été volontairement sur représentées dans cet échantillon[3].

Informations recueillies

Les informations ont été recueillies sur la base du questionnaire qui a été utilisé lors de la première enquête à domicile.
Quelques modifications y ont toutefois été apportées :

- adaptation à la situation des personnes vivant en établissement,
- ajout de nouveaux thèmes d'investigation (recueil des événements ayant eu lieu entre les deux enquêtes, conditions d'entrée en institution…)

Déroulement de l'enquête (figure 2) :

Sur les 1 259 personnes concernées, 528 (503 + 25) sont décédées et 120 n'ont pas répondu à l'enquête par voie postale de 1999. Il restait donc 611 (636 - 25) personnes susceptibles d'être enquêtées par les 13 médecins enquêteurs chargés de la réalisation des visites (à domicile ou en institution).

Parmi ces 611 personnes, 40 n'ont pas été enquêtées : 12 ont refusé de recevoir la visite d'un enquêteur, 17 étaient injoignables et 11 ont du être retirées du fichier final après une phase de validation des données (recherche de doublons, confusion sur la personne répondant dans le foyer…).

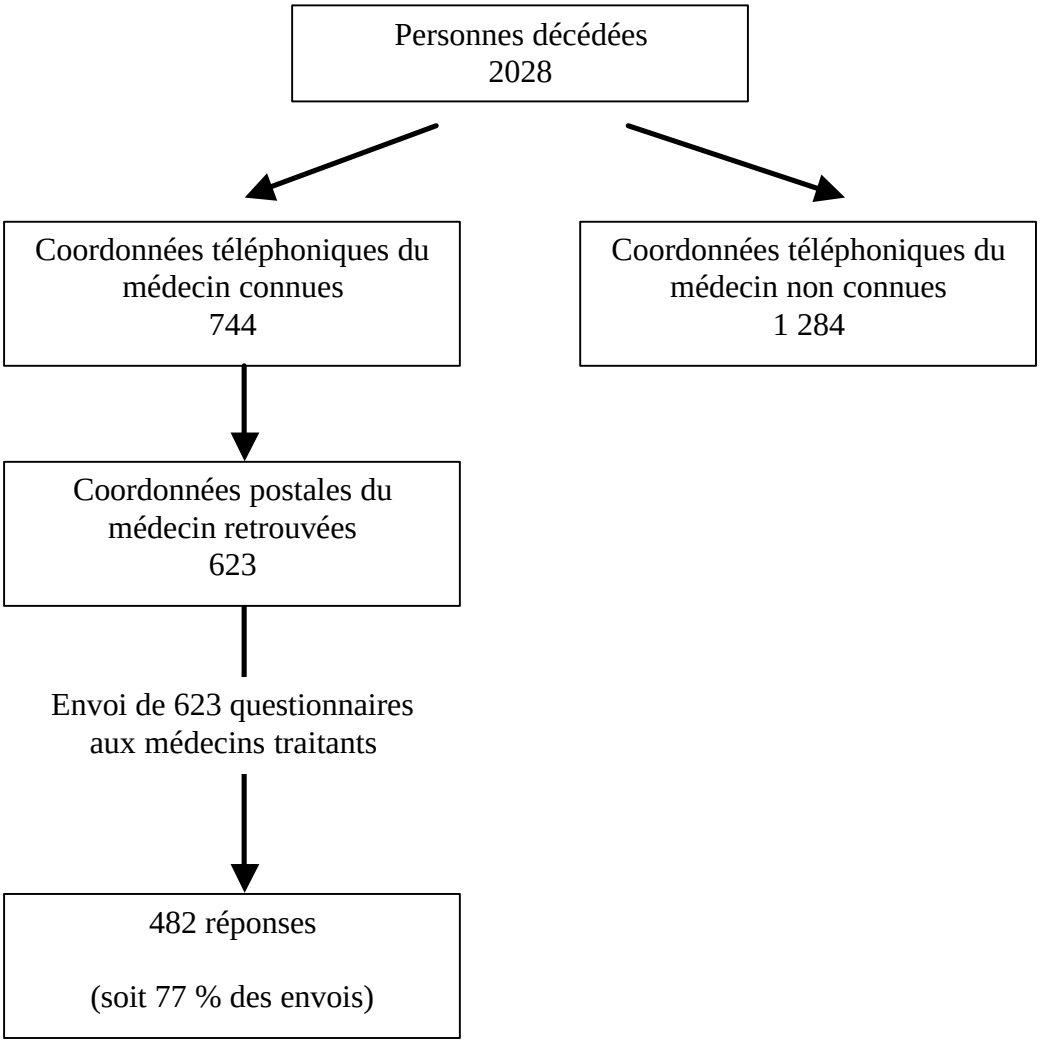
Finalement, 571 personnes ont participé à l'enquête au lieu de vie, ce qui représente, avec les 528 personnes décédées, un taux de suivi de la population initiale de 87 %.

Les 160 personnes « perdues de vue », c'est à dire qui n'ont pas été enquêtées à domicile en 1999, ont les mêmes caractéristiques que les répondants (âge, sexe, dépendance et mode de cohabitation). On peut donc supposer que la seconde enquête à domicile ne présente pas de biais de sélection, c'est à dire que les répondants représentent bien l'ensemble de la population initialement étudiée.

[3] Pour plus de détails concernant la constitution de cet échantillon voir "Cahiers Agira : Vivre la Dépendance à Domicile", Berthel M. et al 1998.

Figure n°3.

DEROULEMENT DE L'ENQUETE COMPLEMENTAIRE AUPRES DES MEDECINS TRAITANTS (1999)



Analyse des résultats et pondérations

Du fait de la sur-représentation volontaire des personnes de 85 ans ou plus, la répartition de la population dans l'échantillon de 1996 est différente de celle estimée par l'INSEE. L'échantillon est ainsi composé de 40 % de personnes âgées de 75 à 84 ans et de 60 % de personnes de 85 ans ou plus, alors que l'on estimait que la population âgée vivant à domicile en Alsace était constituée à 76 % de personnes de 75-84 ans et à 24 % de personnes de 85 ans ou plus. Cette stratification sur l'âge a également pour conséquence de modifier le sex-ratio de l'échantillon par rapport à la population de référence.

Il est par conséquent nécessaire de pondérer les résultats de la seconde enquête postale en fonction du sexe, de l'âge et du département. Les résultats de l'enquête à domicile ont de plus été pondérés en fonction du groupe Colvez, les taux de sondage étant différents selon le niveau de désavantage.

L'analyse multivariée

Afin d'étudier les facteurs qui influencent le devenir des personnes âgées nous avons utilisé une méthode d'analyse multivariée : la régression logistique. Cette méthode permet de créer un modèle liant un ensemble de variables explicatives à une variable cible de type oui / non (dichotomique). On peut ainsi mesurer l'influence propre d'une variable du modèle sur la variable cible, après ajustement sur les autres variables explicatives (par exemple de connaître le lien entre le sexe et le taux de mortalité, à âge et niveau de désavantage égal...).

Deux régressions logistiques ont été réalisées à partir des données de l'enquête postale, l'une portant sur la mortalité (sur l'ensemble des personnes dont on connaît le devenir), l'autre sur le maintien à domicile parmi les personnes ayant répondu à l'enquête de 1999.

Enquête complémentaire auprès des médecins traitants (figure 3)

L'objectif de cette enquête est de pouvoir calculer le taux d'institutionnalisation de notre échantillon. Pour cela deux informations étaient nécessaires :

- nombre d'entrées en institution parmi les personnes encore en vie au moment de la seconde enquête (connu par l'enquête par voie postale)
- nombre d'entrée en institution parmi les personnes dont le décès est survenu entre la première et la seconde enquête.

Seule une enquête complémentaire rétrospective a permis de recueillir cette seconde information.

Parmi les 2 028 personnes décédées entre les deux enquêtes, 744 nous avaient communiqué les coordonnées téléphoniques de leur médecin traitant en 1996. Après avoir recherché leurs coordonnées postales, nous avons pu envoyer un court questionnaire aux médecins traitants de 623 personnes décédées.

Le taux de réponse après relance est de 77 % (482 réponses). Ce taux de réponse étant légèrement meilleur pour les personnes les plus désavantagées selon Colvez, vivant en famille, nous avons redressé les résultats sur :

- le désavantage selon Colvez mesuré en 1997
- le mode de vie en 1997 (seul, en couple, en famille).

RESULTATS DE L'ENQUETE PAR VOIE POSTALE

L'enquête par voie postale permet de connaître les modifications et les événements qui sont survenus pendant les deux années et demie après la première enquête :

- Qui survit, qui est décédé ?
- Comment a évolué le niveau général de désavantage ?
- Quels sont les domaines particuliers d'aide qui se modifient ?
- Quels sont les facteurs prédictifs de telle ou telle évolution : âge, sexe, niveau initial de désavantage, mode de vie, type de commune, département de résidence ?

Au fil des tableaux le lecteur trouvera beaucoup d'indications chiffrées. En fait, beaucoup de facteurs s'entremêlent pour expliquer les résultats.

EVOLUTION DU NIVEAU DE DESAVANTAGE

Le désavantage ou handicap est défini comme la gêne dans la vie.

La classification de Colvez a été adoptée dans les deux enquêtes. La grille Colvez est un instrument épidémiologique et non pas une mesure de la dépendance. Elle repère les modes de vie et les désavantages des personnes âgées. Nous utilisons le terme désavantage selon la "Classification internationale des handicaps". La classification Colvez est établie à partir de 4 questions simples qui répartissent les personnes âgées en 4 groupes de désavantage ; les questions sont les suivantes :

- *Etes-vous sorti(e) de chez vous depuis une semaine?*
- *Pouvez-vous vous déplacer dans votre logement?*
- *Faites-vous seul(e) votre toilette?*
- *Vous habillez-vous seul(e)?*

Les 4 groupes COLVEZ
Colvez 1 : Personnes confinées au lit ou au fauteuil.
Colvez 2 : Personnes non confinées au lit ou au fauteuil mais ayant besoin d'un tiers pour la toilette et l'habillage.
Colvez 3 : Personnes non confinées au lit ou au fauteuil n'ayant pas besoin d'un tiers pour la toilette et l'habillage mais ne sortant pas de leur domicile sans l'aide d'un tiers.
Colvez 4 : Autres personnes, sortant toutes seules de chez elles.

En 1997, la première enquête par voie postale[4] avait permis d'estimer que parmi les 71 000 personnes agées de 75 ans ou plus vivant à domicile en Alsace :

- 2,2 % (environ 1 500 personnes) étaient confinées au lit ou au fauteuil (Colvez 1),
- 8,4 % (environ 6 000 personnes) avaient besoin d'aide pour la toilette et l'habillage (Colvez 1 et 2).

En outre, 24 % d'entre elles étaient classées en Colvez 3 (17 000 personnes) et 68 % en Colvez 4 (48 000 personnes).
L'enquête de 1999 nous éclaire quant au devenir en terme de désavantage (selon Colvez) de cette population.

[4] Cahiers Agira : Vivre la Dépendance à Domicile", Berthel M. et al 1998.

Tableau n°1

Evolution du niveau de désavantage et mortalité entre 1996 et 1999

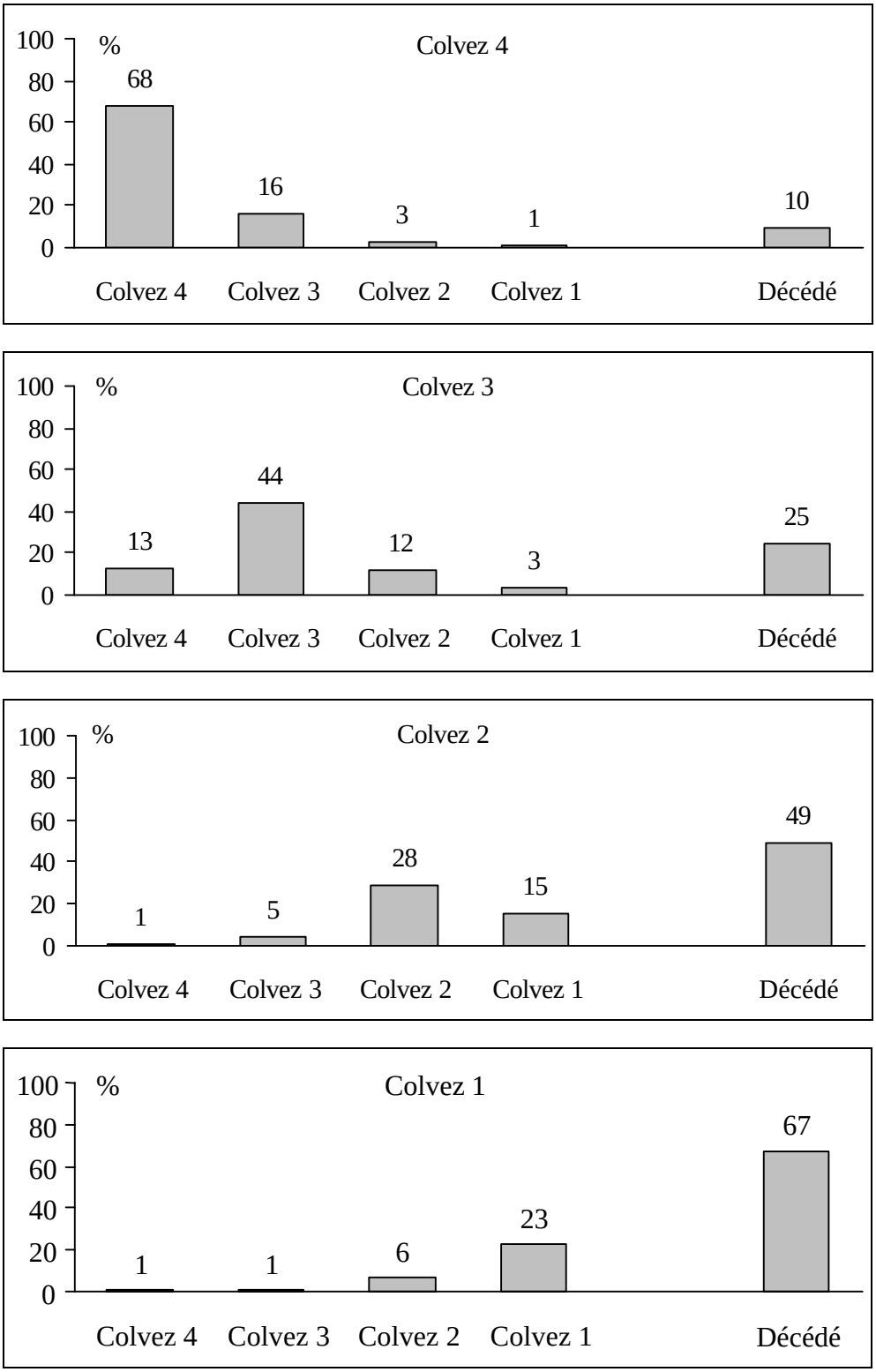
	Nombre de participants à l'enquête	Effectifs estimés (Alsace)	Proportion en %
Aggravation	1 620	12 800	*18%*
Stabilité ou amélioration	4 917	45 800	*65%*
Décès	2 028	12 400	*17%*
Total	**8 565***	**71 000**	***100%***

* Non compris les 290 personnes pour lesquelles le groupe Colvez n'a pas pu être déterminé lors de la seconde enquête par voie postale

⇒ *Le niveau de désavantage est resté stable ou s'est amélioré pour près de deux tiers (65 %) des personnes suivies.*

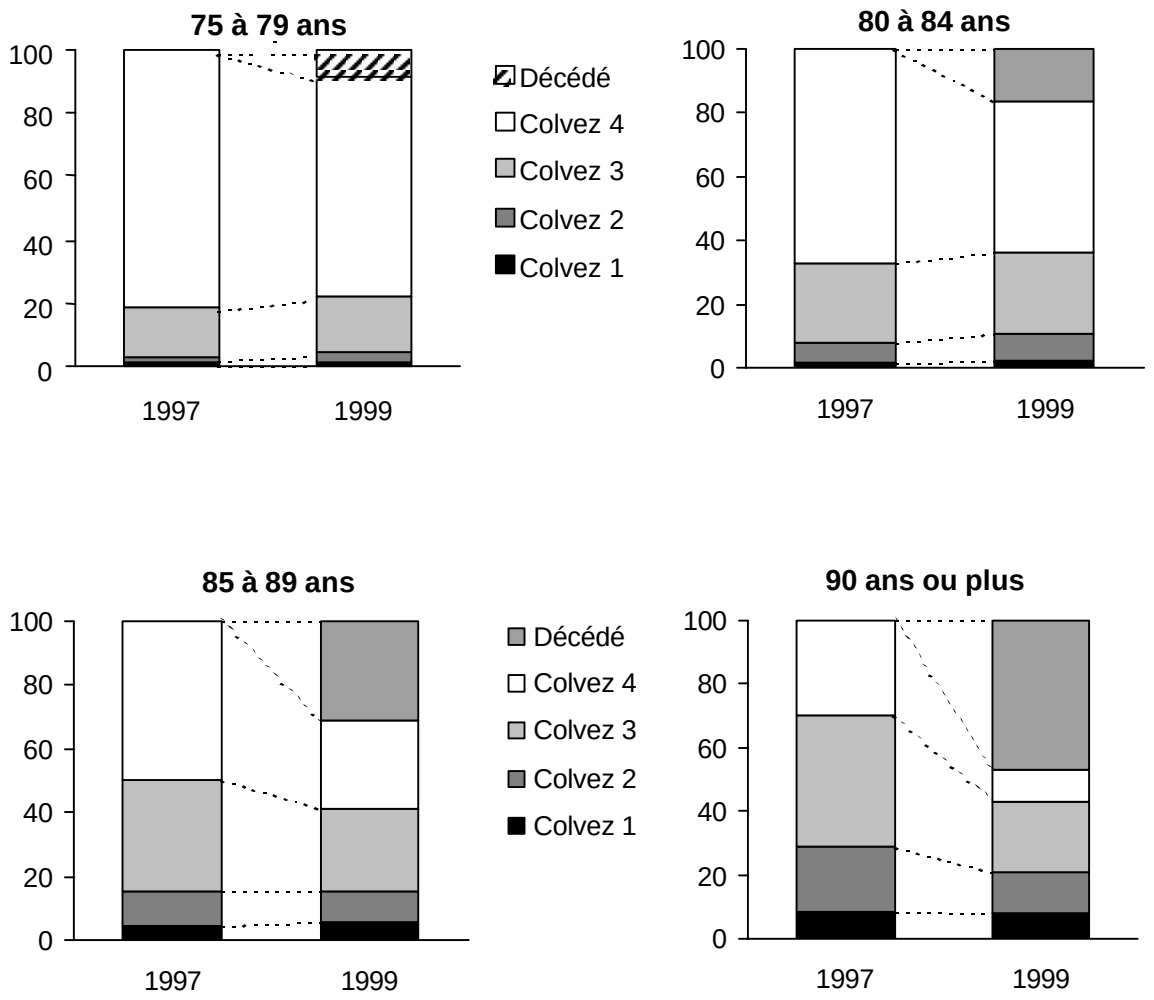
⇒ *Cette proportion de personnes dont le Colvez est resté stable ou s'est amélioré dépend largement du niveau de désavantage initial (voir figure 4 page suivante). 68 % des personnes qui étaient classées en Colvez 4 en 1996 le sont toujours en 1999. 57 % des Colvez 3 connaissent une situation stable ou améliorée. Le bilan est plus nuancé pour les personnes les plus lourdement désavantagées en 1996 : seuls 34 % des Colvez 2 ont vu leur niveau de désavantage se stabiliser ou s'améliorer. La majorité des Colvez 1 est décédée au cours de la période (67 %).*

Figure n°4.
Evolution du désavantage selon le groupe Colvez en 1996-97*



** Attention, ces graphiques ne présentent pas les taux de non réponse, ceux-ci s'élèvent à 2 % pour les Colvez 4, 3 % pour les Colvez 3, 2 % pour les Colvez 1 et 2.*

Figure n°5.
Evolution du Colvez selon l'âge en 1996



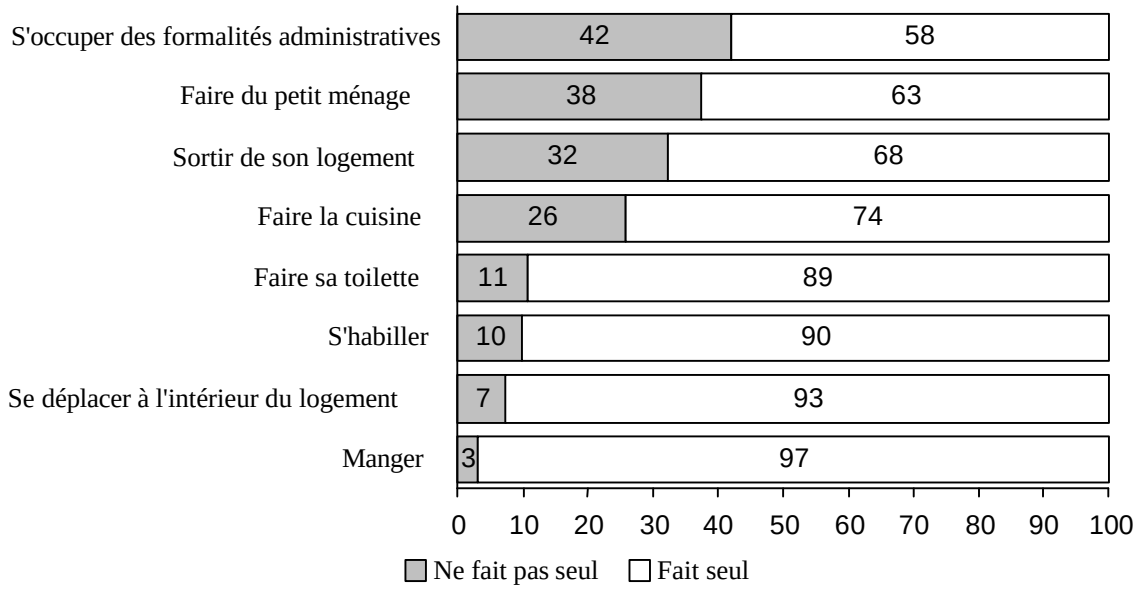
Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 5 bis)

⇒ *Les taux de décès et l'évolution de groupe Colvez dépendent étroitement de l'âge de la personne.*

- *Avant 85 ans on constate que le désavantage s'aggrave pour beaucoup, mais qu'il y a peu de décès.*
- *Après 90 ans, le nombre de décès est très important (47%), surtout au dépens des personnes en Colvez 1 et 2.*

Figure n°6.

Rappel : proportion de personnes âgées éprouvant des incapacités en 1996*



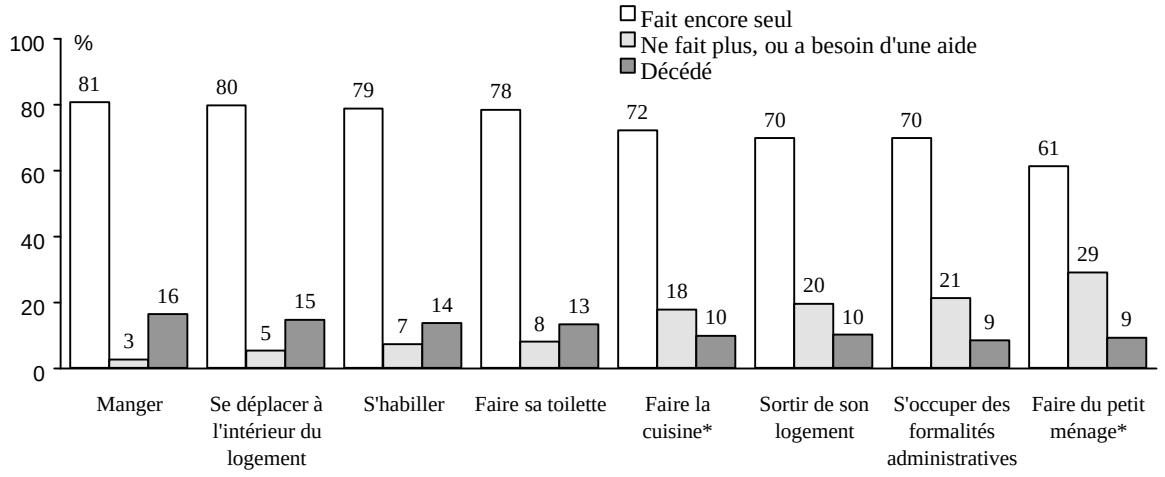
*Ces données sont issues de l'enquête par voie postale de 1996-1997. Pour plus de détail se référer à : Cahiers Agira : « Vivre la Dépendance à Domicile", Berthel M. et al 1998 (page 20).

L'enquête par voie postale de 1996-1997 a permis de mettre en évidence la proportion de personnes ayant des incapacités vis-à-vis de certaines activités essentielles de la vie courante. Ainsi, parmi les 71 000 personnes âgées vivant à domicile en Alsace au moment de cette première enquête :

- 42 % (environ 30 000 personnes) n'assument pas seules leurs taches administratives,
- 38 % (environ 26 600 personnes) ne font plus seules leur petit ménage, et 26 % (environ 18 000 personnes) ne peuvent plus faire leur cuisine.
- 11 % (environ 7 700 personnes) ont besoin d'aide pour la toilette, et près de 10 % (environ 7 000 personnes) pour s'habiller.
- 3 % des personnes (plus de 2 000 personnes) ne s'alimentent qu'avec l'aide d'un tiers.

L'enquête de 1999 nous a permis de savoir ce que sont devenues les personnes qui pouvaient accomplir seules ces activités.

Figure n°7.
Evolution de la capacité à réaliser les activités de la vie courante, parmi les personnes qui les réalisaient seules en 1996



**L'ensemble des données concernent les personnes qui en 1999 vivent à domicile ou en institution, à l'exception des activités "Faire la cuisine" et "Faire du petit ménage" qui ne concernent que les personnes qui vivent à domicile*

L'augmentation du niveau de désavantage, qui touche 18 % de la population suivie, se traduit dans les faits par la perte de la capacité à réaliser certaines activités de la vie courante.

⇒ *C'est la capacité à faire seul le petit ménage qui a été le plus souvent perdue ; 61 % des personnes qui réalisaient cette activité sans aide en 1996 en sont encore capables en 1999. Cette proportion est de 70 % pour les déplacements à l'extérieur et la gestion des formalités administratives et de 72 % pour la cuisine.*
Il semble que la perte de ces activités soient les premiers signes d'une perte d'autonomie. Ce sont également les domaines où l'entraide de l'entourage est la plus courante et spontanée.

⇒ *La capacité de s'alimenter seul a été plus rarement perdue (19%). Cette activité ne disparaît qu'à un stade avancé du processus de perte d'autonomie. Il en est de même pour le déplacement à l'intérieur du logement, l'habillage et la toilette.*

EVOLUTION DE LA SITUATION DES PERSONNES AGEES

Tableau n°2
Devenir des personnes âgées entre octobre 1996 et avril 1999

	Participants à l'enquête	**Effectifs estimés (en Alsace)**	***Proportion***
Vivent à domicile	6 010	54 700	*77,0%*
Vivent en institution	586	3 900	*5,5%*
Décédés	2 028	12 400	*17,5%*
Total	8 624*	71 000	*100,0%*

*non compris les 231 questionnaires qui n'ont pas pu être exploités pour cette question

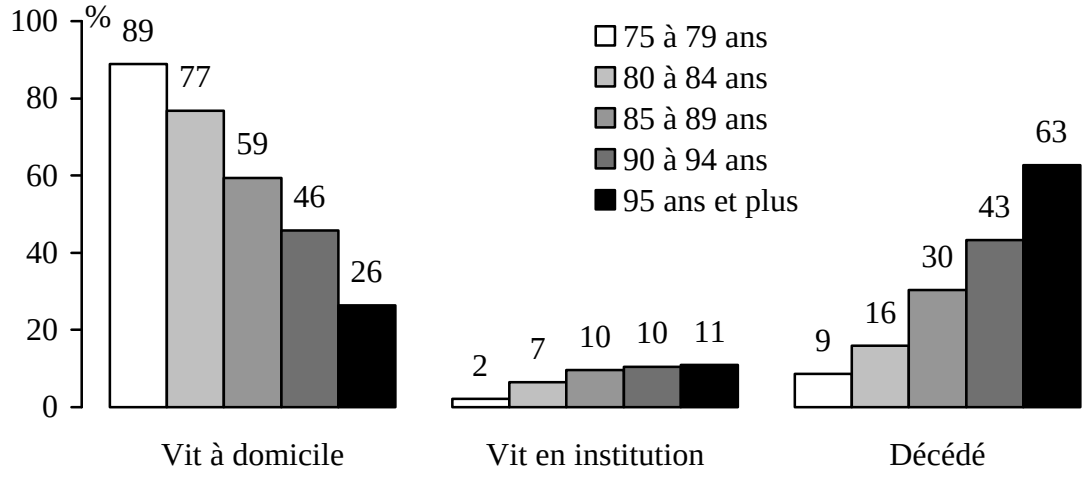
⇒ *Il apparaît que 77 % des personnes de plus de 75 ans qui vivaient à domicile en 1996 y vivent encore en 1999. Au bout d'une période de deux ans et demi, 17,5 % d'entre elles sont décédées et seules 5,5 % vivent en institution. Pour ces dernières, le lieu d'hébergement est quatre fois sur cinq une maison de retraite, une fois sur cinq une unité de soins de longue durée.*

⇒ ***L'enquête complémentaire auprès de médecins traitants a permis d'estimer que 22 % des personnes décédées entre les deux enquêtes étaient entrées en institution.***
En définitive, 9 % des personnes âgées vivant à domicile en 1996 ont été prises en charge en établissement depuis la première enquête, une partie d'entre elles étant déjà décédées au moment de la seconde enquête.

⇒ *L'enquête de 1999 ne montre aucune différence entre les habitants des deux départements en terme de devenir : les taux de survie, de maintien à domicile et d'entrée en institution sont les mêmes dans le Bas-Rhin et dans le Haut-Rhin.*

Influence de l'âge sur le devenir des personnes âgées

Figure n°8.
Situation en 1999 selon l'âge en 1996

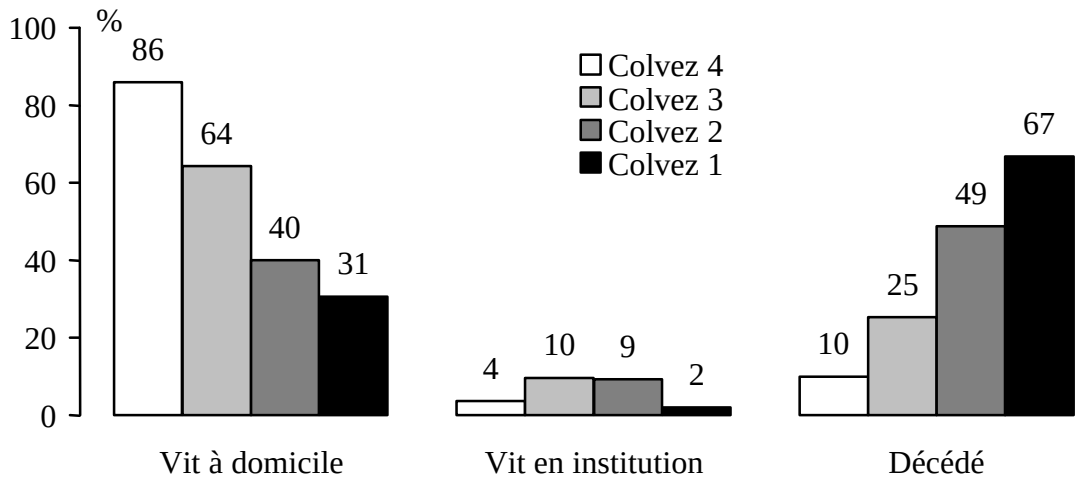


⇒ *La proportion de personnes résidant toujours à leur domicile à l'issue de la période de deux ans et demi diminue fortement avec l'âge : 89 % des personnes qui avaient entre 75 et 79 ans vivent encore à domicile contre 26 % pour les 95 ans ou plus.*

⇒ *Le taux de décès et le nombre de personnes vivant en institution augmentent avec l'âge.*

Influence du niveau de désavantage sur le devenir des personnes âgées

Figure n°9.
Situation en 1999 selon le niveau de désavantage en 1996



⇒ *La persistance du maintien à domicile est fortement liée au niveau de désavantage initial. Ce sont les personnes les moins désavantagées en 1996 qui vivent toujours à domicile en 1999 (86% des Colvez 4).*

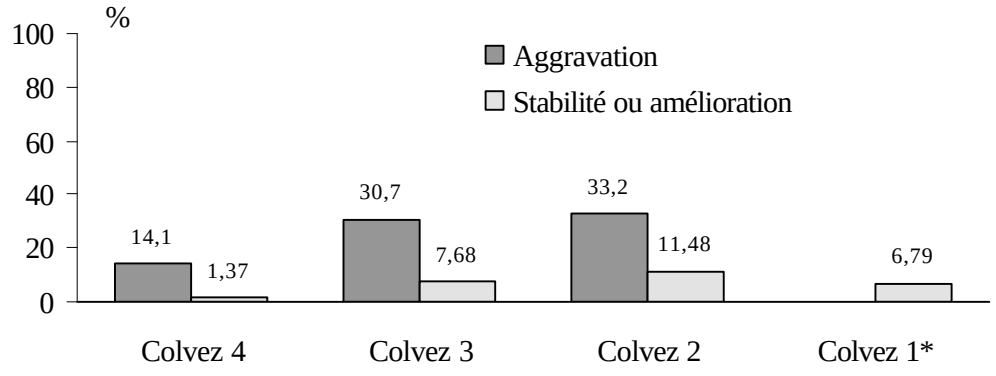
⇒ *Ce sont les personnes les plus désavantagées qui entrent en institution (les 2% d'institutionnalisation observée pour le groupe Colvez 1 sont à mettre en parallèle avec le fort taux de mortalité (67%)).*

⇒ *L'âge et le niveau de désavantage sont à l'évidence fortement liés. Il est difficile d'analyser ce qui prédomine comme facteur de pronostic du devenir. En pratiquant une analyse multivariée par régression logistique il semble cependant que chez les plus âgés l'appartenance au groupe de fort désavantage aggrave particulièrement le pronostic de décès.*

Evolution du niveau de désavantage et devenir des personnes âgées

Figure n°10.

Pourcentage de personnes vivant en institution selon l'évolution du désavantage parmi les répondants à l'enquête postale de 1999



Estimations des effectifs concernés pour l'Alsace
(nombre de personnes entrées en institution selon l'évolution du désavantage)

	Colvez 4	Colvez 3	Colvez 2	Colvez 1	Total
Aggravation	1 300	800	230		2 330
Stabilité ou amélioration	500	800	170	<100**	1 570
Total	1 800	1 600	400	<100**	3 900

** Par définition, il n'est pas possible de mesurer d'aggravation de la situation pour les personnes classées en Colvez 1*
*** Les effectifs enquêtés ne permettent pas d'avoir une plus grande précision*

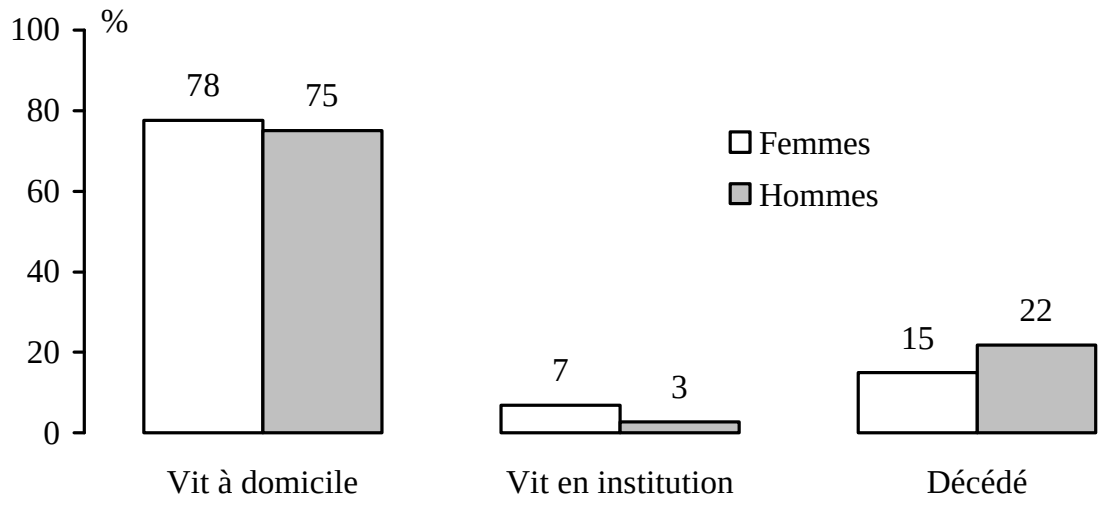
<u>Lecture du graphique :</u> (à gauche) Parmi les personnes initialement en Colvez 4, 14 % de celles qui ont vu leur désavantage s'aggraver sont entrées en institution. La proportion est de 1,4 % quand le désavantage est resté stable.
<u>Lecture du tableau :</u> (colonne de gauche) Parmi les personnes initialement en Colvez 4, environ 1 800 sont entrées en institution. Parmi elles, 1 300 ont vu leur désavantage s'aggraver et 500 sont toujours en Colvez 4 au moment de la seconde enquête.

⇒ *Le lien entre l'aggravation de la dépendance et l'institutionnalisation est évident. Parmi les personnes qui ont vu leur niveau de désavantage s'aggraver, 18,5 % vivent en institution contre seulement 3 % des personnes dont l'état est resté stable ou s'est amélioré depuis la première enquête. Néanmoins, comme cela est montré au Tableau I, le nombre de personnes dont le niveau de désavantage est resté stable ou s'est amélioré (45 800) est nettement supérieur au nombre de celles qui se sont « aggravées » (12 800). Par conséquent, les personnes en état stable représentent tout de même 40 % des entrées en institution (1 570 personnes).*

⇒ *Quel que soit le groupe Colvez initial, la probabilité d'entrer en institution est supérieure lorsque le désavantage s'est aggravé. Le lien entre aggravation du désavantage et entrée en institution, reste statistiquement significatif après suppression des effets des autres facteurs (âge, sexe, catégorie de commune, mode de cohabitation). Le lien entre aggravation du désavantage et institutionnalisation est le plus fort pour les personnes qui étaient dans le groupe Colvez 4 en 1997. Cela veut dire que c'est lors de l'apparition de la dépendance chez les personnes qui en étaient indemnes, que le risque d'institutionnalisation est le plus fort.*

Influence du sexe sur le devenir des personnes âgées

Figure n°11.
Situation en 1999 selon le sexe



⇒ *Les taux de maintien à domicile des hommes et des femmes sont globalement très proches.*

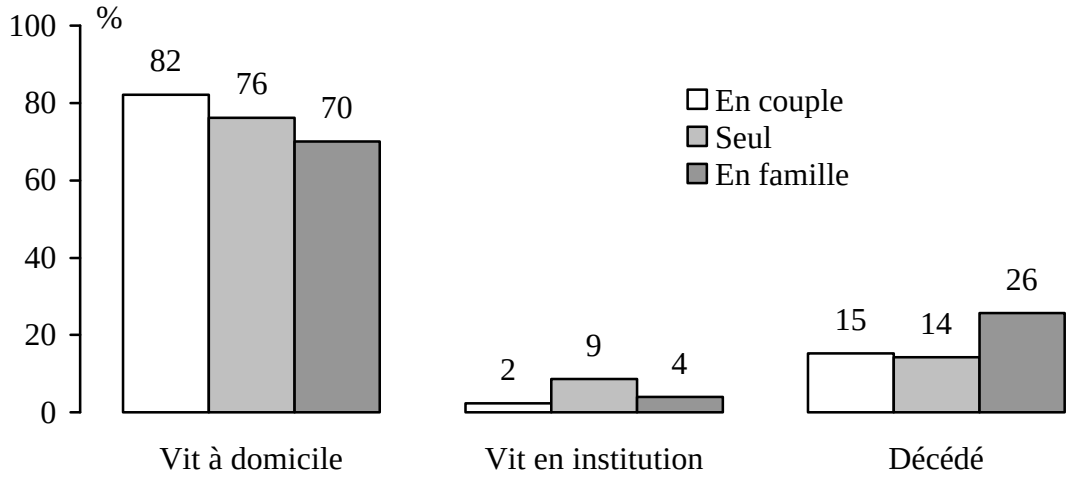
⇒ *On observe dans notre échantillon des taux de mortalité plus élevés pour les hommes que pour les femmes.*

⇒ *Les femmes entrent plus fréquemment en institution que les hommes (6,8 % contre 2,7%).*

⇒ *L'analyse multivariée a permis en outre de démontrer que la surmortalité masculine ne s'explique pas par un niveau de désavantage plus grave.*

Mode de vie et devenir des personnes âgées

Figure n°12.
Situation en 1999 selon le mode de vie en 1996



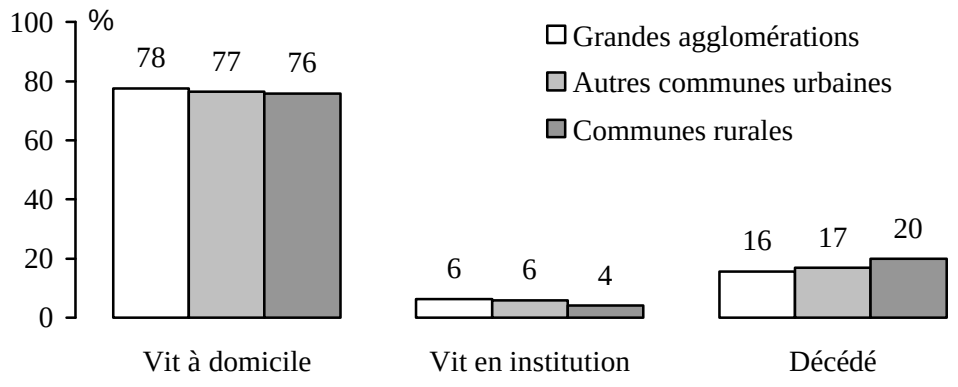
⇒ *Ce sont les personnes qui vivaient en famille en 1996 qui, sans surprise, présentent les taux de mortalité les plus élevés. Il s'agissait des personnes les plus âgées et les plus dépendantes de notre échantillon, ces deux caractéristiques expliquent à elles seules leur surmortalité.*

⇒ *Par ailleurs, c'est parmi les personnes qui vivaient seules en 1996 que l'on mesure le plus fort taux d'entrée en institution (9 %). Ceci concerne majoritairement des femmes.*

⇒ *Les personnes qui vivaient en couple en 1996 - en moyenne plus jeunes et plus autonomes - sont plus nombreuses à avoir poursuivi leur vie à domicile en 1999 (82 %). L'analyse multivariée a montré que le maintien à domicile reste plus fréquent pour les personnes vivant en couple (à âge et niveau de désavantage équivalent).*

Catégorie de commune de résidence et devenir des personnes âgées

Figure n°13.
Situation en 1999 selon la catégorie de commune de résidence en 1996

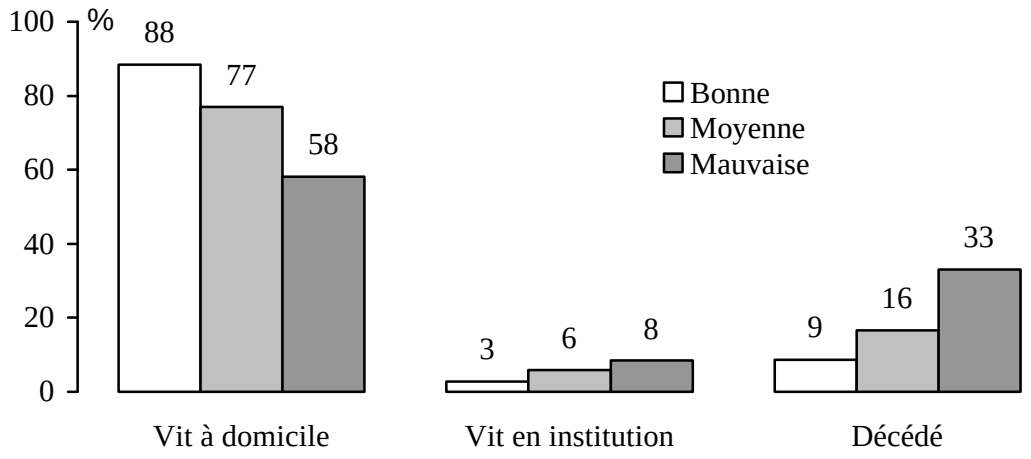


⇒ *Entre 1996 et 1999, les taux de décès sont plus élevés dans les communes rurales que dans les communes urbaines. L'analyse multivariée montre que cette surmortalité en milieu rural n'est pas due à l'influence de facteurs de confusion. C'est-à-dire qu'à âge, sexe, groupe Colvez, structure du foyer équivalents la surmortalité reste significative.*

⇒ *Les taux d'entrée en institution sont plus faibles pour les personnes vivant en milieu rural (4 %) que pour celles qui vivaient dans les grandes agglomérations (6 %). Cette différence reste significative une fois pris en compte l'ensemble des facteurs de confusion (âge, sexe, groupe Colvez, type de logement) en analyse multivariée.*

Etat de santé déclaré et devenir des personnes âgées

Figure n°14.
Situation en 1999 selon l'état de santé déclaré en 1996



⇒ *L'état de santé déclaré en 1996 est significativement lié au devenir des personnes suivies. Ainsi, 33 % des personnes qui disaient être en mauvaise santé en 1996 sont décédées avant la seconde enquête, contre 9 % des personnes se disant en bonne santé. De même, 8 % sont entrées en institution contre 3 % de celles se disaient en bonne santé.*

⇒ *Le taux de maintien à domicile est lui aussi lié à ce facteur, puisque 88 % des personnes qui se disaient en bonne santé résident toujours à domicile, contre 58 % des personnes déclarant un mauvais état de santé.*

⇒ *Ce facteur, fortement corrélé avec l'âge et le niveau de désavantage, n'a pas pu être pris en compte en tant que tel dans l'analyse multivariée.*

RESULTATS DE L'ENQUETE AU LIEU DE VIE

Sur les 1 259 personnes visitées en 1997, 571 (45,3 %) ont été revues à la fin de 1999, soit deux ans et demi plus tard. La différence entre les deux effectifs est liée au décès (528 personnes) et aux personnes perdues de vue (160 personnes).

Les constatations portent sur quelques axes principaux :

- Quels sont les grands mouvements (entrée en institution, décès, maintien à domicile) ?
- Comment évolue la dépendance de l'ensemble de la population étudiée ?
- Que sont devenues les personnes les plus autonomes, des groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6 ?
- Que sont devenues les personnes classées en GIR 4, ce groupe intermédiaire entre la relative validité et les groupes de dépendance éligibles à la prestation spécifique dépendance (PSD) ?
- Que sont devenues les personnes les plus dépendantes, classées en GIR 1 à 3 ?
- Comment évoluent les aides familiales et les aides professionnelles ?
- Qui entre en établissement d'hébergement pour personnes âgées ?
- Quelle est l'influence de l'équipement et du confort de l'habitat ?
- Que se passe-t-il en cas d'apparition de troubles des fonctions mentales ?

Actes essentiels, activités sociales et domestiques et dépendance

Lors de l'enquête à domicile, la grille AGGIR[5] a été utilisée pour classer les personnes âgées en 6 groupes iso-ressources (GIR). Les GIR sont des groupes homogènes de charge en soins gérontologiques. Ils sont déterminés en fonction de la capacité à assumer les 10 domaines essentiels de la vie (activités corporelles, mentales et locomotrices). En revanche la détermination du GIR n'est pas fonction du niveau d'incapacité pour les 6 activités sociales et domestiques (ménage, cuisine, transport, achats, formalités administratives, suivi de traitement) qui peuvent relever de réels besoins d'aide.

Chaque indicateur (actes essentiels de la vie, activités sociales et domestiques) donne lieu à un classement à trois niveaux :

A - « *Ne fait pas* » : la personne âgée ne fait pas l'activité considérée.
B - « *Fait partiellement* » : la personne âgée fait partiellement ou non habituellement ou non correctement l'activité considérée.
C - « *Fait seul* » : la personne âgée fait seule, totalement, habituellement et correctement l'activité considérée.

Le classement dans un groupe iso-ressource indique le niveau de prise en charge nécessaire dans le domaine de la surveillance et de la présence active d'un tiers, ainsi que la fréquence des interventions comme l'indique le tableau suivant.

	Surveillance	**Présence**	**Fréquence des actions**
GIR 1	Permanente	Permanente	Permanente
GIR 2	Permanente	Importante	Importante
GIR 3	Non permanente	Importante	Forte mais ponctuelle
GIR 4	Non permanente	Non permanente	Ponctuelle
GIR 5	Ponctuelle	Ponctuelle	Ponctuelle
GIR 6	Néant	Néant	Néant

La grille relève les incapacités des personnes âgées. Toute activité que la personne ne peut accomplir doit être aidée :

⇒ en totalité, si la personne ne la fait pas,
⇒ en partie, si la personne la fait partiellement.

La présentation de la grille AGGIR figure en annexe 1.

[5] *AGGIR. Guide pratique pour la codification des variables, principaux profils des groupes iso-ressources La Revue de Gériatrie. Tome 19. N°3 Mars 1994*

Les facteurs déterminants du maintien à domicile

L'enquête par voie postale a permis de savoir ce qu'étaient devenues les personnes âgées deux ans et demi après la première investigation. L'enquête à domicile confirme ces données. Elle permet de montrer l'influence de facteurs qui n'ont pas été recueillis par voie postale : ceux qui concernent le mode de vie à domicile et le niveau de dépendance mesuré grâce à la grille AGGIR.

Tableau n°3
Situation en 1999 selon le GIR en 1997

		Situation en 1999			
GIR en 1997	**n=**	**Vit à domicile**	**Vit en institution**	**Décédé**	**Total**
GIR 1 à 3	532	*32,5*	*9,0*	*58,5*	***100,0***
GIR 4	220	*62,6*	*15,5*	*21,9*	***100,0***
GIR 5 ou 6	345	*80,0*	*4,7*	*15,2*	***100,0***

⇒ *Les taux de mortalité et de maintien à domicile sont fortement liés au niveau de dépendance mesuré lors de la première enquête.*

58,5% des plus dépendants (GIR 1 à 3) sont décédés,
80,0 % des plus valides (GIR 5 ou 6) vivent toujours à leur domicile en 1999.

Tableau n°4
Maintien à domicile et évolution de l'autonomie entre 1997 et 1999

		Situation en 1999		
Evolution de la dépendance entre 1997 et 1999	**n=**	**Vit à domicile**	**Vit en institution**	**Total**
Aggravation	201	*69,1*	*30,9*	***100,0***
Stabilité ou amélioration	362	*98,7*	*1,3*	***100,0***

Attention : contrairement au tableau précédent, les pourcentages calculés ici excluent les personnes décédées.

⇒ *L'entrée en institution concerne principalement les personnes dont l'autonomie a diminué. La grande majorité des personnes dont l'autonomie ne s'est pas aggravée reste à domicile.*

Tableau n°5
Perception de l'avenir en 1997 et devenir en 1999

		Devenir en 1999		
Pensez-vous entrer en institution ? (1997)	**n=**	**Vivent à domicile**	**Vivent en institution**	**Décédés**
Oui, de façon permanente	51	*27*	*9*	*15*
Oui, pour des séjours temporaires	76	*28*	*8*	*40*
Non	958	*747*	*48*	163

En 1997, neuf personnes âgées sur dix n'envisageaient pas l'entrée en institution. Même parmi les personnes les plus dépendantes, le pourcentage de personnes qui pensaient entrer de façon permanente en institution était faible (4 % pour les GIR 1 à 3).

⇒ *Le taux d'entrée est faible chez ceux qui ne pensaient pas le faire (5 %). Il est plus élevé (14 %) chez ceux qui l'envisageaient. La perception de l'avenir en 1997 est fondée sur les circonstances vécues à cette date. On constate ainsi que le groupe qui n'envisageait pas d'entrer en institution connaît un taux de décès de 17 % deux et demi plus tard, alors que ceux qui pensaient devoir entrer définitivement ou temporairement sont décédés dans une proportion de 43 %.*

Tableau n°6
Adaptation du logement et maintien à domicile

			Devenir en 1999			
Situation en 1997		**n=**	**Vit à domicile**	**Vit en institution**	**Décédé**	**Total**
Chauffage avec manutention ?	Oui	278	*80,5*	*4,0*	*15,5*	***100,0***
	Non	813	*74,4*	*6,4*	*19,2*	***100,0***
Présence d'une baignoire ou d'une douche ?	Non	100	*76,8*	*14,1*	*9,1*	***100,0***
	Oui	974	*75,5*	*5,3*	*19,2*	***100,0***
Toilettes : problème d'accessibilité	Oui	277	*70,7*	*6,3*	*23,0*	***100,0***
	Non	791	*76,2*	*5,8*	*18,0*	***100,0***
Circulation interne	Difficile	335	*62,9*	*5,1*	*32,0*	***100,0***
	Pas de problème	743	*77,6*	*6,0*	*16,4*	***100,0***
Accessibilité au logement ?	Difficile	506	*62,9*	*9,4*	*27,7*	***100,0***
	Pas de problème	569	*79,3*	*4,7*	*16,0*	***100,0***

⇒ *Le devenir de la personne âgée est significativement lié aux problèmes d'accessibilité des toilettes, de circulation interne et d'accessibilité du logement. Une fois ajusté sur l'âge, le lien entre le taux de maintien à domicile et les difficultés d'accessibilité au logement reste significatif en analyse multivariée.*

⇒ *A niveau de dépendance égal, on ne mesure pas de lien entre l'accessibilité au logement (ou les problèmes de circulation interne) et le maintien à domicile. En effet, le niveau de dépendance d'une personne est définie dans un milieu donné (une personne classée en GIR 4 dans un logement peu équipé pourrait être classée en GIR 5 dans un logement mieux adapté). Il est ainsi difficile de mesurer l'effet propre de l'équipement du logement sur le maintien à domicile.*

La Prestation Spécifique Dépendance

Tableau n°7
Connaissance de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD)

		Bénéficiaire potentiel de la PSD		Total
		Non (n=377)	**Oui (n=162)**	
Connaissez-vous la Prestation Spécifique Dépendance ?	Oui	*12,6*	*19,2*	*13,1*
	Non	*87,4*	*80,8*	*86,9*
Total		***100,0***	***100,0***	***100,0***

⇒ *La Prestation Spécifique Dépendance (PSD) a été créée en 1997. Elle concerne les personnes âgées appartenant aux groupes GIR 1 à 3 sous conditions de ressources.*

⇒ *A partir des résultats de l'enquête à domicile, on estime que la proportion de bénéficiaires potentiels de la PSD est de 7 % en Alsace en 1999 c'est-à-dire appartenant aux GIR 1 à 3 et répondant aux critères de revenu fixés par la loi de janvier 1997.*

⇒ *Parmi ces bénéficiaires potentiels, seuls 19 % disent connaître cette prestation.*

⇒ *Parmi les bénéficiaires potentiels qui ne connaissent pas la PSD, seule une personne sur cinq déclare avoir besoin d'une information concernant des « problèmes administratifs » (données ne figurant pas dans le tableau), illustrant le décalage souvent observé entre demande d'information et besoin d'information.*

Tableau n°8
Demande de PSD

		Bénéficiaire potentiel de la PSD		Total
		Non (n=377)	**Oui (n=162)**	
Avez-vous fait une demande de PSD ?	Oui	*0,4*	*13,9*	*1,4*
	Non	*12,2*	*5,1*	*11,7*
	Ne connait pas la PSD	*87,4*	*81,0*	*86,9*
Total		***100,0***	***100,0***	***100,0***

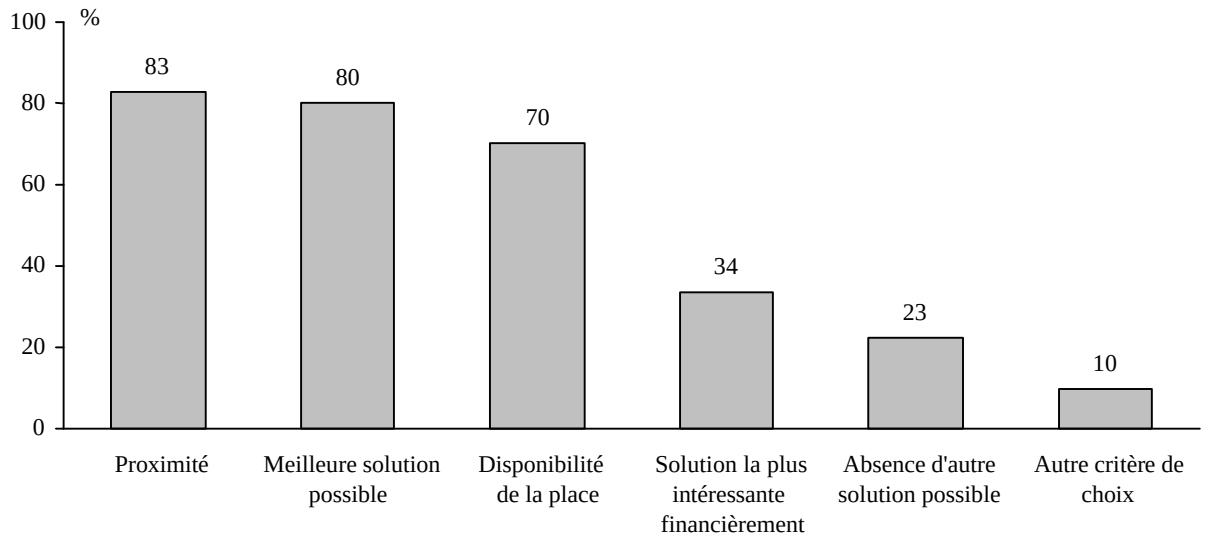
⇒ *Près de 14 % des bénéficiaires potentiels de la PSD ont fait une demande auprès des services des conseils généraux.*

⇒ *Parmi les bénéficiaires potentiels de cette prestation, seul un sur dix déclare en bénéficier effectivement (données ne figurant pas dans le tableau).*

Les conditions d’entrée en institution

Les 80 personnes qui vivaient en établissement au moment de l'enquête au lieu de vie ont été interrogées sur les conditions de leur entrée en institution. Les réponses qui ont été apportées sont présentées ci-dessous. Il est important de rappeler que ces réponses ne sont pas tant une description "objective" des conditions de l'entrée en institution qu'un reflet du vécu de la personne âgée. Par ailleurs, la faiblesse des effectifs amène a être prudent dans l'interprétation de ces résultats.

Figure n°15.
Les critères du choix de l’institution cités par les personnes interrogées
(n=80)



Attention : La somme des pourcentages est supérieure à 100 car une personne interrogée pouvait citer plusieurs critères.

⇒ *Le critère de choix le plus souvent cité par les 80 personnes entrées en institution est la proximité de l'établissement, suivi de près par « meilleur solution possible ».*

⇒ *L'absence d'autre solution possible est citée dans près d’un quart des cas.*

Tableau n°11.
Les personnes consultées lors du choix de l'institution

	Consulté	Non consulté	Total
Famille (n=80)	*92%*	*8%*	***100%***
Conjoint (n=15)	*87%*	*13%*	***100%***
Médecin traitant (n=70)	*56%*	*44%*	***100%***
Entourage non familial (n=55)	*42%*	*58%*	***100%***
Personnel de l'établissement (n=60)	*25%*	*75%*	***100%***
Personnel hospitalier (n=58)	*22%*	*78%*	***100%***
Aide professionnelle à domicile (n=58)	*12%*	*88%*	***100%***

Lecture du tableau : en tête de chaque ligne, les effectifs notés entre parenthèse correspondent au nombre de personnes concernées qui ont répondu à la question. Ainsi, pour la deuxième ligne, 15 personnes qui avaient un conjoint au moment de leur entrée en institution ont répondu à la question "votre conjoint a-t-il (elle) été consulté(e) lors du choix de l'institution ?". Les pourcentages présentés sont relatifs à ces effectifs.

⇒ *L'entourage familial est pratiquement toujours consulté lors du choix de l'établissement dans lequel va entrer la personne âgée. Quand il est encore présent à ses cotés le conjoint est lui aussi presque toujours consulté.*

⇒ *Le médecin traitant est fréquemment consulté au moment de ce choix.*

Tableau n°12.
Les personnes qui ont participé au choix de l'institution

	Oui	Non	Total
Famille (n=76)	*95%*	*5%*	***100%***
Conjoint (n=16)	*69%*	*31%*	***100%***
La personne elle-même (n=78)	*56%*	*44%*	***100%***
Médecin traitant (n=75)	*41%*	*59%*	***100%***
Entourage non familial (n=64)	*25%*	*75%*	***100%***
Personnel hospitalier (n=66)	*24%*	*76%*	***100%***
Aide professionnelle à domicile (n=60)	*7%*	*93%*	***100%***

Lecture du tableau : en tête de chaque ligne, les effectifs notés entre parenthèse correspondent au nombre de personnes concernées qui ont répondu à la question. Ainsi, pour la deuxième ligne, 16 personnes qui avaient un conjoint au moment de leur entrée en institution ont répondu à la question "votre conjoint a-t-il (elle) participé au choix de l'institution ?". Les pourcentages présentés sont relatifs à ces effectifs.

⇒ *De façon quasi-systématique, l'entourage familial participe au choix de l'établissement.*

⇒ *Près d'une fois sur deux la personne interrogée déclare ne pas avoir participé au choix de l'établissement dans lequel elle a été accueillie. Il s'agit en majorité de personnes jugées non cohérentes (65 % sont codées « ne fait pas » en cohérence, contre seulement 15 % pour les personnes qui ont participé au choix).*

⇒ *Le médecin traitant arrive en troisième position des personnes les plus citées.*

LE DEVENIR DES PERSONNES CLASSEES EN GIR 5 ET 6

En 1997, l'enquête "Vivre la dépendance à domicile" évaluait à 61 000 environ (intervalle de confiance 60500 à 62 900)les personnes de 75 ans ou plus vivant à domicile en Alsace qui appartenaient aux groupes iso-ressources 5 et 6 (soit plus de 85 % de cette population)[6]. Il s'agissait des personnes les plus autonomes de cette population. Leur besoin d'aide, quand il existait, concernait essentiellement les activités sociales et domestiques (cuisine, achats, ménage…). L'entourage familial leur apportait majoritairement l'aide dont elles avaient besoin, même si 22 % d'entre elles faisaient appel à des professionnels pour le ménage.

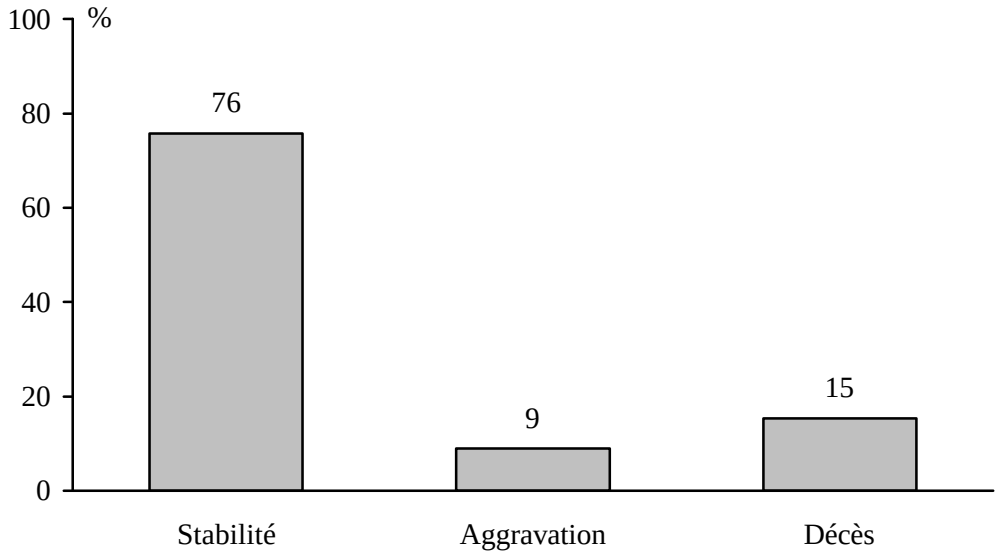
Elles vivaient majoritairement seules ou en couple (respectivement 38 % et 40 %) et 20 % d'entre elles habitaient avec des membres de leur famille. Leur logement était plutôt adapté à leur degré d'autonomie. En effet, le besoin d'aménagement le plus souvent rencontré (accessibilité externe du logement), ne concernait que 6 % des personnes enquêtées.

L'équipement en aides techniques, rare dans cette population, était globalement satisfaisant et les besoins non couverts correspondaient généralement à un refus de la part de la personne âgée. Une exception cependant : sur les 24 % qui en auraient eu l'utilité, seuls 4% disposaient d'une téléalarme.

[6] "Cahiers Agira : Vivre la Dépendance à Domicile", Berthel M. et al 1998.

DEVENIR DES GIR 5-6 : EVOLUTION DU GIR

Figure n°16.
Evolution du GIR de 1997 à 1999
(n=345)

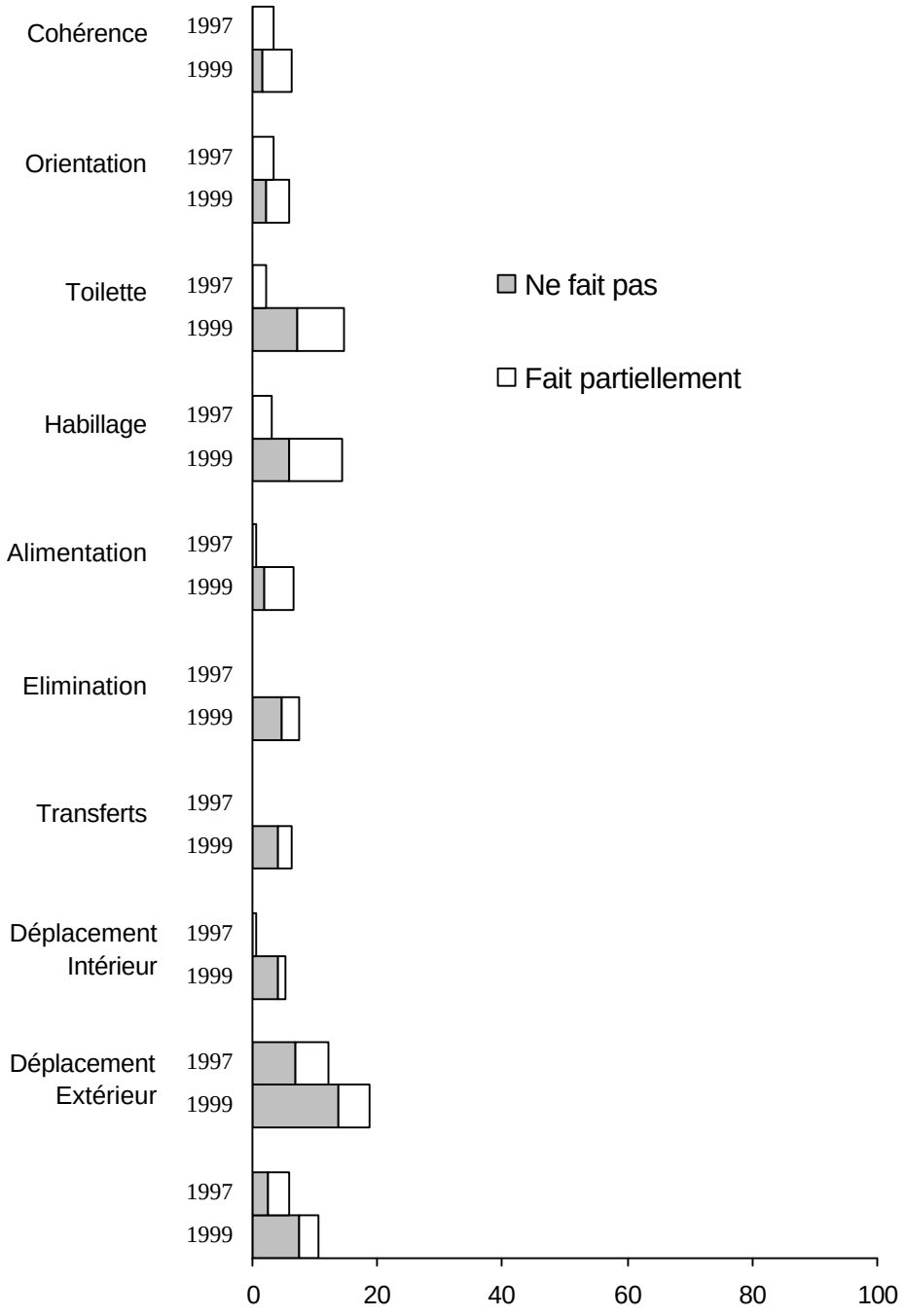


Stabilité : personnes toujours classées en GIR 5 ou 6 en 1999
Aggravation : personnes classées en GIR 1 à 4 en 1999

⇒ *Parmi les 61 000 personnes en GIR5-6 qui vivaient à domicile en 1997, 76 % sont toujours classées dans ces groupes iso-ressources en 1999, ce qui représente 46 000 personnes.*

⇒ *9 % des GIR 5-6 (5 400 personnes) ont vu leur état de dépendance s'aggraver en 1999, 3,5 % sont classées en GIR 4 et 5,5 % (3 400 personnes) en GIR 1 à 3.*

Figure n°17.
Evolution de la dépendance pour les actes essentiels de la vie des personnes classées en GIR 5 ou 6 en 1997 (n=255*)

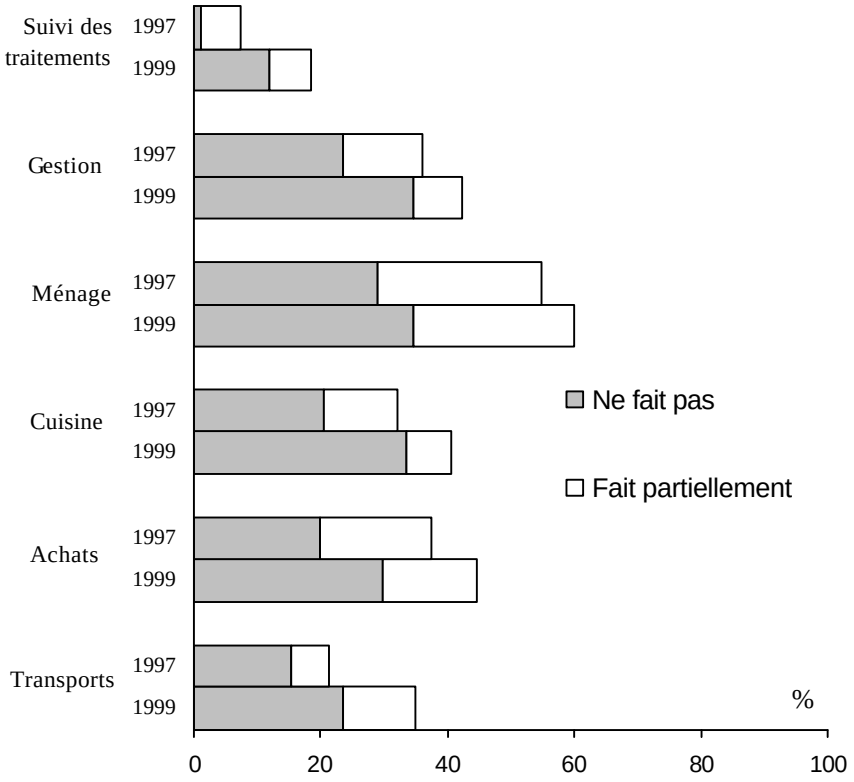


** Evolution calculée parmi les personnes encore en vie en 1999*
Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 17 bis)

⇒ *Pour chacun des 10 actes essentiels de la vie, pris en compte par la grille AGGIR, le nombre de personnes ayant besoin d'une aide augmente.*

⇒ *L'augmentation est la plus marquée pour la toilette et l'habillage : alors que moins de 3 % des personnes avaient besoin d'aide pour ces deux activités en 1997 la proportion est proche de 15 % en 1999.*

Figure n°18.
Evolution de la dépendance pour les activités sociales et domestiques des personnes classées en GIR 5 ou 6 en 1997 (n=255*)



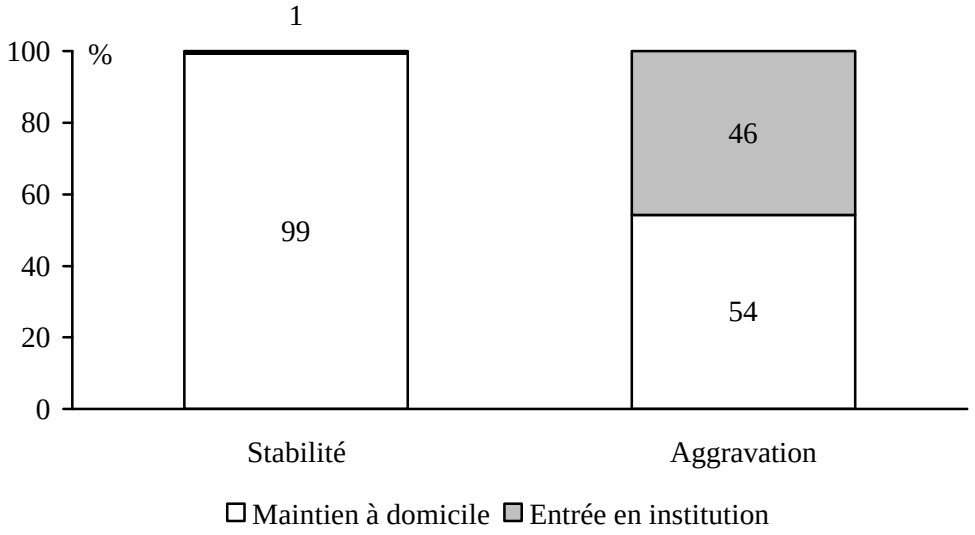
** Evolution calculée parmi les personnes encore en vie en 1999*
Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 18 bis)

⇒ *Si la proportion des personnes classées en GIR 5 et 6 qui avaient besoin d'aide pour des activités sociales et domestiques n'était pas négligeable en 1997, elle va cependant en augmentant en 1999. Ces activités ne sont pas prises en compte dans la détermination du groupe iso-ressource (voir définition en annexe 1).*

⇒ *Cette évolution s'explique surtout par une augmentation du nombre de personnes totalement dépendantes pour les activités considérées.*

DEVENIR DES GIR 5-6 : MAINTIEN A DOMICILE

Figure n°19.
Maintien à domicile et évolution du GIR
pour les personnes classées en GIR 5 ou 6 en 1997 (n=253*)

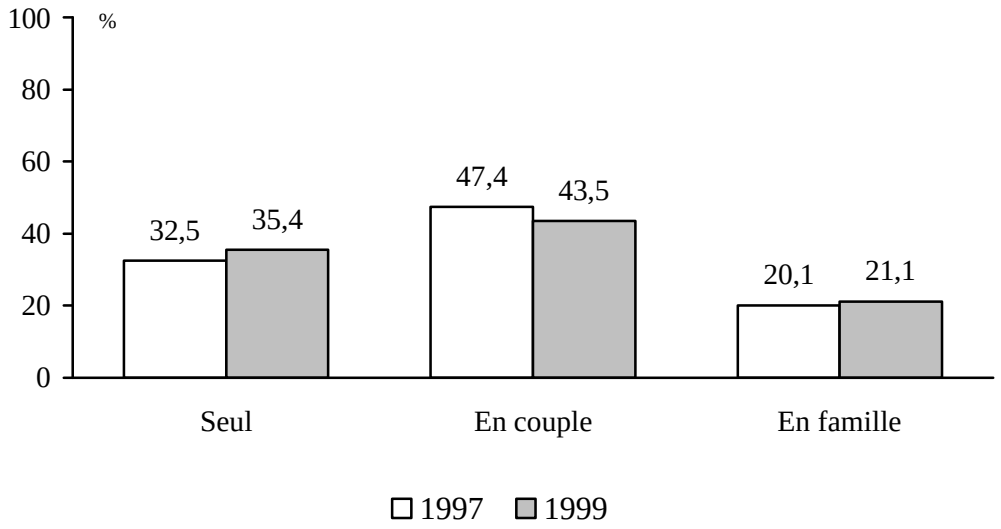


** Pourcentage calculé parmi les personnes encore en vie en 1999*
Stabilité : personnes toujours classées en GIR 5 ou 6 en 1999
Aggravation : personnes classées en GIR 1 à 4 en 1999

⇒ *La quasi-totalité des personnes qui ont vu leur dépendance se maintenir depuis 1997 ont poursuivi leur vie à domicile. Alors que près d'une personne sur deux dont la dépendance fonctionnelle s'est aggravée est entrée en institution (46 %).*

DEVENIR DES GIR 5-6 : EVOLUTION DU MODE DE VIE A DOMICILE

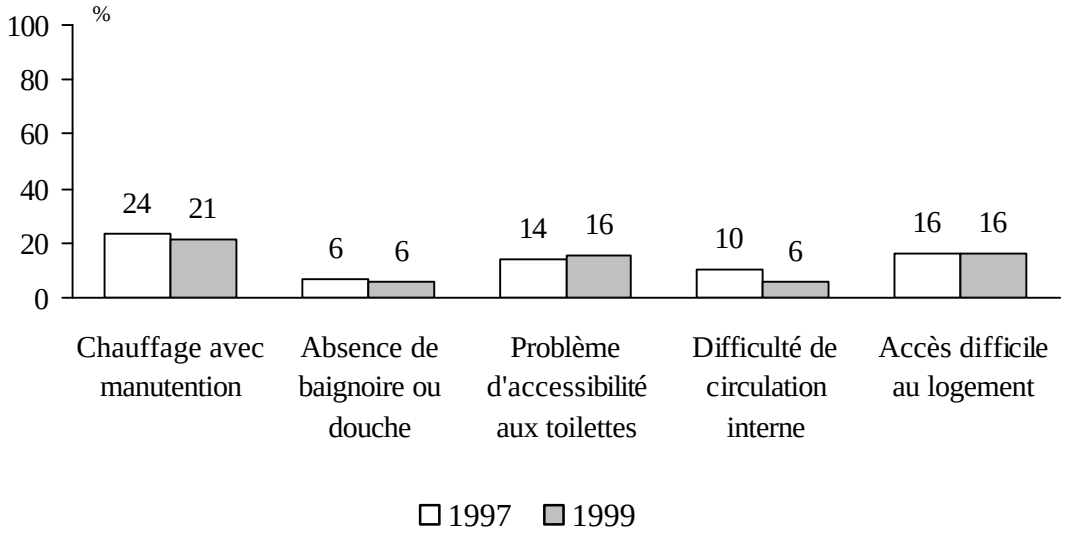
Figure n°20.
Evolution du mode de cohabitation des personnes en GIR 5 ou 6 en 1997
(n=227*)



** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 227 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*

⇒ *Les personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile ont rarement changé de mode de vie. Elles vivent toujours majoritairement en couple ou seules.*

Figure n°21.
Evolution des problèmes liés au logement des personnes en GIR 5 ou 6 en 1997
(n=227*)

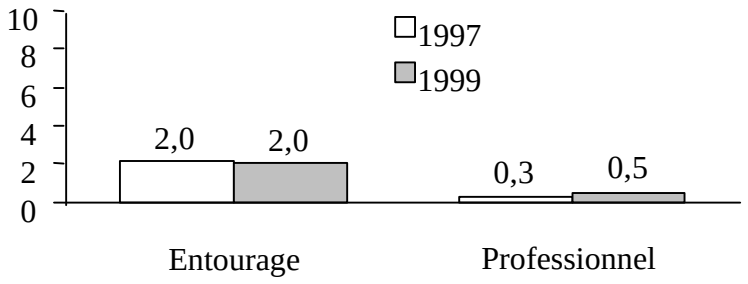


** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 227 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*

⇒ *On retrouve en 1999, les mêmes proportions de logements posant problème qu'en 1997 (les légères évolutions apparaissant sur le graphique ne sont pas statistiquement significatives).*

DEVENIR DES GIR 5-6 : VIE A DOMICILE ET EVOLUTION DES AIDES HUMAINES

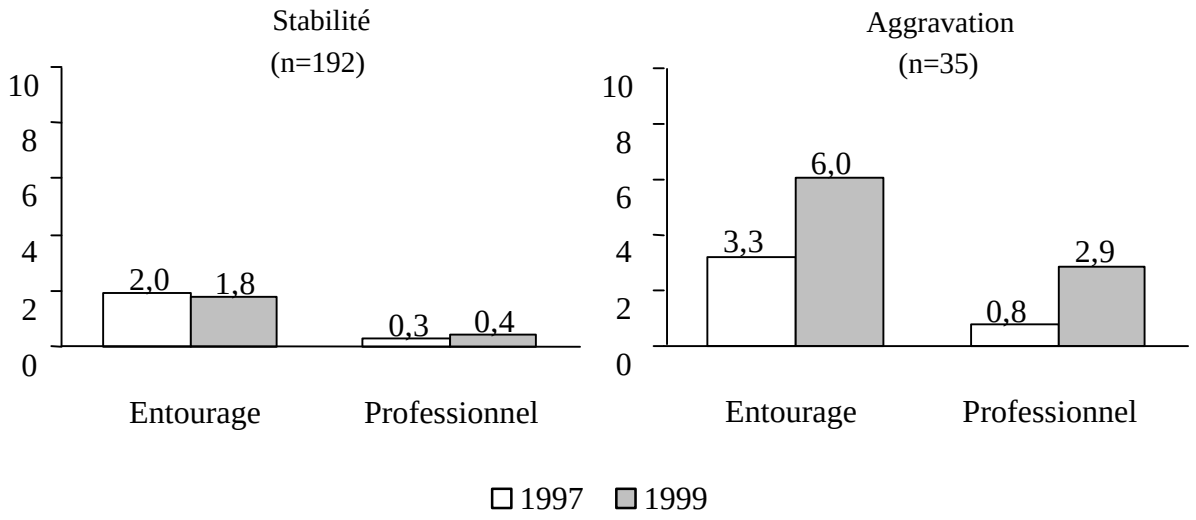
Figure n°22.
Evolution du nombre moyen d'activités aidées à domicile
pour les personnes classées en GIR 5 ou 6 en 1997 (n=227*)



** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 227 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*

⇒ *Globalement, le maintien à domicile des personnes qui étaient autonomes en 1997 ne s'est pas traduit par une augmentation du nombre d'activité aidées à domicile*

Figure n°23.
Evolution du nombre moyen d'activités aidées à domicile selon l'évolution de la dépendance pour les personnes classées en GIR 5 ou 6 en 1997 (n=227*)



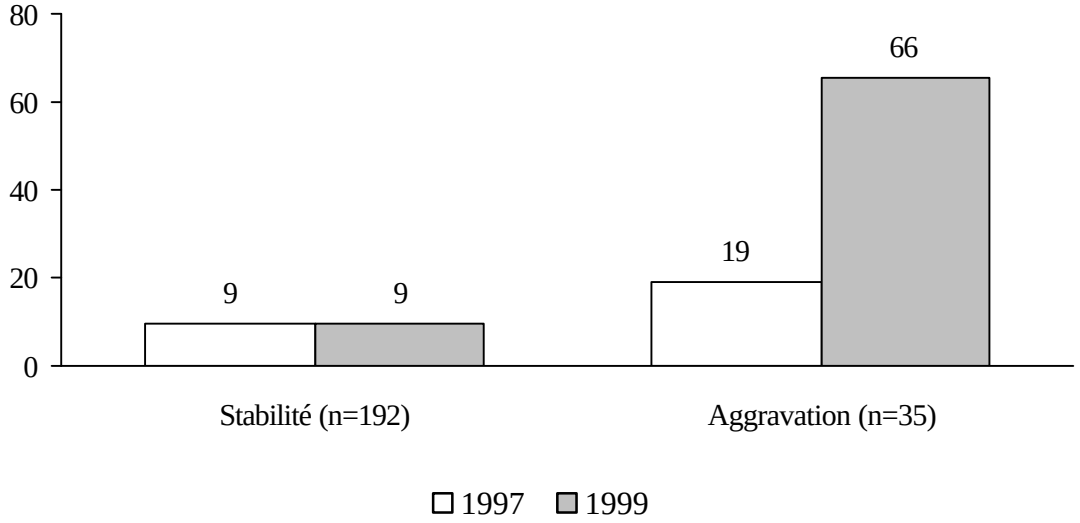
** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 227 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*
Stabilité : personnes toujours classées en GIR 5 ou 6 en 1999
Aggravation : personnes classées en GIR 1 à 4 en 1999

Si globalement les activités aidées à domicile n'ont pas augmenté pour la population suivie, des différences apparaissent selon l'évolution du GIR.

⇒ *Quand l'autonomie se maintient, ce qui est le cas de 93 % des personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile, les aides apportées n'évoluent pas.*

⇒ *L'aggravation de la dépendance s'accompagne d'une augmentation du nombre d'activités aidées par l'entourage et par les professionnels.*

Figure n°24.
Evolution du nombre d'aides hebdomadaires à domicile
pour les personnes classées en GIR 5 ou 6 en 1997*



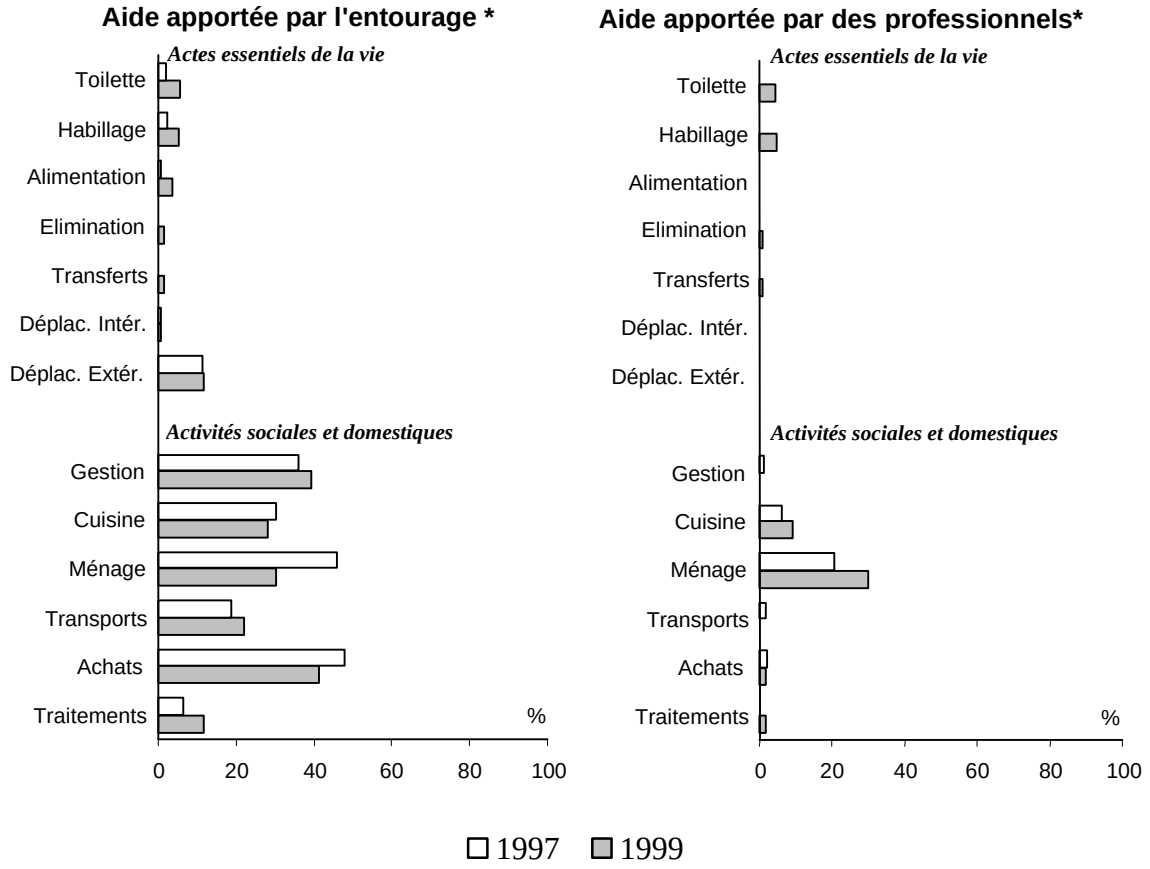
** Cette analyse concerne les 227 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*
Stabilité : personnes toujours classées en GIR 5 ou 6 en 1999
Aggravation : personnes classées en GIR 1 à 4 en 1999

***Méthode de calcul**: pour chaque activité, la fréquence d'intervention a été recueillie par les enquêteurs (intervention journalière, hebdomadaire…). Le nombre d'aides hebdomadaires est obtenu en additionnant les fréquences d'interventions pour l'ensemble des activités aidées.*

⇒ *La fréquence hebdomadaire des aides n'a pas évolué pour les personnes qui sont restées autonomes à domicile.*

⇒ *Elle a plus que triplé en moyenne quand la dépendance fonctionnelle s'est aggravée.*

Figure n°25.
Répartition des aides selon les activités et les intervenants en 1997 et 1999 pour les personnes classées en GIR 5 ou 6 en 1997 (n=227**)



** Y compris l'aide apportée conjointement par l'entourage et par des professionnels*
*** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 227 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*
Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 25 bis)

⇒ *Que ce soit pour les actes essentiels de la vie ou les activités sociales et domestiques, les aides apportées proviennent toujours majoritairement de l'entourage non professionnel.*

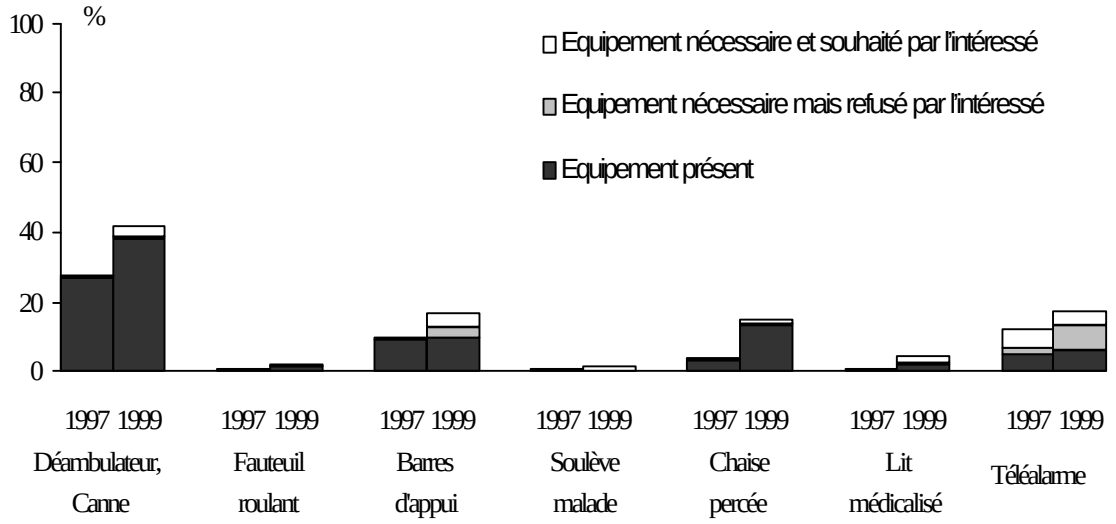
⇒ *On note toutefois une intervention des professionnels pour la toilette et l'habillage, alors que ces activités étaient uniquement aidées par l'entourage des personnes âgées en 1997.*

⇒ *Les aides apportées pour le ménage se sont professionnalisées. Pour les autres activités domestiques, on ne mesure pas d'évolution significative des aides apportées par les professionnels ou l'entourage.*

DEVENIR DES GIR 5-6 :VIE A DOMICILE ET EVOLUTION DES AIDES TECHNIQUES

Figure n°26.

Taux d'équipement et proportion de personnes ayant une indication médicale d'équipement en 1997 et 1999 pour les personnes classées en GIR 5 et 6 en 1997 (n=227*)



** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 227 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*

⇒ *Le besoin en déambulateurs, barres d'appui, chaises percées et téléalarmes constaté par les enquêteurs a augmenté depuis la première enquête (somme des surfaces noires, grises et blanches).*

⇒ *Le nombre de personnes équipées (surface noire) en canne ou déambulateur et en chaise percée est en augmentation.*

⇒ *En revanche, les nouveaux besoins en barre d'appui (7 %) n'ont pas été couverts (surfaces grises et blanches)*

⇒ *Le taux de couverture du besoin en téléalarme est toujours faible en 1999 : 17 % des personnes vivant à domicile auraient l'utilité d'un tel équipement et seuls 6 % en bénéficient.*

⇒ *En ce qui concerne les autres aides techniques, le taux de couverture des besoins repérés reste satisfaisant en 1999.*

LE DEVENIR DES PERSONNES CLASSEES EN GIR 4

En 1997, sur un total de 71 000 personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile en Alsace, 4 500 (intervalle de confiance : 3 300 à 5 600) appartenaient au groupe iso-ressources 4[7]. Ces personnes, non éligibles à la PSD, avaient besoin d'aides considérables aussi bien pour les activités sociales et domestiques (achats, cuisine, ménage...) que pour la toilette, l'habillage et les déplacements extérieurs. Si la prise en charge reposait majoritairement sur l'entourage, les professionnels intervenaient surtout pour la toilette (30 % des personnes), l'habillage (16%) et le ménage (23 %).

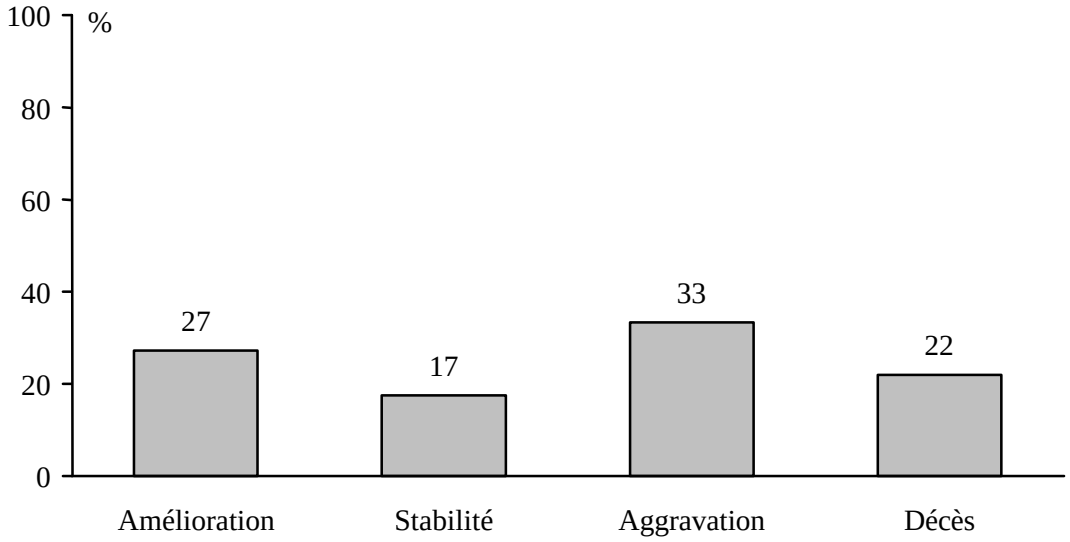
Une personne âgée sur deux vivait en famille (50 %), elles étaient 28 % à vivre en couple et 22 % seules. Dans 56 % des cas, les logements étaient considérés comme difficiles d'accès, la circulation interne y était difficile pour 24 % des personnes. Les besoins en travaux les plus fréquents concernaient l'accessibilité au logement (22 % des personnes étaient concernées).

Finalement, le taux d'équipement en aide technique (déambulateur, chaise percée, soulève malade…) était satisfaisant et la plupart des besoins non couverts correspondaient à un refus de la personne âgée. Les deux seuls exceptions concernaient les barres d'appuis (5 % des personnes non équipées souhaitaient en bénéficier) et la téléalarme (16 %).

[7] "Cahiers Agira : Vivre la Dépendance à Domicile", Berthel M. et al 1998.

DEVENIR DES GIR 4 : EVOLUTION DU GIR

Figure n°27.
Evolution de la dépendance des personnes classées en GIR 4 en 1997
(n=220)

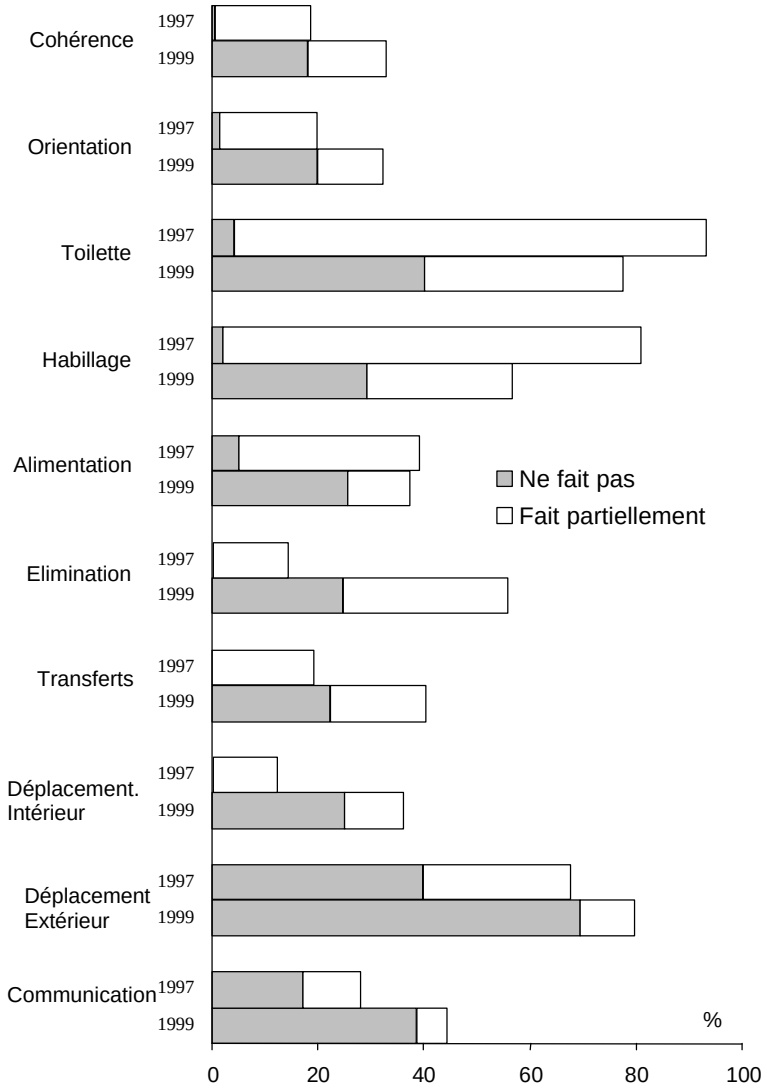


Amélioration : personnes qui sont classées en GIR 5 et 6 en 1999
Stabilité : personnes toujours classées en GIR 4 en 1999
Aggravation : personnes classées en GIR 1 à 3 en 1999

⇒ *Une personne sur trois voit son état de dépendance s'aggraver (soit environ 1 500 personnes sur le total de 4 500 GIR 4 vivant à domicile en 1997).*

⇒ *Les améliorations de l'autonomie fonctionnelle ne sont pas rares puisque 27 % des personnes initialement en GIR 4 sont classées en GIR 5 ou 6 en 1999 (environ 1 200 personnes âgées).*

Figure n°28.
Evolution de la dépendance pour les actes essentiels de la vie des personnes classées en GIR 4 en 1997 (n=126*)



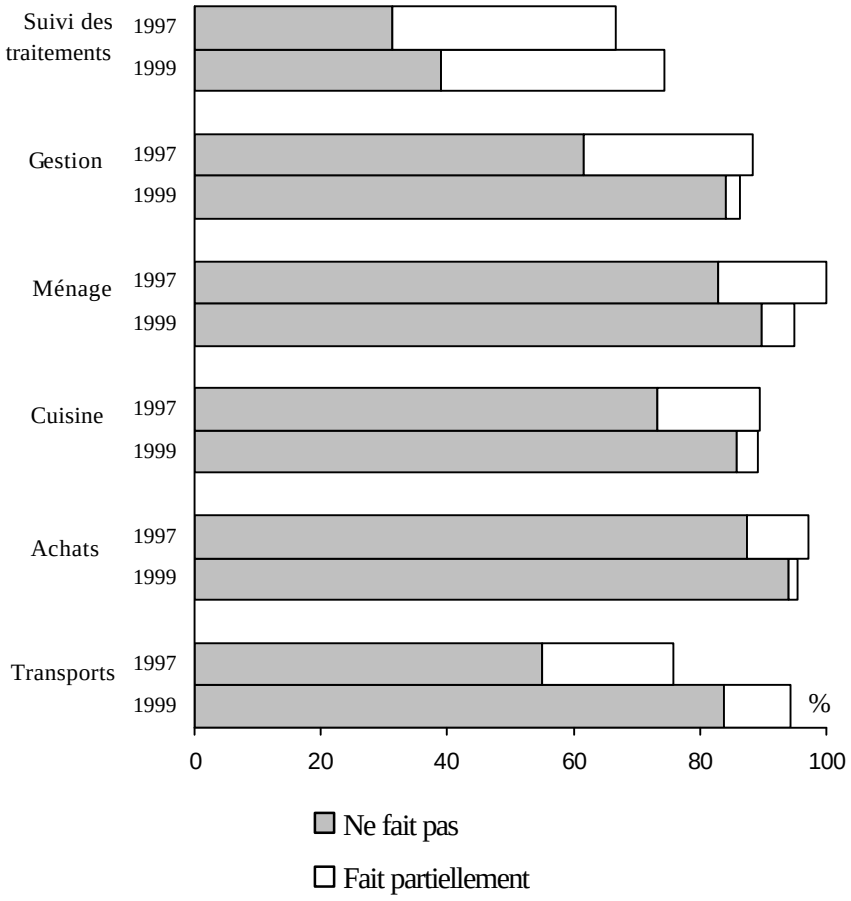
** Evolution calculée parmi les personnes encore en vie en 1999*
Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 28 bis)

⇒ *La proportion de personnes « ne faisant pas » (rectangle gris) est en hausse pour les dix actes essentiels de la vie courante.*

⇒ *En ce qui concerne la toilette et l'habillage, la proportion de personnes « ne faisant pas » ou « faisant partiellement » est en diminution. Cette baisse inclut en particulier les 27 % de personnes ayant retrouvé leur autonomie en 1999 (figure 28).*

⇒ *Pour les autres activités (en dehors de l'alimentation et des déplacements extérieurs) le nombre de personnes dépendantes est en augmentation. C'est tout particulièrement le cas pour l'élimination urinaire et fécale, les transferts et les déplacement intérieurs, activités pour lesquelles la proportion de personnes dépendantes a plus que doublé.*

Figure n°29.
Evolution de la dépendance pour les activités sociales et domestiques des personnes classées en GIR 4 en 1997 (n=126*)



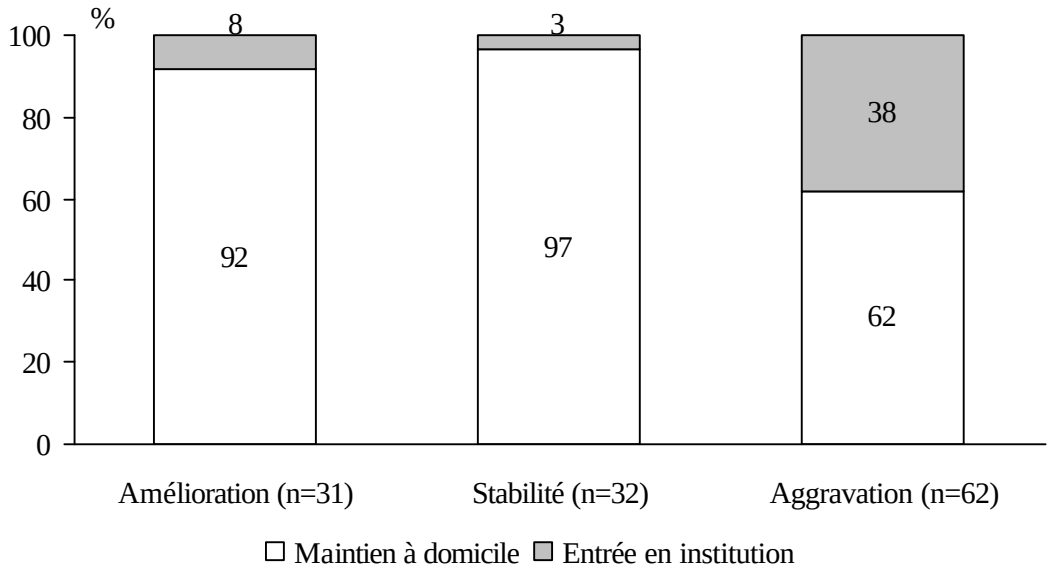
** Evolution calculée parmi les personnes encore en vie en 1999*
Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 29 bis)

⇒ *On observe globalement une augmentation du nombre de personnes ayant besoin d'une aide pour le suivi d'un traitement médical et pour l'utilisation des transports en commun.*

⇒ *Pour toutes les activités domestiques, on note une augmentation du nombre de personnes « ne faisant pas du tout », donc devenues totalement dépendantes pour l'activité.*

DEVENIR DES GIR 4 : MAINTIEN A DOMICILE

Figure n°30.
Maintien à domicile et évolution de l'autonomie
pour les personnes classées en GIR 4 en 1997 (n=125*)



** Evolution calculée parmi les personnes encore en vie en 1999*

Amélioration : personnes qui sont classées en GIR 5 et 6 en 1999
Stabilité : personnes toujours classées en GIR 4 en 1999
Aggravation : personnes classées en GIR 1 à 3 en 1999

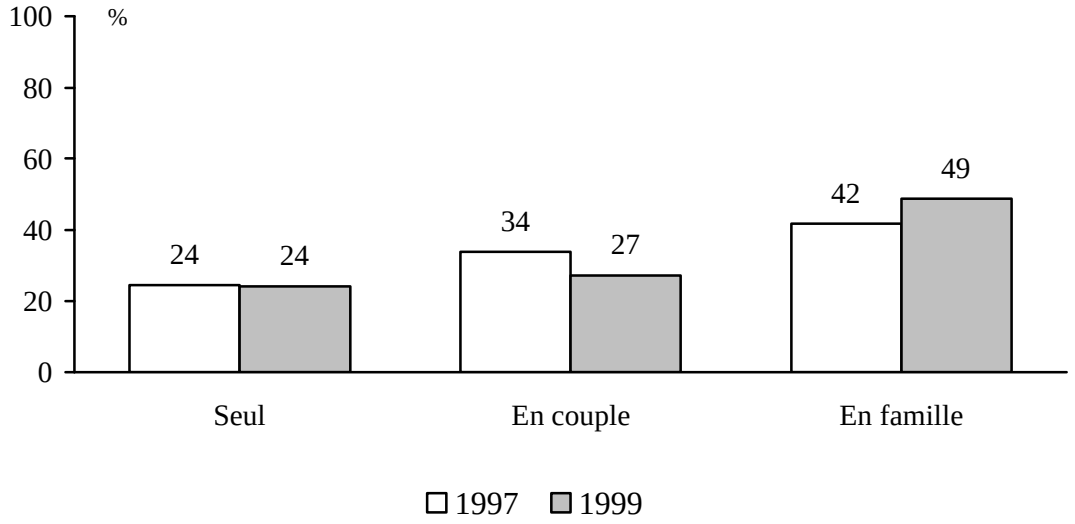
⇒ *Parmi les personnes qui étaient classées en GIR 4 en 1997 et qui ont été réenquêtées sur leur lieu de vie en 1999, 20 % étaient accueillies en établissement pour personne âgée.*

⇒ *Le proportion d'entrée en institution est faible pour les personnes dont le niveau de dépendance est resté stable ou qui ont retrouvé leur autonomie fonctionnelle.*

⇒ *38 % des personnes pour lesquelles on a mesuré une aggravation de la dépendance vivent en institution au moment de la seconde enquête.*

DEVENIR DES GIR 4 : EVOLUTION DU MODE DE VIE A DOMICILE

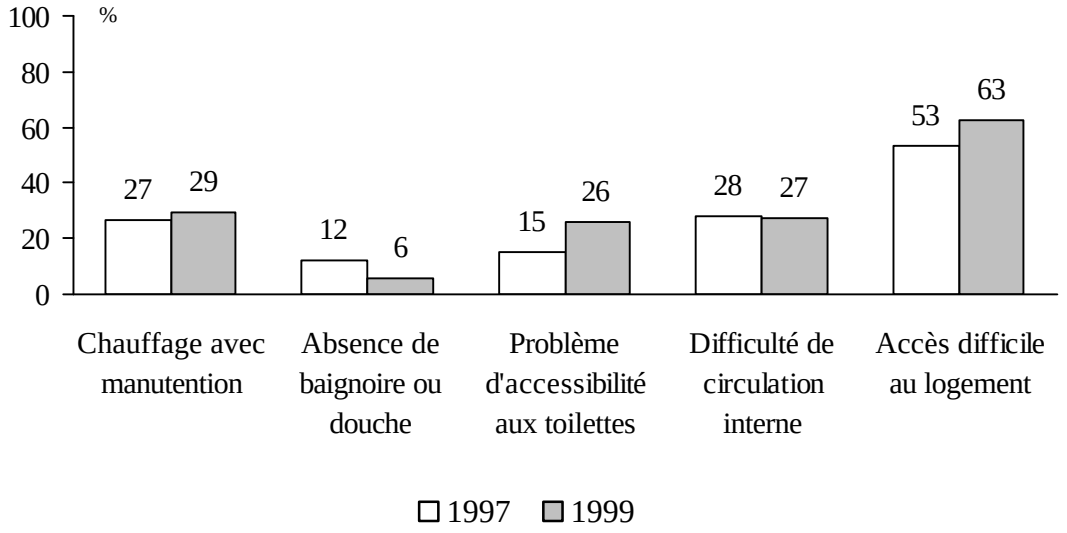
Figure n°31.
Evolution du mode de cohabitation des personnes en GIR 4 en 1997 (n=103*)



** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 103 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*

⇒ *La tendance est à une augmentation de la vie en famille et à une diminution du nombre de personnes qui vivent en couple (ces évolutions ne sont toutefois pas statistiquement significatives).*

Figure n°32.
Evolution des problèmes liés au logement
pour les personnes qui étaient classées en GIR 4 en 1997 (n=103*)



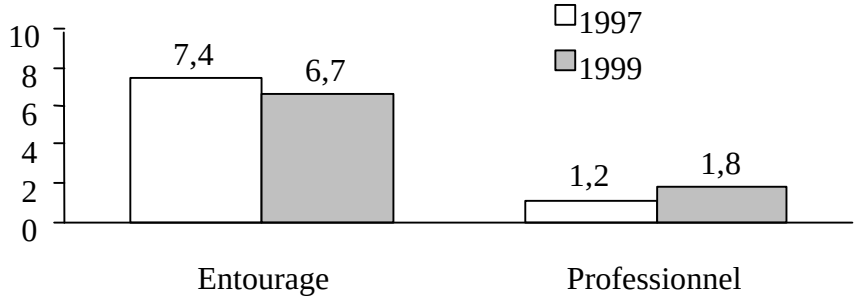
** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 103 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*

⇒ *On ne mesure aucune évolution significative des problèmes liés au logement des personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile.*

⇒ *La tendance est néanmoins à une hausse des problèmes d'accessibilité, que l'on peut mettre en parallèle avec l'augmentation de la dépendance à domicile.*

DEVENIR DES GIR 4 : VIE A DOMICILE ET EVOLUTION DES AIDES HUMAINES

Figure n°33.
Evolution du nombre moyen d'activités aidées à domicile pour les personnes classées en GIR 4 en 1997 (n=103*)

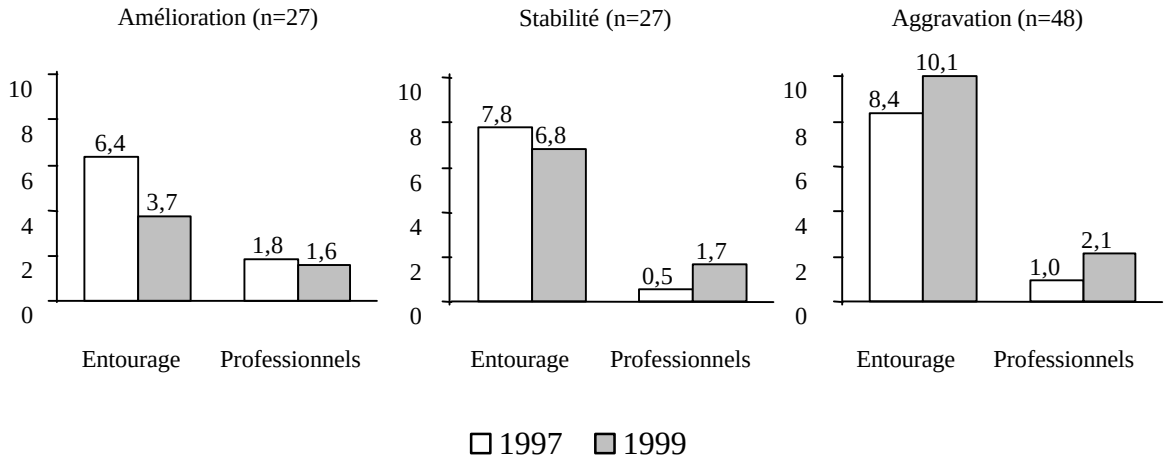


** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 103 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*

⇒ *Le nombre moyen d'activités aidées à domicile est resté stable.*

⇒ *On observe une augmentation du nombre d'aides apportées par les professionnels, compensée par une diminution du nombre d'activités aidées par l'entourage.*

Figure n°34.
Evolution du nombre moyen d'activités aidées à domicile selon l'évolution de la dépendance pour les personnes classées en GIR 4 en 1997*

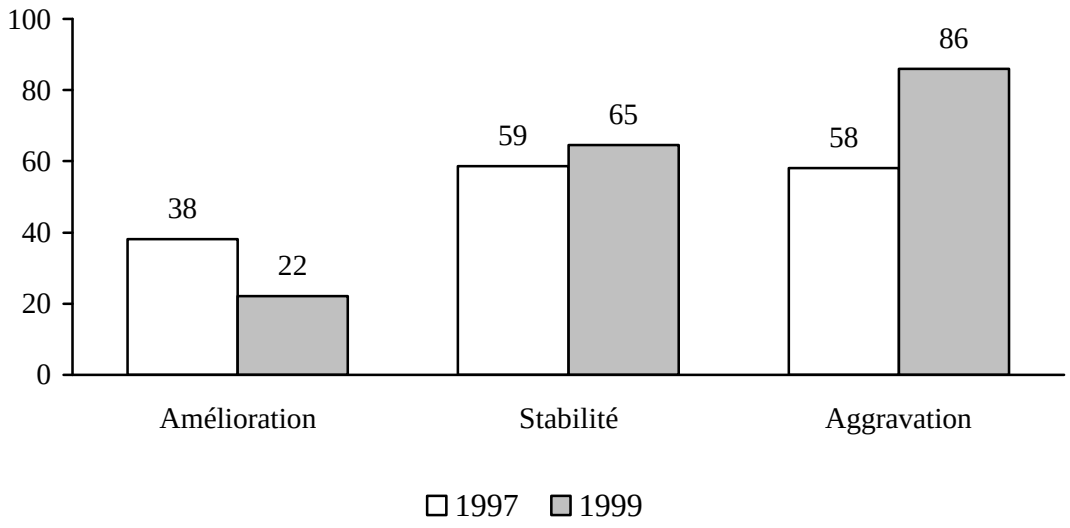


** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 103 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*
Amélioration : personnes qui sont classées en GIR 5 et 6 en 1999
Stabilité : personnes toujours classées en GIR 4 en 1999
Aggravation : personnes classées en GIR 1 à 3 en 1999

⇒ *La diminution du nombre d'aides apportées par l'entourage, constatée sur l'ensemble des GIR 4 (figure 31), concerne principalement les personnes dont le niveau de dépendance s'est amélioré. En revanche, en cas d'aggravation de la dépendance, on observe une augmentation de l'intervention des aidants familiaux.*

⇒ *La hausse des aides des professionnels, constatée sur l'ensemble des GIR 4 (figure 34), ne concerne en fait que les personnes dont la dépendance s'est aggravée. Quand l'état de dépendance s'est stabilisé ou a régressé, les aides professionnelles n'ont pas évolué de façon significative.*

Figure n°35.
Evolution du nombre d'aides hebdomadaires à domicile
pour les personnes classées en GIR 4 en 1997 (n=103*)



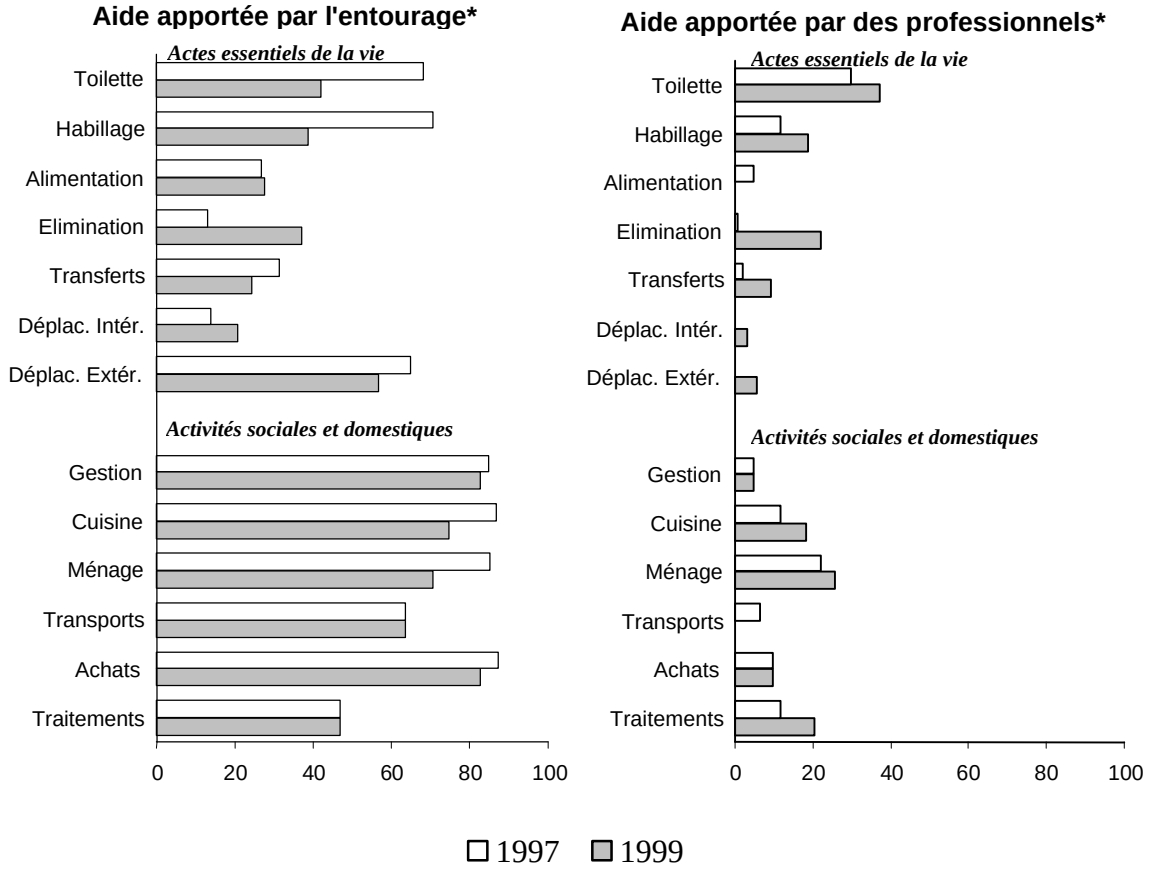
** Cette analyse concerne les 103 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*

***Méthode de calcul**: pour chaque activité, la fréquence d'intervention a été recueillie par les enquêteurs (intervention journalière, hebdomadaire…). Le nombre d'aides hebdomadaires est obtenu en additionnant les fréquences d'interventions pour l'ensemble des activités aidées.*

Amélioration : personnes qui sont classées en GIR 5 et 6 en 1999
Stabilité : personnes toujours classées en GIR 4 en 1999
Aggravation : personnes classées en GIR 1 à 3 en 1999

⇒ *La fréquence des aides apportées évolue de façon cohérente avec l'évolution de la dépendance.*

Figure n°36.
Répartition des aides selon les activités et les intervenants en 1997 et 1999 pour les personnes classées en GIR 4 en 1997 (n=103**)



*Y compris l'aide apportée conjointement par l'entourage et par des professionnels
*** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 103 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*
Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 36 bis)

⇒ *Pour la toilette et l'habillage, la baisse de la dépendance (cf figure 28) se traduit uniquement par une diminution des aides apportées par l'entourage. Le nombre de personnes aidées par des professionnels est, quant à lui, en hausse.*

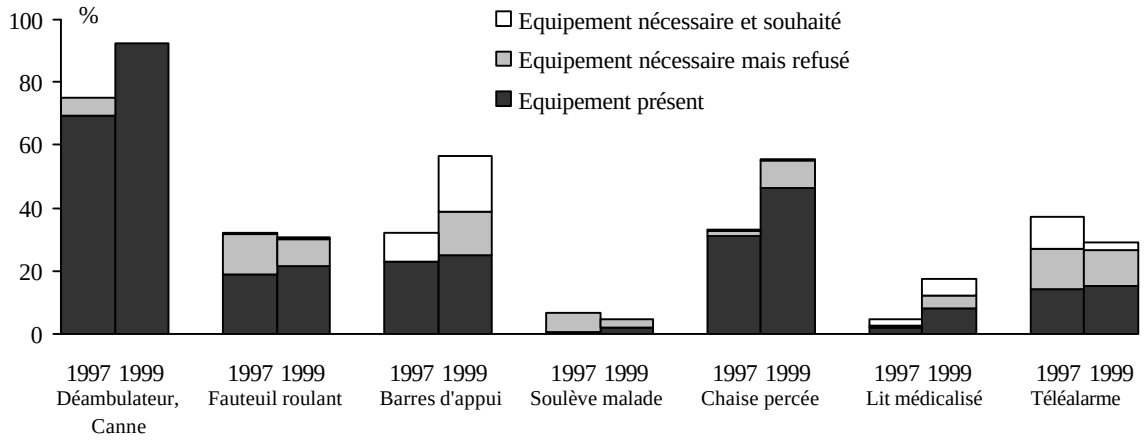
⇒ *L'augmentation des aides concernant l'élimination urinaire et fécale est prise en charge aussi bien par l'entourage que par les professionnels.*

⇒ *En ce qui concerne les activités sociales et domestiques, on note une diminution de l'intervention de l'entourage pour la cuisine et le ménage, et une augmentation des interventions de professionnels pour le suivi des traitements (les autres évolutions ne sont pas significative).*

DEVENIR DES GIR 4 :VIE A DOMICILE ET EVOLUTION DES AIDES TECHNIQUES

Figure n°37.

Taux d'équipement et proportion de personnes ayant une indication médicale d'équipement en 1997 et 1999 pour les personnes classées en GIR 4 en 1997 (n=103*)



** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 103 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999*
Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 37 bis)

⇒ *On constate entre 1997 et 1999 une augmentation des besoins en déambulateur ou canne, barres d'appui, chaise percée et lit médicalisé (surfaces noires, grises et blanches, les surfaces noires correspondants à l'équipement présent, les grises à l'équipement nécessaire mais refusé et les blanches à l'équipement nécessaire et souhaité).*

⇒ *Cette augmentation s'est traduite par une hausse du nombre de personnes équipées en canne ou déambulateur, en chaise percée et, dans une moindre mesure, en lit médicalisé (surfaces noires).*

⇒ *En revanche, les nouveaux besoins en barres d'appui ne sont pas couverts : 57 % des personnes enquêtées en 1999 ont besoin d'un tel équipement et seuls 25 % en bénéficient. Cela s'explique en particulier par un refus des personnes concernées de bénéficier de ce matériel (surfaces grises).*

LE DEVENIR DES PERSONNES CLASSEES EN GIR 1 à 3

En 1997, on estimait environ à 4 900 (intervalle de confiance : 4 400 à 5 400) le nombre de personnes de 75 ans ou plus vivant à domicile en Alsace appartenant aux groupes iso-ressources 1 à 3 (soit environ 7 % de cette population)[8]. Ces personnes nécessitaient une surveillance pluriquotidienne, voire permanente. Elles étaient susceptibles de relever de la Prestation Spécifique Dépendance. L'entourage intervenait, seul ou avec des professionnels, pour toutes les activités de la vie courante, même les plus intimes (l'habillage, l'élimination urinaire et fécale, la toilette…). C'est essentiellement pour ces dernières et pour le ménage que les professionnels étaient le plus souvent impliqués (plus d'une fois sur quatre).

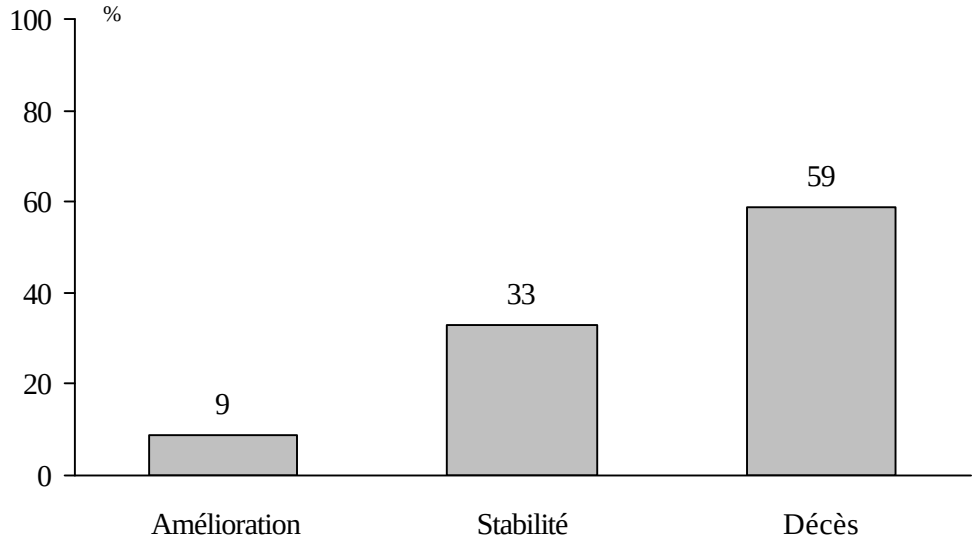
Si ces personnes vivaient majoritairement en famille (53 %), elles étaient toutefois 15 % à vivre seules et 29 % en couple. Plus d'une fois sur trois, le logement qu'elles occupaient leur posait des problèmes d'accessibilité extérieure, de circulation interne ou des problèmes d'accessibilité aux toilettes.

L'équipement des personnes âgées en déambulateur, chaise percée, fauteuil roulant et lit médicalisé était important (supérieur à 40 %). Les besoins non couverts étaient plutôt dus à un rejet de leur part qu'à une prestation insuffisante chez des personnes désirant en bénéficier.

[8] "Cahiers Agira : Vivre la Dépendance à Domicile", Berthel M. et al 1998.

DEVENIR DES GIR1-3 : EVOLUTION DU GIR

Figure n°38.
Evolution de la dépendance des personnes classées en GIR 1 à 3 en 1997
(n=531)



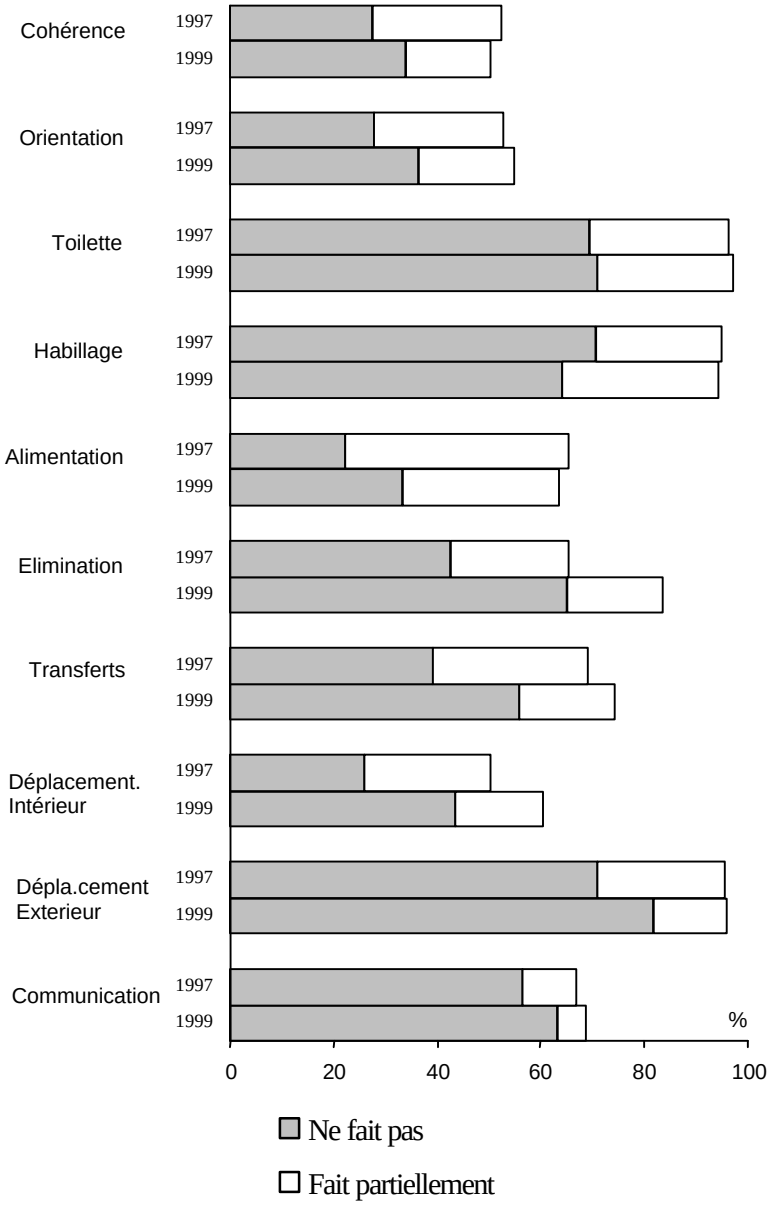
Amélioration : personnes qui sont classées en GIR 4 à 6 en 1999
Stabilité : personnes toujours classées en GIR 1 à 3 en 1999

⇒ *La majorité des personnes des GIR 1 à 3 sont décédées entre 1997 et 1999 (59 %, soit 3 000 personnes sur les 5 000 GIR 1 à 3 qui vivaient à domicile en Alsace en 1997).*

⇒ *9 % des personnes qui étaient classée en GIR 1 à 3 sont passées en GIR 4.*

⇒ *33 % d'entre elles sont toujours classées en GIR 1 à 3 en 1999. Au sein de ces 3 groupes on peut toutefois mesurer de faibles variations (3 % des personnes qui restent en GIR 1 à 3 connaissent une amélioration de leur GIR, c'est-à-dire qu'ils passent par exemple du GIR 1 au GIR 3).*

Figure n°39.
Evolution de la dépendance pour les actes essentiels de la vie des personnes classées en GIR 1 à 3 en 1997 (n=190*)

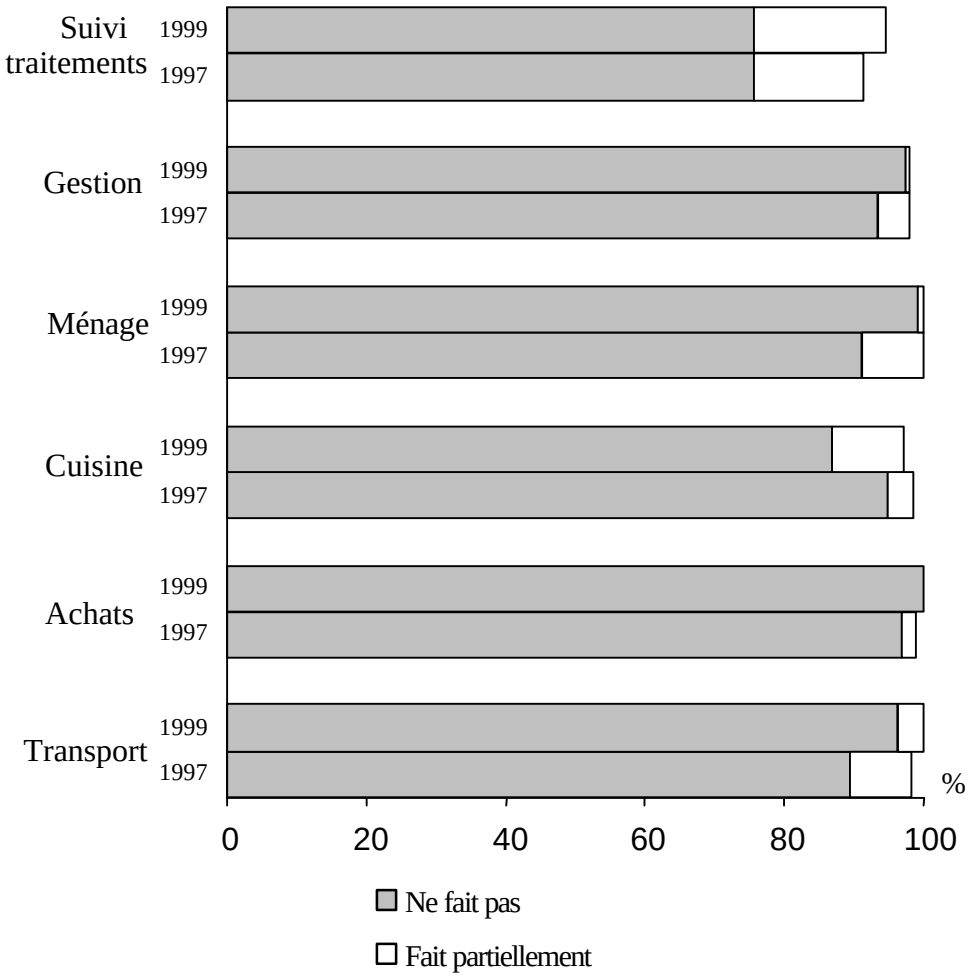


** Evolution calculée parmi les personnes encore en vie en 1999*
Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 39 bis)

⇒ *Pour la plupart des activités les personnes se trouvaient déjà à un niveau très élevé de dépendance. Celle-ci s'accroît cependant encore pour l'élimination urinaire et fécale et pour les transferts. Ceci témoigne d'une réduction des capacités de déplacement vers des états grabataires ou proches.*

⇒ *Pour les autres actes essentiels de la vie courante, le nombre de personnes dépendantes reste au niveau de 1997*

Figure n°40.
Evolution de la dépendance pour les activités sociales et domestiques
personnes classées en GIR 1 à 3 en 1997 (n=190*)

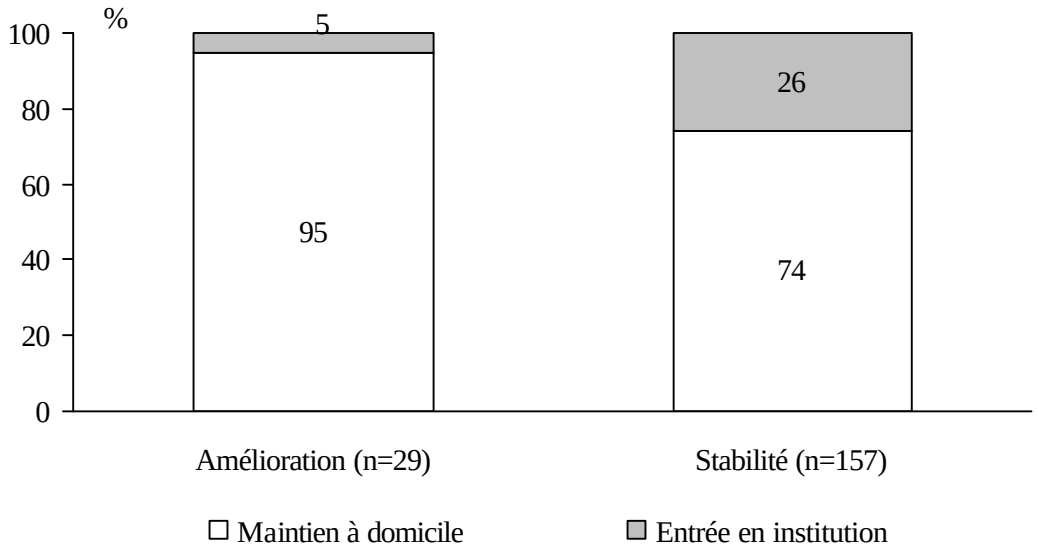


** Evolution calculée parmi les personnes encore en vie en 1999*
Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 40 bis)

⇒ *Les personnes classées en GIR 1 à 3 étaient toutes dépendantes de l'aide d'un tiers pour les activités sociales et domestiques en 1997 et leur situation n'a pas évolué de façon sensible depuis cette date.*

DEVENIR DES GIR 1-3 : MAINTIEN A DOMICILE

Figure n°41.
Maintien à domicile et évolution de la dépendance
pour les personnes classées en GIR 1 à 3 en 1997 (n=190*)



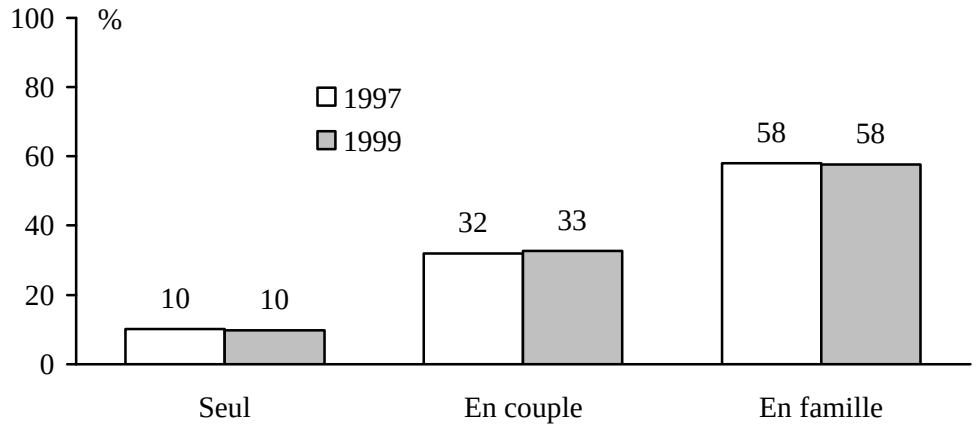
** Pourcentage calculé parmi les personnes encore en vie en 1999*

Amélioration : personnes qui sont classées en GIR 4 à 6 en 1999
Stabilité : personnes toujours classées en GIR 1 à 3 en 1999

⇒ *Plus d'un quart des personnes qui sont toujours classées en GIR 1 à 3 vit en établissement en 1999. Bien que cette proportion ne soit que de 5 % pour les personnes qui sont classées en GIR 4 à 6, la différence mesurée n'est pas statistiquement significative.*

DEVENIR DES GIR 1-3 : EVOLUTION DU MODE DE VIE A DOMICILE

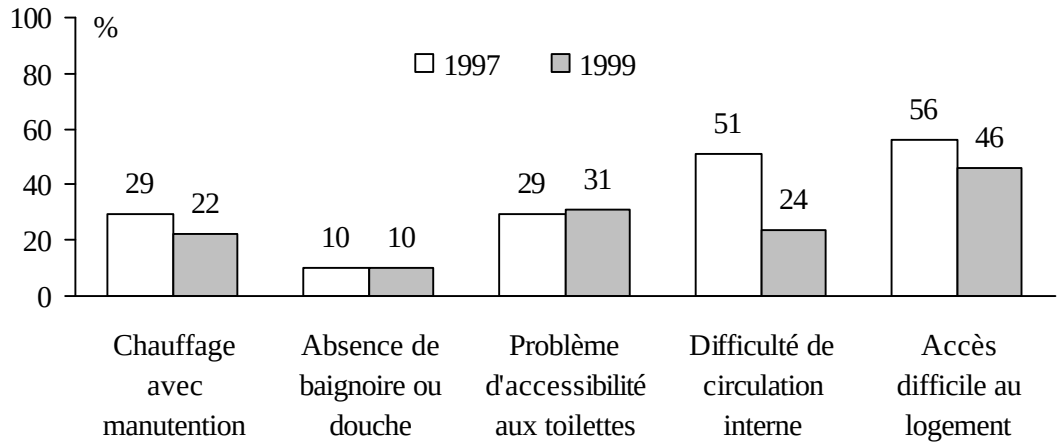
Figure n°42.
Evolution du mode de cohabitation des personnes en GIR 1 à 3 en 1997
(n=158*)



** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 158 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile 1999*

⇒ *Les personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile en 1999, n'ont pas changé de mode de cohabitation. Le plus fréquent reste la cohabitation familiale.*

Figure n°43.
Evolution des problèmes liés au logement
pour les personnes qui étaient classées en GIR 1 à 3 en 1997 (n=158*)

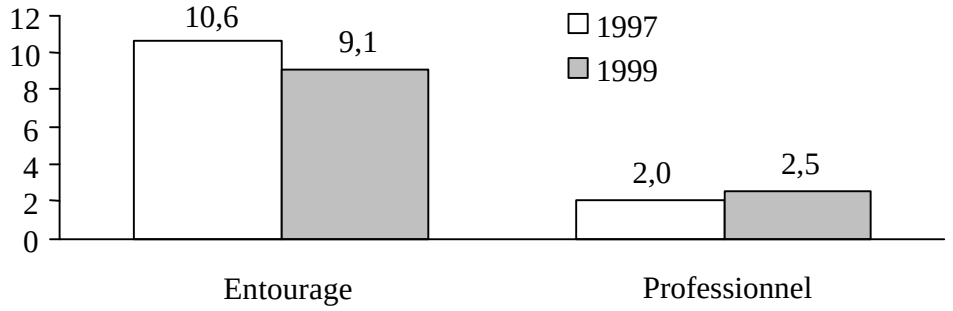


** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 158 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile 1999*

⇒ *La proportion des logements posant des problèmes de circulation interne tend à diminuer. Cette évolution peut traduire une augmentation du nombre de personnes confinées au lit et pour lesquelles l'enquête ne mesure plus de problème de déplacements à l'intérieur du logement.*

DEVENIR DES GIR 1-3 : VIE A DOMICILE ET EVOLUTION DES AIDES HUMAINES

Figure n°44.
Evolution du nombre moyen d'activités aidées à domicile
pour les personnes classées en GIR 1 à 3 en 1997 (n=158*)



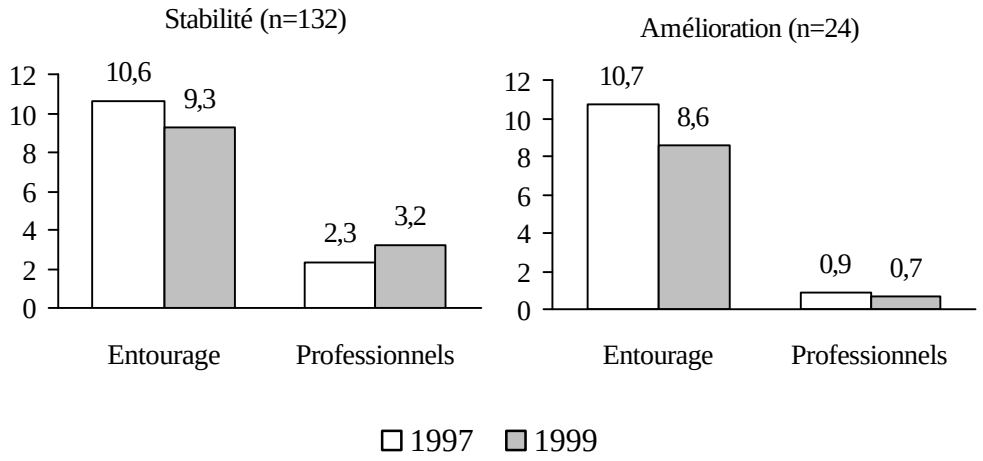
** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 158 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile 1999*

⇒ *Globalement, le nombre moyen d'activités aidées est en baisse pour les personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile.*

⇒ *L'entourage familial apporte son aide en moyenne pour plus de 9 activités sur les 13 prises en compte. Même si ce nombre est en légère diminution, il reste nettement supérieur au nombre d'aides apportées par les professionnels.*

⇒ *Les professionnels, interviennent en moyenne pour 2 à 3 activités.*

Figure n°45.
Evolution du nombre moyen d'activités aidées à domicile selon l'évolution de l'autonomie pour les personnes classées en GIR 1 à 3 en 1997*

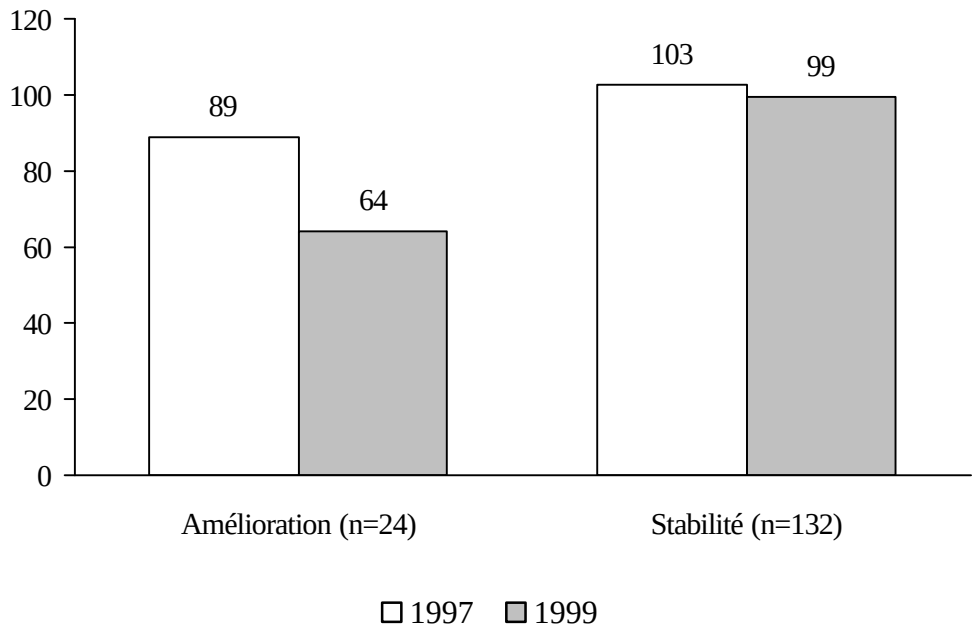


** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile 1999 (et pour lesquelles on connaît le GIR, soit 156 personnes).*
Amélioration : personnes qui sont classées en GIR 4 à 6 en 1999
Stabilité : personnes toujours classées en GIR 1 à 3 en 1999

⇒ *L'intervention des professionnels est en augmentation chez les personnes qui sont toujours classées en GIR 1 à 3 en 1999, compensant la baisse d'intervention de l'entourage.*

⇒ *Quelle que soit l'évolution du GIR, le nombre d'activités aidées par l'entourage est en diminution entre 1997 et 1999.*

Figure n°46.
Evolution du nombre d'aides hebdomadaires à domicile
pour les personnes classées en GIR 1 à 3 en 1997 (n=156*)



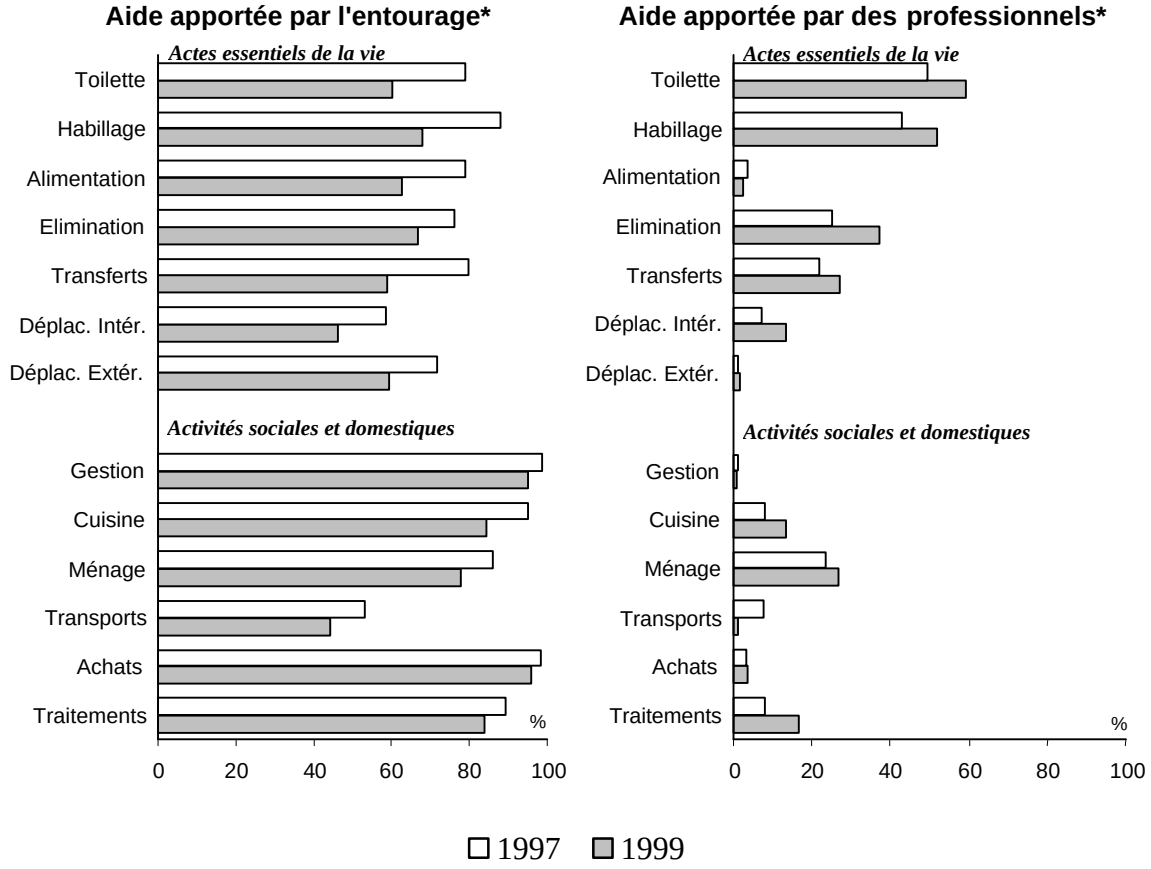
** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile 1999 (et pour lesquelles on connaît le GIR, soit 156 personnes).*
Amélioration : personnes qui sont classées en GIR 4 à 6 en 1999
Stabilité : personnes toujours classées en GIR 1 à 3 en 1999

***Méthode de calcul**: pour chaque activité, la fréquence d'intervention a été recueillie par les enquêteurs (intervention journalière, hebdomadaire…). Le nombre d'aides hebdomadaires est obtenu en additionnant les fréquences d'interventions pour l'ensemble des activités aidées.*

⇒ *Le nombre d'aides hebdomadaires diminue pour les personnes dont l'état de dépendance s'est atténué.*

⇒ *Le nombre d'aides hebdomadaires n'augmente pas pour les personnes dont la dépendance est restée stable et probablement maximale.*

Figure n°47.
Répartition des aides selon les activités et les intervenants en 1997 et 1999 pour les personnes classées en GIR 1 à 3 en 1997 (n=158**)



** Y compris l'aide apportée conjointement par l'entourage et par des professionnels*
*** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile 1999*
Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 47 bis)

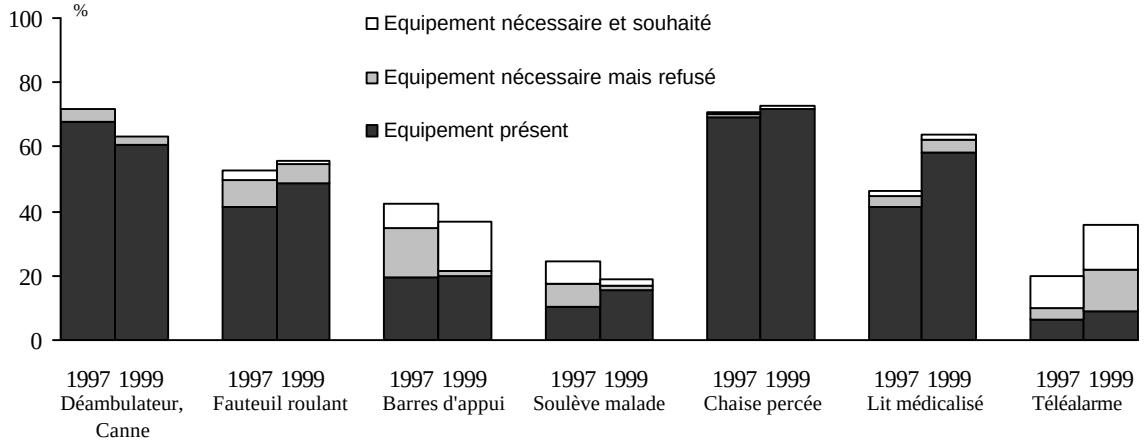
⇒ *En 1999, comme en 1997, l'entourage familial intervient, seul ou avec des professionnels, pour toutes les activités, même les plus intimes (toilette, habillage, élimination urinaire et fécale). La tendance est toutefois à une augmentation de l'intervention des professionnels et à une diminution de l'aide de l'entourage.*

⇒ *Les activités sociales et domestiques sont toujours majoritairement aidées par l'entourage, même si on observe une professionnalisation des aides pour le ménage et la cuisine.*

DEVENIR DES GIR 1-3 : VIE A DOMICILE ET EVOLUTION DES AIDES TECHNIQUES

Figure n°48.

Taux d'équipement et proportion de personnes ayant une indication médicale d'équipement en 1997 et 1999 pour les personnes classées en GIR 1 à 3 en 1997 (n=158*)



** Les pourcentages sont exprimés par rapport aux 158 personnes qui ont poursuivi leur vie à domicile 1999.*
Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 48 bis)

⇒ *Le besoin constaté en déambulateur ou canne diminue chez ces personnes particulièrement dépendantes. Elles sont en revanche mieux équipées en fauteuil roulant.*

⇒ *Depuis 1997, les besoins en lit médicalisé sont en nette augmentation, les nouveaux besoins étant, dans leur grande majorité, couverts.*

⇒ *On observe toujours un sous équipement en barre d'appui et en téléalarme.*

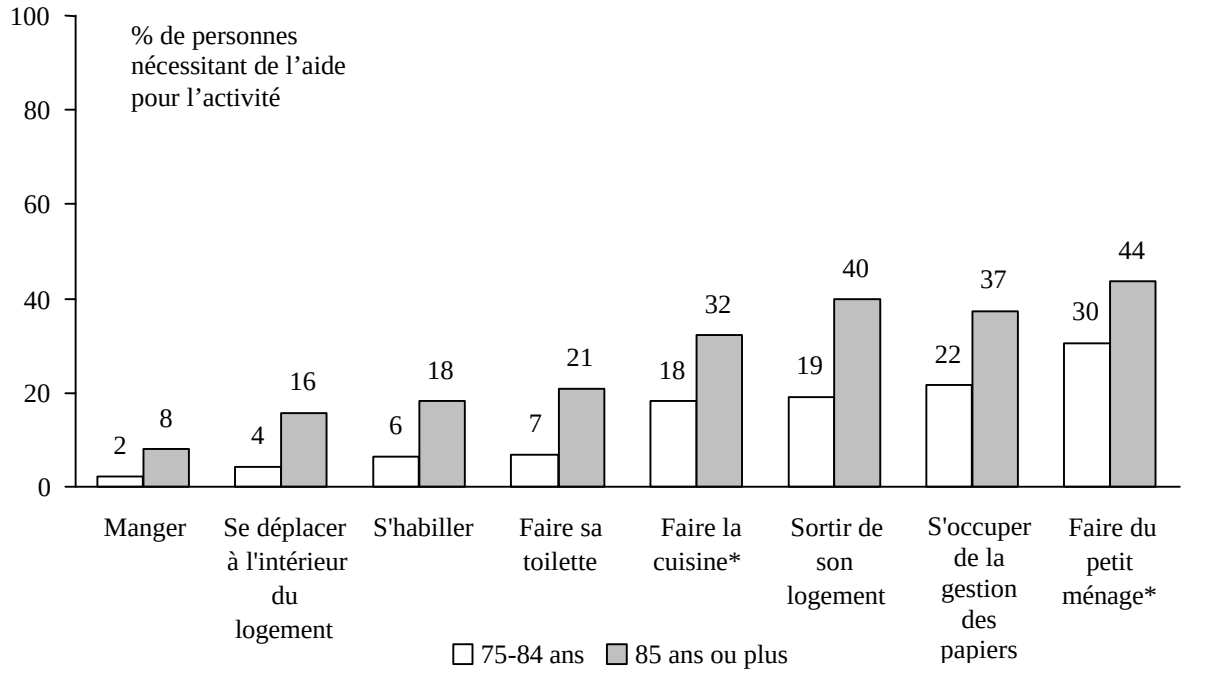
LE DEVENIR DES PERSONNES LES PLUS AGEES

L'enquête de 1996-1997 montrait que les personnes classées en GIR 6, c'est-à-dire les plus valides, avaient besoin d'aides pour les activités sociales et que cette aide augmentait avec l'âge (ces activités : transports, achats, cuisine, ménage, gestion et suivi des traitements ne sont pas prises en compte dans la détermination du Groupe Iso-Ressources). Les variables illustratives de la grille AGGIR permettent la mise en évidence d'autres besoins d'aide de la personne.

Les résultats de la seconde enquête montrent de la même manière que les personnes les plus âgées, quel que soit leur GIR, leur sexe et leur mode de vie (vie en couple / seul / en famille, vie en milieu rural ou urbain), sont plus nombreuses à vivre en institution en 1999 *(cf résultats de l'analyse multivariée en annexe 2)*. L'âge est donc, en soi, un facteur d'entrée en institution.

Nous nous sommes intéressés plus spécifiquement au devenir des personnes les plus âgées (85 ans ou plus) à partir des résultats de l'enquête par voie postale. Cette population très âgée a-t-elle plus recours à l'institution en cas d'apparition de la dépendance ? Ces personnes présentent-elles le même profil d'évolution du désavantage ?

Figure n°49.
Evolution de la capacité à réaliser les activités de la vie courante, parmi les personnes qui les réalisaient seules en 1996 selon l'âge.

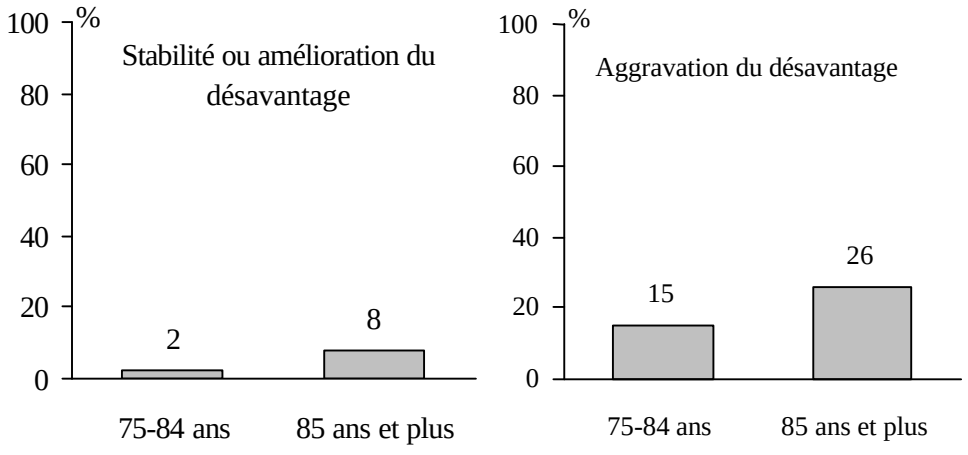


* hors entrée en institution

⇒ *La différence selon l'âge est manifeste pour toutes les activités étudiées. Les personnes les plus âgées sont plus nombreuses à nécessiter de l'aide pour la réalisation des actes de la vie courante quand le niveau de désavantage augmente.*

⇒ *Le profil d'évolution du désavantage est différent selon l'âge. Les personnes les plus âgées nécessitent plus d'aide quand le désavantage survient. Le besoin d'aide apparaît plus rapidement pour les personnes les plus âgées. Ces personnes nécessitent de l'aide pour un grand nombre d'actes de la vie courante. Les plus âgés nécessitent plus souvent une aide totale lorsque le désavantage survient.*

Figure n°50.
Pourcentage d'entrées en institution selon la cinétique d'évolution du désavantage et l'âge



⇒ *Le taux de recours à l'institution est différent selon l'âge. En cas de stabilité du désavantage, 2% des personnes du groupe Colvez 4 parmi les 75-84 ans entrent en institution. Pour les 85 ans ou plus, 8% entrent en institution.*

⇒ *Cette différence selon l'âge est encore plus marquée en cas d'aggravation du désavantage. 26% des 85 ans ou plus ont recours à l'institution en cas d'augmentation du niveau de désavantage contre 15 % chez les 75-84 ans.*

DEVENIR DES PERSONNES QUI ONT SUBI UNE ATTEINTE DE LA COHERENCE ET DE L'ORIENTATION

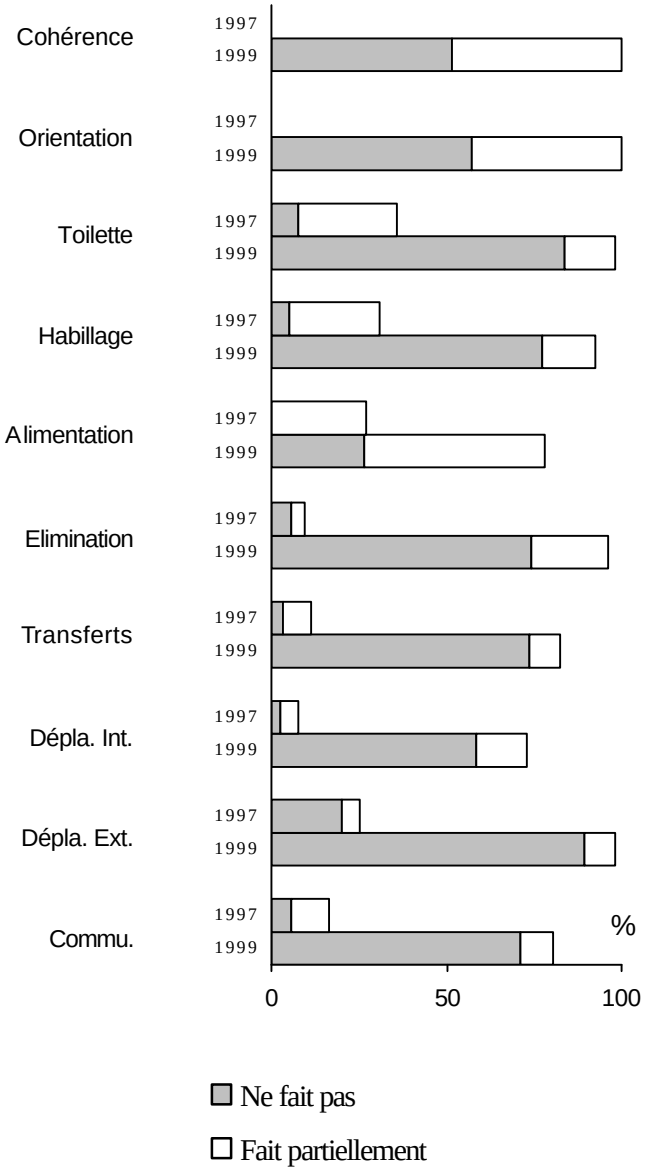
Parmi les 571 personnes visitées à domicile, nous avons trouvé 63 personnes chez qui est apparue une altération des fonctions « cohérence » et « orientation » telles qu'elles sont définies par la grille AGGIR. En 1997, elles étaient classées en « A » (pas de difficulté) pour les deux items. En 1999, elles ont été classées en « B » (aide partielle) ou « C » (aide totale) pour ces deux items.

Certes, la grille AGGIR ne permet pas d'établir un diagnostic médical. Cependant, l'atteinte simultanée dans ces deux domaines permet d'évoquer le diagnostic d'affaiblissement intellectuel, voire de démence.

Nous avons cherché à déterminer l'impact général de cette altération sur les autres actes de la vie quotidienne. De plus, nous avons recherché s'il y avait dans cette population un recours particulier à l'institution.

L'atteinte pathologique des fonctions cognitives augmente avec l'âge. Au vu des projections démographiques, on peut s'attendre à une forte augmentation du nombre de personnes qui présentent des altérations des fonctions cognitives.

Figure n°51.
Evolution de la dépendance pour les actes essentiels de la vie courante chez les personnes qui ont subi une atteinte de la cohérence et de l'orientation (n=63)

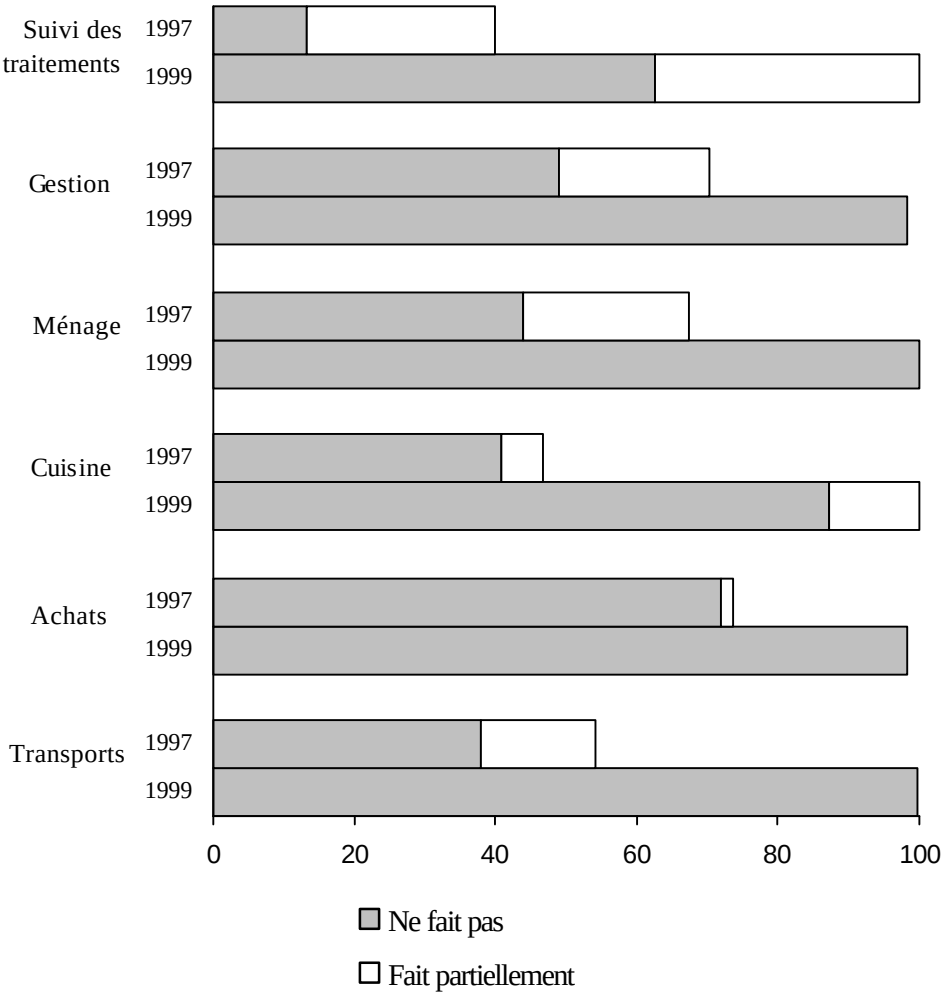


Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 51 bis)

⇒ *Une diminution des capacités d'orientation et de la cohérence nécessitant l'aide d'un tiers s'accompagne d'une dégradation générale et massive de la capacité à réaliser les actes essentiels de la vie courante.*

⇒ *Ces personnes nécessitent plus d'aide pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne. Il s'agit, pour la plupart des activités, hormis l'alimentation, d'une aide totale.*

Figure n°52.
Evolution de la dépendance pour les activités sociales et domestiques
parmi les personnes qui présentent une atteinte de la cohérence et de l'orientation
(n=63)

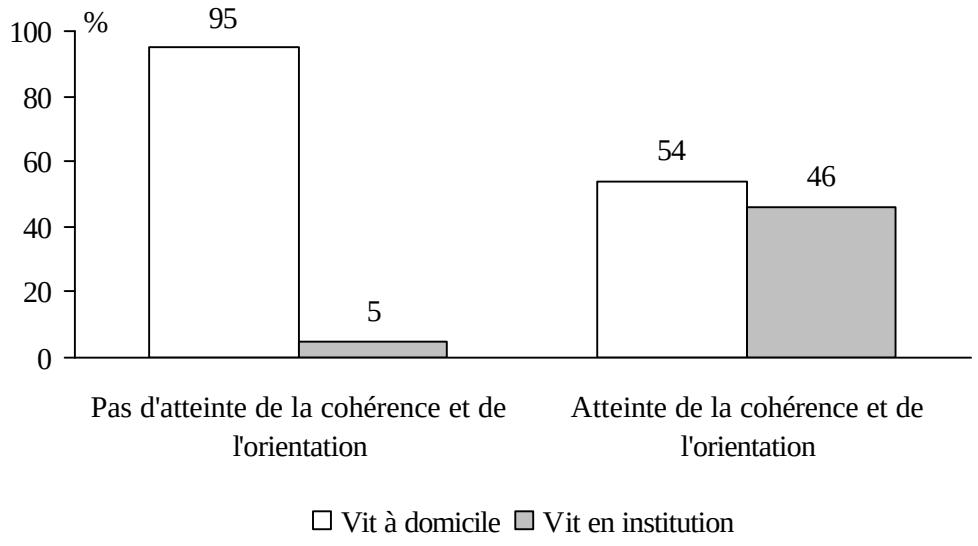


Le détail des données est présenté en annexe 4 (Tableau 52 bis)

⇒ *La diminution des capacités de cohérence et d'orientation s'accompagne d'une perte de la capacité à réaliser seul l'ensemble des activités sociales et domestiques.*

⇒ *Le caractère global et complet de l'aide nécessaire doit être souligné.*

Figure n°53
Comparaison de l'évolution de lieu de vie selon l'atteinte de la cohérence et de l'orientation



⇒ *Le recours à l'institution est plus fréquent en cas de trouble de la cohérence et de l'orientation.*

⇒ *L'apparition de ces troubles constitue certainement une limite importante au maintien à domicile (individuel ou familial) des personnes âgées.*

QU'EN EST-IL SELON LE DEPARTEMENT ?

L'organisation de la réponse gérontologique entre les deux départements est différente dans trois domaines.

- Le taux d'équipement en lits d'hébergement médicalisés est supérieur dans le Haut-Rhin.

- L'ensemble du Haut-Rhin est couvert par des services de soins infirmiers à domicile alors que le Bas-Rhin connaît de larges zones non pourvues.

- Le Haut-Rhin est organisé en pôles gérontologiques, animés par une assistante sociale. Dans le Bas-Rhin, ce n'est pas le cas, sauf à Strasbourg où a été mis en place le réseau des « Maisons des Aînés ».

Le suivi des personnes entre les deux enquêtes n'a pas permis de mettre en évidence des différences entre les évolutions de la dépendance ou les entrées en institution. L'évolution de l'état de santé et du devenir ne semble pas influencé par le fait d'être Haut-Rhinois ou Bas-Rhinois.

SYNTHESE DES RESULTATS

Le devenir des personnes âgées deux ans et demi après la première enquête

Au moment de la première enquête AGIRA (1996-1997), nous estimions à 71 000 le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile en Alsace. 17 % d'entre elles sont décédées au cours de la période de deux ans et demi séparant les deux enquêtes par voie postale.

Entre 1996 et 1999, 9 % des personnes suivies (soit environ 6 400 personnes) sont entrées en établissement pour personnes âgées. Au moment de la seconde enquête, elles étaient encore 6 % à y vivre, 3 % y étant décédées. Il s'agissait, quatre fois sur cinq, d'une maison de retraite, et une fois sur cinq d'un service de soins de longue durée.

En 1999, la grande majorité (77 %) des personnes vivent toujours à domicile avec relativement peu de changements de mode de cohabitation. Le phénomène de recohabitation[9] familiale concerne 3,5 % des personnes qui vivaient en couple et 4,5 % des personnes qui vivaient seules.

Parmi les personnes des groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6[10](personnes relevant au maximum d'aides ponctuelles), une personne sur dix est entrée dans un processus de perte d'autonomie fonctionnelle

L'enquête de 1996 évaluait à 61 000 le nombre de personnes de GIR 5 ou 6 vivant à domicile en Alsace (soit 87 % de cette population). Ces personnes qui vivaient majoritairement en couple ou seules (79 %) avaient besoin d'aide pour des activités sociales et domestiques (le ménage, la cuisine…). C'est essentiellement l'entourage familial qui leur apportait l'aide dont elles avaient besoin, même si 22 % d'entre elles faisaient appel à des professionnels pour le ménage.

Le taux de mortalité est faible (15 %) dans ce groupe et la grande majorité des personnes sont toujours classées en GIR 5-6 en 1999. 9 % d'entre elles ont vu leur état de dépendance s'aggraver, soit 5 400 personnes. Parmi elles, plus de la moitié sont classées en GIR 1 à 3 au moment de la seconde enquête. Si la quasi-totalité des personnes dont l'état s'est maintenu en 1999 ont poursuivi leur vie à domicile, 46 % des personnes chez lesquelles on a mesuré une aggravation vivent en établissement. **Il s'agit du taux d'entrée en institution le plus important que nous ayons observé**. Lors de l'apparition d'éléments de dépendance, une partie importante de la population auparavant autonome ne reste pas à domicile. Les possibilités d'adaptation à cette perte d'autonomie sont certainement faibles pour cette sous-population (isolement social, pas de possibilités d'aide de l'entourage, difficulté ou refus de mise en place d'une aide professionnelle…).

[9] personnes qui vivaient seules ou en couple en 1996-1997 et qui vivaient en famille en 1999
[10] voir définition des groupes iso-ressources en annexe 1

L’augmentation de dépendance qui touche 9 % des GIR 5-6 se traduit par une augmentation du nombre de personnes ne réalisant plus seules les 10 actes essentiels de la vie courante. Cette hausse, qui est significative pour tous les actes, est particulièrement sensible pour la toilette et l’habillage : 15 % des personnes encore en vie en 1999 ont besoin d’aide pour ces deux activités alors qu’ils étaient moins de 3 % en 1996. Leur maintien à domicile s’est accompagné d’une augmentation du nombre d’activités aidées par les professionnels et par les personnes de l’entourage. Ce sont toujours ces dernières qui, en 1999, interviennent le plus fréquemment auprès des personnes âgées à domicile.

Le GIR 4 : un groupe de transition

En 1996, on estimait que 4 500 personnes âgées vivant à domicile en Alsace étaient classées en GIR 4, près d’une sur deux (49 %) vivait en famille. Ces personnes, non éligibles à la Prestation Spécifique Dépendance avaient d’importants besoins d’aide pour les activités sociales et domestiques et des besoins pour la toilette, l’habillage et les déplacements extérieurs. Si la prise en charge reposait majoritairement sur l'entourage, les professionnels intervenaient surtout pour la toilette (30 % des personnes), l'habillage (16 %) et le ménage (23 %).

22 % de ces personnes sont décédées entre les deux enquêtes, 63 % vivent encore à domicile en 1999.

Un tiers des personnes ont vu leur niveau de dépendance (mesuré selon la grille AGGIR) s’aggraver. Parmi elles, 38 % vivent en institution au moment de la seconde enquête (la proportion est de 6 % pour les personnes dont l’état ne s’est pas aggravé). On observe en particulier une nette augmentation des incapacités pour les transferts, l’élimination urinaire et fécale et les déplacements à l’intérieur du logement. Pour l’ensemble des actes de la vie courante, la tendance est à une augmentation du nombre de personnes en incapacité complète. Le maintien à domicile de ces personnes s’est accompagné d’une augmentation des interventions aussi bien de l’entourage que des professionnels.

En 1999, une part non négligeable (27 %) des personnes initialement en GIR 4 sont devenues plus autonomes (GIR 5 ou 6). On observe ainsi une augmentation du nombre de personnes autonomes pour la toilette et l’habillage. A domicile, les interventions de l’entourage diminuent pour ces personnes, alors que les aides des professionnels restent stables. Même si l’écart s’est atténué, c’est toujours l’entourage qui, en moyenne, leur apporte le plus d’aides (3,7 activités aidées par l’entourage contre 1,6 par des professionnels).
On constate de façon générale que l’aide professionnelle ne diminue pas, même en cas d’amélioration de la dépendance. Dans ce cas de figure c’est l’aide de l’entourage qui diminue alors que l’aide professionnelle reste stable.

Près des deux-tiers des personnes en GIR 1 à 3 sont décédées

En 1997, on estimait à 5 000 environ le nombre de personnes de 75 ans ou plus vivant à domicile en Alsace appartenant aux groupes iso-ressources 1 et 3 (soit environ 7 % de cette population). Elles nécessitaient une surveillance pluriquotidienne, voire permanente. Elles étaient susceptibles de relever de la Prestation Spécifique Dépendance. Si ces personnes vivaient majoritairement en famille (53 %), elles étaient toutefois 15 % à vivre seules et 29 % en couple. L'entourage intervenait, seul ou avec des professionnels, pour toutes les activités de la vie courante, même les plus intimes (l'habillage, l'élimination urinaire et fécale, la toilette). Même dans cette population fortement dépendante, l'aide de l'entourage était largement prédominante.

La majorité des personnes classées en GIR 1 à 3 sont décédées entre 1997 et 1999 (59 %). Elles sont 9 % à avoir connu une amélioration de leur état de dépendance et à être classé en GIR 4, 5 ou 6. Ce sont les aides apportées par l'entourage qui ont diminué en conséquence (passant de 11 à 9 activités aidées) alors que l'aide des professionnels reste stable (1,3 activités aidées en moyenne).

En 1999, 33 % sont toujours classés en GIR 1 à 3. Si un quart d'entre elles vivent actuellement en établissement, la proportion n'est que de 5 % pour celles dont le niveau de dépendance s'est amélioré.
Le nombre moyen d'activités aidées par l'entourage est en légère baisse. Cette diminution est compensée par une hausse des aides professionnelles. Cette diminution de l'aide familiale peut être interprétée comme la conséquence d'une usure, d'un épuisement. Cette mobilisation familiale de l'aide peut être difficile à poursuivre au long cours (exigence professionnelle, apparition d'incompatibilités au sein de l'entourage).

Les facteurs qui influencent le devenir des personnes âgées

Pour des raisons méthodologiques liées aux effectifs enquêtés, les facteurs prédictifs du devenir des personnes âgées ont été étudiés à partir des résultats des deux enquêtes par voie postale. Afin de prendre en compte les influences simultanées de plusieurs facteurs une méthode d'analyse multivariée a été utilisée : la régression logistique. Les résultats des deux analyses multivariées (l'une portant sur la survie, l'autre sur la maintien à domicile) figurent dans les tableaux en annexe 2 à ce document.

Bien que l'enquête au lieu de vie ne permette pas d'étudier de façon fine les facteurs prédictifs du devenir des personnes âgées, elle a tout de même permis de confirmer certains résultats de l'enquête postale et d'y apporter des précisions concernant des champs d'investigation non abordés dans cette dernière (adaptation du logement).

Cette discussion mettra, autant que faire se peut, les résultats de notre étude en regard avec des éléments issus de travaux publiés.

L'entrée en institution concerne les personnes les plus âgées et désavantagées de l'échantillon

Sur la base de la première enquête postale de 1997, on peut considérer que près de 6 000 personnes (8,4 % des 75 ans ou plus vivant à domicile en Alsace) avaient besoin d'une aide pour la toilette et l'habillage. Parmi elles, 1 500 (2,2 %) étaient confinées au lit ou au fauteuil. Ces populations correspondent aux groupes Colvez 1 et 2 (cf définition en annexe 1) ou groupes de désavantage lourd. Si le niveau de désavantage augmente avec l'âge, il est également plus élevé chez les femmes que chez les hommes à âge égal.

L'enquête de 1999 confirme que le devenir des personnes âgées suivies est étroitement lié à leur âge et à leur niveau de désavantage. Le taux de maintien à domicile à l'issue de la période de deux ans et demi est de 89 % pour les 75-79 ans, alors qu'il n'est que de 26 % pour les plus de 95 ans. De même, ce sont les personnes les plus valides qui ont été les plus nombreuses à poursuivre leur vie à domicile en 1999 (86 % parmi les Colvez 4 contre 30 % des Colvez 1).

Les deux régressions logistiques montrent que, parmi l'ensemble des facteurs étudiés, l'âge et le niveau de désavantage ont les influences les plus fortes sur les taux de mortalité et de maintien à domicile. Par ailleurs, si on enregistre globalement les taux de mortalité les plus élevés pour les personnes les plus âgées de l'échantillon, la différence s'estompe pour les groupes de désavantage lourd : pour les Colvez 1 et 2 le taux de mortalité ne dépend plus de l'âge.

Le facteur de mortalité prépondérant dans les groupes de personnes les plus âgées est la dépendance qui est le reflet de pathologies souvent multiples.

Ce n'est qu'aux âges les plus avancés et avec des incapacités lourdes que les personnes âgées entrent en institution. Les données issues des recensements et d'enquêtes spécifiques de l'INSEE (enquête Handicap, Incapacités et Dépendance de 1998), montrent par ailleurs que l'âge d'entrée en maison de retraite et en long-séjour est en hausse depuis deux décennies (passant de 80,2 ans en 1976 82,3 ans en 1998 [11]). Les personnes accueillies sont également de plus en plus lourdement dépendantes [12] [13].

L'apparition ou l'aggravation de la dépendance est un facteur majeur de la rupture du maintien à domicile

Parmi les survivants, l'enquête par voie postale montre très clairement le rôle de l'aggravation de la dépendance sur la rupture du maintien à domicile. Le taux d'entrée en institution parmi les survivants est de 18,5 % quand on mesure une aggravation du désavantage selon Colvez, contre 3,5 % pour les personnes dont le niveau de désavantage est resté stable ou s'est amélioré.

Cette observation reste valable quel que soit le niveau de désavantage initialement mesuré, mais elle correspond à des réalités différentes :

- Pour les personnes qui ne présentaient pas d'incapacité notable (Colvez 4), en cas d'apparition de la dépendance, leur maintien à domicile passe en premier lieu par l'organisation des aides humaines et techniques et éventuellement par l'aménagement du logement. Pour 14 % des personnes concernées, ce « premier contact » avec la dépendance aboutit à l'entrée en établissement. Quand l'autonomie est maintenue (personnes toujours classées dans le groupe Colvez 4) seules 1,4 % des personnes âgées entrent en institution. Le recours a l'institution est donc multiplié par 10 quand un désavantage apparaît.

- Pour les personnes en Colvez 2 et 3, l'environnement de la personne âgée était déjà adapté à la prise en charge de la dépendance fonctionnelle en 1997. L'aggravation de l'état de la personne a nécessité une adaptation des aides existantes. Dans plus de 30 % des cas cette augmentation de la charge des aidants a abouti à une entrée en établissement. Mais même sans aggravation du groupe Colvez, les taux d'entrée en institution sont de 8 % pour les personnes en Colvez 3 et de 11 % pour les Colvez 2.

---

[11] Pierre Mormiche, la dépendance : le poids et le souci, p.163 in L'impact des évolutions démographiques sur le système de santé, cahiers de sociologie et de démographie médicale, n°2-3 1999)

[12] M. NEISS, G. ROUVERA, *L'entrée en institution est liée à l'aggravation de la dépendance*, Informations rapides, n°76, pp. 1-4

[13] M. NEISS, C. ALIAGA, *La prise en charge des personnes âgées : maintien à domicile ou hébergement collectif*, Données Sociales 1999, INSEE, pp 256-263

- Pour les personnes en Colvez 1, on ne peut, par définition, plus mesurer d'aggravation du niveau de désavantage. On peut souligner que parmi les survivants, 7 % vivent en institution au moment de la seconde enquête. La majeure partie de ces personnes lourdement désavantagées sont décédées avant la seconde enquête (67 %).

L'enquête au lieu de vie confirme ces résultats : 99 % des personnes dont le GIR est resté stable ou s'est amélioré ont poursuivi leur vie à domicile, la proportion n'est que de 69 % pour ceux qui ont vu leur dépendance s'aggraver.
Comme dans l'enquête postale, on observe un taux d'institutionnalisation important dans le groupe de personnes les moins dépendantes dont l'état s'aggrave. Cette première étape que constitue l'apparition de la dépendance influe fortement sur le maintien à domicile. 54% de ces personnes poursuivent leur vie à domicile. L'adaptation à l'apparition de la dépendance a pu se faire (disponibilité des aidants familiaux ou professionnels, adaptation possible du logement). Pour une proportion importante (46%), cette adaptation ne s'est pas faite, aboutissant à une entrée en institution. Les stratégies de re-cohabitation familiale restent un phénomène marginal dans notre population.

S. ANDRIEU[14] a montré l'importance de l'apparition de troubles comportementaux comme facteur prédictif d'une rupture de la prise en charge à domicile. Selon cette étude, ce n'est pas tant la gravité des troubles que leur impact sur la vie des aidants qui détermine le risque de rupture de prise en charge à domicile. Si notre étude ne permet pas directement de confirmer ces résultats, l'enquête au lieu de vie montre que la perte de la « cohérence » et «l'orientation » (comme définis par la grille AGGIR, voir définition en annexe 1) est associée dans 54 % des cas à une entrée en institution.

Vivre en couple favorise le maintien à domicile

Pour mesurer le rôle du mode de cohabitation sur le devenir des personnes âgées suivies il est particulièrement important de supprimer les effets des facteurs de confusion que sont l'âge et le niveau de désavantage.

L'analyse multivariée montre que la vie en couple est associée à un maintien à domicile plus fréquent ainsi qu'à des taux de survie plus élevés. L'étude de S. ANDRIEU[14] montre, de la même manière que pour les personnes âgées dépendantes, le maintien à domicile est favorisé quand l'aidant est le conjoint.

[14] S. ANDRIEU et coll., *Facteurs prédictifs de la rupture de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes*, Rev. Epidém. et Santé Publ., 1997, 45, pp. 400-406

A niveau de désavantage équivalent, les femmes survivent plus que les hommes

Les taux de mortalité sont plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans notre échantillon. Si on sait de longue date qu'à âge égal la mortalité masculine est supérieure à la mortalité féminine, l'analyse multivariée a permis en outre de démontrer que la surmortalité masculine ne s'explique pas par un niveau de désavantage supérieur. Il s'agirait d'un effet propre du sexe, indépendant de la dépendance, elle même reflet de la pathologie.

En revanche, la régression logistique montre également qu'il n'y pas, parmi les survivants, de différence significative de maintien à domicile selon le sexe. Si les femmes sont plus nombreuses à entrer en institution que les hommes à âge égal, on peut penser, comme M. NEISS[15], que c'est lié à une plus grande fréquence des veuvages pour ces dernières. Les hommes sont plus nombreux à poursuivre leur vie en couple jusqu'à leur décès, ce qui constitue, comme nous l'avons vu, un facteur favorable au maintien au domicile.

Un maintien à domicile plus fréquent en milieu rural

En 1996, l'enquête par voie postale montrait que la proportion de personnes lourdement désavantagées à domicile était plus forte en milieu rural (13 %) qu'en milieu urbain (5 % dans les trois grandes agglomérations alsaciennes et 9 % dans les autres communes urbaines). Un tiers des personnes âgées vivant à domicile dans les communes rurales cohabitaient avec leur famille, alors que la proportion était de un sur dix dans les grandes agglomérations et de un sur cinq dans les autres communes urbaines.

Entre 1996 et 1999, les taux de décès ont été plus élevés dans les communes rurales, ce qui s'explique par les différences d'âge et de niveau de désavantage décrites par la première enquête AGIRA.

Les taux d'entrée en institution sont quant à eux plus faibles pour les personnes vivant en milieu rural (4 %) que pour celles qui vivaient dans les grandes agglomérations (6 %). Cette différence reste significative même à âge, niveau de désavantage et mode de cohabitation égal. Il s'agit sans doute du résultat d'un ensemble de facteurs : type d'habitat (maison individuelle plutôt qu'appartement), différence d'offre ou d'information concernant cette offre et différences touchant les relations entre générations… D'après ESPINASSE[16] la décision de recourir à un service dépend de la perception que la personne âgée a des

[15] M. NEISS, C. ALIAGA, *La prise en charge des personnes âgées : maintien à domicile ou hébergement collectif*, Données Sociales 1999, INSEE, pp 256-263

[16] M.T. ESPINASSE, B. LEFEBVRE, *Les processus décisionnels d'attribution des prestation : personnes âgées dépendantes et services urbains*, Santé Publique, 6, pp 31-40

institutions et des professionnels. Or cette perception dépend en particulier du cadre de vie (rural ou urbain) de la personne[17]…

Les autres facteurs auxquels le devenir des personnes âgées est lié

L'état de santé déclaré

En 1996, 27 % des personnes interrogées déclaraient être en bonne santé et 17 % se disaient en mauvaise santé. Ce facteur était fortement lié à l'âge et au niveau de désavantage (80 % des personnes en Colvez 1 disaient être en mauvaise santé, contre 7 % des personnes en Colvez 4).

Entre 1997 et 1999, les taux de mortalité étaient plus élevés parmi les personnes qui déclaraient être en mauvaise santé. Leur taux de maintien à domicile était également plus faible que ceux de la moyenne des survivants. Ces résultats montrent que les personnes âgées qui ont répondu à la première enquête avaient une bonne perception de leur état de santé.

Si l'état de santé déclaré semble être un bon indicateur du devenir des personnes âgées, il n'a pas été retenu dans nos modèles de régression logistique (voir en annexe 2). En effet, une fois pris en compte l'âge et le niveau de désavantage des répondants, on ne mesure plus de lien entre l'état de santé déclaré et le devenir de la personne âgée. L'état de santé déclaré est donc un indicateur redondant de l'âge et du niveau de dépendance.

Les hospitalisations

Le nombre d'hospitalisations entre 1997 et 1999 n'est connu que pour les personnes ayant répondu à la seconde enquête par voie postale. On a donc pu étudier le rôle de ce facteur sur le maintien à domicile des personnes encore en vie en 1999 mais pas sa relation avec la mortalité.

Parmi les personnes qui ont été hospitalisées au moins trois fois entre 1997 et 1999 seules 55 % ont poursuivi leur vie à domicile. Si le lien entre « hospitalisations multiples » et maintien à domicile reste significatif même après que l'on ait supprimé les effets de l'âge et du niveau de désavantage, nous n'avons pas intégré ce facteur dans notre modèle d'analyse multivariée. Il y a pour cela deux raisons :

[17] M. H. METZGER et coll., *Facteurs prédictifs d'entrée en institution dans le cadre du plan gérontologique du département de Gironde (France),* Rev. Epidém. et Santé Publ., 1997, 45, pp. 203-213

- Les effectifs concernés sont relativement faibles (239 personnes) et ne permettent pas d'avoir un modèle statistique fiable.

- Si on en croit les réponses à cette question, les personnes hospitalisées une ou deux fois pendant la période d'étude sont plus souvent restées à domicile que celles qui n'ont jamais été hospitalisées : il s'agit sans doute ici d'un biais de recueil. C'est-à-dire que, pour cette question, les réponses des personnes vivant à domicile (ou de leur entourage) sont sans doute plus fiables que celles des personnes vivant en institution (ou du personnel de l'établissement).

L'adaptation du logement :

L'enquête au lieu de vie a montré que les personnes dont le logement était jugé « difficile d'accès » par le médecin enquêteur en 1996-1997 sont moins nombreuses à avoir poursuivi leur vie à domicile en 1999.

Le critère de l'accessibilité du logement n'est pas uniquement fonction de l'équipement mais également de la capacité de déplacement de la personne âgée, déjà prise en compte par la mesure du Groupe Iso-ressource de la personne âgée (ou le groupe Colvez pour l'enquête postale). L'enquête au lieu de vie nous permet de connaître le degré d'autonomie fonctionnelle de la personne âgée dans son logement et de mesurer son impact sur le devenir de la personne. Elle ne nous permet pas, en revanche, de discriminer l'effet propre du logement sur le maintien à domicile de la personne âgée.

EN GUISE DE CONCLUSION

Réflexions sur des actions futures

1. Le maintien à domicile

La grande majorité des personnes enquêtées une première fois en 1997 est restée à domicile. Seul 9% de l'échantillon de départ a été accueilli en institution de façon définitive en deux ans et demi.

A domicile, la majorité des personnes sont autonomes pour les activités de la vie quotidienne. Concernant les activités sociales et domestiques, elles bénéficient souvent d'une aide professionnelle pour le ménage et d'une aide de l'entourage pour la gestion administrative. Dans l'ensemble, elles n'envisagent pas d'entrer en institution.
L'enquête a montré qu'en cas d'apparition d'une dépendance pour les actes de la vie quotidienne, le recours à l'institution est fréquent (46%). La personne et son entourage se trouvent alors confrontés à des problèmes qui souvent n'avaient même pas été envisagés. Un manque d'information et de prévoyance peut expliquer en partie ce recours fréquent à l'institution. Cette relative méconnaissance des problèmes se manifeste aussi sur le plan financier. La prestation spécifique dépendance n'est pas connue : 87% des personnes enquêtées en ignorent l'existence.

Plus généralement, cette population manque d'information et de prévoyance concernant le risque de dépendance. Ce besoin d'information n'est pas ressenti par cette population. En 1997, 90% des personnes à domicile non concernées par un état de dépendance se considèrent suffisamment informées. Des campagnes de sensibilisation devraient s'adresser aussi bien à elles qu'à leur entourage.

Pour fournir des informations adéquates à ces personnes, une évaluation médico-psycho-sociale minimale est nécessaire. En fonction des résultats de l'évaluation, un ensemble de conseils et d'informations doit être donné à la personne de manière personnalisée. L'objectif de cette démarche est de tenter de prévenir au mieux les incapacités responsables de la dépendance et de mettre en place, de façon systématique, des stratégies préventives, en vue d'éviter leur aggravation.

Ce rôle d'information peut relever de la compétence d'unités de type CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) tels qu'ils sont développés. Ces organismes devraient contribuer à orienter les personnes vers les structures d'évaluation, de conseils personnalisés, favoriser un recours à des structures hospitalières adéquates et assurer une nécessaire coordination des interventions de soutien.

2. L’évolution de l’aide à domicile

Grâce au suivi de la cohorte nous avons une bonne connaissance des stratégies développées par la population âgée alsacienne confrontée à l’apparition de la dépendance. Nous disposons de données concernant l’évolution des aides fournies aux personnes dont la dépendance est restée stable ou s’est aggravée.

Dans toutes ces situations l’aide apportée par les professionnels augmente. Cette aide ne concerne qu’un nombre limité d’activités. L’aide professionnelle ne dépasse pas trois activités aidées . Ce chiffre est sans commune mesure avec l’aide apportée par l’entourage qui peut aller jusqu’à onze activités aidées pour les personnes les plus dépendantes.

2.1. En cas d'apparition de la dépendance

Lorsque les premières incapacités apparaissent chez des personnes valides (GIR6) ou faiblement limitées (GIR 5), nous constatons que les familles ou l’entourage de proximité assurent des aides pour un nombre croissant d’activités. L’aide assurée par l’entourage professionnel se met également en place.

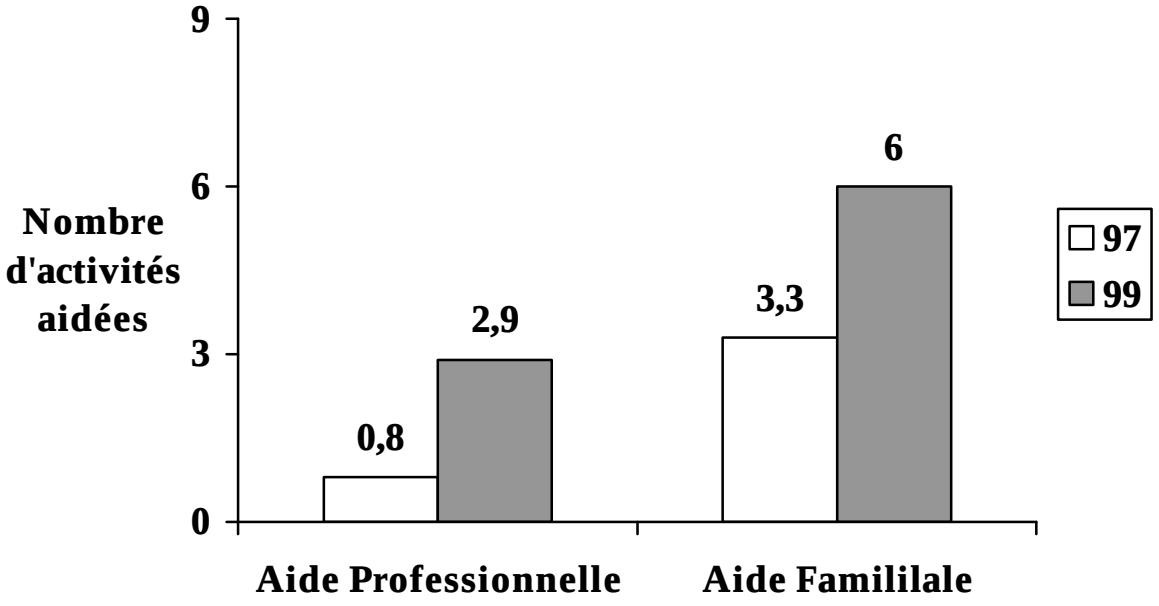
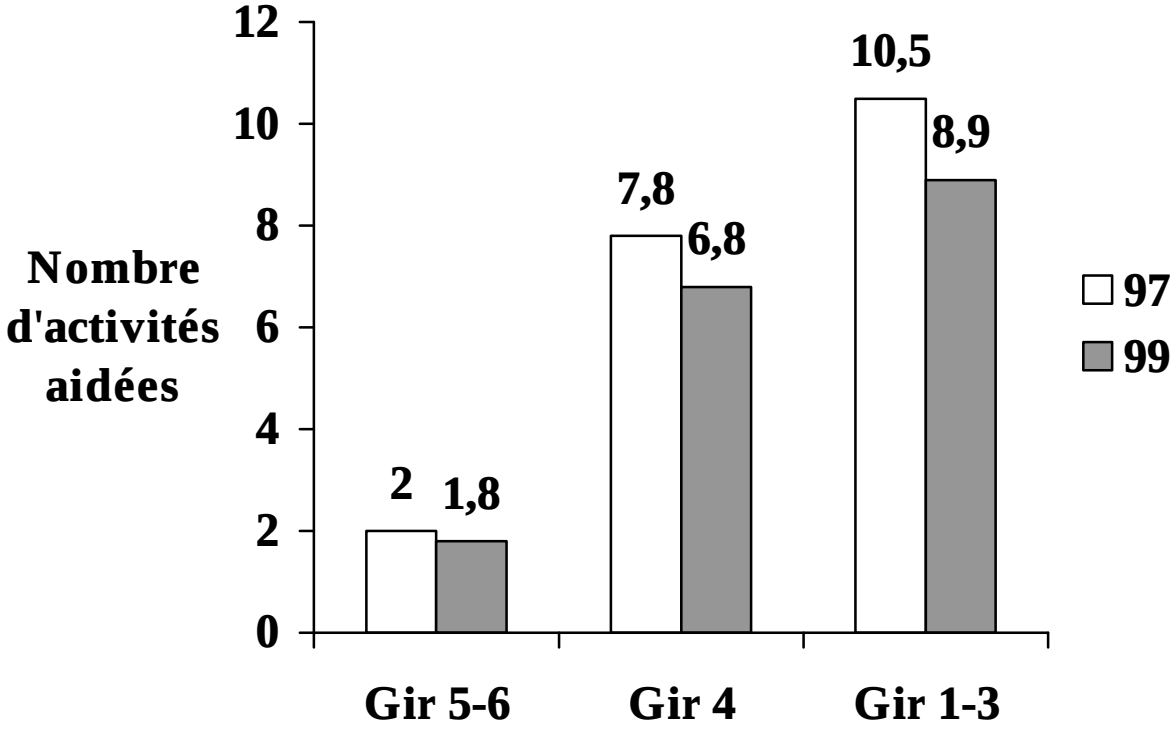


Figure 55 : Evolution de l’aide familiale et professionnelle en cas d’apparition de la dépendance

2.2. En cas de stabilité de l'état de dépendance

Dans les situations où la dépendance est restée stable pendant deux ans et demi, l'aide familiale a tendance à diminuer.

Figure 56 : Evolution de l'aide familiale en cas de stabilité de l'état de dépendance



La réduction de l'aide familiale concerne même les catégories de personnes les plus dépendantes (GIR 1-3) alors que la dépendance et le besoin d'aide restent stables. Cette diminution est d'autant plus importante si l'on considère le nombre d'activités aidées. L'aide professionnelle augmente en compensation de la baisse de l'aide familiale.

2.3 En cas d'aggravation de la dépendance

L'implication de l'entourage familial dans les situations d'aggravation de la dépendance varie selon le niveau de dépendance initial.

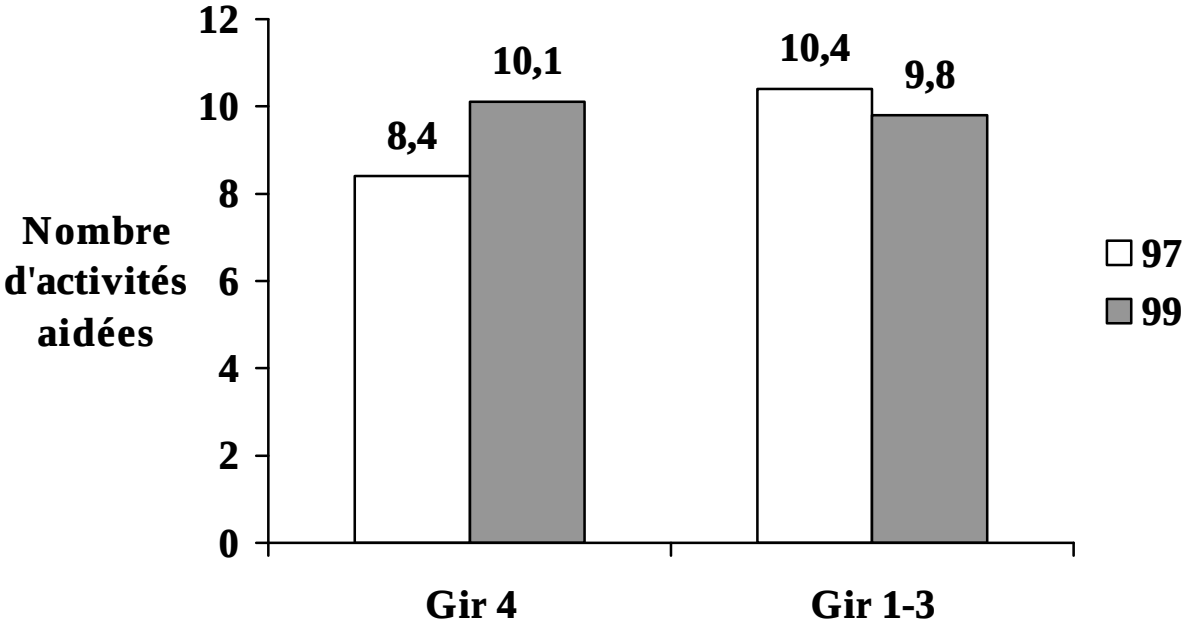


Figure 57 :Evolution de l'aide familiale en cas d'aggravation de l'état de dépendance

Pour les personnes présentant une dépendance modérée (GIR4) qui s'aggrave, l'entourage est encore capable de se mobiliser (comme pour l'entrée en dépendance) et de s'impliquer davantage auprès des personnes en vue de permettre le maintien à domicile.

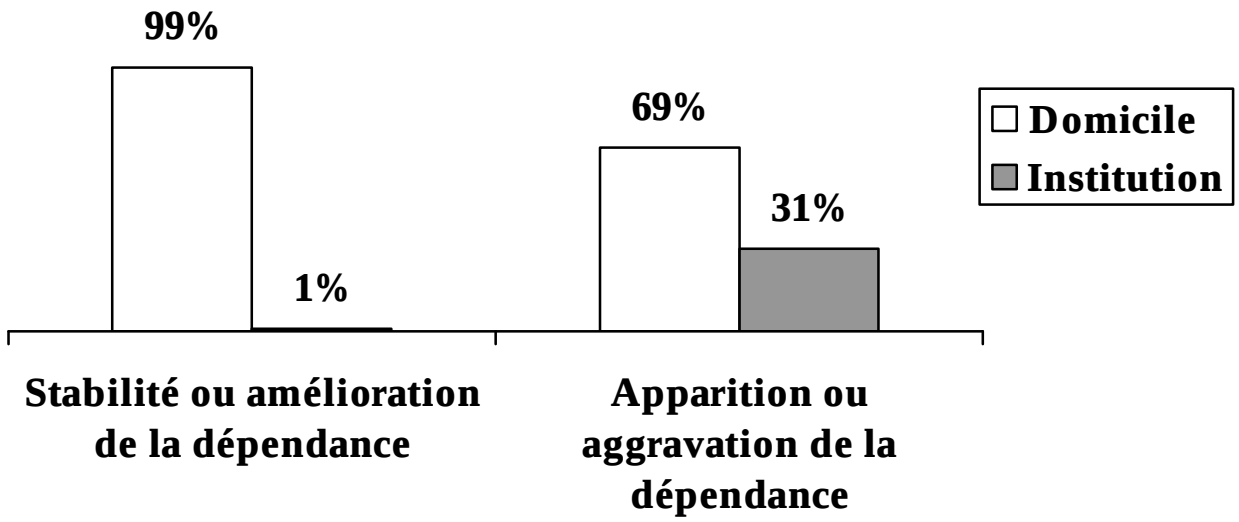
En revanche, dans le groupe des personnes les plus dépendantes (GIR 1-3), en cas d'augmentation du besoin d'aide, l'entourage ne peut maintenir pendant deux ans et demi le niveau des prestations fournies initialement à la personne. Cette baisse n'est que partiellement compensée par l'augmentation de l'intervention des professionnels. Il s'agit d'un véritable épuisement des ressources d'aides apportées par l'entourage non professionnel. Concernant les causes de cette diminution nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses. S'agit-il d'un épuisement physique ou psychologique, de problèmes de tolérance familiale (situation de re-cohabitation avec une personne ayant des troubles cognitifs) ou de problèmes socio-économiques ? Il est fort probable que souvent plusieurs de ces facteurs sont réunis.

Ces constatations incitent à continuer de développer les services et structures contribuant au maintien à domicile. L'épuisement de l'entourage, mis en évidence dans cette enquête, doit amener à favoriser le soutien des familles qui prennent en charge des personnes âgées dépendantes à domicile. Ce soutien doit se manifester concrètement par la création de centres de jour, de lits d'hospitalisation de répit ou d'hébergement temporaire dans des structures pouvant accueillir des personnes âgées nécessitant de nombreuses aides, de services de soins à domicile.

3. Recours à l'institution

Il a concerné 9% de la population suivie pendant les deux ans et demi. La demande réelle n'a pas été évaluée dans cette étude. Il est probable que plus de 9% de cette population aurait pu ou dû bénéficier d'une entrée en institution, si une place avait été disponible. La figure 58 représente le recours à l'institution selon l'évolution de la dépendance dans la population survivante. L'élément déterminant de l'entrée en institution semble être l'apparition ou l'aggravation de la dépendance. D'autres facteurs y contribuent également (isolement, solitude, difficultés financières, …).

Figure 58:
Recours à l'institution selon l'évolution de la dépendance

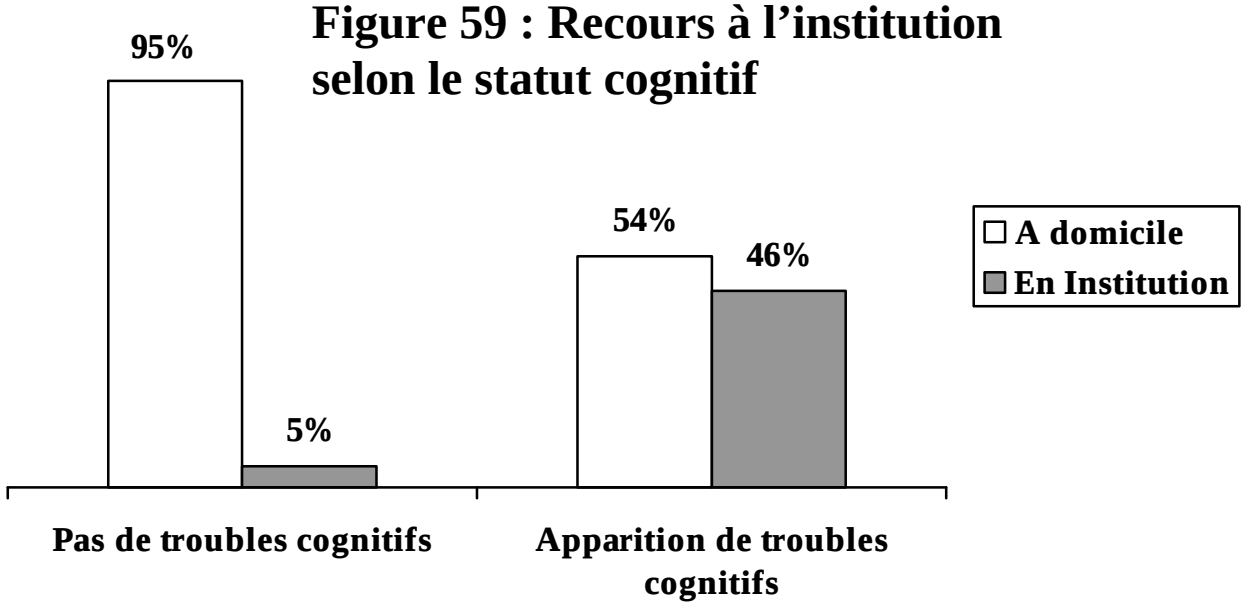


Les projets de création de nouveaux établissements doivent intégrer cette notion de dépendance présente dès l'entrée du futur résidant. Majoritairement, les personnes âgées entrent en établissement en raison d'état de dépendance constitué.
Le premier critère de choix de l'établissement énoncé par les participants concerne la proximité.
L'effort de développement du nombre de places en établissements doit, en toute logique, se porter vers les zones à forte proportion de personnes âgées.

4. Cas particulier des personnes présentant une détérioration intellectuelle

Nous avons sélectionné dans notre population, un sous-groupe particulier de personnes âgées, aux fonctions intellectuelles considérées comme normales en 1997 et qui ont présenté en 1999 des troubles de la cohérence et de l'orientation. Ces critères sont relevés dans la grille AGGIR. Ils permettent de soupçonner un état de démence (Maladie d'Alzheimer ou autres)

Figure 59 : Recours à l'institution selon le statut cognitif



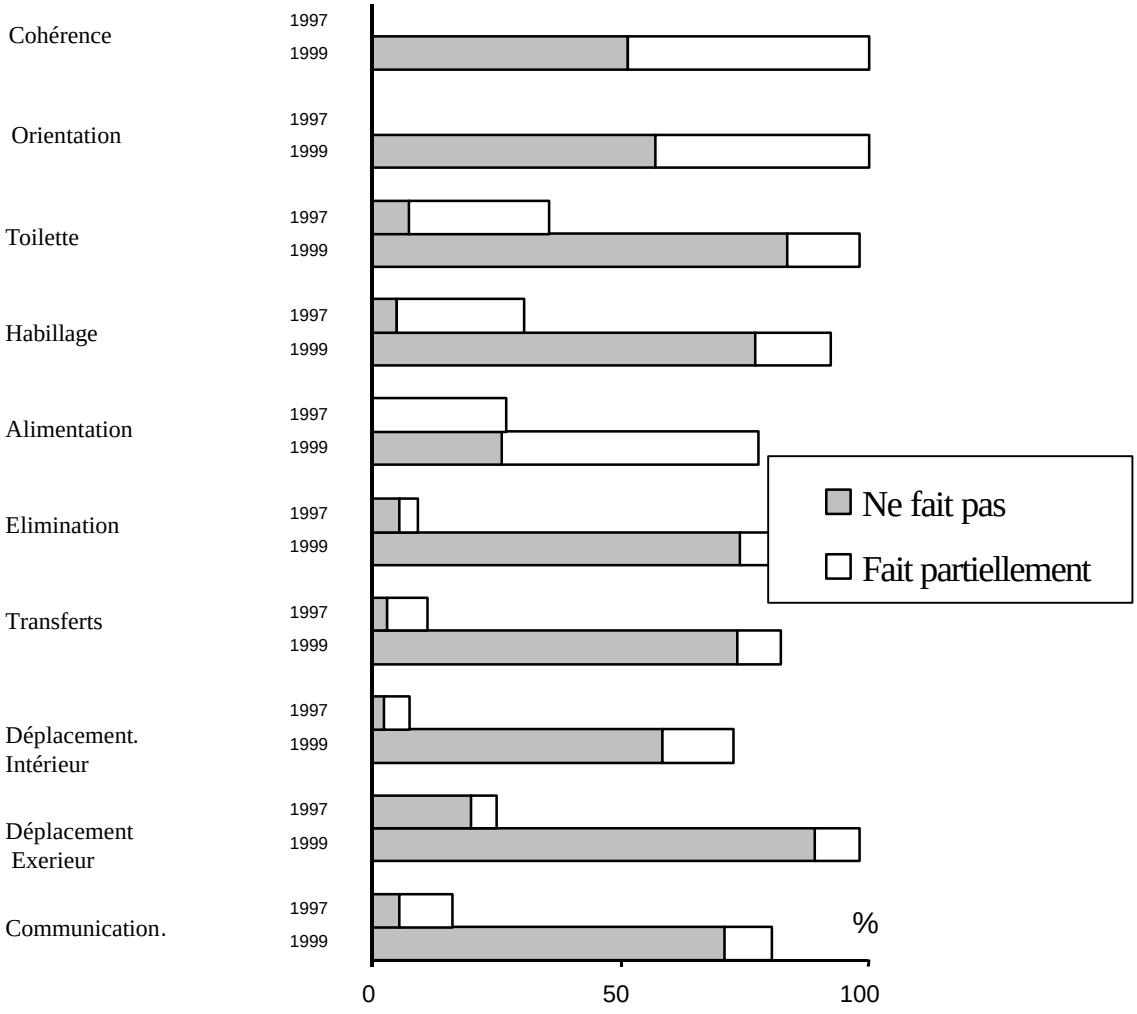
Le recours à l'institution est particulièrement fréquent dans cette population .Près de la moitié de ces personnes a dû être institutionnalisée entre les deux enquêtes, alors que les personnes ne présentant pas ces troubles sont restées à domicile dans 95% des cas.

Il est indispensable de développer l'offre de ce type d'hébergement spécialisé afin de répondre aux besoins existants, voire d'anticiper sur le développement de ce type de pathologie dont la fréquence est liée à l'âge. Les perspectives démographiques permettent d'envisager une augmentation importante de ces pathologies dans les années toutes proches. Actuellement, l'offre en unité spécialisée est insuffisante.

La prise en charge de ces patients est particulièrement délicate dans la mesure où étant incohérents et ne comprenant souvent pas la signification et les raisons de l'aide que l'on veut leur apporter, ils peuvent manifester des troubles du comportement et rendre particulièrement difficile les soins et les aides. L'apparition de cette altération cognitive s'accompagne d'une

aggravation de la dépendance dans tous les domaines de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, élimination, déplacement et transfert). Le développement de cet hébergement spécialisé doit se faire dans le cadre d'établissements pouvant accueillir ces patients lourdement dépendants qui relèvent d'une prise en charge spécifique, le plus souvent peu ou non compatible avec celle des autres résidents.

Figure 60 :
Evolution de la dépendance pour les actes essentiels de la vie courante parmi les personnes qui ont subi une atteinte de la cohérence et de l'orientation



Au total cette étude permet de faire émerger un certain nombre de besoins de la population âgée en Alsace dans les domaines de l'information et de la prévoyance, du soutien aux familles et de l'hébergement spécialisé pour les patients atteints de troubles cognitifs.

ANNEXES

1- Définition des groupes de dépendance selon la grille AGGIR
2- Résultats des régressions logistiques
3- Les médecins enquêteurs
4- Questionnaires

Annexe 1

Définition des groupes de dépendance selon la grille AGGIR (enquête sur le lieu de vie)[18]

La grille AGGIR comporte 17 items répartis en 10 variables discriminantes (actes essentiels) et 7 variables illustratives (activités sociales et domestiques). Seules les variables discriminantes sont prises en compte pour déterminer six groupes iso-ressources (ou groupe GIR). Chaque GIR est un groupe homogène de charge en soins gérontologiques mais les situations individuelles des personnes âgées dans un même groupe peuvent être très différentes.

Les 10 variables discriminantes sont les suivantes :

Cohérence - Orientation - Toilette - Habillage - Alimentation - Elimination urinaire et fécale - Transferts - Déplacement à l'intérieur - Déplacement à l'extérieur - Communication à distance (alerter).

Les 7 variables illustratives sont les suivantes :

Gestion - Cuisine - Ménage - Transports - Achats - Suivi des traitements - Activités du temps libre

Chaque variable a 3 modalités :

modalité A : la personne âgée fait seul, totalement, habituellement et correctement l'activité considérée.
modalité B : la personne âgée fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement l'activité considérée.
modalité C : la personne âgée ne fait pas l'activité considérée.

Exemple pour la variable habillage :

La modalité est C si l'habillage est totalement incorrect, non conforme aux usages, incompatible avec la météo..., si la personne ne peut s'habiller seule.

La modalité est B si la personne ne s'habille que lorsqu'elle y a été invitée et/ou que ses vêtements ont été préparés; si la personne utilise souvent des vêtements sales; si la personne assure l'essentiel de l'habillage, mais pas la totalité.

[18] *Fiches et Guides de recueil des données - GALAAD - L'Assurance Maladie Caisse nationale*
AGGIR. Guide pratique pour la codification des variables, principaux profils des groupes iso-ressources - La revue de gériatrie tome 19, n°4 Avril 1994

Présentation des 6 groupes iso-ressources :

GIR 1 : Personnes ayant perdu toute autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : Deux sous groupes essentiels :

Les grabataires lucides ou dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui n'assurent pas seuls toute ou partie de l'hygiène de l'élimination, de la toilette, de l'habillage et de l'alimentation. Ils nécessitent une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit.

Les déments déambulants ou les détériorés mentaux graves qui ont conservé totalement ou significativement leurs facultés locomotrices ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, ils n'effectuent que stimulés. Ils nécessitent une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour certaines activités corporelles.

GIR 3 : Personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais nécessitant des aides pluriquotidiennes pour leur autonomie corporelle. Ils n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination... Ils ne nécessitent pas une surveillance permanente.

GIR 4 : Deux sous groupes essentiels :
Celles qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui peuvent se déplacer à l'intérieur du logement et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette, l'habillage et dont la presque totalité s'alimente seules.

Celles qui n'ont pas de problème locomoteur mais qu'il faut aider pour les activités corporelles y compris pour les repas.

Pour ces personnes les aides de tiers sont indispensables au lever, au repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part.

GIR 5 : Personnes assurant seules leurs transferts et les déplacements à l'intérieur du logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles nécessitent une surveillance ponctuelle qui peut être étalée dans la semaine et des aides pour la toilette, la préparation des repas et le ménage. Personnes nécessitant une surveillance, une présence et des actions ponctuelles. Typiquement ces personnes ont besoin pour l'essentiel d'heures d'aides ménagères.

GIR 6 : Il regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Définition des variables de la grille AGGIR

Les variables discriminantes sont les suivantes :

Cohérence: converser et/ou se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes, admises par la société dans laquelle on vit.

Orientation: se repérer dans le temps, les moments de la journée, dans les lieux et leur contenu.

Toilette: assurer son hygiène corporelle.

Habillage: cette question porte sur l'habillage, le déshabillage et la présentation. Elle se décompose en 3 parties:

habillage du haut: le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras,
habillage moyen: le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture ou des bretelles,
habillage du bas: le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures.

Alimentation: cette variable comporte 2 parties:
se servir: couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir son verre...
manger: porter les aliments et les boissons à sa bouche et les avaler.

Elimination: assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et anale.

Transferts: assurer ses transferts: se lever, se coucher et s'asseoir. Passer d'une des 3 positions à une autre, dans les 2 sens.

Déplacement à l'intérieur: se déplacer à l'intérieur du lieu de vie, maison ou institution, avec ou sans canne(s), déambulateur, fauteuil roulant...(il n'est pas tenu compte de ces instruments dans l'évaluation).

Déplacement à l'extérieur: on est à l'extérieur quand on est dehors, en plein air, en dehors du lieu de vie tel qu'il a été défini pour la variable "déplacement intérieur".

Communication à distance - Alerter: utiliser les moyens de communication à distance: téléphone, alarme, sonnette, télé-alarme ... dans le but d'alerter.

Les variables illustratives sont les suivantes :

Gestion: gérer ses propres affaires, son budget et ses biens. Se servir de l'argent, reconnaître la valeur des pièces et des billets et connaître la valeur des choses. Effectuer des démarches administratives et remplir des formulaires.

Cuisine: préparer des repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis.

Ménage: effectuer l'ensemble des travaux ménagers.

Transports: utiliser un moyen de transport.

Achats: acquisition directe ou par correspondance.

Suivi du traitement: se conformer à l'ordonnance du médecin.

Activités de temps libre: assurer des activités qui permettent de rompre la monotonie du quotidien.

Annexe 2 :
Résultats des régressions logistiques

Facteurs liés au taux de mortalité

	OR (a)	IC à 95 %
Groupe de désavantage Colvez en 1996 (b)		
Pour les 75-84 ans	3,1	[2,7 ; 3,5]
Pour les plus de 85 ans	2,2	[1,8 ; 2,7]
Classe d'âge en 1996		
75-84 ans (c)	1,0	nc
85 ans et plus et Colvez 1	1,2	[0,7 ; 2,0]
85 ans et plus et Colvez 2	1,6	[0,9 ; 2,9]
85 ans et plus et Colvez 3	2,3	[1,2 ; 4,5]
85 ans et plus et Colvez 4	3,3	[1,5 ; 7,0]
Sexe		
Féminin (c)	1,0	nc
Masculin	2,6	[2,2 ; 2,9]
Mode de cohabitation en 1996		
Seul (c)	1,0	nc
En couple	0,8	[0,6 ; 0,9]
En famille	1,1	[0,9 ; 1,3]
Autre	1,1	[0,8 ; 1,5]

(a) : Odds-Ratio associé au facteur considéré. Si l'OR est supérieur à 1 le facteur est associé à une augmentation du taux de décès. Si l'OR est inférieur à 1, le facteur est lié à une survie plus fréquente. Le lien est significatif si l'intervalle de confiance ne contient pas 1.

*(b) : L'OR associé au groupe Colvez correspond au passage d'un groupe à celui qui lui est directement inférieur. Par exemple, pour les personnes de 75 à 84 ans, l'OR entre les colvez 3 et 4 est de 3,1, l'OR entre les colvez 2 et 4 est alors de 3,1*3,1=9,6, l'OR entre les colvez 1 et 4 est de 3,1*3,1*3,1=29,8.*

(c) : Modalité de référence de la variable, par construction l'OR qui est associé à cette valeur est égal à 1. Les autres OR sont calculés par rapport à cette valeur de référence.

La régression logistique est une méthode d'analyse multivariée qui permet de créer un modèle liant un ensemble de variables explicatives à une variable cible de type oui / non (dichotomique). Cette méthode permet de mesurer l'influence propre d'une variable du modèle sur la variable cible, après ajustement sur les autres variables explicatives (par exemple de connaître le lien entre le sexe et le taux de mortalité, à âge et niveau de désavantage égal...).

Le lien entre une variable explicative et la variable cible est exprimé sous la forme d'un Odds-Ratio (OR), qui quantifie l'augmentation de "l'odds" c'est à dire du rapport : nombre de décès sur nombre de personnes en vie.

Facteurs liés au maintien à domicile
(résultats d'une analyse par régression logistique)

	OR (a)	IC à 95 %
Groupe de désavantage Colvez en 1996		
Personnes dont le désavantage ne s'est pas aggravé		
Colvez 1 et 2 (b)	1,0	nc
Colvez 3	1,8	[1,2 ; 2,8]
Colvez 4	7,4	[4,6 ; 11,7]
Personnes dont le désavantage s'est aggravé		
Colvez 1 et 2 (b)	1,0	nc
Colvez 3	1,5	[1,0 ; 2,3]
Colvez 4	3,3	[1,5 ; 7,3]
Aggravation du désavantage		
Colvez 1 et 2		
Pas d'aggravation (b)	1,0	nc
Aggravation	0,3	[0,1 ; 0,5]
Colvez 3		
Pas d'aggravation (b)	1,0	nc
Aggravation	0,2	[0,1 ; 0,5]
Colvez 4		
Pas d'aggravation (b)	1,0	nc
Aggravation	0,1	[0,0 ; 0,3]
Classe d'âge en 1996		
75-84 ans (b)	1,0	nc
85 ans et plus	0,5	[0,4 ; 0,6]
Sexe		
Féminin (b)	1,0	nc
Masculin	0,9	[0,7 ; 1,2]
Mode de cohabitation en 1996		
Seul (b)	1,0	nc
En couple	3,0	[2,2 ; 4,0]
En famille	3,4	[2,6 ; 4,6]
Autre	1,4	[0,8 ; 2,3]
Type de commune		
communes rurales (b)	1	nc
communes urbaines (hors grandes agglomérations)	0,6	[0,5 ; 0,8]
grandes agglomérations	0,6	[0,5 ; 0,8]

(a) : Odds-Ratio associé au facteur considéré. Si l'OR est supérieur à 1 le facteur est associé à une augmentation du maintien à domicile. Si l'OR est inférieur à 1, le facteur est lié à une baisse de ce taux. Le lien est significatif si l'intervalle de confiance ne contient pas 1.
(b) : Modalité de référence de la variable, par construction l'OR qui est associé à cette valeur est égal à 1. Les autres OR sont calculés par rapport à cette valeur de référence.

Annexe 3 :
Liste des médecins-enquêteurs

Dr Michel BAERHEL

Dr Irina LAMBROU

Dr Yamina MANN-HAMICI

Dr Alain MENNECIER

Dr Hubert MESCHENMOSER

Dr Christine PILLAY

Dr Valérie RENAUX

Dr Daniel WALTER

Dr Jeanine WEBER

Dr Mourad BENAMEUR

Mme Christine MISTRE

Dr Muriel KLINGELSCHMITT

Dr Isabelle FRANCK

Nous tenons à remercier les médecins-enquêteurs tout particulièrement, pour la qualité de leur travail de terrain. Sans leur concours, cette enquête n'aurait pas été possible.

Annexe 4 :
Tableaux de données correspondant aux graphiques

Tableau 5 bis : Evolution du Colvez selon l'âge en 1996

		Colvez 1	Colvez 2	Colvez 3	Colvez 4	Décédé
75 à 79 ans	1997	*0,9*	*2,1*	*15,5*	*81,5*	
	1999	*1,2*	*3,1*	*17,9*	*69,2*	*8,6*

		Colvez 1	Colvez 2	Colvez 3	Colvez 4	Décédé
80 à 84 ans	1997	*1,6*	*6,3*	*24,7*	*67,4*	
	1999	*2,3*	*8,3*	*25,5*	*47,7*	*16,2*

		Colvez 1	Colvez 2	Colvez 3	Colvez 4	Décédé
85 à 89 ans	1997	*4,5*	*10,9*	*34,7*	*49,8*	
	1999	*5,4*	*10,2*	*25,9*	*27,8*	*30,8*

		Colvez 1	Colvez 2	Colvez 3	Colvez 4	Décédé
90 ans et plus	1997	*8,3*	*20,6*	*41,1*	*29,9*	
	1999	*7,9*	*13,0*	*22,1*	*10,3*	*46,7*

Tableau 17 bis : Evolution de la dépendance pour les actes essentiels de la vie des personnes classées en GIR 5 ou 6 en 1997 (n=255)

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Cohérence	1997	*0,0*	*3,3*	*96,7*	100,0
	1999	*1,6*	*4,5*	*93,9*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Orientation	1997	*0,0*	*3,5*	*96,5*	100,0
	1999	*2,1*	*3,7*	*94,2*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Toilette du haut et du bas du corps	1997	*0,1*	*2,0*	*97,9*	100,0
	1999	*7,1*	*7,5*	*85,4*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Habillage	1997	*0,0*	*2,9*	*97,0*	100,0
	1999	*6,0*	*8,2*	*85,8*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Alimentation	1997	*0,0*	*0,5*	*99,5*	100,0
	1999	*1,7*	*4,7*	*93,6*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Transferts	1997	*0,0*	*0,0*	*100,0*	100,0
	1999	*4,1*	*2,1*	*93,8*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Elimination urinaire et fécale	1997	*0,0*	*0,0*	*100,0*	100,0
	1999	*4,6*	*2,9*	*92,6*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Déplacements à l'intérieur	1997	*0,0*	*0,6*	*99,4*	100,0
	1999	*4,0*	*1,4*	*94,6*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Déplacements à l'extérieur	1997	*6,9*	*5,2*	*87,9*	100,0
	1999	*13,6*	*5,2*	*81,2*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Communication à distance	1997	*2,6*	*3,2*	*94,1*	100,0
	1999	*7,5*	*3,1*	*89,4*	100,0

Tableau 18 bis : Evolution de la dépendance pour les activités sociales et domestiques des personnes classées en GIR 5 ou 6 en 1997 (n=255)

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Suivi des traitements	1999	*11,9*	*6,7*	*81,4*	100,0
	1997	*1,1*	*6,3*	*92,6*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Gestion	1999	*34,6*	*7,7*	*57,7*	100,0
	1997	*23,6*	*12,5*	*63,9*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Ménage	1999	*34,8*	*25,1*	*40,1*	100,0
	1997	*28,9*	*25,8*	*45,3*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Cuisine	1999	*33,5*	*7,0*	*59,5*	100,0
	1997	*20,4*	*11,8*	*67,8*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Achats	1999	*29,9*	*14,7*	*55,4*	100,0
	1997	*20,0*	*17,5*	*62,6*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Transport	1999	*23,4*	*11,4*	*65,2*	100,0
	1997	*15,3*	*6,0*	*78,7*	100,0

Tableau 25 bis : Répartition des aides selon les activités et les intervenants en 1997 et 1999 pour les personnes classées en GIR 5 ou 6 en 1997 (n=227)

	Aides apportées par l'entourage*		Aides apportées par les professionnels*	
	1997	1999	1997	1999
Actes essentiels de la vie				
Toilette	*2,2*	*5,8*	*0,5*	*4,5*
Habillage	*2,3*	*5,3*	*0,0*	*5,0*
Alimentation	*0,7*	*3,7*	*0,0*	*0,0*
Elimination	*0,0*	*1,5*	*0,0*	*1,0*
Transferts	*0,4*	*1,6*	*0,4*	*0,8*
Déplac. Intér.	*0,7*	*1,0*	*0,0*	*0,1*
Déplac. Extér.	*11,5*	*11,9*	*0,0*	*0,0*
Activités sociales et domestiques				
Gestion	*36,2*	*39,2*	*1,3*	*0,0*
Cuisine	*30,3*	*28,1*	*6,4*	*9,4*
Ménage	*45,7*	*30,3*	*20,6*	*29,9*
Transports	*18,7*	*21,9*	*2,0*	*0,0*
Achats	*48,0*	*41,4*	*2,1*	*1,9*
Traitements	*6,5*	*12,0*	*0,3*	*1,8*

* Y compris les personnes aidées à la fois par l'entourage et les professionnels

Tableau 26 bis : Taux d'équipement et proportion de personnes ayant une indication médicale d'équipement en 1997 et 1999 pour les personnes classées en GIR 5 et 6 en 1997 (n=227)

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Déambulateur, canne	1997	*27,0*	*0,3*	*0,3*	*27,6*
	1999	*38,5*	*1,8*	*0,7*	*41,1*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Fauteuil roulant	1997	*0,0*	*0,0*	*0,6*	*0,6*
	1999	*1,5*	*0,3*	*0,2*	*2,0*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Barres d'appui	1997	*8,8*	*0,1*	*1,0*	*9,9*
	1999	*9,3*	*4,2*	*3,5*	*16,9*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Soulève malade	1997	*0,0*	*0,0*	*0,3*	*0,3*
	1999	*0,1*	*1,2*	*0,0*	*1,3*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Chaise percée	1997	3,3	0,1	0,5	3,8
	1999	12,9	1,3	0,7	14,9

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Lit médicalisé	1997	*0,1*	*0,0*	*0,3*	*0,4*
	1999	*1,9*	*1,6*	*0,4*	*4,0*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Téléalarme	1997	*4,7*	*5,2*	*1,9*	*11,8*
	1999	*6,0*	*3,7*	*7,4*	*17,1*

Tableau 28 bis : Evolution de la dépendance pour les actes essentiels de la vie des personnes classées en GIR 4 en 1997 (n=126)

		Fait partiellement	Ne fait pas	Fait seul	Total
Cohérence	1999	*14,7*	*18,3*	*67,1*	100,0
	1997	*18,1*	*0,5*	*81,4*	100,0

		Fait partiellement	Ne fait pas	Fait seul	Total
Orientation	1999	*12,2*	*20,0*	*67,8*	100,0
	1997	*18,5*	*1,4*	*80,1*	100,0

		Fait partiellement	Ne fait pas	Fait seul	Total
Toilette du haut et du bas du corps	1999	*37,4*	*40,2*	*22,5*	100,0
	1997	*89,2*	*4,2*	*6,6*	100,0

		Fait partiellement	Ne fait pas	Fait seul	Total
Habillage	1999	*27,4*	*29,4*	*43,3*	100,0
	1997	*78,9*	*2,2*	*18,9*	100,0

		Fait partiellement	Ne fait pas	Fait seul	Total
Alimentation	1999	*11,6*	*25,8*	*62,6*	100,0
	1997	*34,4*	*5,0*	*60,6*	100,0

		Fait partiellement	Ne fait pas	Fait seul	Total
Elimination urinaire et fécale	1999	*31,1*	*24,8*	*44,0*	100,0
	1997	*14,5*	*0,2*	*85,3*	100,0

		Fait partiellement	Ne fait pas	Fait seul	Total
Transferts	1999	*18,0*	*22,4*	*59,5*	100,0
	1997	*19,3*	*0,0*	*80,7*	100,0

		Fait partiellement	Ne fait pas	Fait seul	Total
Déplacements à l'intérieur	1999	*11,3*	*24,9*	*63,8*	100,0
	1997	*11,9*	*0,5*	*87,7*	100,0

		Fait partiellement	Ne fait pas	Fait seul	Total
Déplacements à l'extérieur	1999	*10,2*	*69,5*	*20,3*	100,0
	1997	*27,7*	*39,9*	*32,4*	100,0

		Fait partiellement	Ne fait pas	Fait seul	Total
Communication à distance	1999	*6,0*	*38,6*	*55,5*	100,0
	1997	*10,8*	*17,3*	*72,0*	100,0

Tableau 29 bis : Evolution de la dépendance pour les activités sociales et domestiques des personnes classées en GIR 4 en 1997 (n=126)

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Suivi des traitements	1999	*39,0*	*35,5*	*25,5*	100,0
	1997	*31,3*	*35,5*	*33,2*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Gestion	1999	*84,0*	*2,3*	*13,7*	100,0
	1997	*61,5*	*26,9*	*11,5*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Ménage	1999	*89,7*	*5,2*	*5,1*	100,0
	1997	*82,8*	*17,2*	*0,0*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Cuisine	1999	*85,8*	*3,3*	*10,9*	100,0
	1997	*73,3*	*16,1*	*10,6*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Achats	1999	*94,1*	*1,4*	*4,5*	100,0
	1997	*87,4*	*9,8*	*2,8*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Transport	1999	*83,7*	*10,5*	*5,8*	100,0
	1997	*55,1*	*20,8*	*24,1*	100,0

Tableau 36 bis : Répartition des aides selon les activités et les intervenants en 1997 et 1999 pour les personnes classées en GIR 4en 1997 (n=103)

	Aides apportées par l'entourage*		Aides apportées par les professionnels*	
	1997	1999	1997	1999
Actes essentiels de la vie				
Toilette	*68,1*	*42,2*	*30,0*	*37,2*
Habillage	*70,8*	*38,8*	*11,9*	*18,9*
Alimentation	*27,1*	*27,7*	*5,1*	*0,2*
Elimination	*13,2*	*37,2*	*0,8*	*22,1*
Transferts	*31,6*	*24,4*	*2,0*	*9,5*
Déplac. Intér.	*13,8*	*20,9*	*0,0*	*3,3*
Déplac. Extér.	*64,9*	*56,9*	*0,4*	*5,6*
Activités sociales et domestiques				
Gestion	*84,8*	*82,7*	*4,9*	*4,9*
Cuisine	*87,0*	*74,5*	*12,1*	*18,3*
Ménage	*85,2*	*70,5*	*22,2*	*25,9*
Transports	*63,7*	*63,6*	*6,5*	*0,2*
Achats	*87,2*	*82,7*	*9,7*	*9,9*
Traitements	*46,9*	*46,9*	*12,1*	*20,4*

* Y compris les personnes aidées à la fois par l’entourage et les professionnels

Tableau 37 bis : Taux d'équipement et proportion de personnes ayant une indication médicale d'équipement en 1997 et 1999 pour les personnes classées en GIR 4 en 1997 (n=103)

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Déambulateur, canne	1997	*69,4*	*0,0*	*5,6*	*75,0*
	1999	*92,3*	*0,0*	*0,0*	*92,3*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Fauteuil roulant	1997	*19,0*	*0,2*	*12,8*	*32,0*
	1999	*21,6*	*0,4*	*8,5*	*30,5*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Barres d'appui	1997	*22,8*	*8,9*	*0,2*	*31,9*
	1999	*25,1*	*17,9*	*13,7*	*56,7*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Soulève malade	1997	*0,4*	*0,0*	*6,0*	*6,4*
	1999	*2,0*	*0,0*	*2,5*	*4,5*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Chaise percée	1997	31,1	0,2	1,8	33,1
	1999	46,6	0,6	8,4	55,7

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Lit médicalisé	1997	*2,2*	*1,9*	*0,4*	*4,5*
	1999	*8,3*	*5,4*	*3,9*	*17,5*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Téléalarme	1997	*14,2*	*10,3*	*12,6*	*37,2*
	1999	*15,5*	*2,5*	*10,9*	*28,9*

Tableau 39 bis : Evolution de la dépendance pour les actes essentiels de la vie des personnes classées en GIR 1 à 3 en 1997 (n=190)

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Cohérence	1999	*33,8*	*16,6*	*49,6*	100,0
	1997	*27,5*	*25,0*	*47,5*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Orientation	1999	*36,5*	*18,4*	*45,1*	100,0
	1997	*27,8*	*25,0*	*47,2*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Toilette du haut et du bas du corps	1999	*71,0*	*26,2*	*2,8*	100,0
	1997	*69,4*	*27,0*	*3,6*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Habillage	1999	*64,1*	*30,2*	*5,6*	100,0
	1997	*70,6*	*24,6*	*4,8*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Alimentation	1999	*33,2*	*30,4*	*36,4*	100,0
	1997	*22,3*	*43,2*	*34,5*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Elimination urinaire et fécale	1999	*65,3*	*18,4*	*16,4*	100,0
	1997	*42,6*	*22,8*	*34,6*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Transferts	1999	*55,8*	*18,5*	*25,7*	100,0
	1997	*39,3*	*29,8*	*30,9*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Déplacements à l'intérieur	1999	*43,7*	*16,7*	*39,6*	100,0
	1997	*25,8*	*24,4*	*49,8*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Déplacements à l'extérieur	1999	*81,8*	*14,2*	*4,0*	100,0
	1997	*70,9*	*24,7*	*4,4*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Communication	1999	*63,2*	*5,7*	*31,1*	100,0
	1997	*56,4*	*10,6*	*32,9*	100,0

Tableau 40 bis : Evolution de la dépendance pour les activités sociales et domestiques des personnes classées en GIR 1 à 3 en 1997 (n=190)

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Suivi des traitements	1997	*75,8*	*15,7*	*8,5*	100,0
	1999	*75,6*	*19,0*	*5,4*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Gestion	1997	*93,3*	*4,8*	*1,9*	100,0
	1999	*97,4*	*0,6*	*2,1*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Ménage	1997	*91,1*	*8,9*	*0,0*	100,0
	1999	*99,0*	*1,0*	*0,0*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Cuisine	1997	*94,8*	*3,7*	*1,6*	100,0
	1999	*86,8*	*10,2*	*3,0*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Achats	1997	*96,9*	*2,0*	*1,2*	100,0
	1999	*100,0*	*0,0*	*0,0*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Transport	1997	*89,3*	*9,0*	*1,7*	100,0
	1999	*96,3*	*3,7*	*0,0*	100,0

Tableau 47 bis : Répartition des aides selon les activités et les intervenants en 1997 et 1999 pour les personnes classées en GIR 1 à 3 en 1997 (n=158)

	Aides apportées par l'entourage		Aides apportées par les professionnels	
	1997	1999	1997	1999
Actes essentiels de la vie				
Toilette	*79,3*	*60,1*	*49,7*	*59,2*
Habillage	*88,0*	*68,2*	*43,0*	*52,2*
Alimentation	*79,0*	*62,5*	*3,5*	*2,4*
Elimination	*76,2*	*66,7*	*25,0*	*37,6*
Transferts	*79,9*	*59,2*	*22,1*	*27,1*
Déplac. Intér.	*58,6*	*46,5*	*7,3*	*13,4*
Déplac. Extér.	*71,5*	*59,5*	*1,4*	*1,8*
Activités sociales et domestiques				
Gestion	*99,0*	*95,1*	*1,3*	*0,7*
Cuisine	*95,1*	*84,4*	*8,3*	*13,4*
Ménage	*86,3*	*77,9*	*23,6*	*27,0*
Transports	*53,3*	*44,4*	*7,8*	*1,1*
Achats	*98,2*	*96,0*	*3,4*	*3,7*
Traitements	*89,4*	*84,1*	*8,1*	*16,6*

Tableau 48 bis : Taux d'équipement et proportion de personnes ayant une indication médicale d'équipement en 1997 et 1999 pour les personnes classées en GIR 1 à 3 en 1997 (n=158)

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Déambulateur, canne	1997	*67,4*	*0,0*	*4,3*	*71,7*
	1999	*60,7*	*0,0*	*2,6*	*63,3*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Fauteuil roulant	1997	*41,5*	*2,9*	*8,5*	*52,9*
	1999	*48,6*	*1,1*	*6,0*	*55,7*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Barres d'appui	1997	*19,2*	*7,4*	*15,8*	*42,4*
	1999	*19,8*	*15,7*	*1,5*	*36,9*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Soulève malade	1997	*10,3*	*6,9*	*7,0*	*24,2*
	1999	*15,2*	*1,9*	*1,5*	*18,7*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Chaise percée	1997	69,4	0,4	0,7	70,5
	1999	71,5	1,1	0,0	72,6

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Lit médicalisé	1997	*41,4*	*1,5*	*3,3*	*46,1*
	1999	*58,4*	*1,5*	*3,7*	*63,6*

		Equipement présent	Equipement nécessaire et souhaité	Equipement nécessaire mais refusé	Total besoin
Téléalarme	1997	*6,5*	*10,1*	*3,5*	*20,1*
	1999	*8,8*	*13,9*	*12,9*	*35,6*

Tableau 51 bis : Evolution de la dépendance pour les actes essentiels de la vie courante chez les personnes qui ont subi une atteinte de la cohérence et de l'orientation (n=63)

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Cohérence	1999	*51,7*	*48,3*	*0,0*	100,0
	1997	*0,0*	*0,0*	*100,0*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Orientation	1999	*57,4*	*42,6*	*0,0*	100,0
	1997	*0,0*	*0,0*	*100,0*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Toilette du haut et du bas du corps	1999	*83,5*	*14,9*	*1,7*	100,0
	1997	*7,8*	*28,0*	*64,1*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Habillage	1999	*77,2*	*15,3*	*7,5*	100,0
	1997	*5,3*	*25,6*	*69,1*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Alimentation	1999	*26,3*	*51,9*	*21,8*	100,0
	1997	*0,2*	*26,8*	*73,0*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Elimination urinaire et fécale	1999	*74,1*	*22,2*	*3,8*	100,0
	1997	*5,6*	*3,9*	*90,5*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Transferts	1999	*73,4*	*8,8*	*17,8*	100,0
	1997	*3,0*	*8,4*	*88,6*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Déplacements à l'intérieur	1999	*58,6*	*14,4*	*27,0*	100,0
	1997	*2,4*	*5,5*	*92,2*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Déplacements à l'extérieur	1999	*89,6*	*8,3*	*2,1*	100,0
	1997	*20,0*	*5,0*	*75,0*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Communication à distance	1999	*70,9*	*9,9*	*19,3*	100,0
	1997	*5,6*	*10,7*	*83,7*	100,0

Tableau 52 bis : Evolution de la dépendance pour les activités sociales et domestiques parmi les personnes qui présentent une atteinte de la cohérence et de l'orientation (n=63)

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Suivi des traitements	1999	*62,5*	*37,5*	*0,0*	100,0
	1997	*13,2*	*26,8*	*60,0*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Gestion	1999	*98,3*	*0,0*	*1,7*	100,0
	1997	*49,0*	*21,2*	*29,8*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Ménage	1999	*100,0*	*0,0*	*0,0*	
	1997	*44,0*	*23,3*	*32,7*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Cuisine	1999	*87,1*	*12,9*	*0,0*	100,0
	1997	*40,7*	*6,0*	*53,3*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Achats	1999	*98,3*	*0,0*	*1,7*	100,0
	1997	*71,9*	*1,7*	*26,4*	100,0

		Ne fait pas	Fait partiellement	Fait seul	Total
Transport	1999	*99,6*	*0,2*	*0,2*	100,0
	1997	*38,0*	*16,2*	*45,8*	100,0

Annexe 5 :
Questionnaires

Questionnaire par voie postale

Questionnaire à domicile

Questionnaire en institution