



En établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), le nombre moyen de pathologies par patient augmente avec la perte d'autonomie. Les résidents très dépendants (GIR 1 et 2) cumulent huit pathologies, contre six pour les personnes peu ou pas dépendantes (GIR 5 et 6). La gravité des pathologies augmente également selon le niveau de dépendance. Les résidents des GIR 1 et 2 sont plus fréquemment atteints de démence (56 % d'entre eux) et d'incontinence urinaire (55 %) ; ceux des GIR 3 et 4 (modérément dépendants) souffrent surtout d'hypertension artérielle (HTA) et d'insuffisance cardiaque (respectivement 50 % et 31 %), enfin les patients classés en GIR 5 et 6, d'HTA et de troubles anxieux (respectivement 55 % et 38 %). Les résidents atteints au moins d'un syndrome démentiel constituent une population plus sévèrement dépendante au plan des fonctions supérieures qu'au plan locomoteur. La consommation de médicaments apparaît quant à elle relativement peu liée au niveau de dépendance. Un tiers des résidents en EHPA sont sujets à des douleurs repérées par les médecins ; ils sont fréquemment atteints de pathologies ostéoarticulaires.

Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées

Les personnes âgées qui vivent en institution sont pour la plupart atteintes de plusieurs pathologies, lesquelles peuvent provoquer ou aggraver un état de dépendance. Le volet « Pathologies et morbidité » de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2003 (encadré 1) a permis d'acquérir une meilleure connaissance des pathologies et du niveau de dépendance de leurs résidents, tels qu'ils sont évalués par les médecins qui les suivent. Ce questionnaire, rempli par un médecin, a ainsi été recueilli pour un échantillon d'environ 4 500 résidents en institution (maisons de retraite, unités de soins de longue durée – USLD – et logements-foyers). Une première étude¹ a eu notamment pour objet de décrire les pathologies présentées par les résidents. Celle-ci met en rapport les pathologies

**Nathalie DUTHEIL
et Suzanne SCHEIDEGGER**

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
DREES

1. Dutheil N., Scheidegger S., 2006, « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Études et Résultats*, n° 494, juin, DREES.

E • 1

Méthodologie de l'enquête

L'étude est fondée sur l'exploitation du volet « pathologies et morbidité » de l'enquête auprès des Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) portant sur la situation des établissements au 31 décembre 2003. Cette enquête fournit un état des établissements et une description de la clientèle hébergée. Elle a été réalisée tous les deux ans jusqu'en 1996. En 2003, l'enquête a comporté pour la première fois un volet qui avait pour objet de recueillir des données sur les pathologies des personnes hébergées en établissement. Ce volet a été adressé à un échantillon d'établissements et le remplissage du questionnaire « pathologies et morbidité » ne concernait qu'une partie de leur clientèle et a été renseigné pour 4 462 personnes. Les consignes adressées au gestionnaire précisait que le questionnaire devait être rempli par un médecin. Sur l'échantillon de 4 462 questionnaires, nous n'avons pas l'information pour 113 d'entre eux. Quelle que soit la catégorie de l'établissement (maison de retraite, USLD ou logement-foyer), seuls 6 % des questionnaires ont été renseignés par une personne autre qu'un médecin. Dans les logements-foyers, 80 % des questionnaires ont été renseignés par un médecin généraliste (la consigne était de contacter le médecin traitant du résident en l'absence de médecin rattaché à l'établissement). Dans les USLD, 75 % des questionnaires ont été remplis pas le médecin salarié de la structure et, dans les maisons de retraite, 48 % des questionnaires l'ont été par un médecin coordonnateur, 13 % par un médecin salarié et 33 % par un médecin généraliste.

Pathos est un outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires à la prise en charge des pathologies en gériatrie. Il a été mis au point en partenariat par le syndicat national de gériatrie clinique et le service médical de la CNAMTS. Le modèle renvoie à un thésaurus de cinquante états pathologiques que le questionnaire adressé aux médecins devant répondre à l'enquête EHPA a utilisé, dans la mesure où les praticiens connaissaient et utilisaient déjà cet outil (tableau).

Groupes de pathologies	Pathologies
cardio-vasculaires	insuffisance cardiaque coronaropathie hypertension artérielle troubles du rythme phlébites embolie et thrombose artérielle et amputation artériopathies chroniques hypotension orthostatique autres
neuro-psychiatriques	malaises, vertiges, pertes de connaissance accidents vasculaires cérébraux épilepsie focale ou généralisée syndrome parkinsonien syndrome confusionnel troubles du comportement états dépressifs états anxieux psychose, délire, hallucinations syndrome démentiel (dont maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) éthylisme autres
broncho-pulmonaires	broncho-pneumopathies insuffisance respiratoire embolies pulmonaires autres
infectieuses	syndromes infectieux généraux syndromes infectieux localisés infections urinaires basses autres
dermatologiques	escarres ulcères de jambe autres
ostéo-articulaires	pathologie de la hanche pathologies de l'épaule pathologie vertébro-discoale polyarthrite ou autres articulations autres
gastro-entérologiques	ulcères gastro-duodénaux autres syndromes digestifs hauts syndromes abdominaux affections hépatiques, biliaires, pancréatiques dénutrition autres
endocriniennes	diabète disthyroïdie troubles de l'hydratation autres
uro-néphrologiques	rétention urinaire insuffisance rénale incontinence urinaire autres
hématologie et cancérologie	anémies cancers hémopathies malignes syndromes inflammatoires autres
autres pathologies	cataractes surdité autres pathologies oculaires autres

Source : enquête EHPA 2003 - volet pathologies et morbidité, DREES..

repérées par les médecins et le degré de dépendance des résidents, tel qu'il est évalué à partir de la grille AGGIR (encadré 2)

Plus la perte d'autonomie s'aggrave, plus les résidents cumulent des pathologies...

Dans l'étude précédemment citée, il a été montré que les personnes âgées vivant en établissement cumulent en moyenne sept pathologies diagnostiquées. Il apparaît aussi que leur nombre moyen de pathologies augmente avec le niveau de perte d'autonomie : il est de six pour les résidents peu ou pas dépendants (GIR 5 et 6), de sept pour les modérément dépendants (GIR 3 et 4) et de huit pour les très dépendants (GIR 1 et 2). Par ailleurs, le nombre de pathologies augmente aussi avec l'âge, toutefois, à âge donné, le nombre de pathologies est toujours supérieur pour les résidents les plus dépendants. Ainsi, parmi les résidents âgés de 80 à 89 ans, la moitié de ceux évalués en GIR 1 et 2 ont six pathologies ou plus, alors que la moitié de ceux n'étant pas ou peu dépendants en ont au plus quatre.

20 % des résidents en EHPA se trouvent en état grabataire² (dépendance complète). Ces patients comptent davantage de pathologies que les personnes non grabataires (en moyenne onze contre six). Ils sont surtout présents en USLD, où 55 % des résidents sont considérés comme grabataires par les médecins. En maisons de retraite leur proportion est de 18 % et en logement-foyer de 8 %.

... et plus ces pathologies sont graves

Dans le questionnaire remis aux médecins en établissement, l'ensemble des affections signalées devaient être ventilées selon trois niveaux de gra-

2. L'état grabataire constitue une situation particulière, mentionnée spécifiquement dans le questionnaire de l'enquête. Est considérée comme grabataire une personne confinée au lit ou au fauteuil par sa maladie, incapable de subvenir sans aide et en totale sécurité à ses besoins alimentaires, d'hygiène personnelle, d'élimination, de transfert et de déplacement.

tivité : « modéré », c'est-à-dire nécessitant des soins mineurs et non invalidants, « moyen », c'est-à-dire limitant partiellement la validité et « très grave », c'est-à-dire entraînant une invalidité importante ou nécessitant une prise en charge très lourde. Ces spécifications expliquent, pour partie, les liens observés entre la gravité des pathologies diagnostiquées et la perte d'autonomie. En effet, parmi les résidents présentant au moins une pathologie jugée « très grave » par les médecins, près de 65 % ont un niveau élevé de perte d'autonomie (GIR 1 et 2), alors que 12 % sont peu ou pas dépendants (GIR 5 et 6). Parmi ceux qui souffrent au moins d'une pathologie jugée de gravité moyenne (sans pathologie de gravité forte), près de 40 % ont une dépendance modérée (GIR 3 et 4) et la même proportion est restée autonome. Dans le groupe atteint de pathologies que les médecins considéraient comme de gravité modérée, plus de la moitié (58 %) sont des personnes peu ou pas dépendantes, alors que 13 % sont très dépendantes. L'âge continue toutefois à aggraver la dépendance à pathologie de niveau de gravité donné. Ainsi, parmi les résidents ayant au moins une pathologie de gravité forte, ceux âgés de moins de 85 ans sont 62 % à être en GIR 1 et 2, contre 68 % pour ceux âgés de 85 ans ou plus. Les résidents atteints de pathologies de gravité modérée sont quant à eux 70 % à être évalués en GIR 5 et 6 et 23 % en GIR 3 et 4 avant 85 ans, et respectivement 43 % et 36 % après 85 ans. Quant aux résidents grabataires, 83 % d'entre eux souffrent au moins d'une pathologie très grave. Logiquement, leur pronostic vital (encadré 3) est aussi plus souvent engagé (pour 41 % d'entre eux, contre 17 % des non-grabataires).

Plus de la moitié des résidents les plus dépendants (GIR 1 et 2) souffrent d'un syndrome démentiel

Selon le niveau de dépendance des résidents, certaines pathologies sont plus ou moins fréquentes (encadré 4). Les résidents très dépendants (classés

E•2

Définition des groupes iso-ressources de la grille AGGIR

La grille AGGIR classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou de gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne. Ils ont trait à la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur, les déplacements à l'extérieur et la communication à distance. Ces deux dernières variables n'ont pas été utilisées dans cette étude car elles sont peu pertinentes pour des personnes âgées vivant en établissement.

Chaque variable possède trois modalités : A : fait seul, habituellement ou correctement ; B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement ; C : ne fait pas.

Les six niveaux de la grille AGGIR

Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Les personnes appartenant à ces deux niveaux de dépendance sont considérées comme très dépendantes.

Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

Le GIR 4 comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement. Les personnes appartenant à ces deux niveaux de dépendance sont considérées comme modérément dépendantes.

Le GIR 5 est composé de personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne. Les personnes appartenant à ces deux niveaux de dépendance sont considérées comme peu ou pas dépendantes.

E•3

Pronostic vital

Le questionnaire de l'enquête interrogeait les médecins sur l'engagement du pronostic vital¹ des résidents de l'échantillon. D'après les réponses de ceux-ci, 14 % des résidents voient leur pronostic vital mis en cause. Plus le cumul de pathologies est élevé, plus le risque vital encouru par le résident apparaît important. Ainsi, 24 % des personnes âgées ayant huit pathologies ou plus verraient leur risque vital engagé contre 11 % de celles qui ont entre cinq et huit pathologies, et 8 % de celles qui comptent moins de cinq pathologies. Un quart des personnes qui ont au moins une pathologie de gravité forte voient, par ailleurs, leur pronostic vital engagé. Pour celles qui ont au moins une pathologie de gravité moyenne, cette proportion serait de 6 % et de 3 % pour celles qui n'ont que des pathologies de gravité modérée. Les personnes âgées en établissement, pour lesquelles le médecin considère que le risque vital est mis en jeu, consomment en moyenne 6,9 médicaments, contre 6,3 pour celles qui ne sont pas dans ce cas.

1. Dans le questionnaire remis aux médecins, la question portant sur le pronostic vital était formulée ainsi : « le risque vital du résident est-il mis en cause ? ».

en GIR 1 et 2) souffrent plus souvent de cinq pathologies (tableau 1) : 56 % d'entre eux sont atteints de démence, 55 %, d'incontinence urinaire, 39 %, d'hypertension artérielle (HTA), 36 % de troubles du comportement et 31 %, d'insuffisance cardiaque. La fréquence

de ces pathologies varie avec l'âge à l'exception de l'HTA qui est aussi fréquente avant 85 ans qu'après. Par contre, la part des résidents en GIR 1 et 2 concernés par un syndrome démentiel ou une insuffisance cardiaque augmente avec l'âge : ainsi, avant 85 ans,

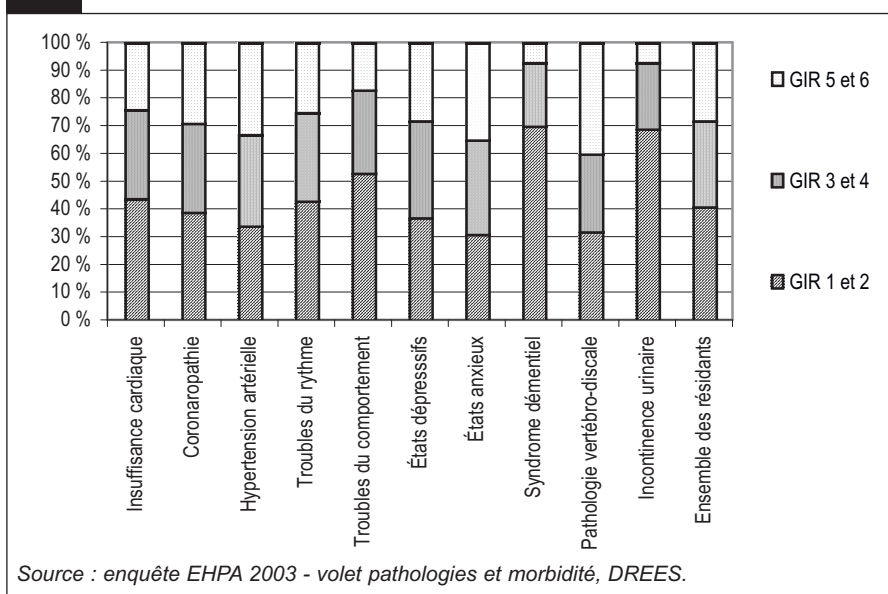
T • 01 **pathologies les plus fréquentes pour chacun des niveaux de dépendance**

en %

	Parmi les résidents en GIR 1 et 2, % de ceux concernés par la pathologie	Parmi les résidents en GIR 3 et 4, % de ceux concernés par la pathologie	Parmi les résidents en GIR 5 et 6, % de ceux concernés par la pathologie	Ensemble des résidents
Hypertension artérielle	39	50	55	47
Syndrome démentiel (dont Alzheimer et apparenté)	56	25	8	33
Incontinence urinaire	55	26	8	33
États dépressifs	29	38	33	33
États anxieux	24	34	38	31
Insuffisance cardiaque	31	31	25	29
Troubles du comportement	36	27	16	28
Pathologie vertébro-discale	16	19	29	21

Source : enquête EHPA 2003 - volet pathologies et morbidité, DREES.

G • 01 **répartition des dix pathologies les plus fréquentes retenues par groupe de GIR**



Source : enquête EHPA 2003 - volet pathologies et morbidité, DREES.

plus souvent atteints : ils sont 38 % à être concernés par une insuffisance cardiaque (contre 25 % pour les moins de 85 ans) et 54 % à présenter une HTA (contre 47 % des moins de 85 ans). Deux autres pathologies apparaissent aussi fréquemment : les états dépressifs (38 %) et les états anxieux (34 %), leur fréquence ne variant pas avec l'âge (encadré 5). À l'inverse, la part des résidents en GIR 3 ou 4 atteints d'un syndrome démentiel n'est que de 25 % et celle des résidents atteints d'incontinence urinaire de 27 %, avec une légère différence entre les moins et les plus de 85 ans.

Enfin, chez les résidents peu ou pas dépendants (GIR 5 et 6), l'HTA reste la pathologie la plus fréquente, touchant 55 % d'entre eux, avec là encore une différence selon l'âge : les personnes autonomes de moins de 85 ans sont 48 % à être concernées par l'HTA, contre 66 % dès 85 ans ou plus. Les pathologies les plus fréquentes sont ensuite les états anxieux (38 %), les états dépressifs (33 %) et les pathologies vertébro-discales (29 %), sans qu'il y ait de différence selon l'âge. La part des patients atteints de démence et d'incontinence urinaire³ est chez les moins dépendants inférieure à 10 %.

Chez les résidents peu ou moyennement dépendants, l'HTA, l'insuffisance cardiaque, les états dépressifs ou anxieux sont les pathologies les plus fréquentes

24 % de ceux-ci ont une insuffisance cardiaque, contre 38 % pour les plus de 85 ans, tandis que 52 % des moins de 85 ans souffrent d'une démence contre 60 % pour les autres. À l'inverse, la fréquence des troubles du comportement chez les résidents très dépendants diminue avec l'âge : 40 % pour les plus jeunes contre 33 % pour les plus vieux. Au total, les résidents qui présentent un syndrome démentiel sont pour 70 % d'entre eux évalués en GIR 1 et 2 (graphique 1). Les résidents qui sont atteints d'incontinence urinaire sont également 69 % à être en GIR 1 et 2.

Parmi les résidents moyennement dépendants (GIR 3 et 4), deux des pathologies déjà citées restent fortement représentées : l'HTA concerne 50 % des personnes de ce groupe et l'insuffisance cardiaque, 31 %. Ce sont les résidents moyennement dépendants âgés de plus de 85 ans qui en sont le

3. 7 % des personnes incontinentes sont en GIR 5 ou 6. Il convient de rappeler que la variable « élimination urinaire et anale » de la grille AGGIR renvoie à l'hygiène de l'élimination et non à l'incontinence à proprement parler, qui est

Les personnes présentant des troubles cognitifs sévères ont six fois plus de risque d'être atteintes d'un syndrome démentiel que les autres

Le service médical du régime général d'assurance maladie a utilisé dans ses travaux⁴ le croisement de certaines variables de la grille AGGIR pour définir une population particulière en termes de perte d'autonomie mentale : celles dont les capacités sont codées B ou C (ne fait pas ou fait partiellement) à la fois au regard de la cohérence et de l'orientation (encadré 2), et qui correspondent à un sous-groupe de personnes dont les fonctions cognitives sont les plus sévèrement altérées⁵. La corrélation entre syndrome démentiel et atteintes de la cohérence et de l'orientation est confirmée par cette enquête. Il apparaît que ce groupe rassemble au total la moitié des résidents en EHPA. Ceux-ci sont principalement touchés par quatre affections. 86 % des résidents atteints d'un syndrome démentiel appartiennent à ce groupe, 71 % de ceux atteints d'un syndrome confusionnel, 68 % de ceux qui présentent des troubles du comportement et 62 % de ceux atteints de psychoses, délires ou hallucinations. Les personnes qui présentent des troubles cognitifs sévères, avec à la fois des problèmes de cohérence et d'orientation, ont six fois plus de risque d'être atteintes de démence que les autres. À cet égard, les profils de dépendance des personnes atteintes de démence d'une part, de ceux des personnes codées en B ou en C pour la cohérence ou l'orientation d'autre part sont pratiquement superposables (graphiques 2 et 3).

un diagnostic médical. Dans un certain nombre de cas, la personne, bien qu'incontinente au sens médical du terme, reste autonome dans la gestion de son handicap, ce qui explique son classement en GIR 5 ou 6.

4. Prévost P., à paraître, *Les syndromes démentiels en France et en Bretagne*, CNAMTS.
5. Personnes présentant des « troubles cognitifs sévères » : comme le souligne P. Prévost dans le document cité précédemment, il s'agit d'une appellation approximative, les fonctions cognitives et le champ des variables « cohérence et orientation » n'étant pas parfaitement superposables.

E•4

Une classification des résidents en six groupes à partir des dix pathologies les plus fréquentes

Une analyse des données a été menée à partir de trois types d'éléments : les pathologies présentées par les résidents d'EHPA, en retenant les dix plus fréquentes (insuffisance cardiaque, coronaropathie, HTA, troubles du rythme, troubles du comportement, états dépressifs, états anxieux, syndromes démentiels, pathologie vertébro-discale, incontinence urinaire), un indicateur correspondant au nombre de pathologies cumulées et enfin le codage des variables de la grille AGGIR (hors déplacements extérieurs et communication à distance).

Il en ressort six groupes de résidents qui se distinguent de la moyenne par la nature et le nombre de pathologies présentées, ainsi que par leur profil de dépendance au regard des variables de la grille AGGIR.

Le premier groupe, qui regroupe 27 % des résidents, se distingue par l'absence de certaines pathologies : incontinence urinaire, coronaropathie, troubles du rythme, pathologie du rachis, état anxieux. Plus souvent que la moyenne, les résidents de ce groupe sont indemnes d'insuffisance cardiaque (87 % d'entre eux n'ont pas cette pathologie, contre 71 % du total des résidents) et d'état dépressif (83 % contre 67 %). Dans 71 % des cas, ils cumulent moins de cinq affections alors que seulement 33 % de l'ensemble des résidents sont dans ce cas. Enfin 63 % d'entre eux sont totalement autonomes pour leurs transferts (contre 45 % seulement de l'ensemble des résidents) et 57 % sont totalement autonomes pour les déplacements intérieurs (contre 41 %).

21 % des résidents appartiennent au deuxième groupe. Ils se caractérisent par la présence systématique d'une coronaropathie. Plus souvent que l'ensemble des résidents ils présentent une insuffisance cardiaque (58 % d'entre eux, contre 29 % de l'ensemble des résidents), des troubles du rythme (37 % contre 23 %), une HTA (62 % contre 47 %) ou un état anxieux (40 % contre 31 %). 59 % des personnes de ce groupe cumulent huit pathologies ou plus, alors que ce n'est le cas que de 33 % de l'ensemble des résidents. Enfin, 41 % d'entre eux sont totalement cohérents (38 % de l'ensemble des résidents).

Le troisième groupe concerne 15 % des personnes hébergées en EHPA. Toutes présentent un état anxieux mais aucune ne souffre de maladie coronaire ou de pathologie vertébro-discale. Elles sont plus fréquemment atteintes par un état dépressif ou un syndrome démentiel que l'ensemble des résidents (respectivement 60 % contre 33 % et 74 % contre 67 %). Dans 41 % des cas elles cumulent entre cinq et sept pathologies soit un peu plus souvent que la moyenne des résidents (33 %). Toujours par rapport à la moyenne des résidents, elles présentent plus de troubles partiels de la cohérence (code B), 42 % contre 32 % ; de troubles partiels de l'orientation, 31 % contre 22 %.

Le quatrième groupe concerne 14 % des personnes hébergées en EHPA. Toutes souffrent d'incontinence urinaire et elles sont atteintes de démence un peu plus souvent qu'en moyenne (57 % contre 33 %). À l'inverse, parmi les dix pathologies retenues, aucune de ces personnes ne présente de coronaropathie, de troubles du rythme, de pathologies vertébro-discales ou d'état anxieux. Par ailleurs, 48 % d'entre elles cumulent entre cinq et sept pathologies, alors que cela ne concerne que 34 % de l'ensemble des résidents. Au regard des variables de la grille AGGIR et comparé à l'ensemble des résidents, elles sont beaucoup plus souvent classées en groupe « C » (ne fait pas du tout) pour la toilette (82 % contre 47 %), l'habillement (78 % contre 46 %), l'hygiène de l'élimination (74 % contre 45 %) et la réalisation des transferts (59 % contre 37 %). Enfin, elles sont beaucoup plus souvent totalement incohérentes (code C) que la moyenne des résidents (61 % contre 30 %).

Le cinquième groupe rassemble 13 % des personnes hébergées en EHPA. Toutes souffrent d'une affection du dos, et elles sont plus souvent que la moyenne atteintes d'un état anxieux (46 % contre 31 % de l'ensemble des résidents) ou d'un état dépressif (45 % contre 33 %). Aucune n'a par contre de coronaropathie et elles sont moins souvent que la moyenne atteintes de démence (23 % d'entre elles contre 33 % de l'ensemble des résidents), de troubles du rythme (12 % contre 23 %) ou d'incontinence urinaire (26 % contre 33 %). Dans 47 % des cas, elles cumulent huit pathologies ou plus, alors que ce n'est le cas que de 33 % de l'ensemble des résidents. Enfin, pour certaines variables de la grille AGGIR, elles sont beaucoup plus souvent totalement autonomes (code A) que l'ensemble des résidents : la cohérence (51 % d'entre elles sont classées en code A, contre 38 % de l'ensemble des résidents), l'orientation (59 % contre 46 %), l'habillement (45 % contre 31 %), l'hygiène de l'élimination (54 % contre 35 %), la toilette (34 % contre 25 %) et l'alimentation (56 % contre 42 %).

Le sixième groupe regroupe enfin 10 % des résidents qui ont tous des troubles du rythme mais aucun une coronaropathie. Par rapport à l'ensemble des résidents ils sont moins concernés par les pathologies anxieuses (93 % en sont indemnes contre 69 % de l'ensemble des résidents), dépressives (81 % contre 37 %) ou vertébro-discales (89 % contre 79 %). Ils sont par contre un peu plus souvent atteints d'insuffisance cardiaque (38 % d'entre eux, contre 29 % de l'ensemble des résidents) et d'incontinence urinaire (45 % contre 33 %). 77 % d'entre eux cumulent au moins cinq pathologies (c'est le cas de 33 % des résidents au total). Leur dépendance est plus forte que la moyenne des résidents au regard de la toilette (58 % d'entre eux sont classés en code C, contre 47 % des autres résidents) et de l'habillement (55 % contre 46 %).

E•5

Idées de suicide

Pour chaque résidant de l'échantillon, le questionnaire interrogeait les médecins d'une part sur l'expression d'idées suicidaires, d'autre part sur l'existence d'une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de l'année écoulée. En EHPA, d'après les indications fournies par les médecins, 5 % des résidents expriment aux soignants des idées de suicide, et moins de 2 % sont passés à l'acte¹. Il est toutefois connu que, chez la personne âgée, les idées suicidaires sont rarement exprimées. Parmi les résidents ayant, selon les médecins, exprimé des idées de suicide, près des trois quarts sont considérés par eux comme dépressifs. Par ailleurs, les résidents qui, selon les médecins, ont déclaré souffrir de douleur, sont 14 % à avoir également exprimé devant eux des idées de suicide, ce qui est sept fois plus fréquent que pour les résidents n'ayant pas, du point de vue des médecins, exprimé de douleur. Cette proportion est un peu moindre quand la douleur est repérée par le médecin mais non exprimée devant lui par le patient.

1. Ces derniers font partie du groupe qui exprime des idées de suicide.

Si 92 % des résidents atteints au moins d'un syndrome démentiel ont des troubles partiels ou complets de la cohérence et 98 % sont désorientés à des degrés divers, seuls les trois quarts d'entre eux ont besoin d'aide pour leurs déplacements intérieurs et moins des deux tiers pour leurs transferts⁶. Ceci pose la question de la prise en charge d'une population sévèrement atteinte au niveau des fonctions supérieures mais ayant souvent (en moyenne) une certaine autonomie au plan locomoteur. Le profil de dépendance des résidents atteints d'un syndrome démentiel diffère à cet égard notablement entre les maisons de retraite et les USLD. En USLD, 99 % des résidents atteints d'un syndrome démentiel ont des troubles de la cohérence (contre 92 % en maison de retraite), 98 %, des

troubles de l'orientation (contre 88 %) ; en outre, 100 % n'effectuent pas leur toilette seuls (contre 95 %) et 99 %, leur habillage (contre 88 %). Mais c'est au niveau de l'autonomie locomotrice que l'on observe des écarts particulièrement significatifs entre les deux types d'établissement : 87 % des résidents déments en USLD ne réalisent pas seuls leurs transferts, contre 63 % en maisons de retraite, et 88 % n'effectuent aucun déplacement intérieur, contre 73 %.

La consommation de médicaments apparaît relativement peu liée à l'état de dépendance des résidents

Comme le suggérait déjà une enquête de la CNAMTS⁷, la consom-

mation de médicaments en EHPA ne semble pas directement liée à l'état de dépendance des résidents. En 2003, les moins autonomes (GIR 1 et 2) consommaient en moyenne six médicaments par jour, les modérément dépendants (GIR 3 et 4), sept et les peu ou pas dépendants (GIR 5 et 6), 6,8. Cette constatation reste vraie, même si l'on tient compte de l'effet de l'âge, dans la mesure où l'on sait par ailleurs que la consommation médicamenteuse est moindre aux âges élevés⁸. À groupe d'âge donné, le nombre de médicaments quotidiennement consommés est certes un peu inférieur pour les résidents autonomes, mais il diminue à partir du GIR 4 lorsque le niveau de dépendance s'accroît : ainsi pour les résidents les plus âgés (90 ans ou plus), la consommation moyenne de médicaments est de 5,6 pour les GIR 1 et 2, de

6. Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces trois positions à une autre, dans les deux sens.

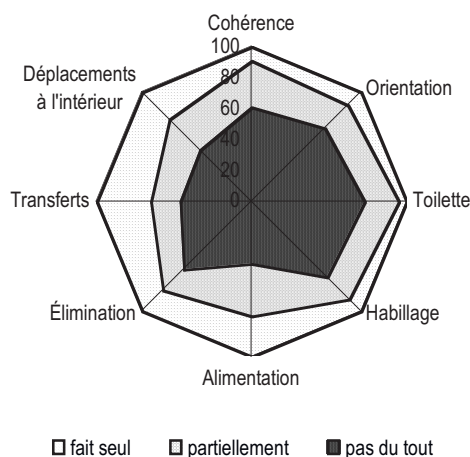
7. L'enquête présentée dans le rapport DELOMENIE sur les médicaments en EHPA suggérait qu'il y avait une corrélation entre le coût en médicaments par jour et le GMP (GIR moyen pondéré) de l'établissement et concluait que les personnes les plus dépendantes n'étaient pas les plus consommatrices de médicaments.

8. Dutheil N., Scheidegger S., 2006, « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Études et Résultats*, n° 494, juin, DREES.

6

G•02

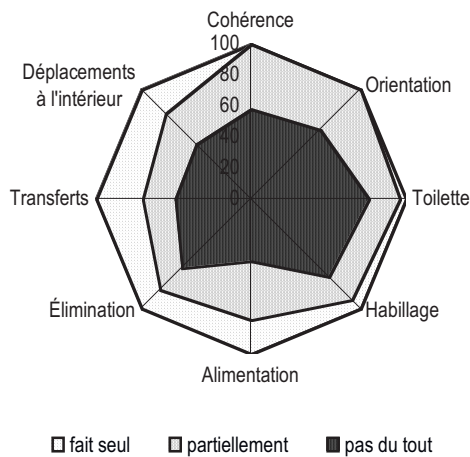
répartition des résidents souffrant de démence selon leur profil d'autonomie



Source : enquête EHPA 2003 - volet pathologies et morbidité, DREES.

G•03

répartition des résidents classés en B ou C pour la cohérence ou l'orientation selon leur profil d'autonomie



Source : enquête EHPA 2003 - volet pathologies et morbidité, DREES.

6,7 pour les GIR 3 et 4 et de 6,1 pour les GIR 5 et 6. En outre, les personnes considérées comme grabataires prennent en moyenne moins de médicaments que les résidants qui ne le sont pas (6,1 contre 6,5). Il apparaît également que plus les fonctions cognitives (cohérence et orientation) sont altérées, moins le nombre de médicaments prescrits est élevé, les médecins adaptant probablement le traitement, en particulier le nombre de molécules prescrites, pour ne pas aggraver l'état de fragilité de ces patients.

Un tiers des résidants en EHPA sont sujets à des douleurs repérées par les médecins le plus souvent en lien avec des pathologies ostéoarticulaires

En ce qui concerne l'existence d'une douleur, le protocole de l'enquête

permettait de l'approcher par deux voies : le médecin pouvait mentionner que la personne âgée exprimait souvent une douleur importante, il pouvait également la mentionner dans une rubrique spécifique du questionnaire⁹. Dans le cadre de l'enquête, les médecins interrogés indiquent que 32 % des résidants en EHPA sont sujets à une douleur, qu'ils considèrent soit comme une pathologie propre, soit parce qu'elle est exprimée par le résidant. L'existence d'une douleur semble peu liée à la perte d'autonomie : 35 % des résidants déclarés comme « douloureux » sont évalués en GIR 5 et 6, 32 % en GIR 3 et 4 et 30 % en GIR 1 et 2.

La proportion de 32 % de résidants présentant une douleur apparaît en deçà de données citées dans d'autres publications : selon la Haute autorité de santé¹⁰, par exemple, la prévalence de la douleur chez les plus de 65 ans varie de 30 % à 80 % selon les situations et la proportion de personnes âgées souffrant de douleurs chroniques s'élève à environ 60 %, un tiers souffrant de douleurs sévères. Cette étude ne repère toutefois que les douleurs importantes souvent exprimées par les patients et que les médecins rapportent, ainsi que celles retenues par eux dans une rubrique spécifique.

Dans un tiers des cas, le médecin a indiqué la douleur dans la rubrique « autres pathologies », sans mentionner que la personne âgée l'a elle-même

exprimée. Cette situation peut correspondre aux résidants qui ne peuvent exprimer par la parole une douleur pourtant réelle et reconnue en raison, par exemple, de troubles des fonctions intellectuelles ou de troubles de l'expression. Dans un autre tiers des cas, le médecin a mentionné la douleur exprimée par le résidant mais ne l'a pas retenue dans la rubrique « autres pathologies »¹¹. Pour le tiers restant, la douleur a été indiquée dans les deux rubriques. Quand il retient l'existence d'une douleur, le médecin l'évalue comme « très grave » dans 10 % des cas, « modérément grave » dans 42 % des cas et « peu grave » dans 38 % des cas.

Parmi les résidants qui expriment souvent une douleur ou pour lesquels une douleur a été repérée par le médecin, 70 % ont au moins une pathologie du groupe ostéoarticulaire, soit près de deux fois plus que les personnes ne souffrant pas de douleur.

La consommation quotidienne de médicaments apparaît enfin plus élevée chez les résidants qui expriment souvent une douleur importante rapportée par le médecin (7,7 médicaments en moyenne contre 6,1 pour ceux qui n'en expriment pas). La consommation médicamenteuse est également plus élevée quand la douleur est repérée par le médecin dans la rubrique *ad hoc*, que le résidant l'ait exprimée devant lui ou non (7,5 médicaments contre 6,2). ●

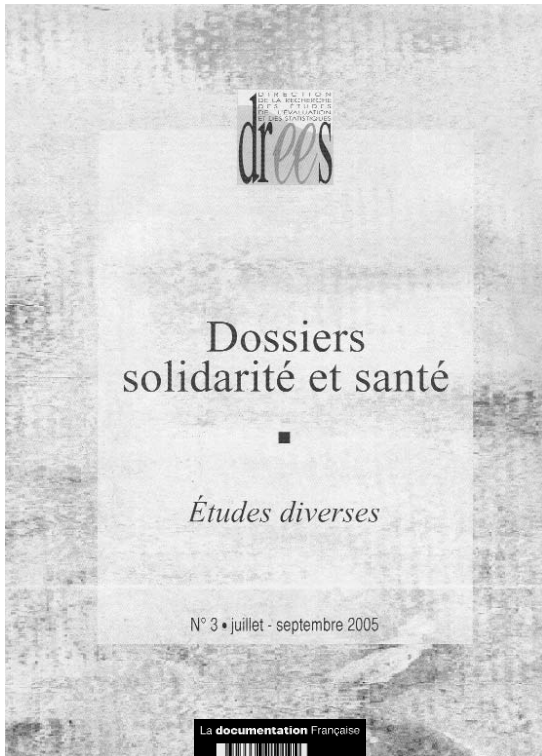
9. La douleur est listée dans « autres pathologies ».

10. Haute autorité de santé, 2000, « Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale », octobre (www.anaes.fr).

11. Il peut paraître étonnant qu'une douleur importante soit souvent exprimée par le résidant sans que le médecin ne la retienne. Il faut, en effet, considérer que la personne est seule juge de sa douleur et qu'il faut toujours la croire (DGS, DGAS, *Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD*).

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

N° 2 AVRIL - JUIN 2006



ÉTUDES DIVERSES

Prix : 11,60 euros (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé
sont diffusés par la Documentation
Française
29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

Renseignements,
commande et abonnement annuel au :
01 40 15 70 00

Commande en ligne :
www.ladocfrancaise.gouv.fr

Derniers numéros parus :

- Les professions de santé et leurs pratiques
N° 1, janvier-mars 2006
- Les revenus sociaux en 2004
N° 4, octobre-décembre 2005
- Études diverses
N° 3, juillet-septembre 2005
- Études diverses
N° 2, avril-juin 2005
- Études sur les dépenses de santé
N° 1, janvier-mars 2005

au sommaire de ce numéro

L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ CONTINUE D'AUGMENTER

Emmanuelle CAMBOIS et Jean-Marie ROBINE

L'INCAPACITÉ ET LE HANDICAP DANS L'ENQUÊTE SANTÉ 2002-2003 : DIVERSITÉ DES APPROCHES ET USAGES DES INDICATEURS

Emmanuelle CAMBOIS et Jean-Marie ROBINE

LA MOBILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES HÉBERGÉES EN ÉTABLISSEMENTS

François CHAPIREAU

L'ÉVOLUTION DES OPINIONS DES FRANÇAIS EN MATIÈRE DE SANTÉ, DE HANDICAP, DE FAMILLE, DE RETRAITE, DE PAUVRETÉ ET DE PROTECTION SOCIALE ENTRE 2000 ET 2005

Pierre BOISSELOT

L'IMPACT DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE SUR L'EMPLOI : UNE NOUVELLE ÉVALUATION

Marie HENNION et Christian LOISY

LES DISPARITÉS DÉPARTEMENTALES D'ORGANISATION CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE DU RMI UN AN APRÈS LA DÉCENTRALISATION

Marie AVENEL et Cécile NABOS