

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion - 2003

**Les résidants de moins de soixante ans dans
les établissements pour personnes âgées du
Val d'Oise : adaptation ou inadéquation ?**

Marc GASTELLU ETCHEGORRY

Sommaire

<u>1</u>	<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>2</u>	<u>CONTEXTE</u>	2
<u>2.1</u>	<u>Les Etablissements</u>	2
<u>2.2</u>	<u>La réforme de la tarification</u>	3
<u>2.2.1</u>	<u>Rappel du système antérieur</u>	3
<u>2.2.2</u>	<u>Les réformes</u>	3
<u>2.3</u>	<u>Les résidents de moins de 60 ans dans le Val d'Oise</u>	5
<u>2.3.1</u>	<u>Le point de vue des psychiatres</u>	5
<u>2.3.2</u>	<u>Les visites de pré-conventionnement</u>	5
<u>2.3.3</u>	<u>La Commission Technique d'orientation et de reclassement professionnel</u>	6
<u>3</u>	<u>PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE</u>	7
<u>3.1</u>	<u>Justification de l'étude</u>	7
<u>3.2</u>	<u>Objectifs</u>	8
<u>3.3</u>	<u>Méthode</u>	8
<u>3.3.1</u>	<u>Enquête auprès des psychiatres de secteur</u>	9
<u>3.3.2</u>	<u>Enquête téléphonique auprès des établissements</u>	9
<u>3.3.3</u>	<u>Enquête portant sur les résidents et sur les établissements</u>	9
<u>3.3.4</u>	<u>Entretiens auprès des résidents et des différents acteurs</u>	12
<u>4</u>	<u>RÉSULTATS</u>	14
<u>4.1</u>	<u>Résultats de l'enquête auprès des psychiatres de secteur</u>	14
<u>4.1.1</u>	<u>Réponses au questionnaire</u>	14
<u>4.1.2</u>	<u>Les demandes d'admission</u>	14
<u>4.1.3</u>	<u>Demandes par secteur</u>	15
<u>4.1.4</u>	<u>Pathologies des patients orientés</u>	15
<u>4.1.5</u>	<u>Les raisons de l'orientation</u>	15
<u>4.1.6</u>	<u>Les établissements d'accueil</u>	16

<u>4.2</u>	<u>Enquête téléphonique auprès des établissements</u>	17
4.2.1	<u>Etablissements du Val d'Oise</u>	17
4.2.2	<u>Capacité des établissements et nombre de résidants</u>	17
4.2.3	<u>Résidants de moins de 60 ans</u>	17
<u>4.3</u>	<u>Résultats de l'enquête descriptive</u>	19
4.3.1	<u>Données générales</u>	19
4.3.2	<u>Sexe</u>	19
4.3.3	<u>Âge à la date de l'enquête</u>	19
4.3.4	<u>Âge à l'admission</u>	20
4.3.5	<u>Evolution des admission</u>	21
4.3.6	<u>Situation familiale</u>	21
4.3.7	<u>Origine géographique</u>	22
4.3.8	<u>Revenus des résidants</u>	22
4.3.9	<u>Filière de soins</u>	23
4.3.10	<u>Principales pathologies</u>	23
4.3.11	<u>Dépendance</u>	25
4.3.12	<u>Démence</u>	25
4.3.13	<u>Les soins</u>	26
<u>4.4</u>	<u>Résultats de l'enquête qualitative et des entretiens</u>	30
4.4.1	<u>Réponses aux questionnaires</u>	30
4.4.2	<u>Les raisons de l'admission</u>	30
4.4.3	<u>Les résidants</u>	32
4.4.4	<u>Les structures</u>	37
4.4.5	<u>Recommandations</u>	39
<u>5</u>	<u>DISCUSSION</u>	41
<u>5.1</u>	<u>Validité des résultats</u>	41
5.1.1	<u>Le nombre de questionnaires</u>	41
5.1.2	<u>Biais de sélection</u>	42
5.1.3	<u>Les informations recueillies</u>	42
5.1.4	<u>Validité externe et comparaison avec les données de la littérature</u>	42
<u>5.2</u>	<u>Principaux résultats</u>	43
5.2.1	<u>Les admissions</u>	43
5.2.2	<u>La population des résidants de moins de 60 ans</u>	43
5.2.3	<u>Les motifs d'admission</u>	44
5.2.4	<u>Les soins</u>	44
5.2.5	<u>L'espace de vie</u>	44

5.2.6	Les difficultés	45
5.3	Recommandations	45
5.3.1	Les pathologies psychiatriques	46
5.3.2	Les personnes handicapées	47
5.3.3	Les pathologies neurologiques et les pathologies lourdes	47
5.3.4	Aménagement des établissements pour personnes âgées	48
6	CONCLUSION	50
	BIBLIOGRAPHIE	51
	LISTE DES ANNEXES	54

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARHIF	Agence Régionale Hospitalière d'Ile de France
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CH	Centre Hospitalier
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
COTOREP	Commission d'Orientation et de Reclassement Professionnel
DRASSIF	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France
EHPAD	Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	GIR Moyen Pondéré
MR	Maison de Retraite
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
PA	Personne âgée
SIIPS	Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

1 INTRODUCTION

Les établissements pour personnes âgées : maisons de retraite, résidences ou foyers et unités de soins de longue durée accueillent des personnes âgées après leur mise à la retraite ; ces personnes ont traditionnellement plus de 60 ans.

Dans le Val d'Oise, les visites de pré conventionnement, réalisées dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées, ont permis de réaliser que la population des résidents de moins de 60 ans avait été jusqu'alors sous-estimée.

Suite à cette réforme, beaucoup d'établissements pour personnes âgées ont été réticents à admettre ce type de résidents. Les psychiatres de secteur du Val d'Oise s'en sont émus. Pour ces derniers, les établissements pour personnes âgées offrirait une alternative à l'hôpital spécialisé, les patients stabilisés y trouvant un environnement « normal » et leur suivi pouvant être assuré par les secteurs psychiatriques. Inquiets de ne pouvoir libérer des lits pour des patients présentant des pathologies plus aiguës, ils ont demandé à la Ddass du Val d'Oise de trouver des solutions pour l'hébergement de leurs patients.

La Ddass du Val d'Oise a trouvé cette situation préoccupante. Les établissements pour personnes âgées ne paraissent pas adaptés à recevoir cette population. La moyenne d'âge des résidents est souvent entre 75 et 85 ans. Les personnes hébergées présentent des poly pathologies, le plus souvent liées au vieillissement. Le projet de vie et le projet de soins de ces structures paraissent difficilement compatibles avec une population plus jeune.

La Ddass du Val d'Oise a demandé au Médecin inspecteur de Santé Publique (MISP) d'investiguer ce problème afin d'étudier ce problème et de proposer des solutions mieux adaptées à cette population.

En raison de la méconnaissance de cette situation, plusieurs études ont été réalisées avec l'objectif d'améliorer ces orientations. La description de cette population, ses origines, son adaptation aux établissements dans lesquels elle réside mais aussi les difficultés inhérentes à sa prise en charge étaient en effet des préalables indispensables à la mise en place d'actions spécifiques.

Après quelques rappels concernant les établissements pour personnes âgées et les réformes qui ont transformé leur fonctionnement, ce mémoire présentera les études qui ont été réalisées, leurs résultats avant de tenter d'en tirer les enseignements essentiels et de formuler des recommandations.

2 CONTEXTE

2.1 Les Etablissements

Quand une personne âgée quitte son domicile pour entrer en institution plusieurs possibilités s'offrent à elle. Ces possibilités dépendent de son degré d'autonomie, de son état de santé, de ses attentes, de ses besoins et de ses moyens.

Conformément à l'article L 633.1 de la loi n°2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain, le foyer logement est un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des espaces communs. Ils sont principalement destinés à des personnes valides ou peu dépendantes.

La maison de retraite est l'hébergement le plus courant après le domicile personnel. C'est une institution qui assure la prise en charge de la personne âgée pour son hébergement, ses soins et sa dépendance.

L'unité de soins de longue durée (USLD) est une instance sanitaire chargée essentiellement de prodiguer des soins aux personnes âgées. L'hébergement y est théoriquement temporaire. En raison des durées de séjour, les USLD sont souvent apparentées aux maisons de retraite et aux foyers logement, les départs étant souvent liés au décès de la personne.

Les établissements pour personnes âgées se caractérisent par une grande diversité des statuts juridiques. Il existe des maisons de retraites publiques, rattachées à un hôpital ou autonomes, privées, à but non lucratif ou commercial, habilitées ou non à l'aide sociale.

Dans le Val d'Oise, les personnes de moins de 60 ans peuvent être admises dans les établissements pour personnes âgées selon trois modalités :

- Après dérogation accordée par la COTOREP⁽¹⁾ pour les personnes de moins de 55 ans
- Après dérogation accordée par le Conseil général pour les personnes entre 55 et 60 ans
- Sans dérogation dans les établissements privés à but lucratif pour les personnes payant leur prix de journée.

¹ Commission d'Orientation et de Reclassement Professionnel

2.2 La réforme de la tarification

2.2.1 Rappel du système antérieur

Avant la réforme, la tarification des établissements pour personnes âgées était dite "binaire" : hébergement d'un côté et soins de l'autre. En fonction du type d'établissement, les procédures s'établissaient de la manière suivante :

A) Les unités de soins de longue durée

Les personnes âgées y entraient sur avis médical comme dans toute autre structure sanitaire. Le prix de journée hébergement dont le montant était déterminé par le président du Conseil général était réglé par le patient ou par l'aide sociale départementale. Les soins, étaient pris en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un forfait global, légèrement supérieur au forfait plafond des sections de cure médicale des maisons de retraite.

B) Les maisons de retraite et les résidences

Les personnes hébergées payaient un prix de journée identique quel que soit leur état de santé et de dépendance. Dans les établissements habilités à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale, le Conseil général intervenait auprès de ces bénéficiaires et finançait, si nécessaire, des postes d'aides-soignants affectés à la section hébergement.

Afin de prendre en compte les phénomènes de vieillissement et de dépendance et en raison des disparités existant entre les départements, plusieurs réformes essentielles ont vu le jour.

2.2.2 Les réformes

a) *L'Allocation Personnalisée d'Autonomie*

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) a pour objectif d'améliorer la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes. Elle a été créée par la loi 2001 – 647 du 20 juillet 2001 en remplacement de la Prestation Spécifique Dépendance. Les conditions d'accès ont été élargies aux personnes moyennement dépendantes, le recours sur succession supprimé et les plafonds de ressources plus que doublés. Il s'agit d'une allocation universelle et personnalisée avec un barème uniforme sur tout le territoire national. On distingue deux allocations :

- L'APA délivrée dans les établissements ayant une capacité supérieure à 25 lits et un Groupe Iso Ressource (GIR) moyen pondéré supérieur à 300
- L'APA délivrée à domicile ou dans les établissements ayant une capacité inférieure à 25 lits ou un GIR moyen inférieur à 300.

b) La réforme de la tarification

Les objectifs de la réforme de la tarification (Décret n° 99-316- du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes – EHPAD -) sont les suivants :

- Allouer aux établissements des moyens en fonction de l'état de dépendance des personnes accueillies et non en fonction de la nature juridique des lits
- Harmoniser progressivement les tarifs afin de réduire les inégalités des personnes par rapport au coût payé pour leur hébergement
- Moderniser la gestion financière et budgétaire
- Renforcer les coopérations

A l'ancienne répartition binaire, se sont substituées trois sections tarifaires : l'hébergement, la dépendance et les soins. L'hébergement et la dépendance sont à la charge du résident, éventuellement "solvabilisé" par l'aide sociale départementale et l'APA. Les soins restent à la charge de l'assurance maladie. Cette réforme s'appuie sur des conventions pluriannuelles tripartites signées entre l'établissement, le Conseil général et l'Etat, comprenant non seulement les conditions financières de fonctionnement mais également une dimension qualitative de la prise en charge.

La nouvelle tarification est liée à l'état de dépendance des personnes accueillies. Celui-ci est classé dans l'un des six GIR de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources).

La présence de résidents de moins de 60 ans n'était pas prévue dans le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Ces établissements semblaient alors destinés à recevoir uniquement des personnes âgées. Le cas particulier des résidents de moins de 60 ans a été précisé par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001. Il en a précisé les modalités de tarification de l'hébergement et des soins.

c) Cas particulier des moins de 60 ans

Concernant les résidents de moins de 60 ans, la tarification est restée binaire ; elle comprend:

- Un prix de journée hébergement composé des charges nettes des sections tarifaires afférentes à l'hébergement et à la dépendance divisées par le nombre annuel de journées prévisionnelles de l'ensemble des résidents de l'établissement
- Un forfait de soins journalier composé des charges nettes de la section soins divisées par le nombre annuel de journées prévisionnelles de l'ensemble des résidents de l'établissement. Les dépenses correspondantes sont prises en compte pour le calcul

de la dotation globale de financement prévue à l'article R. 174-9 du code de la sécurité sociale.

Les règles de tarification précisent que les résidants de moins de 60 ans ne font pas l'objet d'une classification en GIR. Pour équilibrer le budget, les ressources (Allocation pour Adulte Handicapé, Allocation Compensatrice pour Tierce Personne...) correspondant à ces résidants sont portées en recettes en atténuation des prix de journée « hébergement ».

2.3 Les résidants de moins de 60 ans dans le Val d'Oise

La situation des résidants de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées était mal connue. Deux éléments ont permis de la mettre en évidence.

2.3.1 Le point de vue des psychiatres

Lors de la commission de suivi du schéma départemental d'organisation de la psychiatrie du 10 juin 2002, certains chefs de secteur ont fait état de difficultés pour orienter des personnes âgées de moins de 60 ans qu'ils suivent dans les établissements ayant signé la convention tripartite. La réforme de la tarification des EHPAD donnant vocation à ces structures de n'accueillir que des personnes âgées, beaucoup de directeurs se montraient réticents à accueillir des résidants de moins de 60 ans.

Certains psychiatres considèrent que les patients atteints de pathologies psychiatriques trouveraient dans ces établissements un environnement sécurisé et « normalisant ». Ces facteurs permettraient souvent une amélioration de la pathologie. Les psychiatres soulignaient la possibilité du patient d'avoir des contacts avec les autres résidants et une ouverture sur l'extérieur.

Il s'agissait de patients présentant des pathologies diverses mais stabilisées, essentiellement des psychoses déficitaires et des pathologies liées à l'alcool. Le suivi était assuré de manière régulière par les secteurs psychiatriques qui pouvaient intervenir à la demande et les patients étaient de nouveau hospitalisés en cas de décompensation aiguë.

Les difficultés rencontrées entraînaient une « embolisation » des services et beaucoup de psychiatres craignaient que les difficultés à hospitaliser des patients aigus n'augmentent encore par manque de place. Par ailleurs, les psychiatres des secteurs sont à la recherche de solutions pour les patients stabilisés mais nécessitant un hébergement et une prise en charge moins lourde et moins onéreuse que l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie. Inquiets de cette situation, ils ont demandé à la Ddass du Val d'Oise de trouver des solutions pour l'hébergement des leurs patients.

2.3.2 Les visites de pré-conventionnement

Les visites de pré conventionnement sont réalisées par les services de la Ddass et du Conseil général. Elles ont pour objectif d'évaluer l'adéquation des structures et des résidants

et de fixer des objectifs dans l'objectif d'améliorer ou de maintenir la qualité des services rendus au niveau de la vie quotidienne et des soins.

Au cours de différentes visites il est apparu que la présence de résidants de moins de 60 ans n'était pas un phénomène marginal. La priorité du département était de conventionner en premier lieu les établissements de grande capacité. Les équipes ayant réalisé les premières visites de ces établissements ont constaté que la proportion des résidants de moins de 60 ans y était très variable mais pouvait atteindre 15 à 20% dans certaines structures. Le Conseil général partageait ce point de vue. Les rapports d'évaluation des GIR (rapports de « girage ») des résidants faisaient en effet apparaître une proportion non négligeable de résidants de moins de 60 ans. Le Conseil général connaissait cette population à travers les demandes de dérogation des personnes âgées de 55 à 60 ans mais réalisait alors l'ampleur de ce « phénomène ».

2.3.3 La Commission Technique d'orientation et de reclassement professionnel

Les demandes d'admission font l'objet d'une dérogation donnée par la COTOREP pour les habitants du Val d'Oise de moins de 55 ans. L'admission de cette population ne faisait pas l'objet d'une surveillance particulière.

3 PRESENTATION DE L'ETUDE

3.1 Justification de l'étude

Les visites de pré conventionnement et les discussions avec les psychiatres de secteur ont fait prendre conscience à la Ddass du Val d'Oise que la population des moins de 60 ans hébergée dans des établissements pour personnes âgées était loin d'être négligeable. Cette situation n'était pas satisfaisante. Les projets de vie de ces établissements sont élaborés pour des personnes dont l'âge moyen est entre 75 et 85 ans, les soins qui y sont prodigués sont destinés à des personnes atteintes de pathologies liées au vieillissement. L'hypothèse émise était que ces établissements n'étaient pas adaptés à cette population. Les orientations se faisaient par manque de place mais d'autres types d'hébergement et de soins auraient été davantage indiqués.

Afin de déterminer la nature et le nombre d'établissements souhaités, il était nécessaire de connaître cette population, son nombre, le nombre et les motifs des admissions ainsi que les difficultés rencontrées par les résidants eux mêmes et par les équipes travaillant auprès d'eux. Cette connaissance permettrait d'évaluer l'adéquation entre les structures et les résidants et, si l'hypothèse émise était correcte, de pouvoir émettre des préconisations. Dans un deuxième temps, ces recommandations seraient travaillées avec les différents acteurs concernés pour la recherche de solutions opérationnelles. La Ddass du Val d'Oise a missionné le Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) pour étudier ce problème afin de proposer des solutions mieux adaptées à cette population.

Un travail collégial avec les Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales et notamment madame Bénédicte Brunet, a été réalisé. Il a été décidé, dans un premier temps, d'étudier les données disponibles dans le département.

La COTOREP possédait les dossiers correspondant aux demandes des personnes de moins de 55 ans résidant dans le département. L'informatisation des dossiers étant réalisée depuis l'année 2001, l'étude des dossiers antérieurs devait se faire manuellement. Cette étude aurait été longue et difficile car les dossiers sont rangés par ordre alphabétique et non pas par établissement d'accueil. Elle aurait aussi été incomplète en raison de l'origine géographique des résidants, beaucoup de ceux-ci viennent d'un autre département et ne sont donc pas répertoriés.

Le conseil général possédait les dossiers des demandes de dérogation des personnes entre 55 et 60 ans et résidant dans le département. Ici aussi, en raison de l'origine géographique des données, les informations étaient incomplètes.

Toutes les informations étaient très parcellaires et ne permettaient pas d'obtenir un panorama complet de la situation. Afin de pouvoir disposer des données permettant de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse émise, il a alors été décidé de réaliser une étude.

3.2 Objectifs

L'objectif principal de l'étude était de vérifier l'adéquation entre la population des résidents de moins de 60 ans et les établissements pour personnes âgées les hébergeant.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Décrire les établissements recevant des résidents de moins de 60 ans (nombre, types, statuts, capacités)
- Décrire les motifs d'orientation, les caractéristiques, le nombre des demandes d'orientation et notamment par les services de psychiatrie
- Décrire la population des résidents de moins de 60 ans (âge, sexe, origine géographique, filière de soins et facteurs socio-démographiques)
- Décrire les conditions de vie des résidents
- Décrire l'espace de vie des résidents dans les établissements et les soins dont ils bénéficient, notamment le suivi psychiatrique et les soins prodigués par les équipes soignantes
- Réaliser une typologie des résidents par pathologie principale afin de déterminer la meilleure orientation souhaitable
- Dégager les principaux enseignements et recommandations qui serviront de base à un travail multidisciplinaire associant des représentants des établissements, le Conseil général, l'Assurance Maladie, et la Ddass du Val d'Oise afin de mieux gérer les demandes à venir.

3.3 Méthode

Afin d'atteindre ces objectifs, 4 enquêtes ont été proposées et réalisées.

- Une enquête par questionnaire auprès des psychiatres pour décrire le nombre et les motifs d'orientation, les diagnostics des personnes référées et les établissements les accueillant
 - Une enquête téléphonique pour identifier les établissements recevant des résidents de moins de 60 ans et leur nombre
 - Une enquête par questionnaire pour décrire les caractéristiques des résidents, les diagnostics et les soins reçus mais aussi les motivations et les difficultés des établissements
 - Une enquête qualitative par entretiens auprès de résidents et de leurs familles ainsi que des différents acteurs intervenant auprès d'eux. Cette enquête était proposée
- Marc GASTELLU ETCHEGORRY - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2003

pour appréhender les conditions de vie des résidants et le point de vue des équipes travaillant dans les établissements pour personnes âgées.

3.3.1 Enquête auprès des psychiatres de secteur

Un questionnaire a été adressé aux 13 secteurs de psychiatrie présents dans le Val d'Oise. Ces questionnaires portaient sur (cf. annexe 1) :

- Le nombre d'orientations de patients dans des établissements pour personnes âgées en 1999, 2000 et 2001
- Le nombre d'admissions dans ces établissements pendant les mêmes périodes
- Les pathologies des patients orientés
- Les raisons de l'orientation
- Les principaux établissements recevant les patients venant des établissements spécialisés

Les quatre dernières questions étaient des questions ouvertes. Elles avaient été préparées pendant une réunion de suivi du schéma départemental d'organisation de la psychiatrie et aucune indication particulière n'était donnée aux psychiatres destinataires de ce questionnaire.

Ce questionnaire a été envoyé en septembre 2002. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EXCEL (Microsoft, USA).

3.3.2 Enquête téléphonique auprès des établissements

Tous les établissements recevant des personnes âgées ont été appelés et les informations suivantes ont été demandées :

- La capacité théorique de l'établissement dans leurs différents services (soins courants, section de cure médicale, soins de longue durée, EHPAD et résidences)
- La capacité réelle le jour de l'enquête dans les différents services
- Le nombre de résidants de moins de 60 ans le jour de l'enquête par service

Cette enquête a aussi permis de sensibiliser les différents établissements à l'étude, de les prévenir de la réception d'un questionnaire et de préparer celui-ci par des entretiens téléphoniques. Elle a été réalisée du 25 au 29 novembre 2002. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EXCEL (Microsoft, USA).

3.3.3 Enquête portant sur les résidants et sur les établissements

Les établissements étant très différents les uns des autres par leur capacité, leur statut juridique, leur politique d'accueil et le nombre de résidants hébergés, il était impossible d'établir une base d'échantillonnage qui soit représentative de la population étudiée. Il a

donc été décidé d'envoyer un questionnaire à tous les établissements et pour tous les résidents.

Ce questionnaire a été conçu à la lumière des informations recueillies grâce aux deux premières enquêtes. Il s'est aussi inspiré des enquêtes réalisées par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France (DRASSIF) sur les caractéristiques des personnes hébergées en USLD et en maisons de retraite dans la région⁽²⁾. Les définitions et les informations demandées ont été harmonisées avec les questionnaires de la DRASSIF pour permettre une comparaison ultérieure.

Le questionnaire de cette étude était divisé en 2 parties : une partie «établissement » à remplir par la direction de l'établissement et une partie «résident » qui devait être remplie par les services administratifs et les équipes soignantes (équipes salariées ou travaillant en libéral).

Un guide pour remplir les questionnaires était adressé simultanément (Cf. Annexe 2 et 3).

A) Partie établissement

Un questionnaire était adressé par établissement. Il comprenait :

Une partie générale servant à identifier l'établissement précisant le nom de l'établissement, son type (maison de retraite, USLD, résidence ou foyer) et son statut juridique (établissement public, privé ou privé à but non lucratif et le nombre de résidents de moins de 60 ans à la date de remplissage du questionnaire).

Une partie plus spécifique et ouverte concernant les motivations d'admission de résidents et les difficultés rencontrées avec les résidents installés et leur admission ainsi que les perspectives d'admission pour l'avenir.

B) Partie résidents

Un questionnaire par résident devait être rempli. Il comportait des demandes d'informations administratives et médicales. Afin de respecter l'anonymat des résidents et la confidentialité des informations rapportées, ces questionnaires ne comprenaient pas le nom des résidents. Les trois premières lettres du nom et du prénom étaient demandées pour éviter les confusions lors du remplissage du questionnaire ; elles n'ont pas été saisies.

a) *Informations administratives*

²) DRASSIF, Service études et statistiques. Etudes Statistiques : N°1 – mars 2001. Soins de longue durée Typologie des patients.

DRASSIF, Service études et statistiques. Etudes Statistiques : N°4 – novembre 2002. Maison de retraite, Typologie des patients.

Elles portaient sur les caractéristiques administratives du résidant :

- Nom et prénom (les trois premières lettres)
- Sexe
- Date d'admission dans l'établissement : date d'entrée dans l'établissement inscrite dans le dossier de la personne
- Date de naissance. L'âge à l'admission a été calculé à partir de ces 2 dates
- Code postal du dernier domicile avant l'admission. Si le résidant était hospitalisé avant son admission, il était demandé de préciser le code postal de son domicile et non celui de la structure dans laquelle il était hospitalisé
- Situation familiale avant l'admission
- Revenus mensuels du foyer : pour les couples et pour les célibataires
- Aides reçues pour raisons de santé : compléments perçus par le résidant (allocations, pensions, indemnités et rentes)
- Filière de soins : origine du résidant à son admission initiale sans tenir compte des séjours transitoires en services hospitaliers ou autres

b) *Informations médicales*

Elles portaient sur les informations suivantes :

- GIR et date du dernier « girage ». Pour faciliter l'analyse, ces données ont été regroupées deux par deux (GIR 1 – 2, 3 – 4 et 5 – 6)
- Démence : définie comme une diminution progressive et irréversible des fonctions supérieures liée à une atteinte cérébrale organique (par opposition aux affections purement psychiatriques). Les modalités du diagnostic de démence restaient propres à chaque médecin.
- Motif médical d'entrée : maladie ou symptômes ayant conduit à l'admission du résidant
- Pathologie de fond : maladie responsable du motif médical d'entrée
- Autres pathologies chroniques
- Soins par d'autres intervenants : soins dispensés de manière régulière au résidant par des intervenants autres que les gériatres, les médecins intervenant dans l'établissement ou les infirmières. Ces intervenants pouvaient appartenir au service ou à l'établissement ou être extérieurs à ce dernier. Les spécialistes devaient être renseignés ainsi que la fréquence de suivi (exprimée en jour, semaine ou mois). Une liste type d'intervenants était fournie dans le guide méthodologique. L'origine des psychiatres était demandée (psychiatre de l'établissement, libéral, de secteur, hospitalier).
- Intensité des soins infirmiers. L'information demandée portait sur les soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS). Les SIIPS permettent d'apprécier de manière globale et synthétique la charge en soins infirmiers pour un résidant et ce à

partir de la demande de soins du résidant. Les soins étaient divisés en 3 fonctions de soins : soins de base, soins techniques et soins relationnels et éducatifs.

Les soins de base sont en concordance avec les besoins fondamentaux : l'alimentation, la locomotion / mobilisation, l'élimination, l'hygiène et le confort.

Les soins techniques recouvrent tous les actes de soins liés à la prescription médicale pour l'application des thérapeutiques, l'aide aux actes diagnostiques et la surveillance aux traitements.

Les soins éducatifs et relationnels sont aussi corrélés à des besoins fondamentaux : communiquer, s'occuper en vue de se réaliser, éviter les dangers, apprendre.

Il était demandé d'effectuer la cotation en équipe, en présence d'infirmières et d'aide soignantes. Cette cotation permet d'attribuer 4 coefficients en fonction de l'intensité des soins : coefficients 1, 4, 10 et 20, allant des soins les plus « légers » aux soins les plus lourds.

Concernant les motifs d'admission, les pathologies de fond et les autres pathologies chroniques, aucune liste n'a été proposée. Les diagnostics étaient laissés à la libre appréciation des médecins.

Une explication des SIIPS et une grille de notation étaient fournies avec le guide méthodologique.

Ces données ont été saisies sur le logiciel EPI-INFO (logiciel domaine public, CDC, Atlanta, USA), elles ont été analysées sur les logiciels EPI-INFO et EXCEL.

Toutes les pathologies ont été codées en rapport à la classification internationale des maladies (CIM 10) puis regroupées en diagnostics cohérents prenant en compte les motifs d'admission et la pathologie de fond.

En raison du caractère exhaustif de la population étudiée, les intervalles de confiance liés aux différents résultats obtenus n'ont pas été calculés. Les comparaisons de pourcentage ont été réalisées avec un risque α égal à 5%.

3.3.4 Entretiens auprès des résidants et des différents acteurs

Afin de pouvoir compléter les enquêtes préalables par une approche plus qualitative et d'obtenir le point de vue des résidants de moins de 60 ans, plusieurs entretiens et tables-rondes ont été réalisés.

Deux grilles d'entretiens ont été utilisées pour conduire les discussions : une pour les résidants et une pour les équipes rencontrées. Cette dernière grille était adaptée en fonction de la profession de l'interlocuteur (administratif ou médical).

Au total, des entretiens ont été réalisés avec :

- 8 résidants
 - 1 résidant hébergé dans la résidence Condat
 - 3 résidants dans la maison de retraite du centre hospitalier du Vexin
 - 2 résidants dans l'USLD de Carnelle
 - 2 résidants dans la maison de retraite du centre hospitalier de Gonesse
- 3 personnes du Conseil général dont le médecin en charge des personnes âgées
- 1 médecin de l'Agence Régionale Hospitalière d'Ile de France
- 6 médecins gériatres travaillant dans 4 établissements
- 6 directeurs d'établissement (dont 1 entretien téléphonique)
- 1 chef du bureau des admissions
- 1 directeur de soins
- 2 cadres supérieurs de santé

Parmi tous ces entretiens, 7 entretiens avec les résidants et 5 avec les professionnels ont été individuels, les autres ont été réalisés à travers 5 tables-rondes cf. annexe 4.

Tous ces entretiens ont été retranscrits et triés en fonction des thèmes abordés.

4 RESULTATS

4.1 Résultats de l'enquête auprès des psychiatres de secteur

4.1.1 Réponses au questionnaire

Sur l'ensemble des 13 questionnaires envoyés, 10 secteurs ont répondu. Les réponses aux questions sont parfois incomplètes. Les éléments suivants doivent être notés :

- Le Centre hospitalier de Pontoise n'a fourni des informations que pour 2001
- Les secteurs rattachés au Centre hospitalier de Pontoise (G01, G02 et G12) et au Centre Hospitalier d'Argenteuil (G05 et G06) ont donné des réponses cumulées pour leurs secteurs respectifs
- Les secteurs rattachés du Groupement Hospitalier Eaubonne-Montmorency et le secteur G11 rattaché au Centre Hospitalier de Gonesse n'ont pas répondu au questionnaire

4.1.2 Les demandes d'admission

Les adultes de moins de 60 ans représentent en moyenne 85% de la file active de chaque secteur ou groupe de secteur. Parmi ces patients et par secteur, 1 à 8 patients (2 en moyenne) ont fait l'objet d'une demande d'orientation vers une structure d'accueil pour personnes âgées, cf. tableau I. L'extrapolation des données à tous les secteurs fait apparaître une moyenne de 25 demandes par an et de 13 admissions avec 30 demandes et 20 admissions (66%) en 2001.

Tableau I Demandes d'admission de patients souffrant de pathologies psychiatriques dans les établissements pour personnes âgées. Val d'Oise. Octobre 2002.

Années et réponses	Réponses des secteurs			Données extrapolées à 13 secteurs		
	<u>Demandes</u>	<u>Admissions</u>		<u>Demandes</u>	<u>Admissions</u>	
	Nombre	Nombre	%	Nombre	Nombre	%
1999 (7 secteurs/13)	12	6	50%	22	11	50%
2000 (7 secteurs/13)	12	5	42%	22	9	41%
2001 (10 secteurs/13)	23	15	65%	30	20	66%
Total sur 3 ans	47	28		74	40	54%
Moyenne/an				25	13	

4.1.3 Demandes par secteur

Les demandes sont très inégales : entre 1 et 8 demandes par secteur et par an. Elles concernent essentiellement les patients hospitalisés (hospitalisation complète) ; seules 23% des demandes d'orientation concernent des patients suivis en ambulatoire sur la période 1999-2001. Elles proviennent essentiellement des secteurs rattachés au Centre hospitalier d'Argenteuil et de Pontoise (respectivement 83% et 17% du total des demandes d'orientation pour des patients suivis en ambulatoire).

4.1.4 Pathologies des patients orientés

L'orientation vers les structures d'accueil pour personnes âgées est demandée par les secteurs de psychiatrie pour les patients présentant des psychoses chroniques, souvent déficitaires. La stabilisation de ces patients et l'absence de troubles du comportement ou d'agressivité permet aux services de psychiatrie d'envisager une intégration en maison de retraite ou en USLD.

Les patients orientés sont parfois atteints de démences.

Ces pathologies psychotiques sont souvent compliquées par des pathologies somatiques, qui nécessitent des soins de nursing.

4.1.5 Les raisons de l'orientation

Toutes les réponses mentionnent la perte d'autonomie et l'incapacité à accomplir seul les actes de la vie quotidienne. L'absence d'entourage familial, rendant nécessaire une prise en charge en institution, constitue un des motifs les plus déterminants pour ce type d'orientation.

Pour beaucoup de psychiatres, les patients concernés demandent un suivi psychiatrique mais ne nécessitent plus une hospitalisation en service aigu. Ils sont adaptés à la vie en institution mais un retour à l'autonomie est difficilement envisageable.

Par ailleurs, ces patients sont souvent en situation de précarité financière, et donc de difficulté pour l'accès à un logement.

Une orientation pourrait être envisagée vers des structures pour adultes handicapés, mais certaines réponses aux questionnaires soulignent le manque de places en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) ou foyer de vie. De plus, certains psychiatres mentionnent l'intérêt d'un contact avec les personnes âgées comme un élément rassurant pour les patients psychotiques stabilisés.

Enfin, le coût du séjour en psychiatrie est considéré comme un élément souvent pris en compte dans les demandes d'orientation.

4.1.6 Les établissements d'accueil

Le nombre de patients orientés dans les différentes structures n'ayant pas été demandé dans le questionnaire, il est impossible de quantifier les admissions par type d'établissement. Néanmoins, les réponses obtenues permettent de dresser le bilan suivant :

- Les structures d'accueil sont essentiellement des établissements publics de santé : 13 établissements sur les 22 mentionnés (59%) parmi lesquels les maisons de retraite et les USLD hospitalières tiennent les premières places
- Des maisons de retraite autonomes et dans une moindre mesure certains établissements privés à but lucratif admettent aussi des patients suivis en psychiatrie

4.2 Enquête téléphonique auprès des établissements

4.2.1 Etablissements du Val d'Oise

Tous les établissements du Val d'Oise ont été interrogés par téléphone du 25 au 29 novembre 2002, soit au total 118 établissements. Les établissements ont été comptés pour une seule unité même s'ils possédaient une maison de retraite et une USLD. A la fin du mois de novembre 2002, les 118 établissements comprenaient 30 établissements publics, 36 établissements privés à but lucratif et 52 établissements privés à but non lucratif. La distribution de ces établissements par type de structure est décrite dans le tableau II.

Tableau II Distribution des établissements pour personnes âgées par statut et par type. Val d'Oise. Novembre 2002.

Statut	Maison de Retraite	Résidences et foyers	USLD	USLD et Maison de Retraite	Total
Publics	8	15	2	5	30
Privé Lucratif	34	2			36
Privé Non Lucratif	28	23	1		52
Total	70	40	3	5	118

4.2.2 Capacité des établissements et nombre de résidents

Au total les 118 établissements disposaient d'une capacité théorique de 9 059 places, hors accueils de jour et placements temporaires. Le nombre de résidents présents à fin novembre 2002 était de 8 563, soit un taux d'occupation de 95% cf. tableau III.

Tableau III Distribution des établissements pour personnes âgées par statut, fonction, capacité théorique et nombre de résidents présents. Val d'Oise. Novembre 2002

Etablissements	Capacité théorique				Nombre de résidents présents				
	MR	USLD	Rés.	Total	MR	USLD	Rés.	Total	TO
Publics	1246	852	1 010	3 108	1 178	828	964	2 970	96%
Privé lucratif	1 821	0	225	2 046	1 750	0	206	1 956	96%
Privé non lucratif	2 316	80	1 509	3 905	2 155	78	1 404	3 637	93%
Total	5 383	932	2 744	9 059	5 083	906	2 574	8 563	95%

MR : maisons de retraite, USLD : unités de soins de longue durée, Rés : résidences et foyers.

TO : taux d'occupation

4.2.3 Résidents de moins de 60 ans

Au total, 244 personnes de moins de 60 ans étaient résidentes dans 52 établissements (soit 44% des établissements). Dans ces 52 établissements le nombre moyen de résidents de moins de 60 ans était de 4,7. Les variations entre établissements étaient très importantes :

on notait 23 établissements avec un seul résidant de moins de 60 ans et 3 établissements avec plus de 20 (2 USLD, dont une avec 40 résidants de moins de 60 ans et un établissement regroupant une USLD et une maison de retraite). Ces résidants étaient accueillis dans les structures suivantes :

- 18 établissements publics sur 30 (60%),
- 9 établissements privés à but lucratif sur 36 (25%) et
- 25 établissements à but non lucratif sur 52 (47%).

Les personnes de moins de 60 ans représentaient 2,8% du total des personnes résidentes en établissement pour personnes âgées. Cette proportion variait en fonction du type d'établissement : maisons de retraite, USLD et résidences. Ces proportions étaient respectivement de 2,0%, 11,8% et 1,3%, cf. tableau IV.

Tableau IV Nombre de résidants de moins de 60 ans par statut et type d'établissements pour personnes âgées. Val d'Oise . Novembre 2002

	<u>Maisons de retraite</u>		<u>USLD</u>		<u>Résidences</u>		<u>Total</u>	
	< 60 ans	%	< 60 ans	%	< 60 ans	%	< 60 ans	%
Publics	50	4,2%	95	11,5%	13	1,3%	158	5,3%
Privé Lucratif	16	0,9%	0	-	0	0,0%	16	0,8%
Privé Non Lucratif	37	1,7%	12	15,4%	21	1,5%	70	1,9%
Total	103	2,0%	107	11,8%	34	1,3%	244	2,8%

4.3 Résultats de l'enquête descriptive

4.3.1 Données générales

A la date du 07/03/03, 185 questionnaires ont été recueillis en provenance de 29 établissements. Un résidant venait de fêter son 60^{ème} anniversaire, étant entré en 1994, il a été inclus dans l'étude.

En prenant pour base les résultats de l'enquête réalisée par téléphone en novembre 2002, ces données portent sur 76% des résidants (185 / 244) et 56% des établissements (29 / 52).

Les 185 résidants étaient hébergés dans les établissements suivants :

- 85 en maison de retraite
- 95 résidants en USLD
- 9 résidants en résidence

4.3.2 Sexe

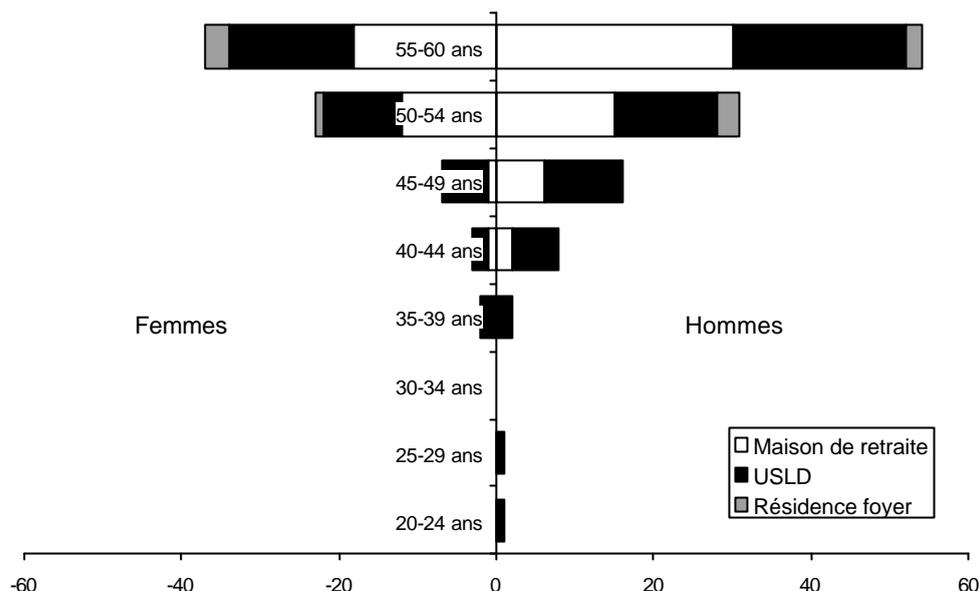
On dénombrait au total 113 hommes et 72 femmes de moins de 60 ans, soit un sex ratio (H/F) de 1,6. Concernant les maisons de retraite, les USLD et les résidences les sex ratio étaient respectivement 1,7, 1,3 et 1,5.

4.3.3 Âge à la date de l'enquête

A la date de l'enquête, la moyenne d'âge de l'ensemble des résidants de moins de 60 ans était de 53 ans (21 à 60 ans). Cette moyenne était différente en fonction du type d'établissement : respectivement 54, 51 et 56 ans dans les maisons de retraite, les USLD et les résidences.

L'âge médian des résidants de moins de 60 ans était 54 ans, il était respectivement 55, 53 et 56 ans dans les maisons de retraite, les USLD et les résidences. La distribution des résidants par âge d'admission et par sexe est illustrée dans la figure 1.

Figure 1 Distribution des résidents de moins de 60 ans, par âge, sexe et type d'établissement pour personnes âgées. Val d'Oise. Février 2003.

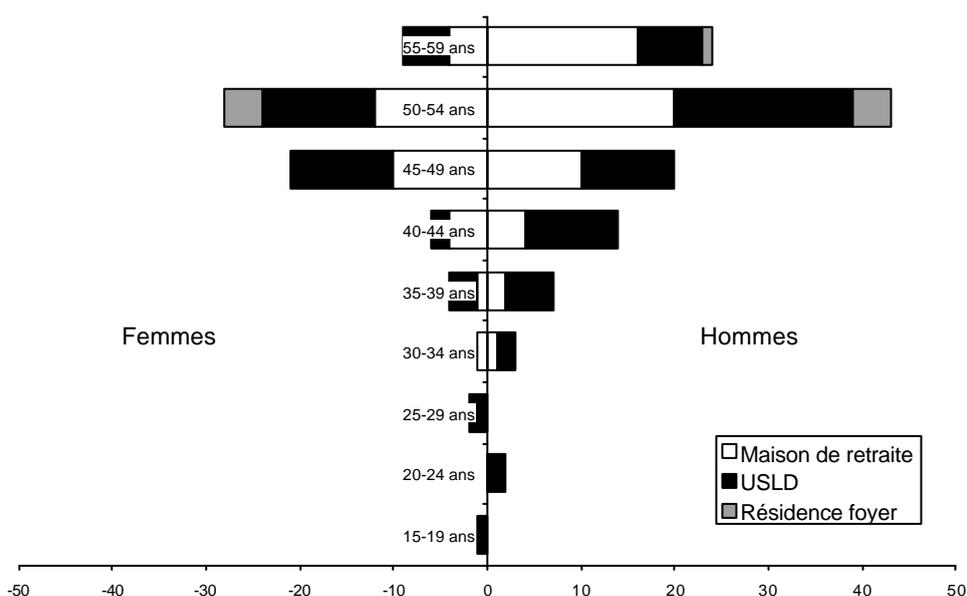


4.3.4 Âge à l'admission

L'âge moyen à l'admission des 185 résidents était de 49 ans, il était respectivement de 50, 47 et 53 ans dans les maisons de retraite, les USLD et les résidences.

L'âge médian à l'admission était de 51 ans, il était respectivement de 51, 49 et 53 ans dans les maisons de retraite, les USLD et les résidences. La distribution des résidents par âge à l'admission, sexe et type de structure est illustrée dans la figure 2.

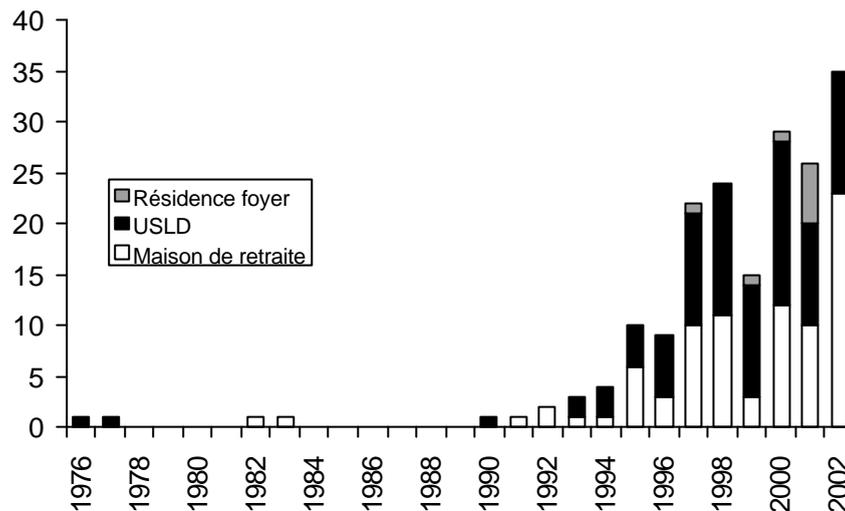
Figure 2 Distribution des résidents de moins de 60 ans par âge d'admission, sexe et type d'établissement pour personnes âgées Val d'Oise Février 2003.



4.3.5 Evolution des admission

Les 185 résidants ont été admis dans des établissements pour personnes âgées entre 1976 et 2002. Ces admissions sont en augmentation : 181 résidants (98%) ont été admis à partir de 1990, 151 (82%) à partir de 1997. Pendant cette période le nombre moyen de résidants admis était de 21 résidants par an, cf. figure 3.

Figure 3 Distribution des résidants de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées par année d'admission et par type de structure. Val d'Oise. Février 2003.



4.3.6 Situation familiale

Pour 9 résidants (5%), la situation familiale était inconnue. Parmi les 176 renseignés; 26 (15%) vivaient en couple, 122 (69%) vivaient seuls et 28 (16%) chez leurs parents, chez leurs enfants ou chez des amis, cf. tableau V.

Parmi les personnes vivant seules, 73 (60%) étaient célibataires et 39 (32%) étaient divorcées ou séparées.

Tableau V Distribution des résidants en établissement pour personnes âgées par situation familiale et type d'établissement. Val d'Oise. Février 2003.

Situation familiale	Couple		Seul		Autre (*)		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Maison de retraite	10	13%	53	68%	15	19%	78
Résidence foyer	1	11%	5	56%	3	33%	9
USLD	15	17%	64	72%	10	11%	89
Total	26	15%	122	69%	28	16%	176

(*) Chez des parents, des enfants ou des amis

4.3.7 Origine géographique

L'origine géographique était inconnue pour 18 résidants (10%). Parmi les 167 résidants renseignés, 92 (55%) étaient domiciliés dans le Val d'Oise, 68 (41%) habitaient en Ile de France hors Val d'Oise, 4 (2%) hors de l'Ile de France et 3 (2%) étaient sans domicile fixe.

4.3.8 Revenus des résidants

Seules deux réponses concernaient les revenus de couple. Les informations recueillies portent essentiellement sur les revenus individuels : 107 réponses ont été obtenues. Beaucoup d'informations sur les revenus n'étaient pas disponibles en raison du nombre de résidants sous tutelle. Les revenus moyen et médian des résidants de moins de 60 ans en établissement pour personnes âgées étaient respectivement 768 et 625 € par mois ; 68 résidants (64%) avaient un revenu mensuel entre 500 et 999 € cf. tableau VI.

Tableau VI Revenus des résidants de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées. Val d'Oise. Février 2003.

Revenu mensuel (€/ mois)	<u>Maison de retraite</u>		<u>USLD</u>		<u>Résidence foyer</u>		<u>Total</u>	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0-499	8	20%	10	17%	0	0%	18	17%
500-999	27	68%	35	58%	6	86%	68	64%
1000-1499	2	5%	8	13%	1	14%	11	10%
1500-1999	3	8%	6	10%	0	0%	9	8%
2000-2499	0	0%	1	2%	0	0%	1	1%

Les allocations et compléments versés par les différentes caisses sont inclus dans les revenus ; 132 résidants (71%) recevaient au moins un complément, 6 résidants (3,2%) n'en recevaient pas et la situation était inconnue pour 47 d'entre eux (26%). On pouvait aussi noter que 17 résidants (9,2%) recevaient au moins 2 compléments. Au total, 151 allocations et compléments de ressources étaient versés à 132 résidants aux premiers rangs desquels figuraient les allocations pour adultes handicapés (49 %) et les pensions d'invalidité versées par l'assurance maladie (32%), cf. tableau VII.

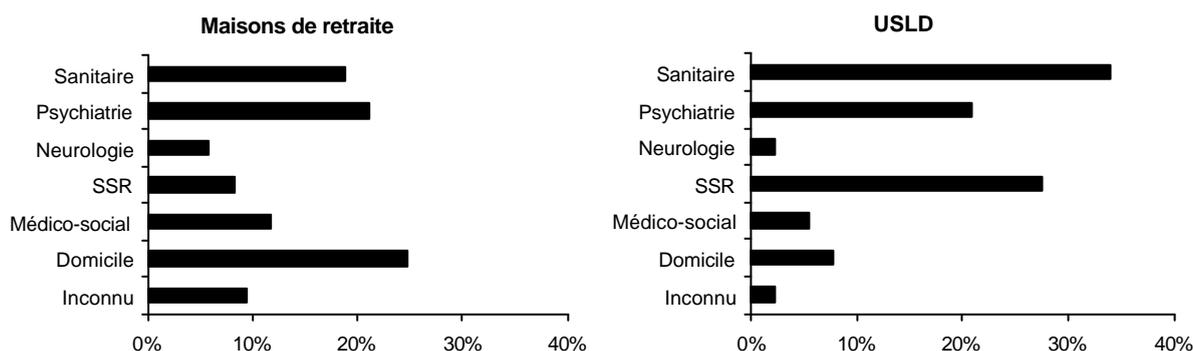
Tableau VII Distribution des différents compléments et allocations perçus par les résidents de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées par type d'établissement. Val d'Oise. Février 2003.

	Maison de retraite	USLD	Résidence	Total
Allocation Adulte Handicapée	32	41	1	74
Allocation compensatrice	6	7	0	13
Garantie de ressource	6	1	0	7
Pension d'invalidité (assurance maladie)	22	20	6	48
Rente d'incapacité liée à accident du travail	2	1	0	3
Rente versée par une assurance ou une mutuelle	1	4	0	5
Pension militaire d'invalidité	0	1	0	1

4.3.9 Filière de soins

L'origine des résidents (ou filière) était connue pour 173 d'entre eux (94%). Les établissements sanitaires sont majoritaires : près de la moitié des résidents y ont séjourné avant leur entrée dans un établissement pour personnes âgées. Ces établissements avaient pour spécialité la psychiatrie pour 37 résidents (20%), la neurologie pour 7 résidents (4%) ou étaient d'un autre type (établissements sanitaires divers) pour 47 personnes (25%). Les soins de suite ou de rééducation (SSR) étaient le lieu d'origine de 32 résidents. Enfin, 15 résidents (8%) venaient d'un établissement médico-social et 35 (19%) de leur domicile. Cf. figure 4.

Figure 4 Distribution (%) des résidents de moins de 60 ans par origine dans les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée. Val d'Oise. Février 2003.



Le domicile était le lieu d'origine de 7 des 9 résidents hébergés en résidence.

4.3.10 Principales pathologies

Hormis certains résidents vivant dans des résidences ou des foyers, tous les résidents en maison de retraite et en USLD ont été admis pour des motifs médicaux même si ceux-ci sont très souvent liés à des problèmes sociaux expliquant l'incapacité du maintien à domicile :

- 63 résidents (34%) souffraient de pathologies neurologiques (dont 40% liées à des pathologies vasculaires)
- 62 résidents (34%) souffraient de démence ou de troubles du comportement (dont 80% directement liées à l'alcool)
- 27 résidents (12%) présentaient un handicap (dont 41% de retard mental sévère et 36% d'infirmes moteurs cérébraux).

Les diagnostics différaient en fonction des établissements

- Les maisons de retraite accueillait 32 résidents (38%) souffrant de démence et de troubles du comportement, 20 résidents (24%) souffrant de pathologies neurologiques et 18 résidents (21%) souffrant de troubles psychiatriques.
- Les USLD accueillait 43 résidents souffrant de pathologies neurologiques (47%) et 29 résidents (32%) souffrant de démence et de troubles du comportement.
- Dans les résidences et foyers, 6 des 9 résidents pour lesquels les questionnaires ont été retournés avaient été admis pour des raisons sociales. Cf. tableau VIII

Tableau VIII Distribution des résidents de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées par diagnostic principal et par type de structure. Val d'Oise. Février 2003.

Diagnostiques principaux	<u>Maison de retraite</u>		<u>USLD</u>		<u>Résidence foyer</u>		<u>Total</u>	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Neurologie	20	24%	43	47%	0	0%	63	34%
Démence et comportement	32	38%	29	32%	1	11%	62	34%
Psychiatrie	18	21%	9	10%	0	0%	27	15%
Handicap	13	15%	9	10%	0	0%	22	12%
Social	1	1%	0	0%	6	67%	7	4%
Endocrinologie	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
Inconnu	1	1%	0	0%	2	22%	3	2%
Total	85	100%	91	100%	9	100%	185	100%

Le nombre de diagnostics notés par résidants s'établissait de la manière suivante :

aucun diagnostic :	8 résidants (en résidence ou foyer),
1 diagnostic :	50 résidants (27%),
2 diagnostics :	60 résidants (33%),
3 diagnostics :	44 résidants (24%),
4 diagnostics :	22 résidants (12%).

Le détail de l'ensemble des diagnostics est présenté en annexe 5.

4.3.11 Dépendance

Le GIR avait été évalué récemment chez 182 résidants de moins de 60 ans. Parmi ceux-ci, 77 (42%) étaient considérés comme très dépendants (GIR égal à 1 ou 2) et 70 (19%) étaient considérés comme dépendants (GIR égal à 3 ou 4).

Les plus fortes dépendances se retrouvent dans les USLD où les résidants ayant un GIR 1 – 2 et un GIR 3 – 4 sont respectivement 57 (63%) et 27 (30%). Dans les maisons de retraite, leur nombre est respectivement de 20 (24%) et de 43 (51%). Cf. tableau IX.

Tableau IX Distribution des résidants de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées par groupe iso ressource et par type d'établissement. Val d'Oise. Février 2003.

GIR	<u>Maison de retraite</u>		<u>USLD</u>		<u>Résidence foyer</u>		<u>Total</u>	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1 - 2	20	24%	57	63%	0	0%	77	42%
3 - 4	43	51%	27	30%	0	0%	70	38%
5 - 6	22	26%	6	7%	7	78%	35	19%
Inconnu	0	0%	1	1%	2	22%	3	2%
Total	85	100%	91	100%	9	100%	185	100%

4.3.12 Démence

Un diagnostic de démence a été porté chez 52 résidants (28%) ; ce diagnostic n'était pas précisé chez 8 d'entre eux (4%). La proportion de résidants déments est sensiblement plus importante dans les USLD que dans les maisons de retraite, sans que la différence ne soit statistiquement significative ($\text{Khi}^2 = 3,33$; $p = 0,06$), cf. tableau X.

Tableau X Distribution des résidants de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées par statut de démence et par type d'établissement. Val d'Oise. Février 2003

	<u>Maison de retraite</u>		<u>USLD</u>		<u>Résidence foyer</u>		<u>Total</u>	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pas de démence	61	72%	57	63%	7	78%	125	68%
Démence	19	22%	33	36%		0%	52	28%
Inconnu	5	6%	1	1%	2	22%	8	4%
Total	85	100%	91	100%	9	100%	185	100%

Parmi l'ensemble des pathologies présentes, la démence est celle qui présente la plus forte association avec la dépendance. Les résidants non déments apparaissent plus autonomes que les résidants déments ; 26 résidants non déments (21%) sont en effet classés GIR 5 – 6 alors que seulement 4 des résidants déments (8%) sont classés dans le même GIR ($\text{Khi}^2 = 10,64$; $p = 0,005$), cf. tableau XI.

Tableau XI Distribution des résidants de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées par groupes iso ressources et statut de démence. Val d'Oise. Février 2003.

GIR	<u>Pas de démence</u>		<u>Démence</u>	
	Nombre	%	Nombre	%
1 - 2	53	42%	23	45%
3 - 4	46	37%	24	47%
5 - 6	26	21%	4	8%
Total	125	100%	51	100%

4.3.13 Les soins

A) Soins prodigués par les infirmières et les aides soignantes

Les informations concernant l'intensité des soins prodigués par les équipes soignantes n'ont pas été obtenues pour 2 résidants (1 personne en maison de retraite et 1 personne en résidence). Dans les résidences ou foyers, aucun des résidants de moins de 60 ans ne recevait de soins.

Concernant les autres établissements, tous les résidants (175), pour lesquels les informations ont été obtenues, bénéficiaient de soins de base, de soins techniques et de soins relationnels et éducatifs.

Les cotations en SIIPS montrent que les soins techniques étaient les soins ayant le moins d'intensité :

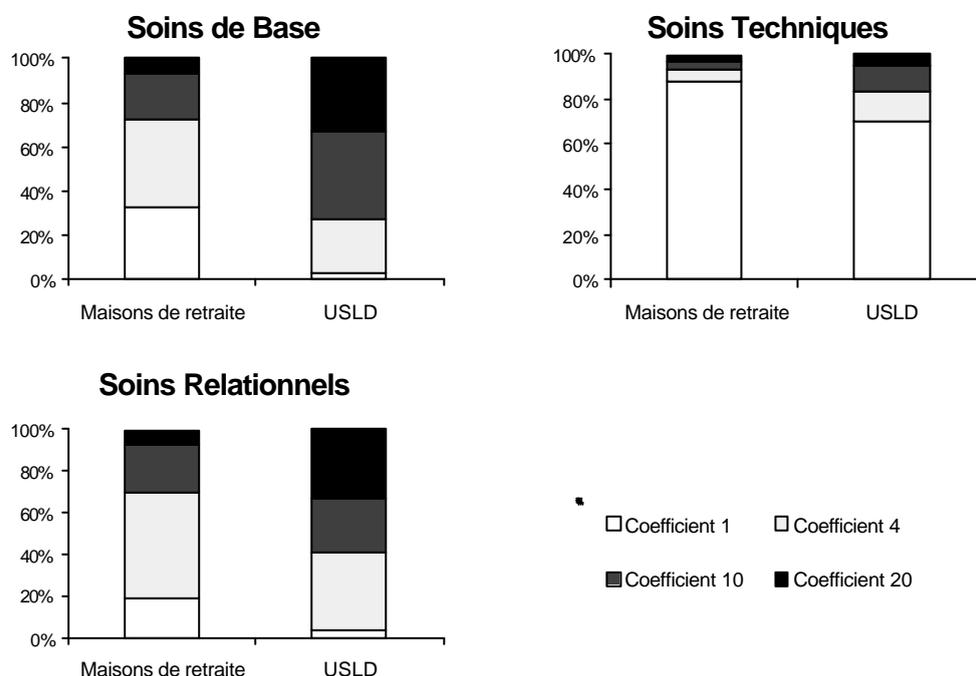
- en maisons de retraite où 75 des 85 (88%) résidents bénéficiaient de soins correspondant au coefficient 1
- et dans les USLD avec 64 résidents sur 91 (70%).

Dans ces deux types de structure les soins de coefficient plus élevés y étaient les plus fréquents, cf. figure 5.

Les soins ayant les coefficients les plus élevés étaient les soins de base et les soins relationnels. Ici aussi, les soins de coefficient élevés sont plus fréquents dans les USLD que dans les maisons de retraite, cf. figure 5.

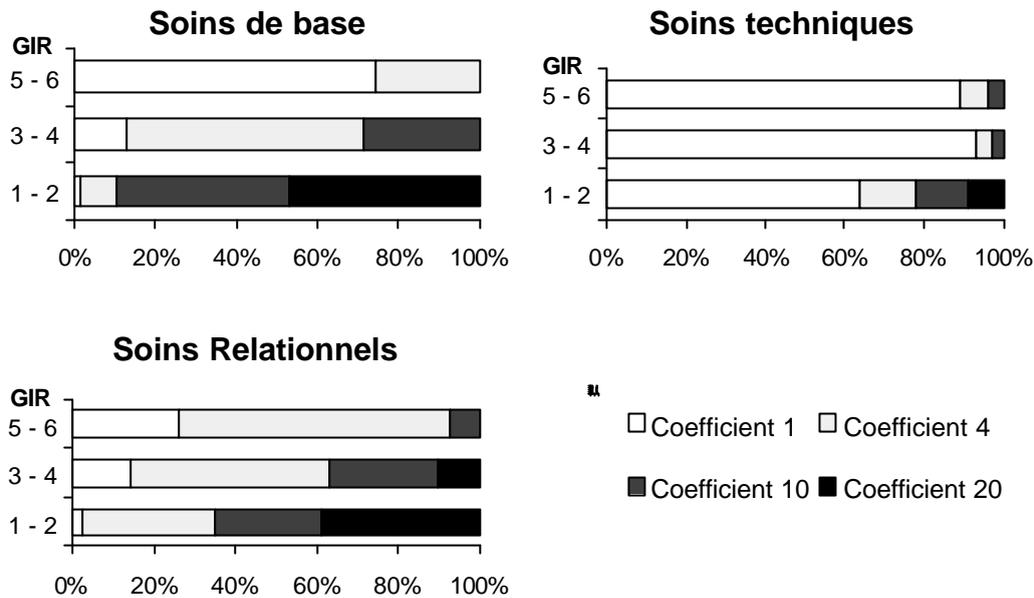
- Les proportions des soins de base de coefficients 1, 4, 10 et 20 sont respectivement de 32%, 34%, 17% et 6% dans les maisons de retraite et de 3%, 24%, 40% et 33% dans les USLD
- Les proportions des soins relationnels et éducatifs de coefficients 1, 4, 10 et 20 sont respectivement de 19%, 51%, 22% et 7% dans les maisons de retraite et de 3%, 37%, 25 et 34% dans les USLD

Figure 5 Proportion des soins de base, techniques, relationnels et éducatifs par SIIPS et type de structure. Résidents de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées. Val d'Oise. Février 2003.



L'étude de la distribution des soins classés par coefficients SIIPS et par GIR montre une augmentation des soins à fort coefficient avec la dépendance et notamment pour les soins de base et les soins relationnels et éducatifs. Cette relation est illustrée dans la figure 6.

Figure 6 Proportion des soins de base, des soins techniques et des soins relationnels et éducatifs dont bénéficiaient les résidents de moins de 60 ans hébergés dans les établissements pour personnes âgées par GIR. Val d'Oise. Février 2003.



B) Soins par autres intervenants

Outre les soins prodigués par les médecins et les gériatres intervenant dans les établissements pour personnes âgées, les résidents de moins de 60 ans bénéficiaient de soins délivrés par d'autres acteurs. Les kinésithérapeutes sont les plus fréquents : 53 résidents (29%) bénéficiaient d'un suivi par un kinésithérapeute. Pour 49 d'entre eux (92%), ce suivi est régulier : entre 1 à 5 fois par semaine, cf. tableau XII.

Un suivi psychiatrique était réalisé pour 41 résidents (22%). Ce suivi était régulier pour 29 d'entre eux (71%) et il était alors essentiellement assuré par les psychiatres de secteur et les psychiatres attachés aux différents établissements. Le suivi était réalisé « à la demande » pour 10 résidents (24%), essentiellement par les psychiatres de secteur. Concernant l'origine des résidents et leur diagnostic principal, les éléments suivants sont à noter :

- 18 des 37 résidents (49%) venant d'un service de psychiatrie étaient suivis par un psychiatre. Pour 12 d'entre eux (66%), ce suivi était assuré par un psychiatre de secteur, ce suivi était régulier pour 8 résidents et à la demande pour 4
- 20 des 27 résidents (74%) ayant comme diagnostic principal une pathologie psychiatrique étaient suivis par un psychiatre
- 13 des 62 résidents (21%) ayant comme diagnostic principal une démence ou des troubles du comportement étaient suivis par un psychiatre

Les autres suivis mentionnés concernaient essentiellement les ergothérapeutes (19 résidents soit 10%), divers spécialistes médicaux (14 résidents soit 8%) puis les

psychologues, les diététicien(ne)s et les orthophonistes. Enfin signalons que 49 résidents (26%) bénéficiaient de soins réguliers par un(e) pédicure.

Tableau XII Suivi des résidents de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées par différents intervenants.

Intervenants	Type de suivi	Origine	Nombre	Total	% sur total
Kinésithérapeute	3 à 5 fois par semaine		29		
	1 à 2 fois par semaine		20		
	1 à 3 fois par mois		2		
	Inconnu		2		
Total kinésithérapeute				53	29%
Psychiatre	Régulier	Etablissement	6		
		Secteur	16		
		Libéral	1		
		Hospitalier	5		
		Inconnu	1		
	A la demande	Secteur	9		
	Libéral	1			
	Inconnu		2		
Total psychiatre				41	22%
Ergothérapeute				19	10%
Spécialistes (hors psychiatrie)				14	8%
Psychologue				8	4%
Diététicien(ne)				5	3%
Orthophoniste				5	3%
Pédicure				49	26%

4.4 Résultats de l'enquête qualitative et des entretiens

4.4.1 Réponses aux questionnaires

Le questionnaire portant sur les raisons d'admission et sur les difficultés d'héberger des résidents de moins de 60 ans a été adressé à 54 établissements ; 22 ont répondu parmi lesquels 3 ont aussi participé à des entretiens ou des tables rondes. Ceux-ci ont été au nombre de 6. Ce sont donc au total 25 positions qui ont été collectées.

4.4.2 Les raisons de l'admission

A) La notion de service

Les directeurs d'établissement mais aussi les équipes soignantes ont fait apparaître avant tout la nécessité de trouver un hébergement: « les personnes de moins de 60 ans que nous accueillons ne savent plus où aller ; après avoir tapé à de nombreuses portes, privées ou publiques, elles finissent par s'adresser ou être adressées dans notre établissement » est la réponse la plus fréquente. La formulation varie en fonction du statut de l'établissement mais elle recouvre les mêmes intentions. Là où les établissements privés parlent de solidarité, les établissements publics évoquent une mission de service public ; tous parlent de venir en aide à une population démunie et en détresse.

B) Les demandes

Les demandes sont nombreuses, elles sont le plus souvent formulées par des services hospitaliers aux premiers rangs desquels se trouvent les services psychiatriques et neurologiques ainsi que les unités de soins et de rééducation. Les structures hospitalières et plus particulièrement celles appartenant au service public évoquent la pression des services hospitaliers, en recherche de places d'aval pour libérer des lits. Les démarches sont aussi réalisées par des familles ou plus souvent par des assistantes sociales, notamment pour les personnes atteintes de syndrome de Korsakoff.

C) Le manque de place dans les structures adaptées

Pour tous les interlocuteurs, le manque de place dans des structures spécifiques et spécialisées est la raison principale de ces demandes. Les maisons d'accueil spécialisées, les foyers à double tarification, les foyers de vie ne sont pas assez nombreux, n'offrent pas assez de place ou ne répondent pas aux spécificités de ces résidents.

D) Les raisons financières

Sur l'ensemble des établissements interrogés, 17 (68%) ont répondu que l'admission de résidents de moins de 60 ans n'était pas motivée par des considérations financières et 6

(24%) ne se sont pas prononcés. Si les raisons financières sont rarement mises en avant, le « remplissage » des lits est un argument fréquent. Il est le plus souvent évoqué par les résidences-foyers ou les maisons de retraite et USLD hospitalières. Pour beaucoup d'interlocuteurs, les raisons sont liées à l'histoire des établissements.

Dans certaines résidences ou foyers, les admissions ont diminué depuis quelques années. Les résidants, pour être accueillis dans ces structures doivent être assez autonomes. Les services d'aide à domicile apportent maintenant une aide conséquente et suffisante pour retarder leur admission dans une institution. Quand celle-ci intervient, elle est alors réalisée dans un établissement pour personnes âgées dépendantes et non dans une résidence ou un foyer. De plus, l'attrait offert par le confort des résidences ou des foyers a disparu, rares sont actuellement les habitations sans eau chaude ou chauffage. Devant ce constat, certaines résidences ou foyers ont alors accepté d'aider des personnes en difficulté sociale, sans logement et ce, quel que soit leur âge. Elles ont même favorisé ces demandes.

Certaines maisons de retraite ou les USLD hospitalières (Magny en Vexin, Gonesse et Argenteuil) ont, elles aussi, fait face à des difficultés d'admission et notamment lors de leur ouverture. Elles mêmes sont le plus souvent des anciens services sanitaires de psychiatrie ou de court ou moyen séjour. Elles sont intégrées dans des systèmes hospitaliers et donc en contact étroit avec les demandes des autres services. Afin de conserver des taux d'occupation satisfaisants ces établissements ont plus facilement admis des résidants de moins de 60 ans tout en étendant leur aire géographique de recrutement. Pour beaucoup de ces institutions, ces admissions permettaient de rajeunir la population hébergée, de favoriser les rencontres intergénérationnelles et correspondaient aussi à une optique généraliste en termes de soins.

E) La proximité

Permettre à des personnes de rester proches de chez elles et des leurs est aussi une des raisons fréquemment répondue par les petits et moyens établissements et par les résidences. Cette réponse est nuancée par les autres établissements. Pour ces derniers, les patients atteints de pathologies neurologiques ou de pathologies lourdes cherchent en effet un environnement à proximité de leur famille mais la grande majorité des résidants vient de loin ou a perdu tout tissu social ou familial et notamment les résidants souffrant de pathologies liées à l'alcool.

Parmi les résidants interrogés, très peu évoquent l'avantage de la proximité immédiate. Il leur importe en effet de rester en région parisienne pour recevoir des visites.

4.4.3 Les résidants

A) Une situation sociale toujours précaire

Les résidants hébergés dans les résidences sont essentiellement venus pour des raisons sociales. Monsieur A. l'exprime très clairement : « j'avais 52 ans et j'étais sans emploi. Au moment de mon divorce, ma femme m'a jeté dehors et sans l'aide de la mairie qui m'a trouvé une place, je me serais retrouvé à la rue ». La directrice de la résidence confirmera ce témoignage et ajoutera même que sa résidence répond plus vite que les services sociaux de relogement.

Les résidants hébergés dans les maisons de retraite ou les USLD présentent tous un motif médical. Dans beaucoup de cas, ces personnes auraient pu être maintenues à domicile mais leur situation sociale ne le permettait pas. Parmi les 8 résidants interrogés, 2 vivaient sans attache et 4 étaient divorcés. Seules 2 personnes vivaient en couple : monsieur B. avec une amie qui l'a quitté après son grave accident et madame E., actuellement en USLD en raison des séquelles de sa tentative de suicide ; tentative qu'elle a réalisée car elle se sentait cloîtrée chez elle. Tous présentaient avant leur entrée en institution une situation financière, familiale et sociale fragile qui a été déstabilisée par une maladie, un accident ou l'alcool. L'équipe de la maison de retraite du Centre Hospitalier du Vexin résume ainsi leur situation : « ce sont des personnes incapables de réguler leur quotidien, elles présentent une dépendance variable allant du handicap léger à la perte d'autonomie totale mentale ou physique ».

B) Des diagnostics variés

Les pathologies présentes sont très variées, du handicap mental léger au patient présentant un état végétatif chronique. Cette diversité se retrouve entre les différents établissements mais aussi à l'intérieur de certaines structures recevant un grand nombre de résidants de moins de 60 ans.

a) *Les pathologies liées à l'alcool*

Dans les maisons de retraite, beaucoup de résidants sont porteurs de pathologies liées à l'alcool avec notamment des syndromes de Korsakoff mais aussi des démences de Gayet Wernicke et des troubles du comportement. Généralement ces résidants sont sevrés. Leurs troubles du comportement sont le plus souvent assez légers : troubles de la mémoire, alcoolisme... Ils s'habituent difficilement et ne comprennent généralement pas pourquoi ils sont en institution. Le personnel du Centre Hospitalier (CH) de Carnelle dit à leur sujet : « les patients alcooliques sont là car ils n'ont plus de place où aller, plus personne n'en veut, ils sont insupportables pour leur entourage. S'ils sortent ils vont rechuter et sont incapables de réaliser qu'ils sont dans le besoin ». Mr H., sous tutelle et résidant dans la maison de retraite

du CH du Vexin illustre bien ce propos. Après avoir rechuté et été hospitalisé plusieurs fois par les pompiers au centre hospitalier spécialisé, il a été orienté dans le bâtiment des personnes dépendantes de la maison de retraite : « c'est une punition, je ne comprends pas pourquoi on m'a mis là.. Il n'y a pas de camaraderie avec les autres, je préférerais être chez moi. Je suis bien maintenant, j'ai arrêté de boire. Je m'ennuie ici... ». Il est vrai que ces résidants sont difficiles à « surveiller » en raison des nombreuses fugues. En face de cette situation, le personnel s'interroge sur son rôle : « sommes nous là pour enfermer les gens et de quel droit leur interdisons nous de faire ce qu'ils désirent ? » est une question fréquemment posée.

b) Les pathologies psychiatriques

Liées ou non à l'alcool, ces pathologies sont elles aussi très variées. Les services de psychiatrie n'envoient que des patients stabilisés. Ils sont décrits par les équipes comme des personnes capables de communiquer et qui ont la possibilité de vivre dans un cadre de vie rythmé avec des repères. Mais la vision des psychiatres et la nôtre sont différentes comme un gériatre de l'USLD de Gonesse. « Un résidant nu qui entre en hurlant dans toutes les chambres peut être considéré comme stabilisé par les psychiatres mais cela crée quand même quelques problèmes relationnels avec les autres résidants et enferme l'institution dans un piège. Il est en effet difficile d'admettre d'autres résidants : imaginez vous en train de visiter la maison de retraite avec un de vos parents en vue d'une admission et de rencontrer un résidant « stabilisé » qui a ce type de comportement, vous sortez de suite et vous allez chercher un lieu de vie plus tranquille pour votre parent... ». Ces troubles du comportement participent à un sentiment général d'insécurité parmi l'ensemble des occupants et parfois même du personnel.

La situation de beaucoup de ces résidants questionne aussi un médecin du Conseil général : « ils sont souvent restés pendant des années dans un CHS. Pourquoi celui-ci n'est plus indiqué ? Pourquoi, quand les places ferment, les résidants sont ils orientés vers les maisons de retraite ? L'exemple de l'hôpital de Moisselles (dans le 95) est frappant. Quand il a été décidé de le fermer, beaucoup de patients ont été transférés dans des USLD ou des maisons de retraite. ».

Le suivi psychiatrique

Les résidants souffrant de pathologies liées à l'alcool ou de pathologies psychiatriques sont le plus souvent suivis par les secteurs de psychiatrie. Mais, pour les équipes, ce suivi est souvent insuffisant et certains établissements font appel à d'autres psychiatres et notamment à ceux qui leur sont attachés. Quand le patient est intégré dans sa nouvelle structure, les psychiatres de secteur espacent régulièrement leurs consultations considérant qu'elles ne sont plus bénéfiques et laissent le suivi à la charge des équipes en place. Pour tous les

interlocuteurs, le suivi psychiatrique doit se faire à l'extérieur de la structure afin de ne pas entraîner de confusion dans la perception des rôles des soignants mais ils regrettent l'absence de contact avec les équipes de secteur. Ces rencontres permettraient de mieux expliquer les troubles du comportement et aussi de mieux les comprendre pour y faire face et les prévenir. Elles permettraient aussi une meilleure adaptation et de travailler des solutions de repli quand les crises deviennent ingérables. Les médecins se plaignent en effet fréquemment de ne pouvoir référer leurs patients une fois le résidant intégré dans la maison de retraite ou l'USLD. Ces références sont possibles pendant les premiers mois puis elles deviennent beaucoup plus difficiles, essentiellement en raison du manque de place.

c) *Les pathologies « lourdes »*

Les diagnostics neurologiques sont les plus fréquents. Les personnes les plus dépendantes sont dans les USLD. Les personnes présentant un handicap physique non évolutif ou en voie d'amélioration trouvent un rythme de vie et de soins, sans contraintes et sans obligation de résultat, qui leur est très souvent bénéfique. Certains médecins ont noté que quelques personnes, ayant des séquelles d'accident de la route ou d'accident vasculaire cérébral, font des progrès sensibles alors qu'elles ne s'amélioreraient plus dans les soins de suite et de réadaptation (SSR). Comme l'agence régionale d'hospitalisation, beaucoup de médecins et d'équipes défendent l'idée de soins prolongés et ce quel que soit l'âge.

d) *Les personnes handicapées vieillissantes*

Il y a environ 200 personnes handicapées vieillissantes (PHV) dans le Val d'Oise et en raison du manque de place dans les établissements spécialisés, le placement en maison de retraite est considéré par le Conseil général comme une piste sérieuse. Cet axe de travail, avec l'aménagement des foyers de vie et des foyers à double tarification a été développé dans le cadre du schéma gérontologique du Val d'Oise.

Ces personnes sont avant tout polyhandicapées. Elles viennent essentiellement de Centres d'Aide par le Travail (CAT) ou de foyers de vie ou occupationnels. Vieillies précocement, elles ne peuvent plus être prises en charge par ces structures et sont accueillies en maisons de retraite.

Mais d'autres personnes handicapées viennent de leur domicile où elles ont vécu avec leurs parents. Quand ceux-ci sont devenus trop âgés, ils partent avec leur enfant en maison de retraite. N'ayant jamais connu d'institution, leur intégration est alors plus souvent difficile : il leur est difficile de trouver leurs repères entre l'autorité familiale et les règles propres à l'institution.

C) Un espace de vie

Les établissements pour personnes âgées ne peuvent être qu'une solution de dernier recours. Ils sont très peu ouverts vers l'extérieur et, mis à part quelques exceptions, les résidents ne peuvent avoir de vraie vie sociale. Les personnes de moins de 60 ans se retrouvent dans un environnement où la moyenne d'âge est entre 75 et 85 ans, il leur est difficile de s'épanouir dans un tel contexte. Ce constat, émis par le Conseil général, est approuvé mais nuancé par la plupart des interlocuteurs.

Certains résidents sont bien intégrés, ce sont souvent des personnes vieilles précocement et, comme dit précédemment, des personnes atteintes de handicap physique. Les personnes maltraitées à leur domicile et certains patients, dont « plus personne ne veut », trouvent dans les maisons de retraite un véritable asile, même si cette solution apparaît comme une solution par défaut. Beaucoup de résidents ont été en effet mécontents de se retrouver dans ce type d'institution et puis, progressivement, ils se sont habitués et se déclarent satisfaits de leur situation. Ils trouvent dans le rythme et les rituels quotidiens une sécurité qu'ils ne trouvaient pas ailleurs et parfois une véritable ouverture vers d'autres individus. Le cas de madame E. éclaire ces propos. Après avoir été hospitalisée à Garges, suite à sa tentative de suicide et ses séquelles motrices, elle a été orientée en USLD. D'abord mécontente de se retrouver dans un environnement aussi âgé, elle dit avoir « très rapidement découvert la vie et les gens ». Elle participe aux animations, peint, dessine et a su organiser un véritable tissu relationnel avec les autres résidents et le personnel soignant. Presque tous les résidents interrogés racontent une histoire identique et n'envisagent pas de partir. Le principal désagrément ne vient pas de l'âge de leurs « colocataires » mais de la proximité des résidents déments avec lesquels il est impossible de communiquer.

La situation paraît différente pour les personnes jeunes atteintes de pathologies dégénératives comme les scléroses en plaque. Elle vivent souvent mal leur présence dans ce type d'établissement. « les personnes âgées très dépendantes qu'elles voient tous les jours sont comme un miroir de leur proche avenir » dit l'équipe du centre hospitalier du Vexin, elles ne peuvent le supporter...D'une manière générale, ce sont les résidents de moins de 55 ans et surtout ceux de moins de 50 ans qui éprouvent le plus de difficultés à vivre dans cet environnement.

Le piège du vieillissement précoce est souligné par la plupart des équipes. Il concerne tous les patients mais particulièrement ceux qui ne trouvent pas leur place dans l'institution et notamment les jeunes. Progressivement ces résidents « rentrent dans le moule » et perdent le sens de l'initiative en se repliant sur eux-mêmes. Ils finissent par ressembler aux résidents de 85 ans et plus qu'ils côtoient tous les jours. Les animations proposées ne correspondent pas à leur âge et le projet de vie de l'établissement ne prend pas (ou peu) en compte leur spécificité. Ils végètent alors, sans espoir de lendemain.

Deux limitations à une bonne adaptation sont présentes, l'âge que nous venons d'aborder et le nombre. Sans parler réellement de quota, les différents interlocuteurs mentionnent qu'un trop grand nombre de résidents de moins de 60 ans menace l'équilibre de vie existant dans un établissement. Cette barre à ne pas franchir varie en fonction du type d'établissement. Les directeurs et les équipes médicales la situent en général à :

- Moins de 10% pour les maisons de retraite
- Moins de 20 à 25% pour les USLD

Cette notion quantitative est aussi très utile pour les directeurs. Elle leur permet, en effet, de pouvoir argumenter leur refus face aux nombreuses demandes des familles ou des structures hospitalières.

Les autres résidents acceptent généralement bien les personnes de moins de 60 ans. Curieusement, souligne une directrice de résidence, ce sont les très jeunes qui ne sont pas tolérés par les personnes âgées. Elles ne font pas d'avantage de bruit, comparé aux télévisions des autres résidents, mais ce n'est ni le même bruit ni le même rythme et leur présence suscite un véritable rejet.

D) Un espace de soins

L'équilibre entre l'espace de soins et l'espace de vie est difficile à trouver remarque un médecin et très souvent c'est le soin qui l'emporte ; attention c'est parfois lui qui en pâtit. Cette réflexion témoigne de la difficulté des équipes à réaliser un projet de vie tout en préservant la qualité des soins.

L'hétérogénéité des diagnostics et donc des conduites à tenir est la difficulté la plus importante. Les équipes disent « avoir en permanence un œil sur le dément et les mains sur le pansement ». Ce grand écart est non seulement difficile à vivre mais pose le problème de la compétence du personnel. Il est difficile en effet de savoir prendre en charge des personnes en état végétatif chronique, souffrant de séquelles d'accident vasculaire, de pathologies endocriniennes ou de pathologies psychiatriques et toutes les pathologies liées au vieillissement. Beaucoup de soignants considèrent qu'ils n'ont pas assez de pratique en raison du faible effectif dans chaque pathologie pour bien ajuster leurs comportements. Ils sont convaincus que cette inexpérience entraîne des erreurs, parfois des conflits et souvent des réactions agressives.

L'ensemble du personnel se dit non ou mal préparé à prendre en charge toutes ces pathologies et le manque de formations spécifiques est un argument très souvent développé par les équipes soignantes.

Mais c'est avant tout la différence d'approche liée à l'âge qui est mise en avant. Comparée aux personnes âgées, la demande affective des résidents de moins de 60 ans est décrite comme beaucoup plus forte. De plus le handicap et la dépendance, concernant notamment

les pathologies mentales, sont moins bien « acceptés » par le personnel qui, ici aussi, a l'impression de faire le grand écart. Le personnel est habitué à la communication avec les personnes âgées et établit avec elles une relation qui dépasse fréquemment le simple geste technique. Ce savoir faire est souvent inapproprié avec les résidants plus jeunes et la communication plus difficile à établir. Les demandes en soins sont aussi plus importantes : beaucoup de personnes de moins de 60 ans étant auparavant dans des services où les ratio de personnels étaient plus importants.

Les soins délivrés aux personnes de moins de 60 ans ne sont pas sans effet sur les autres résidants. De nombreux gériatres signalent que, pour se manifester, les personnes âgées n'hésitent pas à majorer leurs signes pour attirer l'attention des équipes. Il est vrai que le contact avec les différents soignants représente à la fois une véritable animation mais aussi un sentiment de sécurité. Tous les résidants interrogés mentionnent leur importance. Les moments passés avec les kinésithérapeutes mais aussi les visites et la vie de l'établissement sont autant de repères et de rituels qui meublent et rythment le quotidien. Les résidants se sentent sécurisés par ce cadre quasi immuable.

Ce sentiment de sécurité crée par ailleurs une notion d'assistanat qui enferme certains résidants dans un piège. Quelques malades, en effet, évoluent de manière positive et pourraient sortir définitivement de l'établissement mais, inquiets de ne pas trouver cet environnement médical et habitués à la vie de l'institution, ils ont perdu leur capacité à vivre à leur domicile ou dans un autre milieu.

4.4.4 Les structures

A) Les difficultés financières

Ce sujet est très controversé. Interrogés sur leurs difficultés vis à vis des admissions de résidants de moins de 60 ans, certains directeurs mentionnent en premier les difficultés financières. En effet, la non prise en compte du GIR de ces résidants dans le calcul du Gir Moyen Pondéré (GMP) et le maintien de la tarification binaire dans l'évaluation du prix de journée les pénalise financièrement.

Le Conseil général bat cette idée en brèche : il s'agit d'un discours de forme. Les budgets prennent en compte les personnes de moins de 60 ans. Une fois les tarifs pour les personnes âgées établis, couvrant une partie des dépenses de l'établissement, les charges restantes sont divisées par le nombre attendu de résidants de moins de 60 ans, permettant ainsi de calculer un prix moyen de journée pour ces derniers. Les budgets sont alors automatiquement équilibrés, les établissements ne peuvent pas perdre d'argent. L'aspect binaire de la tarification n'y change rien ; d'ailleurs, les tarifs pour ces résidants sont pratiquement équivalents à ceux des personnes les plus dépendantes (hébergement et dépendance comprises). Les prévisions budgétaires sont proposées par les établissements

en octobre et le Conseil général est favorable à la prise en compte des résidents de moins de 60 ans.

Il est vrai que le sentiment de pénalisation financière n'est pas partagé par l'ensemble des directeurs. Si certains s'interrogent sur cette réalité, d'autres nuancent davantage ces propos. Les budgets sont équilibrés mais ils sont basés sur un prix de journée de résidents ayant une dépendance moyenne (entre les GIR 3 – 4 et 1 – 2). Si l'établissement reçoit des résidents « légers », alors les budgets ne seront pas dépassés ; par contre, si les résidents demandent beaucoup de soins, l'établissement risque un déficit. De plus, la plupart des directeurs remettent la correspondance du GIR et de l'intensité des soins en question et notamment pour les résidents de moins de 60 ans. Certains résidents de moins de 60 ans bénéficient de soins « lourds » et sont pourtant considérés comme des personnes autonomes avec un GIR évalué à 5 ou 6. Les porteurs de trachéotomie en sont un bon exemple : ils peuvent réaliser tous leurs gestes de la vie quotidienne mais nécessitent une attention et des soins constants que ne peut refléter le GIR. Le prix élevé des médicaments est aussi mis en avant par certaines équipes. Il concerne notamment les résidents souffrant de pathologies lourdes et venant de centres spécialisés. La maison de retraite de Marine a ainsi estimé que le déficit imputable aux résidents de moins de 60 ans s'élèvera à environ 11 000 € en 2003.

Certains établissements hospitaliers ont obtenu que les recettes d'entrée des résidents de moins de 60 ans ne soient pas enregistrées au titre de recettes non hospitalières et par là même assimilées à des recettes exceptionnelles (groupe 4). Cette procédure est pour eux dangereuse : ils doivent rendre les excédents en cas de « trop perçu » mais tout déficit est imputable à l'établissement. Les logiciels de comptabilité ne prennent pas en compte les personnes de moins de 60 ans. Les calculs financiers et notamment l'estimation du prix de journée doit se faire par d'autres procédés.

B) Le manque de reconnaissance

Tous les interlocuteurs pensent que ces prises en charge ne sont pas assez reconnues. Les activités des établissements sont évaluées grâce au GMP et tous les bilans concernent uniquement les personnes âgées. Beaucoup d'établissements craignent que les moyens tant humains que matériels ne soient pas renforcés en raison de cette sous estimation des activités. Le CH de Carnelle a décidé de toujours présenter ses activités globales en distinguant dans ses résultats les activités propres aux résidents de moins de 60 ans. Trois GMP sont ainsi calculés : pour les résidents de plus de 60 ans, les moins de 60 ans et le GMP global.

Beaucoup de directeurs pensent que la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées a laissé les résidents de moins de 60 ans « sur le bord de la route ». Les

complexités financières, la non prise en compte du GIR dans le GMP, la non reconnaissance dans l'activité globale en sont, pour eux, les signes les plus visibles...

4.4.5 Recommandations

Les recommandations formulées par les différents interlocuteurs sont nombreuses. Elles concernent avant tout le manque de places dans les établissements spécialisés.

A) De nouvelles structures

Tous les interlocuteurs préconisent la création de nouvelles structures. Un médecin de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France (ARHIF) conseille d'être imaginatif : « nous sommes en face de patients que personne ne veut prendre, il faut pouvoir leur offrir un espace de vie et de soins. Beaucoup de ces structures n'existent pas et il faut être capable de les imaginer ». S'il est vrai que certains patients entrent difficilement dans les critères d'admission des structures déjà existantes, de nombreuses équipes pensent que nombre de leurs résidents pourraient être orientés vers des MAS ou des SSR.

Un médecin du Conseil général insiste sur la création de structures ouvertes mais surveillées. Elles permettraient de pouvoir recevoir les résidents souffrant de pathologies liées à l'alcool et notamment les patients atteints de syndrome de Korsakoff ou d'encéphalopathie toxique. De nature similaire aux appartements thérapeutiques, ces structures pourraient être administrées par des maîtresses de maison ou des gouvernantes. Elles donneraient un cadre de vie et des repères permettant une vie sociale et une ouverture vers l'extérieur. Beaucoup d'équipes travaillant dans les établissements pour personnes âgées soutiennent cette idée. Ces nouvelles structures proposeraient un suivi éducatif que leur établissement est souvent incapable de donner. En regard des résidents reçus, elles pourraient prendre d'autres formes comme par exemple des foyers occupationnels avec des activités sociales.

Les autres structures citées sont les MAS à caractère psychiatrique et surtout les établissements pour personnes handicapées vieillissantes. Beaucoup de maisons de retraite ou d'USLD jugent en effet que leur infrastructure, tant humaine que matérielle, est peu adaptée à leur accueil. Le Conseil général partage ce constat et pense d'ailleurs que des moyens supplémentaires devraient être mis en place. Mais, pour répondre aux besoins du Val d'Oise, cette solution ne peut suffire. Une extension des places dans les établissements accueillant des personnes handicapées mais aussi de nouvelles structures doivent être envisagées.

B) Les résidences et foyers

Certaines résidences et foyers réfléchissent actuellement à leur avenir. Ce sont souvent des structures communales et elles estiment leur avenir menacé par l'évolution des personnes

âgées et les politiques de maintien à domicile. Plusieurs pistes sont envisageables. Ces établissements peuvent se « médicaliser » afin de recevoir une population plus dépendante et nécessitant des soins fréquents. Ils peuvent aussi se transformer et recevoir une population plus spécifique et plus jeune. L'accueil de personnes souffrant de pathologies psychiatriques ou de pathologies liées à l'alcool pourrait alors être possible.

C) Les projets d'établissement

Si de nouvelles structures sont nécessaires, peu d'interlocuteurs sont optimistes quant à leur mise en place. La faiblesse des moyens financiers mobilisables est la première raison de ce pessimisme. En attendant des solutions plus adaptées, les établissements doivent recevoir encore des résidents de moins de 60 ans affirment presque toutes les personnes interrogées. En raison des nombreuses difficultés rencontrées, les projets d'établissement doivent être étudiés de manière spécifique dans leur composantes « projet de vie » et « projet médical ».

Les établissements de petite ou moyenne importance refusent beaucoup de résidents en raison de leur incapacité à les prendre correctement en charge. Ces refus sont moins fréquents dans les autres structures mais des critères de sélection sont aussi appliqués. Plusieurs gériatres, par exemple, expliquent leur refus d'admettre des patients porteurs d'insuffisance respiratoire chronique. Leur surveillance est trop lourde, tout comme leur niveau d'anxiété. Le personnel et les autres résidents ne pourraient pas assumer cette charge supplémentaire.

Un directeur de maison de retraite hospitalière insiste sur ce point : « les établissements ne peuvent pas recevoir tous les types de patients, ils doivent pouvoir choisir et recevoir des groupes homogènes de résidents, y compris au niveau de l'âge. Les établissements doivent faire des choix. Nous avons le nôtre, nous privilégions le projet gériatrique et nous ne recevrons plus de résidents de moins de 60 ans ».

Sur l'ensemble des établissements interrogés, 6 au total (24%) ont pris la décision de ne plus recevoir de résidents de moins de 60 ans. Il est à noter que l'un d'entre eux précise qu'étant un établissement privé à but lucratif, toutes les possibilités restent ouvertes.

Les autres directeurs expriment néanmoins leurs doutes quant à l'avenir et insistent sur l'adaptation du projet d'établissement et sur les moyens à mettre en œuvre.

5 DISCUSSION

5.1 Validité des résultats

5.1.1 Le nombre de questionnaires

Le taux de retour des questionnaires a été globalement assez satisfaisant mais des biais ont pu apparaître.

A) Concernant l'enquête auprès des psychiatres.

Pour les années 1999 et 2000, seules les informations de 7 secteurs sur 13 ont été collectées. L'extrapolation à l'ensemble des secteurs, même si elle est en accord avec la teneur des discussions avec les psychiatres, doit être interprétée avec prudence.

B) Concernant l'enquête auprès des établissements et des résidents

Le questionnaire a été adressé aux établissements le 27 janvier 2003, à la date du 8 mars 2003, 53% des établissements avaient répondu. Le taux de retour des questionnaires est très variable en fonction des établissements. Les établissements recevant beaucoup de résidents présentent un taux de retour beaucoup plus important que les autres. Le taux de réponse concernant les questionnaires résidents en témoigne. En prenant comme base le nombre de résidents de moins de 60 ans présents dans les établissements en novembre 2002, celui-ci est en effet de 76%. Cette différence est certainement liée à plusieurs facteurs. Les établissements de grande capacité sont ceux qui reçoivent le plus de résidents de moins de 60 ans. Ils ont une infrastructure plus importante que les établissements de faible capacité, ils sont davantage intéressés que les autres à la situation de ces résidents et ont été davantage sensibilisés à l'enquête que les autres. Beaucoup d'entretiens ont eu lieu dans ces établissements, ils ont permis de renforcer cette sensibilisation et de récupérer directement les questionnaires remplis.

Pour ces mêmes raisons, le taux de réponse des questionnaires pour les résidents est lui-même différent en fonction des établissements. Toujours en prenant les résultats de l'enquête téléphonique comme base, on peut estimer ce taux à 83% pour les résidents hébergés en maison de retraite, 89% pour les USLD et seulement 26% pour les résidences. La représentativité des populations étudiées semble bonne pour les maisons de retraite et les USLD. Par contre les interprétations concernant les résidences et foyers doivent rester prudentes en raison de la faible représentativité de la population étudiée.

5.1.2 Biais de sélection

Les personnes avec lesquelles se sont déroulés les entretiens n'ont pas été choisies au hasard. Mis à part pour les entretiens téléphoniques, les établissements retenus étaient tous des établissements ayant au moins plus de 5 résidents de moins de 60 ans. Ce choix a été délibéré. En raison du manque de temps, et de l'accessibilité des différentes personnes, les entretiens ont été groupés. Mais s'il a permis de rencontrer d'avantage d'interlocuteurs, ce choix a aussi orienté les réponses, les établissements concernés étant tous de grande capacité et essentiellement des structures hospitalières. Les préoccupations et les difficultés rencontrées par le personnel de ces établissements peuvent être différentes comparées aux établissements de petite ou moyenne capacité.

Les réponses aux questionnaires envoyés à tous les établissements et portant sur les raisons et les difficultés rencontrées avec les résidents de moins de 60 ans font penser que ce biais n'est pas très important. Les entretiens ont permis d'approfondir les arguments mais ceux-ci sont globalement identiques aux réponses d'établissements plus petits.

Le choix des résidents est, lui aussi, discutable. Afin de pallier les difficultés de communication, il avait été décidé de rencontrer des familles de résidents pour recueillir leur point de vue. Beaucoup de résidents ont perdu tout tissu social ou familial. Les familles existantes sont peu accessibles. En raison des difficultés à les rencontrer et du manque de temps, ce projet a été abandonné. Les résidents retenus ont été sélectionnés par les directeurs d'établissement ou par les équipes soignantes. Tous étaient volontaires pour participer aux entretiens. Ils ont été choisis en raison de leur disponibilité et de leur possibilité de communication.

5.1.3 Les informations recueillies

Presque tous les questionnaires ont été correctement remplis. Certaines informations ont néanmoins été difficiles à remplir et notamment les revenus des résidents. Il est regrettable que le statut des résident (tutelle) n'ait pas été demandé. Cette information manquante rend difficile l'interprétation de la situation familiale et des revenus.

5.1.4 Validité externe et comparaison avec les données de la littérature

Le département du Val d'Oise est un des plus jeunes départements de France, il manque cruellement de places en MAS et en foyers et possède des caractéristiques propres. Hormis avec les départements d'Ile de France, les résultats quantitatifs de cette étude seront difficilement extrapolables aux autres régions.

La revue de la littérature ne permet pas de vérifier les résultats de l'étude, les informations concernant les résidents de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées étant très rares.

5.2 Principaux résultats

Cette étude a permis de décrire la population des résidents de moins de 60 ans et les établissements du Val d'Oise qui les hébergent. A la fin du mois de novembre 2002, ces résidents étaient au nombre de 244 dans 54 établissements.

5.2.1 Les admissions

Les structures qui les accueillent sont essentiellement des USLD et des maisons de retraite ; ce sont principalement des établissements publics ou des établissements privés à but non lucratif. La solidarité, la notion de service public et l'aide à une population en détresse sont les principales motivations des établissements. Les raisons financières ne sont pas citées mais le « remplissage » des lits est fréquemment mentionné.

La majorité des orientations est réalisée en raison du manque de place dans des structures spécifiques. Les demandes sont très nombreuses, elles proviennent des centres hospitaliers, des SSR, des structures médico-sociales et des familles.

Le nombre d'admissions annuel est à interpréter avec prudence. Les données portent en effet sur les résidents n'ayant pas encore 60 ans à la date de l'étude. Les résidents ayant dépassé cet âge ne sont donc pas inclus. Elles étaient supérieures à 25 admissions par an pendant les trois dernières années et paraissent en augmentation.

5.2.2 La population des résidents de moins de 60 ans

L'âge moyen de ces résidents à l'admission est de 49 ans, il est plus bas pour les résidents admis dans les USLD (47 ans).

Les hommes sont majoritaires (sex ratio H/F : 1,6 ; respectivement 1,7 et 1,3 dans les maisons de retraite et les USLD). Ce sex ratio est très différent de celui de l'ensemble des résidents, tous âges confondus, décrit par la DRASSIF dans la région parisienne (respectivement 0,28 dans les maisons de retraite et 0,34 dans les USLD)⁽³⁾.

Avant leur admission, les résidents de moins de 60 ans vivaient le plus souvent seuls. Leur situation sociale et financière pouvait être considérée, dans la majorité des cas, comme fragile. Peu de résidents cherchaient dans les institutions une structure de proximité. Cette notion ne paraît réellement pertinente que pour les résidents souffrant de pathologie neurologique. Elle est inexistante pour la majorité des résidents souffrant de troubles du

³) DRASSIF, Service études et statistiques. Etudes Statistiques : N°1 – mars 2001. Soins de longue durée Typologie des patients.

DRASSIF, Service études et statistiques. Etudes Statistiques : N°4 – novembre 2002. Maison de retraite, Typologie des patients.

comportement ou de pathologies liées à l'alcool en raison de leur perte de repères familiaux et sociaux.

Dans les maisons de retraite, les résidents de moins de 60 ans venaient essentiellement de leur domicile, de psychiatrie et de services sanitaires divers. Dans les USLD, ils venaient de services sanitaires divers, de SSR et de psychiatrie. Dans les résidences, ils semblent venir essentiellement de leur domicile ; leur admission était avant tout motivée par des facteurs sociaux.

5.2.3 Les motifs d'admission

Le motif d'admission des résidents de moins de 60 ans en maison de retraite et en USLD mêle presque toujours des raisons sociales et médicales. La classification des différents diagnostics permet de faire ressortir 4 groupes :

- Les résidents souffrant de pathologies neurologiques : respectivement 47 et 27%
- Les résidents souffrant ou de démence ou de troubles du comportement (le plus souvent liées à l'alcool) : respectivement 32 et 38%
- Les résidents souffrant de pathologies psychiatriques : respectivement 10 et 21%
- Les personnes handicapées : respectivement 10 et 15%

Beaucoup de ces personnes auraient pu bénéficier d'une orientation plus spécifique ou d'un maintien à domicile mais le manque de place et leur situation sociale ne l'ont pas permis. Il est à noter que la proportion de résidents dépendants est beaucoup plus importante dans les USLD que dans les maisons de retraite.

5.2.4 Les soins

Les soins reçus par les résidents de moins de 60 ans sont avant tout des soins de base et des soins relationnels et éducatifs. Les soins techniques « lourds » sont moins fréquents. L'étude nous permet de constater que l'intensité des soins augmente avec le degré de dépendance mais elle ne nous permet pas la comparaison avec les résidents de plus de 60 ans. La remise en question de la relation entre le GIR et l'intensité des soins n'a donc pas été complètement étudiée.

Le suivi psychiatrique est essentiellement assuré par les psychiatres de secteur mais il ne concerne que 49% des résidents venant d'un service psychiatrique, 74% des résidents dont le diagnostic principal est une pathologie psychiatrique et 21% des résidents dont le diagnostic principal est une démence ou un trouble du comportement.

5.2.5 L'espace de vie

Il est difficile de concilier un espace de vie et un espace de soins pour les résidents de moins de 60 ans. Leur présence est rarement prise en compte par les projets d'établissement et les

animations proposées correspondent peu à leurs aspirations. Même si beaucoup d'entre eux ne veulent plus être orientés vers d'autres structures, il s'agit d'un hébergement par défaut. Ils sont habitués à la structure dans laquelle ils sont hébergés et se sentent sécurisés par le rythme quotidien et l'attention que leur portent les équipes soignantes. Les résidents les mieux adaptés semblent être les personnes présentant un handicap physique. La situation est différente pour les personnes souffrant de pathologies liées à l'alcool, elles trouvent difficilement leur place dans ces institutions et de plus, leur prise en charge est difficile, les équipes n'y étant pas préparées.

Le personnel soignant se dit aussi mal préparé à la prise en charge de pathologies aussi variées. Il est de plus très souvent mal à l'aise vis à vis des conduites à tenir avec les résidents de moins de 60 ans en raison de la spécificité des demandes et des difficultés de communication. Les problèmes paraissent plus importants pour les résidents en dessous de 50 ans mais aussi quand le nombre de résidents de moins de 60 ans est trop important (plus de 10% dans les maisons de retraite et plus de 20% dans les USLD).

5.2.6 Les difficultés

Deux pièges essentiels sont à souligner.

Pour les résidents d'abord puisque l'hébergement dans des établissements où la moyenne d'âge est élevée peut provoquer une résignation, une perte d'initiative et un vieillissement accéléré.

Pour les institutions ensuite qui accueillent des résidents avec des troubles du comportement rendant très difficile, voire impossible, d'autres types de recrutement.

Les difficultés financières sont très controversées. Les établissements encourent un risque financier quand les résidents accueillis sont plus dépendants ou nécessitent des soins plus coûteux que prévu mais c'est essentiellement le manque de reconnaissance et le manque de moyens alloués qui sont mis en avant par les différentes structures.

5.3 Recommandations

Cette étude a permis de constater que la population des résidents de moins de 60 ans et les établissements pour personnes âgées les accueillant sont rarement en adéquation.

Le vieillissement de la population est aussi à prendre en considération. Ces dernières années, les aides au maintien à domicile se sont développées et permettent à beaucoup de personnes de ne pas vieillir en institution. Pour certaines d'entre elles, et elles seront de plus en plus nombreuses, ces aides en retardent seulement l'admission. Les personnes qui iront dans les maisons de retraite seront de plus en plus nombreuses et sans doute de plus en plus dépendantes et porteuses de poly pathologies. Le nombre de places pour les résidents de moins de 60 ans ira en diminuant et de plus la cohabitation des deux populations sera

plus difficile et l'inadéquation plus forte. Dès lors, plusieurs préconisations s'imposent, elles varient en fonction des pathologies rencontrées.

5.3.1 Les pathologies psychiatriques

Beaucoup de résidants de moins de 60 ans ne devraient pas être orientés vers des établissements pour personnes âgées. Ce sont essentiellement les personnes de moins de 55 ans qui n'ont pas vieilli précocement ou celles de moins de 50 ans. Parmi celles-ci, les personnes souffrant de pathologies liées à l'alcool ou de pathologies psychiatriques sont celles dont la présence dans ces établissements pose le plus de problème. Il est essentiel de trouver pour ces résidants un équilibre entre l'hébergement et le soin.

Les accueils familiaux, qu'ils soient de type thérapeutique ou social peuvent répondre en partie à ce besoin. Ils permettent aux patients atteints de psychose stabilisée de vivre dans un cadre familial tout en faisant l'objet d'un suivi psychiatrique par les secteurs. Ce suivi est plus ou moins intense en fonction du type d'accueil. Ces accueils familiaux devraient être renforcés mais, ils rencontrent une double difficulté : les familles sont difficiles à recruter et le suivi psychiatrique est difficile à assurer en raison des moyens dont disposent les secteurs.

Afin de pallier les difficultés de recrutement des familles, d'autres solutions doivent être proposées. L'expérience des familles gouvernantes de Reims tente de contourner cet obstacle en organisant des logements séparés. Les appartements des résidants sont situés à proximité immédiate de ceux des familles. Ces dernières assurent une présence moins permanente et plus facile à gérer. Les personnes prises en charge peuvent régler leur loyer grâce aux allocations adulte handicapé et les familles sont payées par l'allocation compensatrice d'une tierce personne. Cette solution a l'avantage de renforcer l'autonomie des résidants tout en leur permettant de vivre dans un cadre donné avec des repères.

Les maisons relais sont aussi des alternatives intéressantes. Gérées par des associations, ces structures fonctionnent avec des travailleurs sociaux et s'adressent aux personnes présentant des troubles psychiatriques légers. Elles permettent de leur offrir un encadrement éducatif et un suivi psychiatrique.

La Ddass du Val d'Oise doit soutenir et inciter la création de ces structures. Elle doit aussi favoriser l'élaboration de nouveaux dispositifs. Mais ces solutions ne pourront être réellement fonctionnelles et efficaces que si elles bénéficient d'un suivi régulier par les secteurs psychiatriques. Ceux-ci, pour être réellement opérationnels, doivent être renforcés.

Ces recommandations répondent aux besoins des patients relativement autonomes. Pour les patients présentant des pathologies plus lourdes ou des niveaux de dépendance plus élevés, des structures de type MAS à orientation psychiatrique doivent être développées. Elles permettront d'offrir une qualité de soins que les établissements pour personnes âgées ne peuvent assurer.

Il est à noter que les secteurs psychiatriques élaborent actuellement, avec l'ARHIF, des projets de ce type. Leur objectif est de trouver un bon équilibre entre l'hébergement et le soin, le social et le sanitaire.

5.3.2 Les personnes handicapées

Les personnes handicapées vieillissantes doivent pouvoir trouver des lieux de vie adéquats dans le maintien de leur dignité. Leur accueil en maisons de retraite doit pouvoir être maintenu et notamment pour les enfants qui y accompagnent leurs parents. Pour ce faire, les établissements doivent se doter d'infrastructures humaines et matérielles adéquates. Toutes les structures ne pourront pas répondre à ce cahier des charges. C'est pourquoi il est particulièrement important d'identifier celles qui en auront la capacité et la volonté. Elles doivent alors être soutenues pour réaliser les aménagements nécessaires. Des programmes de formation doivent être établis afin de former le personnel à la prise en charge de cette population.

Ces adaptations ne suffiront pas et les maisons de retraite ne correspondent pas toujours au souhait des handicapés ou de leurs familles. L'extension de foyers existants et leur aménagement pour prendre en compte le vieillissement des personnes handicapées qui y résident doivent aussi être envisagés.

5.3.3 Les pathologies neurologiques et les pathologies lourdes

Les patients porteurs d'affections neurologiques graves ou d'autres pathologies lourdes doivent bénéficier le plus possible d'une aide au maintien à domicile. Quand celui-ci est impossible, ils doivent être accueillis dans des structures situées au croisement du domaine médico-social et sanitaire.

Les USLD peuvent leur offrir cet espace mais ils se sont progressivement « gérialisés » et la réforme de la tarification accélère cette tendance. Pour les patients « jeunes », ils n'offrent pas réellement un espace de vie correct. La notion d'unités de soins prolongés, qui s'adresseraient à ce type de patients, trouve ici tout son sens. Plusieurs solutions sont envisageables : la création de nouvelles structures, la reconversion et l'aménagement d'USLD existantes qui s'orienteraient vers ce type de résidents permettrait de concilier l'accueil et la vie de populations âgées et moins âgées. Les critères d'admission de ces structures ne seraient plus alors déterminés par l'âge mais par un examen attentif de la personne et par ses souhaits.

L'ARHIF réfléchit actuellement aux hospitalisations au long cours et doit présenter un rapport sur ce sujet en juin 2003. Mais les mesures qui seront prises prendront un certain temps à être mises en place. En attendant, dans le Val d'Oise, environ 250 résidents de moins de 60 ans sont hébergés dans des établissements pour personnes âgées et si le rythme

d'admission se poursuit, ce nombre ne devrait pas diminuer. De plus certains résidants, comme les personnes handicapées, sont appelés à y rester. Certaines mesures doivent être prises dès maintenant pour améliorer leur prise en charge.

5.3.4 Aménagement des établissements pour personnes âgées

A) Les maisons de retraite et les USLD

Il est primordial que les projets d'établissements, dans leurs composantes projet de vie et projet médical prennent en compte la population des résidants de moins de 60 ans et ce travail doit être reconnu et évalué par les Ddass et les autorités compétentes. Ces mesures ne sont pas suffisantes. Les établissements ne peuvent pas recevoir des personnes porteuses d'autant de pathologies. Ils doivent faire des choix. Comme nous l'avons vu, une typologie de ces résidants peut être réalisée. Elle est bien sûr à affiner ; pour cela, un travail avec des équipes multidisciplinaires est indispensable. A partir de cette typologie il sera possible pour les établissements de s'orienter vers des admissions spécifiques et de former les équipes soignantes.

Ces projets doivent être travaillés par des équipes comprenant des représentants de l'Etat (Ddass et Assurance maladie), les représentants des établissements, le Conseil général et la COTOREP. Une orientation de ces résidants pourrait être envisagée, elle pourrait être réalisée par la COTOREP.

B) Les résidences et foyers

Beaucoup de résidences et foyers sont amenées à se transformer. Comme nous l'avons vu, la diminution des admissions en est la raison essentielle. Pour faire face aux besoins des personnes âgées, des structures se médicaliseront mais certaines d'entre elles envisagent une autre évolution. Leur potentiel d'hébergement est très important mais souvent mal adapté à la présence de résidants physiquement dépendants. Ces structures peuvent être des espaces propices à la création d'appartements thérapeutiques. Des projets de type accueil familial thérapeutique ou social, des appartements relais, des appartements avec gouvernantes pourraient y être facilement aménagés. Ils permettraient à beaucoup de personnes valides mais socialement ou psychologiquement dépendantes de trouver un hébergement adapté.

La Ddass du Val d'Oise travaille déjà en coordination avec de nombreux acteurs pour chercher des solutions à ces situations. Des représentants des résidences et foyers devraient être approchés et invités à participer à ces groupes de travail.

6 CONCLUSION

L'étude portant sur la présence de résidants de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées du Val d'Oise a permis de constater l'inadéquation des structures et des personnes hébergées. Pour la majorité d'entre eux, en effet, il s'agit d'orientations par défaut dues au manque de places en structures spécifiques. Il s'agit de personnes en détresse, vivant le plus souvent dans des conditions précaires et qui ont rarement le choix de leur hébergement. Les structures qui les accueillent leur donnent un véritable asile. Sans elles, il n'y a pour eux aucune solution.

Les personnes actuellement hébergées dans ces établissements y resteront sans doute jusqu'à la fin de leur vie. Cela correspond à leur souhait et la réforme de la tarification ne remet pas leur présence en question. Ils veulent rester avec les gens qu'ils côtoient, ils veulent être entourés par des équipes soignantes attentionnées.

Bien sûr, ce ne sont pas les résidants qui sont inadaptés aux structures, mais les structures qui ne sont pas en adéquation avec cette population. Pour mieux la prendre en charge, il faut considérer la diversité des diagnostics médicaux et sociaux qu'elle présente. La plus grande partie de cette population souffre de pathologies liées à l'alcool et de pathologies psychiatriques. Ce sont ces personnes qui vivent le plus mal leur hébergement dans les établissements pour personnes âgées. C'est vers elles que doivent se tourner, en premier, les efforts d'hébergement et de soins. Tant que des structures adaptées ne seront pas mises en place, les admissions continueront et depuis quelques années, leur rythme semble même s'accélérer.



Bibliographie

Textes :

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi 97-60 du 24 janvier 1997

Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Décret 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financements des EHPAD.

Décret 1999-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financements des EHPAD.

Circulaire DGAS/5B/DHOS/F2/MARTHE/2001/241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décret 1999-316 et 317 modifiés par le décret 2001-388 du 4 mai 2001 relatifs aux modalités de tarification et de financements des EHPAD.

Articles :

Anonyme. Les chiffres du handicap. *Vivre ensemble* 2001 ; 55 : 39-40.

ARGOURD D., Du projet de vie aux projets d'animation. *Gérontologie et Société*, 2001 ; 96 : 125-135.

BRUNETIERE J. R. Que voulons nous faire ? Prospective des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *La Revue de Gériatrie* ; 2001, vol. 26, 10 : 5-12.

CHAMPVERT P. Les établissements pour personnes âgées évoluent-ils vers des établissements de santé ? *La Revue de Gériatrie*, 2001 ; vol 26, 10 : 13-17.

DENORMANDIE P., Personnes handicapées vieillissantes et soins. Réadaptation, 2000 ; 475 : 51-54.

FERMONT B., JOËL M-E., Evaluation de la qualité de vie des personnes âgées, *Gérontologie et société*, 1996 ; 78 : 17-28.

FETEANU D., SEBAG-LANOË R. Prise en charge institutionnelle des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. *La Revue du Praticien – Médecine Générale*, 1994 ; 251 : 21-24.

GABBAI PH. Le vieillissement des personnes handicapées mentales. *Revue Réadaptation*, 1993 ; 369 : 13-17.

JOEL M-E., GRAMAIN A., COZETTE E., Vers une autonomie dans la dignité, *Retraite et Société*, 2000 ; 30 : 35-46.

LAFONT CH., ROQUES C.F., ALBAREDE J.L. Y a t'il une approche particulière des personnes handicapées vieillissantes. *Gérontologie et Société*, 1993 ; 85 : 20 –29.

LAVAL R., L'accompagnement des personnes atteintes d'Alzheimer et troubles apparentés, *Techniques Hospitalières*, 2000 ; 649 : 37-39.

LECOURT M., L'APA est entrée en application le 1^{er} janvier 2002. *Acteurs magazine*, 2002 ; 61 : 16-19.

MORMICHEP, LAROQUE G. et al. C.C.A.H. Le vieillissement des personnes handicapées. *Réadaptation*, 200 ; 475 : 5-56.

ZRIBI G., Age et exclusion, les handicapés âgés. *Gérontologie et société*, 2002 ; 102 : 211–217.

Rapports et études :

BIGNOLAS G., FORT F., HAFID B., Vers une exigence de la qualité pour les établissements de soins, *Gestions hospitalières*, 2000 ; 397.

DIRIDOLLOU D., HILY S., LEROUX P., Evaluation des petites unités de prise en charge des déments, *Gérontologie*, 1998 ; 108 : 25p.

DRASSIF, Service études et statistiques. Soins de longue durée Typologie des patients, *Etudes Statistiques : N°1*, 2001.

DRASSIF, Service études et statistiques. Maison de retraite, Typologie des patients. *Etudes Statistiques : N°4*, 2002.

Evaluation du handicap et de la dépendance. *Bulletin d'information du CREA Bourgogne*, 1999 ; 179 : 5-14.

GOILLOT C., MORMICHE P., Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance en institution en 1998. Résultats détaillés. *Insee Résultats. Démographie – Société*, 2001 ; 83-84, 213 p.

SANTONI F., BLANCHARD JC., La clientèle des établissements pour personnes handicapées. *Documents statistiques du SESI*, 1990 ; n° 108, 249 p.

Ouvrages :

AYMES S., HENRARD J.C., et al. Handicap et vieillissement : Politiques publiques et pratiques sociales. *Les Editions INSERM* ; 1996, 347 p.

BARONNET P., Filiation et handicap : l'impossible séparation. *Lyon : Université Catholique de Lyon*, 1999 ; 119 p.

BASCOUL J.L., EYNARD C., GALLARD L. et al. Projet de vie. Des démarches et des acteurs pour mieux vivre ensemble en établissement. *Fondation de France*, 1995, 96 p.

BELIN B., MESNIL G., et al. Les personnes handicapées vieillissantes. *Paris : L'Harmattan* ; 2001, 238 p.

LIBERMAN R. Handicap et maladie mentale. *Paris PUF, Que sais-je ?*, 1988.

RAVAUD JF., FARDEAU M. et al. Insertion sociale des personnes handicapées : méthodologies d'évaluation. *Edition INSERM*, 1994 ; 260 p.

ZRIBI G. Handicapés mentaux graves et polyhandicapés en France. *Rennes: ENSP Editeur*, 1993 ; 89 p.

ZRIBI G., SARFATY J. et al. Handicap mental et vieillissement. *Editions du CTNERHI* ; 1990.

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux chefs de secteurs de psychiatrie générale du Val d'Oise

Annexe 2 : Guide méthodologique - Comment remplir le questionnaire de l'enquête résidants dans les établissements pour PA / 95

Annexe 3 : Questionnaire établissement et questionnaire résidants

Annexe 4 : Entretiens et table-rondes – Liste des personnes rencontrées

Annexe 5 : Principaux diagnostics des résidants de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées. Val d'Oise. Février 2003

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux chefs de secteurs de psychiatrie générale du Val d'Oise

Patients de moins de 60 ans suivis par les secteurs de psychiatrie et orientés vers les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée

	1999		2000		2001	
	Patients suivis en ambulatoire	Patients en hospital. complète	Patients suivis en ambulatoire	Patients en hospital. complète	Patients suivis en ambulatoire	Patients en hospital. complète
Nombre de patients de – de 60 ans suivis par votre secteur						
pour lesquels vous avez demandé une orientation vers une structure d'hébergement pour personnes âgées						
pour lesquels vous avez obtenu une orientation vers une structure d'hébergement pour personnes âgées						
Motifs de refus des maisons de retraite ou des unités de soins de longue durée à l'admission						
Nombre de patients suivis en 2002 pour lesquels une orientation vers le secteur d'hébergement pour personnes âgées vous paraît souhaitable						

Maisons de retraite et USLD qui ont accueilli
les patients suivis par votre secteur

Pathologies des personnes de moins de 60
ans orientées vers les structures
d'hébergement pour personnes âgées

**Indications amenant à cette
orientation** (motifs de l'orientation)

Modalités pour le suivi psychiatrique de ces patients en maison de retraite et en unités de soins de longue durée

<p>Avantages de ce type d'orientation pour les patients orientés</p> <p>Difficultés rencontrées</p>	
---	--

Autres commentaires :

Annexe 2

Comment remplir le questionnaire de l'enquête résidants dans les établissements pour PA / 95

Partie établissement

Cette partie est unique quelque soit le nombre de résidants de moins de 60 ans dans l'établissement. Elle est à remplir par le directeur (ou la directrice) de l'établissement. Elle comprend :

Une partie générale qui sert à identifier l'établissement :

Nom de l'établissement : marquer le nom actuel (en toutes lettres)

Type d'établissement : deux informations sont demandées

- Dénomination de l'établissement dans la nomenclature des établissements pour personnes âgées : Maison de retraite, Foyer logement, EHPAD, USLD et
- Raison sociale : Etablissement public (maison de retraite hospitalière, CCAS,...) ou privé (SARL, société anonyme,...).

Le numéro Finess : sert à éviter des confusions entre établissements

Le nombre de résidants à la date de remplissage du questionnaire : mettre la date de remplissage du questionnaire jour mois et année (JJ/MM/AAAA) et le nombre de résidants de moins de 60 ans à cette date.

Une partie plus spécifique concernant les motivations d'admission de résidants et les difficultés rencontrées (pour les garder ou pour en recevoir de nouveaux). Ces difficultés peuvent être d'ordre administratif, financier mais elles peuvent aussi concerner la prise en charge proprement dite du résidant (médicale, sociale, charge de travail, etc.). Il ne faut pas hésiter à préciser les réponses et à déborder en dehors du cadre prévu à cet effet.

Partie résidants

Il est prévu de remplir un questionnaire par résidant. Cette partie est, elle aussi divisée en deux parties. La première partie concerne des informations de type administratif : elles doivent être remplies par le service administratif de l'établissement. La deuxième partie concerne des informations de type médical : elles doivent être remplies par l'équipe médicale de l'établissement. Chaque questionnaire doit être alors agrafé puis placé dans une enveloppe puis tous les questionnaires et la partie générale doivent être envoyés à la DDASS du Val d'Oise à l'attention du Dr Marc Gastellu Etchegorry, Médecin Inspecteur de Santé Publique, 2, avenue de la Palette, 95 011 Cergy Pontoise Cedex.

Informations administratives

Afin de respecter l'anonymat des résidants et la confidentialité des informations rapportées, ces questionnaires ne comprennent pas le nom des résidants. Les trois premières lettres du nom et du prénom sont demandées pour éviter les confusions lors du remplissage du questionnaire (ces initiales ne seront pas entrées dans le fichier informatique).

Nom : mettre les trois premières initiales du nom

Prénom : mettre les trois premières initiales du prénom

Sexe : cocher la case correspondante au résidant.

Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)

Date d'admission dans l'établissement : il s'agit de la date d'entrée dans l'établissement inscrite dans le dossier de la personne. Les informations demandées sont le jour, le mois et l'année.

Code postal du dernier domicile : mettre le code postal du domicile du résidant avant son admission. Si le résidant était hospitalisé avant son admission, il faut mettre le code postal de son domicile et non celui du service dans lequel il était hospitalisé. Si ce code postal est inconnu, mettre le n° du département. Si celui-ci est inconnu, mettre 99999.

Mode de vie. Avant son admission le résidant vivait... Il s'agit de savoir si le résidant vivait en couple ou seul ou dans d'autres conditions. Ces informations permettront de décrire les situations familiales des personnes actuellement résidentes de moins de 60 ans dans votre établissement. Des compléments d'information sont demandés (s'ils sont connus) pour les différentes situations. Si cette situation n'est pas connue, cocher la case «situation inconnue ».

Revenus mensuels du foyer : Indiquer le montant des revenus. Cette rubrique tient compte du cas où le conjoint d'une personne hébergée vivrait encore à son domicile. Les revenus du foyer correspondent à la somme mensuelle dont dispose le couple ou le célibataire pour vivre. Ces revenus comprennent les retraites, les salaires, les allocations (Allocation compensatrice, Allocation pour Adultes Handicapés –AAH-, Allocation Logement Social –ALS-, Allocation de Logement à Caractère Familial), l'Allocation personnalisée d'Autonomie –APA-, les pensions (pension d'invalidité versée par la caisse maladie, pension pour inaptitude au travail, majoration pour tierce personne, pension militaire d'invalidité), les rentes (rente versée par une assurance ou une mutuelle, rente d'incapacité liée à un accident du travail), les indemnités journalières de la sécurité sociale.

Aides reçues pour raisons de santé : Indiquer si le résidant reçoit ou ne reçoit pas une des aides suivantes : Allocation pour Adultes Handicapés (AAH), Allocation compensatrice, Garantie de Ressources, Allocation personnalisée d'Autonomie (APA), pension d'invalidité versée par la caisse maladie, rente d'incapacité liée à un accident du travail, rente versée par assurance ou mutuelle, pension militaire d'invalidité (ou pension « d'ayant cause »).

Filière de soins : Il faut indiquer l'origine du résidant à son admission initiale dans la maison de retraite. Il ne faut pas tenir compte des séjours transitoires, le plus souvent brefs, effectués hors de celle-ci, tant qu'elle reste le lieu habituel de prise en charge de la personne (par exemple : hospitalisation de court séjour pour une pathologie aiguë ; séjour en famille pendant les vacances...).

Informations médicales

Dépendance : Date du dernier Girage (JJ/MM/AAAA) et valeur du Gir. Si le Gir n'a pas été réalisé, marquer Gir inconnu.

Démence : Médicalement la démence se définit comme une diminution progressive et irréversible des fonctions supérieures liée à une atteinte cérébrale organique (par opposition aux affections purement psychiatriques). Les modalités du diagnostic de démence restent propres à chaque médecin.

Motif médical d'entrée : Le motif médical d'entrée est la maladie ayant conduit à l'admission du résidant dans l'établissement pour personnes âgées. Elle peut être une pathologie chronique, par exemple une maladie d'Alzheimer, et on retrouvera alors la même réponse dans la rubrique « Pathologie de fond, responsable du motif médical d'entrée ». Elle peut aussi en être une conséquence, par exemple un résidant peut être admis pour une démence de Korsakov alors que la pathologie chronique sera l'alcoolisme et on retrouvera alors « alcoolisme » dans la rubrique « Pathologie de fond, responsable du motif médical d'entrée ».

Autres pathologies chroniques : citer, s'il en existe les autres pathologies chroniques que présente le résidant : jusqu'à trois pathologies.

Soins par d'autres intervenants : il s'agit de soins dispensés de manière régulière au patient par des intervenants autres que les géiatres, les médecins intervenant dans l'établissement ou les infirmières. Ces intervenants peuvent aussi bien appartenir au service ou à l'établissement qu'être extérieurs à ce dernier. Les spécialistes doivent être renseignés ainsi que la fréquence de suivi (exprimée en jour, semaine ou mois). Pour les psychiatres, leur origine doit être signalée : établissement où est le résidant, libéral, psychiatrie de secteur, consultation en centre hospitalier (en dehors du secteur psychiatrique).

Intensité des soins infirmiers. L'information demandée porte sur les soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS). Les SIIPS permettent d'apprécier de manière globale et synthétique la charge en soins infirmiers pour un résidant et ce à partir de la demande de soins du résidant. En d'autres termes, ils permettent de quantifier le poids du patient en termes de soins mais substitue à la notion subjective de lourdeur une notion plus objective quantifiée : le coefficient et qualitative : le diagnostic infirmier.

Les soins sont divisés en 3 fonctions de soins : soins de base, soins techniques et soins relationnels et éducatifs.

Soins de base

Cette fonction est formée de 4 groupes de soins, elle est en concordance avec les besoins fondamentaux

Soins de base	Besoins fondamentaux
Alimentation	Boire et manger
Locomotion – Mobilisation	Se mouvoir et maintenir une bonne posture
Elimination	Respirer Eliminer
Hygiène et confort	Dormir et se reposer Se vêtir et se dévêtir Maintenir la température dans les conditions normales Etre propre, soigné et protéger ses téguments

Soins techniques

Dans cette fonction, se trouvent les actes de soins liés à la prescription médicale pour l'application des thérapeutiques, l'aide aux actes diagnostiques et la surveillance aux traitements.

A) Soins relationnels et éducatifs

Ici, ce sont encore les besoins fondamentaux qui sont en concordance avec cette fonction de soins :

Soins relationnels et éducatifs	Besoins fondamentaux
Relation	Communiquer Agir selon ses croyances et ses valeurs S'occuper en vue de se réaliser Se divertir
Education	Eviter les dangers Apprendre

Il est recommandé d'effectuer la cotation en équipe avec la présence conjointe d'infirmier(e)s et d'aide(s) soignant(es). La cotation en coefficient se fait en situant le résidant dans le tableau suivant (à la date de remplissage du questionnaire) :

Grille de lecture des coefficients				
	Coefficient 1	Coefficient 4	Coefficient 10	Coefficient 20
Soins de base Groupe de soins Alimentation Locomotion Elimination Hygiène et confort	Autonomie	Dépendance modérée Dans au moins 2 groupes de soins	Dépendance majeure Dans au moins 2 groupes de soins	Dépendance totale Dans au moins 2 groupes de soins
		* aide ponctuelle ou occasionnelle * installation - indication * petits soins d'hygiène	* aide permanente ou réalisation de la quasi totalité des soins * aide pour le lever, la marche, la mise au fauteuil * prévention d'escarres * toilette complète	* suppléance totale * alité permanent * changements fréquents * changements de position fréquents
Soins techniques	Prédominance de soins légers * Prélèvement ou injection (de 1 à 4 / 24H) * surveillance des constantes (< 3fois / 24 H) * médicaments per os : * distribution et aide de la prise * tubage * sondage vésical * pose de holter * soins de bouche * instillation oculaire * ECG	Prédominance de soins courts * Prélèvements répétés (> 4 / 24H) * perfusion simple * cathétérisme veineux * surveillance des constantes (4 à 8 fois / 24 H) * surveillance de drains * surveillance de sondes * surveillance d'irrigation * aérosols * nutrition entérale -parentérale * pansements simples	Soins légers et courts répétés * surveillance des constantes (>8 fois / 24 H) * injections répétées (>6 fois / 24 H) Prédominance de soins lourds * irrigation continue * cathétérisme cardiaque * trachéotomie * pansement complexe * extension pour fracture	Prédominance de soins très lourds * perfusion lourde + durées + surveillance des constantes toutes les heures * pansements lourds et répétés (> 3 fois : 24 H) * aspiration itérative * assistance continue
Soins relationnels et éducatifs Malade et / ou famille	Autonomie * information succincte et ponctuelle * instruction sur un problème de santé, un régime * observation des comportements	Dépendance modérée * reformulations et explications * informations d'aide contre l'angoisse, la solitude, le vie en établissement... * relation d'aide à la vie quotidienne	Dépendance majeure * aide dans les situations de relations difficiles : dépression, angoisse majeure * apprentissage de nouveaux comportements, d'auto-soins...	Dépendance totale * accompagnement en situation de crise (désorientation, agitation extrême...)

Annexe 3 Questionnaire

Etablissement (Un questionnaire par établissement)

- Nom de l'établissement :

- Nature de l'établissement :

- N° Finess de l'établissement :

- Combien de résidants de moins de 60 ans sont présents dans votre établissement à la date où est rempli le questionnaire

* Date de remplissage du questionnaire : __ / __ / ____

* Nombre de résidants de moins de 60 ans :

- Quelles sont les principales raisons pour lesquelles vous avez accepté des résidants de moins de 60 ans dans votre établissement ? Pouvez vous les préciser ?

- Parmi ces raisons, existait il des raisons financières ? Si oui, pouvez vous les préciser ?

Enquête résidants de moins de 60 ans dans les établissements pour PA / 95

Quelles sont les principales difficultés pour l'admission des résidants de moins de 60 ans dans votre établissement ?

Dans le futur, êtes vous prêt(e) à admettre de nouveaux résidants de moins de 60 ans dans votre établissement?

Dans le cas où vous ne voulez plus d'admission de résidants de moins de 60 ans, pouvez vous décrire les principales raisons ?

Résident (Un questionnaire par résident de moins de 60 ans)

Informations socio-démographiques

Nom (3 premières lettres) :

Prénom (3 premières lettres) :

Sexe : Homme Femme

Date de naissance (Jour, Mois, Année) : __ / __ / ____

Date d'entrée dans l'établissement (Jour, Mois, Année) : __ / __ / ____

Code postal du dernier domicile : _ _ _ _ _

Mode de vie. Avant son admission, le résident :

Vivait en couple

Marié(e)

Concubinage, PACS, Union libre ou autre

Vivait seul

Célibataire

Séparé

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Autre situation

Avec un ou ses parent(s)

Avec un ou ses enfant(s)

Autre.....

Situation inconnue

Revenus mensuels du foyer (montant incluant les aides diverses) :

Revenus du couple (si actuellement en couple) :

Revenus du résident seul (si actuellement seul) :

Pour des raisons de santé, le résident perçoit-il ? Cocher la case correspondante

Allocation aux adultes handicapés

Allocation compensatrice

Garantie de ressources (RMI, API,...)

Pension d'invalidité versée par la caisse maladie

Rente d'incapacité liée à un accident du travail

Rente versée par assurance ou mutuelle

Pension militaire d'invalidité (ou pension « d'ayant cause »)

Filière de soins (origine du résident) : Cocher la case correspondante

Domicile

Etablissement médico-social Préciser le type :

Etablissement sanitaire Préciser le type et le service :

Enquête résidents de moins de 60 ans dans les établissements pour PA / 95

Lieu de résidence actuel : USLD , Maison de retraite en soins courants , Maison de retraite en section de cure, Foyer , Résidence EHPAD

Morbidité et dépendance

Dépendance

Date du dernier « girage » réalisé : __ / __ / ____

Gir (à cette date) :.....

Morbidité

Démence : non oui Date de diagnostic de la démence : (Mois, Année) : __ / ____

Motif médical d'entrée :.....

Pathologie (de fond) responsable du motif d'hospitalisation :.....

Autres pathologies chroniques :

Pathologie chronique :.....

Pathologie chronique :.....

Pathologie chronique : :.....

Soins

Soins réalisés par d'autres intervenants (psychiatre, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophoniste, pédicure, etc.)

Suivi par un psychiatre : non oui Fréquence (par mois) :.....

Si oui, Origine du psychiatre : Appartient à l'établissement où est le résident

Psychiatrie de secteur

Libéral

Hospitalier (en dehors du secteur psychiatrique)

Autre intervenant : Fréquence de suivi :

Autre intervenant : Fréquence de suivi :

Autre intervenant : Fréquence de suivi :

Autre intervenant : Fréquence de suivi :

Autre intervenant : Fréquence de suivi :

Intensité des soins infirmiers : coefficients SIIPS (voir les explications en annexe)

Soins de base Coefficient 1 4 10 20

Soins techniques Coefficient 1 4 10 20

Soins relationnels et éducatifs Coefficient 1 4 10 20

Annexe 4

Entretiens et table-rondes

Liste des résidents rencontrés

Monsieur A	Résidence Condat
Monsieur B	Maison de retraite hospitalière du Centre Hospitalier du Vexin
Madame C	Maison de retraite hospitalière du Centre Hospitalier du Vexin
Monsieur D	Unité de soins de longue durée de Carnelle
Madame E	Unité de soins de longue durée de Carnelle
Madame F	Maison de retraite hospitalière du Centre Hospitalier de Gonesse
Monsieur G	Maison de retraite hospitalière du Centre Hospitalier de Gonesse
Monsieur H	Maison de retraite hospitalière du Centre Hospitalier du Vexin

Entretiens individuels

Dr Pulvenis	Agence Régionale Hospitalière d'Ile de France
Dr Simon-Bernard	Conseil général du Val d'Oise, secteur des personnes âgées
Madame Colson	Conseil général du Val d'Oise, secteur des personnes âgées
Madame Le Roux	Conseil général du Val d'Oise, secteur des personnes handicapées
Madame Riet	Directrice de l'hôpital gériatrique de Marines
Dr Costes	Médecin, Centre Hospitalier de Gonesse

Table rondes

Centre hospitalier de Marines

Dr Sibony-Prat	Médecin
Dr Yapi	Médecin
Dr Kanakaris	Médecin

Résidence Condat à Argenteuil

Madame Boudier	Directrice de la résidence Condat
Madame Lemaire	Directrice du Centre Communal d'Action Sociale d'Argenteuil

Unité de soins de longue durée de Carnelle

Dr Eischein	Médecin
Madame Tardivet	Cadre infirmier
Madame Morvan	Chef de bureau des admissions
Madame Colin	Bureau des admissions
Madame Grimal	Bureau des admissions

Maison de retraite hospitalière d'Argenteuil

Dr Babadjian Médecin
Monsieur Prescetti Cadre santé supérieur
Monsieur Salierno Directeur
Madame varlet Administration, finances

Centre hospitalier du Vexin

Madame Prugnard Directrice
Madame Desmet Directrice des soins

Annexe 5 : Principaux diagnostics des résidents de moins de 60 ans dans les établissements pour personnes âgées. Val d'Oise. Février 2003

Principaux diagnostics			MR	USLD	Rés	Total	
Démence et comportement	Troubles du comportement directement liés à l'alcool	Troubles du comportement	2	6	-		
		Démence alcoolique	-	2	-		
		Encéphalopathie alcoolique	8	4	-		
		Syndrome de Korsakoff	16	9	-		
		Alcoolisme	2	-	-		
	Troubles du comportement	Démence vasculaire	-	1	-		
		Epilepsie	-	1	-		
		Suites d'hémiplégie	1	-	-		
	Démence	Suite à traumatisme crânien (TC)	1	-	-		
		Accident vasculaire cérébral (AVC)	-	1	-		
Alzheimer		-	1	-			
Démence sans étiologie précisée		-	1	-			
Séquelle coma hypothermique		-	1	-			
TC	1	2	-				
Démence Lewy	1	-	-				
Total démence et comportement			32	29	0	61	
Endocrinologie	Diabète		-	1	-		
Total endocrinologie			0	1	0	1	
Handicap	Encéphalopathie	Néonatale	2	-	-		
	IMC	Accident néonatal	-	1	-		
		Etiologie non précisée	2	5	-		
	Retard mental grave	Origine périnatale	1	1	-		
		Etiologie non précisée	5	1	-		
Séquelle d'encéphalite	-	1	-				
Trisomie 21		3	-	-			
Total handicap			13	9	0	22	
Neurologie	Dégénératif	Chorée de Huntington	1	1	-		
	Maladies démyélinisantes	Démyélinisation du système nerveux central	1	1	-		
		Sclérose en plaques	3	6	-		
		Sclérose latérale amyotrophique	1	-	-		
	Etat Végétatif Chronique	Anévrisme cérébral	-	1	-		
		Etiologie non précisée	-	1	-		
	Syndromes extra-pyramidaux	TS	-	2	-		
		Syndrome extra pyramidal	-	2	-		
	Troubles moteurs	Paraplégie	Parkinson	-	1		-
			Myopathie	-	1		-
			Traumatisme	-	1		-
		Tétraplégie	Traumatisme (accident du travail)	-	1		-
			Post accident de la voie publique	-	1		-
			Post tentative de suicide	-	2		-
	Neuro vasculaire	Hémiplégie post abcès (diabète)	1	-	-		
Hémiplégie post TC		-	4	-			
Hémiplégie due à AVC		7	10	-			
Neuro divers	Tétraplégie due à AVC	-	1	-			
	AVC sans précision	4	3	-			
	Séquelles méningite	-	1	-			
	Dégénérescence spino-cérébrale post TC	1	-	-			
	Séquelle de tumeur cérébrale	-	1	-			
Séquelle de tumeur ORL	1	-	-				
Encéphalopathie par anoxie post coma éthylique	-	1	-				
Etiologie non précisée	-	1	-				
Total neurologie			20	43	0	63	
Psychiatrie	Psychose	Avec terrain alcoolique	1	-	-		
		Psychose non définie	10	3	-		
		Retard mental grave	1	1	-		
		Psychose maniaco-dépressive	2	1	-		
	Schizophrénie	4	4	-			
Dépression	Dépression	-	-	1			
Total psychiatrie			18	9	1	28	
Social	Social	Avec terrain alcoolique	1	-	-		
		Social non précisé	-	-	6		
Total social			1	0	6	7	
Inconnu			1	0	2	3	
TOTAL			85	91	9	185	

MR : maison de retraite USLD : Unité de soins de longue durée Rés : Résidences et foyers