

DOSSIERS solidarité et *santé*

La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches

N° 18
2011



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

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

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION
SOCIALE

Dans un contexte marqué par la volonté d'améliorer la qualité des prestations et des soins délivrés dans les établissements d'hébergement tout en renforçant la capacité d'accueil des personnes âgées dépendantes, l'enquête Résidents des établissements pour personnes âgées 2007 avait pour objectifs de mieux connaître les conditions de vie des résidents, d'apprécier leur niveau de satisfaction quant aux prestations fournies et également de repérer les facteurs qui les ont conduits à entrer en institution. Si le recueil du point de vue de l'utilisateur a été privilégié, il a cependant été complété par une interrogation d'un proche afin de disposer d'informations sur tous les résidents, ceux qui peuvent s'exprimer et les autres, et, de mesurer les écarts d'appréciation entre les résidents et leurs proches. Le point de vue du résident, lorsqu'il a pu être recueilli, a fait l'objet d'une analyse distincte. Le protocole d'enquête montre que près de 60 % des résidents sont en mesure de décrire leurs conditions de vie et que plus de 80 % des résidents ont une personne (famille ou ami) qui leur rend visite régulièrement et peut ainsi fournir des informations sur leur vie dans l'établissement.

La majorité des résidents étaient aidés à leur domicile avant d'intégrer un établissement d'hébergement pour personnes âgées, en raison essentiellement de leur état de santé. Les trois quarts indiquent avoir bien vécu (plutôt bien ou très bien) leur entrée dans l'établissement et plus de huit résidents sur dix (86 %) y vivre bien au moment de l'enquête. Bien vivre son entrée en établissement apparaît comme déterminant dans le fait de bien y vivre ensuite. Ce degré de satisfaction est pratiquement du même niveau lorsqu'il est apprécié par les proches. S'il est plus faible pour les proches des résidents ne pouvant pas répondre, c'est parce qu'un quart d'entre eux considèrent que le résident n'est pas en état d'apprécier ses conditions de vie. Les articles de ce dossier vont au-delà de ce constat global en analysant les divers aspects de la vie en établissement et en mettant en avant ceux qui influent le plus sur le sentiment de bien-être ou au contraire d'insatisfaction des résidents.

Sommaire

• Introduction	5
Joëlle Chazal (DREES) et Suzanne Scheidegger (DGS)	
• L'enquête Résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées : objectif et méthodologie	9
• Regards sur les conditions d'entrée en établissement pour personnes âgées	17
Amandine Weber (DREES)	
• La satisfaction des personnes âgées vivant en EHPAD et en maison de retraite en 2007	28
Julie Prévot (DREES)	
• Participation et choix des personnes âgées vivant en institution	37
Julie Prévot et Amandine Weber (DREES)	
• La restauration en EHPA en 2007	48
Séverine Groult et Joëlle Chazal (DREES)	
• La vie sociale des résidents en EHPA : relations avec les autres résidents, contacts avec la famille, participation aux activités collectives et occupations l'après-midi	52
Séverine Groult et Joëlle Chazal (DREES)	
• L'organisation des soins dans les EHPA	60
Joëlle Chazal (DREES)	
• Les résidents en EHPA et leurs proches : des opinions pas toujours identiques	65
Rémy Marquier (DREES) avec la collaboration de Séverine Groult (DREES)	
• Pour en savoir plus	75

Introduction

Joëlle CHAZAL (DREES) et Suzanne SCHEIDEGGER (DGS)

L'enquête Résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées, réalisée par la DREES en 2007 auprès d'un échantillon de résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées a eu pour objectif essentiel de mieux connaître les conditions de vie des résidents en EHPA, d'apprécier leur niveau de satisfaction quant à leur prise en charge et aux prestations fournies en termes de soins et sur les autres aspects de leur vie quotidienne en termes de socialisation (repas, activités, sorties, communication, etc.). Elle visait également à repérer les facteurs qui conduisent à intégrer un établissement de ce type selon le point de vue des résidents et celui d'un de leurs proches. Cette enquête s'est déroulée dans un contexte marqué par la volonté d'améliorer la qualité des prestations et des soins délivrés dans les établissements d'hébergement avec un besoin de renforcer la capacité d'accueil des personnes âgées dépendantes. En effet, de façon progressive depuis 2001 et en application de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, une grande partie des maisons de retraite, certains logements-foyers ou des unités de soins de longue durée ayant des places redéfinies en longs séjours médico-sociaux ont signé des conventions tripartites avec le conseil général et l'assurance maladie et ont acquis ainsi le statut d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), avec un engagement sur la qualité de la prise en charge des personnes dépendantes et des soins qui leur sont apportés. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, a réaffirmé les droits des

usagers et de leur entourage : au travers notamment d'un livret d'accueil, d'une charte des droits et libertés de la personne accueillie, et de l'obligation de proposer des formes participatives aux résidents... Enfin, le plan « Vieillesse et solidarités » adopté en 2003 a prévu parallèlement de renforcer des dispositions permettant le soutien à domicile des personnes âgées et d'accroître la médicalisation des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes.

L'enquête de 2007 s'inscrit dans un dispositif régulier d'interrogation permettant de décrire le fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées et leurs résidents. Elle permet tout particulièrement d'actualiser et d'approfondir l'analyse des conditions de vie des personnes âgées résidant en établissement conduite précédemment au début des années 2000¹. Toutefois, l'enquête de 2007 présente plusieurs spécificités nouvelles, notamment sur le mode de sélection des personnes interrogées permettant de recueillir la parole directe du plus grand nombre de résidents en établissements. Cette enquête complète également des enquêtes structurelles quadriennales que la DREES mène auprès de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées, dites enquêtes EHPA pour lesquelles les gestionnaires des établissements fournissent des données de cadrage sur leur activité, leur personnel et les personnes qu'ils hébergent. Les données de la plus récente de ces enquêtes, EHPA 2007, viennent d'ailleurs compléter, dans ce dossier celles de

1. Les principaux résultats de l'enquête Résidents en EHPA en 2000 sont présentés dans le dossier solidarité santé « Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement » DREES, n° 1, janvier-mars 2003.

l'enquête Résidents. Cependant, les enquêtes EHPA ne comportent pas ou peu de données sur les incapacités, les déficiences et la santé des personnes âgées vivant en établissement. Celles-ci font, en effet, l'objet d'enquêtes spécifiques portant sur l'ensemble de la population résidant en France, à domicile et en établissement. Il convient de citer notamment, entre 1998 et 2000, l'enquête INSEE « Handicaps-incapacités-dépendance » (HID)² puis en 2008 et 2009 les enquêtes INSEE-DREES « Handicap-Santé-Ménages » (HSM) et « Handicap-Santé-Institution » (HSI)³.

Ce dossier est précédé d'une présentation du protocole spécifiquement élaboré pour l'enquête et des conditions de sa réalisation. Trois articles décrivent les conditions d'entrée en établissement, la satisfaction des résidents et leur participation à la vie en institution. Les trois suivants traitent d'aspects plus organisationnels : la restauration, les activités et les soins. Enfin, un article s'attache à comparer la parole du résident avec celle d'un de ses proches à partir d'un questionnaire sensiblement commun.

Le regard sur les conditions d'entrée en établissement décrit, de manière rétrospective, la situation et le parcours des personnes âgées avant leur entrée en institution (maison de retraite, unité de soins longue durée ou logement-foyer, EHPAD ou non) : leur mode de vie, la façon dont ces personnes et leurs proches ont préparé et vécu ce moment y compris dans la période de recherche d'une institution. Elle fournit également des éclairages sur l'organisation et les possibilités d'accueil telles que les décrivent les gestionnaires d'établissement. Il en ressort que la majorité des résidents étaient aidés au domicile avant d'entrer en institution et que le principal facteur justifiant une entrée en institution demeure l'état de santé de la personne âgée. Dans leur choix, le résident et sa famille tiennent essentiellement compte de la situation géographique et de la réputation des établissements mais finalement, la majorité des résidents ne s'est inscrite que dans un seul établissement. Bien qu'une visite de l'établissement et une ren-

contre avec son personnel soient presque systématiquement possibles, plus de la moitié des résidents déclarent ne pas s'être sentis suffisamment préparés à y entrer et quatre sur dix jugent que leur entrée s'est faite de façon précipitée. Cependant, les trois quarts des résidents interrogés déclarent avoir vécu plutôt bien ou très bien ce moment.

Bien vivre l'entrée en établissement influence de manière significative le bien-être ressenti par le résident par la suite. C'est ce que démontre l'article sur la satisfaction des personnes âgées vivant en EHPAD et en maison de retraite. Toutes les questions de l'enquête permettant d'appréhender le degré de satisfaction des résidents, généralement et sur certains aspects plus spécifiques comme les soins, les repas ou l'organisation de la journée sont étudiées. Cette analyse met en évidence que la grande majorité (86 %) des personnes âgées déclare vivre « plutôt bien » ou « très bien » en maison de retraite. Si les résidents critiquent rarement l'aide technique apportée par le personnel (5 % en moyenne), ils déplorent un peu plus souvent son manque de disponibilité (15 à 20 % d'entre eux) ou l'attention portée à la personne (12 à 20 % d'entre eux). Le repas du soir est servi trop tôt pour 17 % des résidents. Le sujet d'insatisfaction le plus cité par les résidents (38 % d'entre eux) tient au fait de ne pas pouvoir sortir de l'établissement ou pas aussi souvent qu'ils le souhaiteraient.

La participation et les possibilités de choix des personnes âgées vivant en institution rendent compte des occasions offertes aux personnes en institution de maintenir leur pouvoir de décision et d'exprimer leurs préférences. Certains aspects marquent des différences entre les gestionnaires d'établissement et les résidents. Ainsi, les directeurs de maisons de retraite et EHPAD disent que 94 % de leurs pensionnaires peuvent choisir le médecin qui s'occupe d'eux alors que 56 % seulement des résidents de ces mêmes structures indiquent avoir pu le faire. Il est probable que le choix n'existe qu'au sein d'une liste de fait limitée. Pour formuler leurs remarques, les résidents déclarent s'adresser plus souvent au personnel

2. Une documentation et une liste des publications relatives à cette enquête sont disponibles sur le site Internet de l'Institut fédératif de recherche sur le handicap (IFRH). http://ifrhhandicap.ined.fr/hid/ACCUEIL_HID_NEW.HTM

3. Les données du volet HSM sont disponibles depuis septembre 2009. Les données du volet HSI seront disponibles début 2011. Une documentation relative à cette enquête est disponible sur le site Internet de la DREES.

de l'établissement plutôt qu'à des instances mises en place à cet effet. Cependant, trois résidents sur dix ne connaissent ni les prénoms, ni les noms, ni les fonctions du personnel de l'établissement qu'ils voient au quotidien. Si une marge de manœuvre existe dans le choix du menu, seulement un résident sur cinq indique pouvoir choisir son voisin de table. Enfin, presque un tiers des résidents qui sortent de temps en temps en dehors de l'établissement aimeraient le faire davantage et la moitié de ceux qui ne peuvent pas sortir à l'extérieur de l'institution souhaiteraient pouvoir le faire.

Les repas sont des moments importants pour les personnes âgées et sans doute particulièrement pour celles vivant en établissement. Ainsi, les trois quarts des résidents ayant répondu eux-mêmes à l'enquête ont donné une réponse affirmative à la question « Est-ce que le repas est un moment de plaisir ? » et environ 80 % des résidents ont confirmé que la question de la nourriture était importante pour eux ; c'est ce que constate l'étude consacrée à la restauration en EHPA. La qualité et la quantité de la nourriture sont jugées satisfaisantes par la majorité des résidents et de leurs proches. Les repas de plus de neuf résidents sur dix des EHPAD et maisons de retraite sont préparés sur place, et les menus permettent le plus souvent une alternative au plat principal.

L'article suivant retrace la vie sociale des résidents en EHPA à travers leur participation aux activités collectives, leurs occupations l'après-midi, leurs relations avec les autres résidents, et les contacts avec leur famille. Une grande majorité des résidents (78 %) qui ont répondu directement à l'enquête déclarent s'être faits des amis ou des connaissances parmi les autres résidents. Le degré de relations au sein de l'établissement et l'état de santé des résidents influent fortement sur leur participation régulière aux activités et sur la façon dont ils occupent leur temps. Selon les responsables des établissements, l'organisation d'activités de groupe qui intéressent les résidents est difficile. Cependant, les deux tiers des résidents disent participer aux activités collectives organisées. Écouter la radio ou regarder la télévision reste néanmoins l'activité principale des résidents (cité pour 49 % d'entre eux contre 28 % pour la participation aux activités collec-

tives). Les plus dépendants, pour lesquels la nature des activités effectuées est recueillie auprès de leurs proches, se reposent (38 % d'entre eux) ou « s'ennuient, regardent par la fenêtre... » (37 % d'entre eux).

L'article sur l'organisation des soins dans les EHPA s'appuie sur les données fournies par les établissements. Compte tenu du petit nombre d'établissements composant l'échantillon, les résultats présentés permettent d'appréhender des ordres de grandeur et suggèrent des différences entre les catégories d'établissement mais ils ne peuvent pas être interprétés de façon détaillée. Cet article aborde la formation et la qualification des personnels, notamment la présence de personnel la nuit, la fréquence des interventions de soignants extérieurs, l'organisation de la permanence et du suivi des soins ou la gestion des médicaments. Il montre que, dans la plupart des établissements, il existe des protocoles de prise en charge spécifique à certaines situations (incontinence, prévention des escarres...). Toutefois, si les causes des chutes font l'objet d'une analyse dans une grande majorité d'établissement, la douleur n'est évaluée systématiquement que dans la moitié des maisons de retraite. Enfin, moins de quatre établissements sur dix disposent d'espaces spécifiques ou de déambulation pour les personnes atteintes de détérioration intellectuelle et entre la moitié et les deux tiers leur proposent des prestations spécifiques (activités adaptées, projet de vie, etc.).

Enfin, le dernier article titré « Les résidents en EHPA et leurs proches, des opinions pas toujours identiques », s'attache à repérer, de façon générale, les principales convergences ou divergences entre les réponses des résidents eux-mêmes et celles de leurs proches. Si les écarts apparaissent peu marqués sur certains aspects du vécu en établissement, ils le sont beaucoup plus nettement sur d'autres, comme l'entrée en institution. 21 % des résidents indiquent ne pas avoir participé au choix de l'établissement, alors que ce chiffre n'atteint que 7 % selon leurs proches. 40 % seulement des résidents considèrent qu'ils étaient préparés à une entrée en établissement, contre 53 % aux dires de leurs proches. Par ailleurs, la perception des capacités du résident à s'habiller ou à faire sa toilette diffère selon « qui parle », les proches apparaissant moins opti-

mistes, en moyenne, que les résidents eux-mêmes. En revanche, le degré de satisfaction du résident est globalement apprécié de la même façon par lui et son proche.

* *
*

Il convient de préciser que le protocole d'enquête et les conditions de son déroulement permettaient de garantir aux résidents et aux proches interrogés une parfaite confidentialité

de leurs déclarations. Précaution indispensable au regard de questions recueillant leur avis sur la façon dont ils étaient pris en charge dans l'établissement. La part d'opinions favorables est élevée. Sur cet aspect, une des hypothèses qui peut être faite est que les résidents évaluent leurs conditions de vie en établissement au regard de celles qui seraient les leurs s'ils vivaient à leur domicile « aujourd'hui » et non pas au regard de celles qu'ils avaient avant l'entrée en institution, c'est-à-dire quand ils étaient, en moyenne, plus autonomes.

Le groupe de projet de l'enquête résidents en EHPA en 2007 était animé par le docteur Suzanne Scheidegger et Joëlle Chazal. Y ont participé, Nathalie Dutheil, Rémy Marquier, Margot Perben, Julie Prévot et Amandine Weber de la sous-direction Observation de la Solidarité de la DREES, et Séverine Groult, stagiaire de l'université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

La collecte des données a été réalisée par la société TNS Sofres.

L'enquête Résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées : objectif et méthodologie



Objectif

L'objectif de cette enquête est de mieux connaître les conditions d'entrée et de vie des résidents des établissements pour personnes âgées (annexe 1) et d'apprécier la qualité de leur prise en charge *via* la parole des personnes concernées¹. Le questionnement de l'enquête s'est donc tout d'abord attaché à décrire la transition domicile – établissement : de la situation des personnes juste avant leur entrée en institution notamment en matière d'aide à domicile, à leurs conditions d'accueil et leurs premiers jours dans l'établissement. L'essentiel des questions visait ensuite à retracer la vie quotidienne en établissement (les soins, les activités, la restauration, etc.) et à recueillir l'avis des personnes sur les différents types de prestations délivrées et sur les conditions de vie en général. Quelques questions destinées à cerner le coût de la vie en établissement ont également été posées. Cette enquête complète le dispositif d'observation de la DREES sur l'activité, le personnel et la clientèle des insti-

tutions pour personnes âgées dont l'enquête administrative quadriennale auprès des responsables d'établissements d'hébergement pour personnes âgées constitue la principale source d'information ; la dernière en date, dite EHPA 2007, décrivant leur situation en décembre 2007.

Champ

L'enquête Résidents des EHPA a été menée par la DREES au deuxième trimestre 2007 auprès d'un échantillon représentatif au niveau national des personnes vivant en France métropolitaine, en logement-foyer, en maison de retraite ou en unité de soins de longue durée (USLD), que ces établissements aient ou non signé une convention tripartite avec le conseil général et l'assurance maladie leur conférant le statut d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La part de ces établissements devenus ou en passe de devenir, au moment de l'enquête, des

1. Une enquête du même type a été réalisée par la DREES en 2000 (encadré 1).

ENCADRÉ 1

Les différences entre l'enquête Résidents 2000 et l'enquête Résidents 2007

L'enquête 2007 permet d'actualiser et de compléter les résultats de celle réalisée en 2000. Cependant, les résultats de l'enquête Résidents en EHPA 2007 ne peuvent être directement comparés à ceux de l'enquête Résidents en EHPA 2000. L'enquête de 2000 a en effet servi de base à l'élaboration de celle de 2007 mais le protocole d'enquête a été modifié de même que, dans certains cas, le questionnement.

Le protocole de l'enquête de 2007 a notamment retenu d'isoler la parole des résidents de celle de leurs proches et de les confronter mais de ne pas les amalgamer, l'hypothèse sous-jacente étant que la parole des proches ne peut pas remplacer celle des résidents mais qu'elle peut la compléter en permettant notamment de recueillir des informations représentatives de tous les résidents.

Les résultats produits sur 2007 portent donc, d'une part sur les résidents capables de s'exprimer sur leurs conditions de vie quotidienne et d'autre part, grâce à l'interview téléphonique systématique (quand c'était possible) d'un proche de chacun des résidents tirés au sort, sur l'ensemble des résidents. Le protocole de l'enquête de 2000 prévoyait quant à lui, quand le résident ne pouvait pas répondre, de passer si possible le questionnaire en face-à-face à un de ses proches et sinon de remplacer ce résident par un autre résident. Les données analysées portaient donc sur une population comportant des informations recueillies soit auprès des résidents eux-mêmes soit auprès de proches mais, du fait des remplacements, les personnes les plus dépendantes (au sens de la grille AGGIR - Annexe 2) y étaient sous-représentées.

Par ailleurs, le questionnement de l'enquête a aussi été modifié pour tenir compte des enseignements de l'exploitation de l'enquête de 2000 et de l'évolution du contexte général du fonctionnement des institutions pour personnes âgées.

EHPAD est cependant importante : fin 2007, près de 90 % des maisons de retraite étaient des EHPAD, de même que 74 % des USLD mais seulement 16 % des logements-foyers [Prévot, 2009a]. Compte tenu de leurs spécificités et de leur petit nombre, les établissements accueillant moins de 10 personnes, les établissements expérimentaux et les établissements d'hébergement temporaire ont été exclus du champ de l'enquête.

Protocole

La DREES a d'abord sélectionné un échantillon d'établissements d'hébergement pour personnes âgées où ensuite, dans chacun d'entre eux, huit résidents ont été tirés au sort pour participer à l'enquête. Le tirage au sort des résidents a été effectué, selon une méthode établie par la DREES assurant un tirage aléatoire des résidents par les enquêteurs² au sein de chaque établissement ayant accepté de participer à l'enquête (encadré 2). Les responsables ou les soignants des établissements ont ensuite répondu à une série de questions (dites de « cadrage ») sur chaque résident sélectionné et notamment sur leurs capacités à effectuer les actes de la vie quotidienne (variables discriminantes de la grille AGGIR – annexe 2) et leur faculté à communiquer avec autrui (problèmes d'expression orale, d'audition, troubles de la conscience, etc.) afin de déterminer de façon automatique s'ils pouvaient répondre à l'enquête³. Afin de recueillir la parole directe du plus grand nombre de résidents, il était toutefois demandé ensuite au soignant son avis quant à ce résultat, ce qui a permis d'augmenter de 20 % le nombre de résidents pouvant être interrogés⁴. Les responsables ou les soignants ont fourni également les coordonnées d'une personne proche du résident (« personne qui connaît bien le résident, qui a de bonnes relations avec lui, et lui rend visite régulièrement ») afin de pouvoir lui demander de participer elle aussi à l'enquête. Le protocole de l'enquête a prévu en effet d'interroger, quand c'était possible, à la fois le résident et un de ses proches, de façon à recueillir des informations sur l'ensemble des résidents, y compris ceux ne pouvant répondre à une enquête tout en sachant que les réponses

des proches ne peuvent se substituer totalement à la parole des résidents. Par ailleurs, l'interrogation d'un proche a été conduite même lorsque le résident était interviewé, ce qui permet dans ces cas, d'avoir une double information et de pouvoir mesurer les écarts de réponse entre les résidents et leurs proches.

Deux types d'interviews ont donc été réalisés, des interviews en face-à-face auprès des résidents et des interviews téléphoniques avec des proches de ces mêmes résidents, sur la base de questionnaires assez similaires. Par ailleurs, les responsables d'établissement ont, en plus des données de cadrage sur les résidents tirés au sort, renseigné un questionnaire décrivant les caractéristiques générales de leur établissement afin de prendre en compte le cadre de vie des résidents lors de l'analyse des réponses de ceux-ci et de celles de leur proche.

Représentativité et caractéristiques de l'échantillon de personnes âgées interrogées

Sur les 800 établissements contactés pour participer à l'enquête, 433 ont répondu positivement, soit un taux de participation de 54 %.

3 464 résidents ont été sélectionnés. Parmi eux, 2 023 résidents (58 %, tableau 1) ont été considérés comme pouvant répondre à l'enquête et 1 802 résidents ont été interviewés, soit 89 % d'entre eux.

2 847 résidents (82 % des sélectionnés) ont un proche connu du responsable de l'établissement ou du soignant. 2 067 proches ont été interviewés, soit 73 % d'entre eux.

La sélection des 800 établissements de départ a été stratifiée en fonction de la catégorie et la capacité d'hébergement des établissements répertoriés dans le fichier FINISS en décembre 2006⁵. Au final, les refus de participation des établissements étant distribués de façon quasi-identique dans toutes les strates, la répartition dans les strates des 3 464 individus tirés au sort s'écarte peu de celle des capacités exhaustives. Le redressement de la non-réponse des établissements n'a donc pas accru

2. Le terrain de l'enquête (face-à-face et téléphone) a été réalisé par la société TNS Sofres.

3. Un résident est considéré pouvant répondre à l'enquête, d'une part s'il se comporte et communique de façon totalement cohérente (évalué en A à la variable Cohérence) ou s'il s'oriente parfaitement dans le temps et l'espace (évalué en A à la variable Orientation) ou s'il se comporte, communique et s'oriente dans le temps et l'espace au moins partiellement (évalué en B à la variable Cohérence et en B à la variable Orientation) et d'autre part, s'il ne présente aucun trouble majeur du langage, de l'élocution, de l'audition, de la communication et n'a pas de grande difficulté pour parler ou comprendre le français et n'est pas en fin de vie ni ne souffre d'une infection intercurrente aiguë.

4. Les responsables d'établissements ont ainsi indiqué que 386 des 1 749 résidents considérés de façon automatique comme ne pouvant pas répondre à l'enquête pouvaient le faire et, à l'inverse, expliqué que 78 résidents considérés comme pouvant répondre ne le pouvaient pas.

5. Les six strates définies correspondent aux types d'établissements du tableau 1.

ENCADRÉ 2

Protocole de l'enquête auprès des résidents en EHPA

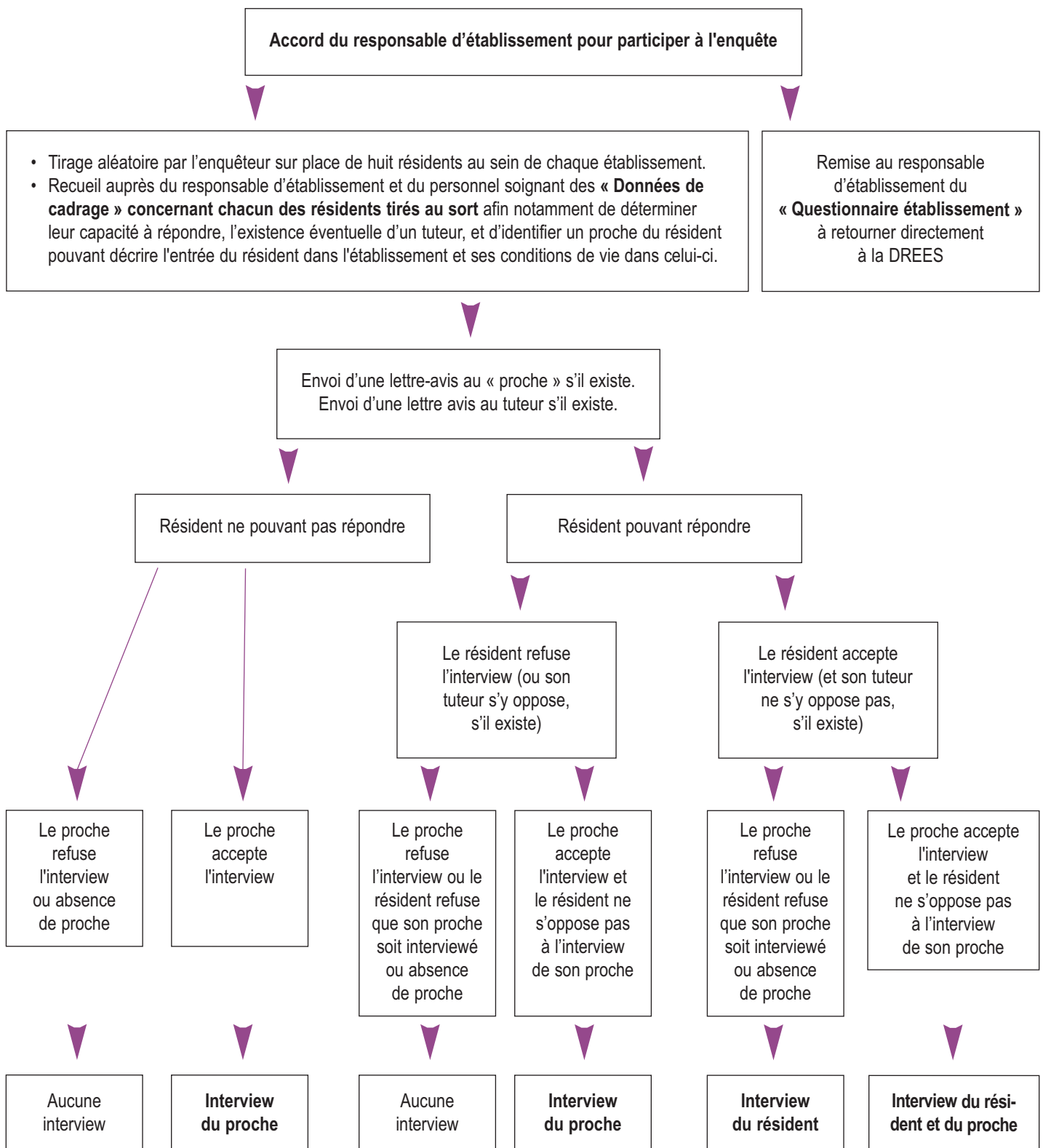


TABLEAU 1

Caractéristiques des résidents sélectionnés et taux de réponse à l'enquête par type d'établissement

	Résidents sélectionnés		Résidents pouvant répondre		Résidents ayant un proche	
	Nombre	Répartition	% des résidents	Taux de réponse des résidents	% des résidents	Taux de réponse des proches
1 USLD	360	10 %	35 %	84 %	82 %	73 %
2 Maison de retraite et logement-foyer EHPAD de 10 à 49 places	224	7 %	51 %	90 %	83 %	78 %
3 Maison de retraite et logement-foyer EHPAD de 50 à 79 places	720	21 %	58 %	90 %	84 %	70 %
4 Maison de retraite et logement-foyer EHPAD de 80 places ou plus	1 632	47 %	56 %	87 %	81 %	73 %
5 Logement-foyer non-EHPAD de 10 à 49 places	104	3 %	85 %	93 %	83 %	63 %
6 Logement-foyer non-EHPAD de 50 places ou plus	424	12 %	86 %	93 %	83 %	72 %
Ensemble	3 464	100 %	58 %	89 %	82 %	73 %

les écarts entre les poids affectés initialement à chaque résident tiré au sort. Les redressements de la non-réponse, celle d'une part des résidents et celle d'autre part des proches ont été effectués par calage sur marges en référence aux totaux par strates, respectivement, du nombre de résidents pouvant répondre et du nombre de résidents ayant un proche. Compte tenu d'un taux d'occupation des capacités offertes de l'ordre de 97 % [Prévoit, 2009a], on estime ainsi que les 3 464 résidents concernés par l'enquête sont représentatifs d'environ de 652 000 personnes âgées accueillies en établissements fin mars 2007. Aucun redressement complémentaire n'a été effectué avant d'exploiter les données.

Les répartitions du nombre de résidents estimé selon la catégorie, la taille et le statut des établissements et selon le sexe, l'âge, le GIR et l'ancienneté du résident dans l'établissement ont été comparées à celles de l'enquête structurelle exhaustive EHPA 2007. Cette confrontation montre que l'échantillon de personnes âgées sélectionnées est représentatif de l'ensemble des personnes âgées en institution en regard des informations disponibles. Globalement, les caractéristiques des résidents sont proches de celles observées sur les personnes hébergées au 31 décembre 2007 lors de l'enquête EHPA 2007. Cependant, le pourcentage de résidents en EHPAD est globalement plus élevé dans l'enquête EHPA 2007 qui s'est

déroulée au 1^{er} semestre 2008 que dans l'enquête Résidents qui a eu lieu entre mars et juin 2007 soit près d'un an plus tôt, puisqu'un certain nombre d'établissements n'étaient alors pas encore répertoriés comme signataires d'une convention tripartite (tableau 2). On note par contre une surreprésentation dans l'enquête Résidents des résidents hébergés en logement-foyer EHPAD (27 % contre 19 %), ainsi que de ceux des logements-foyers et USLD de 100 places ou plus.

Les répartitions selon les caractéristiques individuelles des résidents (sexe, âge, degré de dépendance – annexe 2 – et ancienneté dans l'établissement) sont très proches (tableau 3), notamment pour les résidents hébergés en maison de retraite ; ces dernières accueillant près de sept résidents sur dix.

Les proches des résidents désignés par les responsables ou les soignants de l'établissement sont majoritairement des femmes (63 %) dont la moitié est âgée de plus de 60 ans, 15 % ayant plus de 70 ans. Ce sont soit, un de leurs enfants (cas largement majoritaire : 69 %), une sœur ou un frère (7 %), une belle-fille ou un gendre (3 %) soit leur conjoint (3 %). Il y a peu de petits-enfants (2 %) et dans 12 % des cas il s'agit d'un autre membre de la famille et d'une autre personne parmi les 4 % restants.

Par construction, ce qui différencie fortement les résidents ne pouvant pas répondre à l'en-

TABLEAU 2

Répartition des résidents sélectionnés selon les caractéristiques des établissements les hébergeant**A - Enquête Résidents 2007**

	Par catégorie (%)	% en EHPAD	Par statut (%)			Par taille (%)			
			Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	De 10 à 49	De 50 à 79	De 80 à 99	100 ou plus
USLD	11	57	94	6	0	13	13	11	63
Maison de retraite	66	85	52	30	18	12	28	31	29
Logement-foyer	23	27	80	18	2	26	43	20	11
Ensemble	100	68	63	24	12	16	29	26	29

Données redressées.

B - Enquête EHPA 2007

	Par catégorie (%)	% en EHPAD	Par statut (%)			Par taille (%)			
			Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	De 10 à 49	De 50 à 79	De 80 à 99	100 ou plus
USLD	10	74	91	8	1	14	23	17	46
Maison de retraite	69	93	49	29	22	12	30	27	31
Logement-foyer	21	19	71	27	3	27	53	15	5
Ensemble	100	75	58	26	16	15	34	24	27

Note de lecture • Selon l'enquête Résidents, 66 % des résidents sélectionnés sont dans une maison de retraite : 85 % de ces derniers, dans une maison de retraite EHPAD (et 15 % dans une maison de retraite non-EHPAD), 52 % dans une maison de retraite publique, 30 % dans une maison de retraite de statut privé non lucratif et 18 % dans une maison de retraite de statut privé lucratif.

Champ • Données calculées sur le champ de l'enquête Résidents 2007.

TABLEAU 3

Répartition des résidents selon leur sexe, GIR, âge et ancienneté dans l'établissement les hébergeant**A - Enquête Résidents 2007**

	% de femmes	Répartition par GIR (%) (1)			Répartition par âge (%)				Répartition par ancienneté (%)			
		1 et 2	3 et 4	5 et 6	Moins de 70 ans	De 70 à 79 ans	De 80 à 89 ans	90 ans ou plus	Moins de 1 an	De 1 à 3 ans	De 3 à 5 ans	5 ans ou plus
USLD	74	76	19	5	6	18	51	25	30	31	21	18
Maison de retraite	75	45	36	18	7	16	44	33	21	31	19	29
Logement-foyer	77	13	27	60	7	21	50	22	15	25	18	42
Ensemble	76	42	33	25	7	17	46	30	21	29	19	31

Données redressées.

B - Enquête EHPA 2007

	% de femmes	Répartition par GIR (%) (1)			Répartition par âge (%)				Répartition par ancienneté (%)			
		1 et 2	3 et 4	5 et 6	Moins de 70 ans	De 70 à 79 ans	De 80 à 89 ans	90 ans ou plus	Moins de 1 an	De 1 à 3 ans	De 3 à 5 ans	5 ans ou plus
USLD	72	82	16	2	9	21	46	24	29	32	19	20
Maison de retraite	75	47	36	17	7	17	47	29	25	31	18	26
Logement-foyer	77	10	24	66	9	23	50	18	18	24	18	40
Ensemble	75	44	32	24	8	19	47	26	24	30	18	28

(1) Lorsque le GIR est connu. Globalement, environ 4 % des personnes ne sont pas évaluées en GIR. Ce taux atteint 10 % en logement-foyer.

Note de lecture • Selon l'enquête Résidents, 74 % des résidents sélectionnés dans une USLD sont des femmes, 76 % sont en GIR 1 ou 2, 25 % ont 90 ans ou plus et 30 % sont entrés dans l'USLD depuis moins d'un an.

Champ • Données calculées sur le champ de l'enquête Résidents 2007.

quête des autres résidents est très lié à leur façon de se comporter, de communiquer et de se repérer dans le temps et l'espace. Ainsi, 76 % des personnes âgées considérées comme ne pouvant pas répondre à l'enquête sont évaluées en GIR 1 ou 2 contre 18 % des autres résidents (tableau 4). Ces personnes sont aussi un peu plus âgées (34 % ont 90 ans ou plus contre 26 % des autres), elles séjournent depuis un peu plus longtemps dans l'établissement (33 % depuis 5 ans ou plus contre 29 % des autres) et sont par ailleurs plus souvent sous tutelle (28 % contre 14 %). Les déclarations de leur proche confirment qu'elles ont plus souvent que les autres résidents perdu de leur autonomie pour accomplir les actes de la vie quotidienne (elles ne sont que 47 % à manger sans aucune aide et 9 % à faire seules leur toilette contre respectivement 86 % et 43 %

des autres résidents, tableau 5) et qu'elles ne sont souvent pas en état de communiquer (59 % des proches disent n'avoir aucune communication avec le résident qu'ils visitent). En outre, leur état de santé général, compte tenu de leur âge, est également perçu par leur proche comme moins bon : 32 % sont jugées en bonne ou très bonne santé contre 51 % des autres résidents. En conséquence, elles sont aussi socialement plus isolées : 21 % sortent de l'établissement pour aller, au moins occasionnellement, dans leur famille et 44 % participent, au moins de temps en temps, aux activités de groupe (contre respectivement 52 % et 70 % des résidents pouvant répondre). Cependant, leurs proches pensent qu'un peu plus de la moitié d'entre elles se sont fait des amis parmi les résidents. ■

TABLEAU 4

Répartition des résidents selon leur sexe, GIR, âge et ancienneté dans l'établissement les hébergeant en fonction de leur aptitude à répondre à l'enquête

Enquête Résidents 2007

	% de femmes	Répartition par GIR (%) (1)			Répartition par âge (%)				Répartition par ancienneté (%)			
		1 et 2	3 et 4	5 et 6	Moins de 70 ans	De 70 à 79 ans	De 80 à 89 ans	90 ans ou plus	Moins de 1 an	De 1 à 3 ans	De 3 à 5 ans	5 ans ou plus
Résidents pouvant répondre	74	18	42	40	7	18	49	26	22	30	19	29
Résidents ne pouvant pas répondre	77	76	20	4	6	17	43	34	19	28	20	33

Données redressées.

(1) Lorsque le GIR est connu. Globalement, environ 4% des personnes ne sont pas évaluées en GIR. Ce taux atteint 10% en logement-foyer.

Note de lecture • 74 % des résidents sélectionnés et considérés comme pouvant répondre à l'enquête sont des femmes, 18 % sont en GIR 1 ou 2, 26 % ont 90 ans ou plus et 22 % sont entrés en EHPA depuis moins d'un an.

TABLEAU 5

Renseignements fournis par les proches sur les aptitudes des résidents

Enquête Résidents 2007

	Mange sans aucune aide	Fait sa toilette sans aucune aide	Se déplace seul dans l'établissement	Bon ou très bon état de santé	Communique avec son proche (souvent ou de temps en temps)	Va dans sa famille (régulièrement ou occasionnellement)	S'est fait des amis dans l'établissement	Participe aux activités de groupe (régulièrement ou occasionnellement)
Résidents pouvant répondre	86 %	43 %	72 %	51 %	90 %	52 %	83 %	70 %
Résidents ne pouvant pas répondre	47 %	9 %	37 %	32 %	41 %	21 %	55 %	44 %

Données redressées.

Note de lecture • Selon les proches des résidents, 86 % des résidents sélectionnés et considérés comme pouvant répondre à l'enquête mangent sans aucune aide, contre 47 % des résidents sélectionnés et considérés comme ne pouvant pas répondre à l'enquête.

ANNEXE 1**Les grands types d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)**

L'enquête auprès des résidents conduite en 2007 par la DREES a concerné les résidents de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées : maison de retraite, logement-foyer et unité de soins de longue durée, que ces établissements aient ou non signé une convention tripartite avec le conseil général et l'assurance maladie et aient donc ou non le statut d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les **maisons de retraite** sont des lieux d'hébergement collectif qui assurent une prise en charge globale de la personne, incluant l'hébergement en chambre (ou en logement), les repas et divers services et soins spécifiques. Les maisons de retraite des hôpitaux proposent le même type d'hébergement tout en étant rattachées à un hôpital public.

Les **logements-foyers** sont des groupes de logements autonomes (parfois aussi des chambres) assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif.

Les **unités de soins de longue durée** (USLD) constituent les structures les plus médicalisées et sont destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes. Elles dépendent d'un établissement sanitaire et sont destinées à l'accueil de personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

* *
*

Les EHPAD sont les établissements autorisés à accueillir des personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus qui ont signé une convention tripartite avec le conseil général et l'assurance maladie, définissant notamment les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier et sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués. Ces établissements sont le plus souvent des structures médico-sociales « traditionnelles » (maison de retraite et, parfois, logements-foyers) mais peuvent aussi être issus d'établissements sanitaires, il s'agit alors de redéfinition de places d'unités de soins de longue durée en longs séjours médico-sociaux.

ANNEXE 2

La mesure de la dépendance des personnes âgées

La dépendance est habituellement définie comme l'état de la personne qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou qui requiert une surveillance régulière.

Dans cette étude, le niveau de dépendance d'une personne est défini à partir de son groupe iso-ressources (GIR) évalué par un médecin et fourni par le responsable de l'établissement. Chacun des six GIR existants rassemble des personnes âgées ayant des profils de perte d'autonomie significativement proches ; ils peuvent être schématiquement caractérisés de la manière suivante :

- Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes âgées : celles qui sont 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, et celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
- Le GIR 3 correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions mentales, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.
- Le GIR 4 comprend essentiellement deux groupes de personnes : celles qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement mais doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage, la grande majorité d'entre elles s'alimentant seules, et celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.
- Le GIR 5 correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Le GIR résulte d'une évaluation plus fine du niveau de dépendance établie à partir de dix variables dites « discriminantes » relatives à la perte d'autonomie au plan physique ou au plan psychique.

Ces dix variables de la grille nationale AGGIR (autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources) sont les suivantes :

- « cohérence » qui évalue la faculté à converser et/ou se comporter de façon logique et sensée ;
- « orientation » qui évalue la faculté de se repérer dans le temps, dans les différents moments de la journée et dans les lieux ;
- « toilette » qui évalue les capacités à assurer son hygiène corporelle ;
- « habillage » qui évalue les capacités à se vêtir, se dévêtir, se présenter ;
- « alimentation » qui évalue les capacités à se servir et à manger les aliments préparés ;
- « élimination » qui évalue les capacités à assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ;
- « transferts » qui évalue les capacités à se lever, se coucher, s'asseoir et passer d'une position à l'autre ;
- « déplacements à l'intérieur » qui évalue la mobilité spontanée, y compris avec un appareillage ;
- « déplacements à l'extérieur » qui évalue la possibilité de se déplacer à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport ;
- « communication » qui évalue les capacités à utiliser un moyen de communication à distance, notamment pour alerter en cas de besoin.

Chacune de ces dix variables est cotée A, B ou C selon que la personne « fait seule », « fait partiellement » ou « ne fait pas » chacune des activités concernées :

- A : spontanément et totalement et habituellement et correctement ;
 - B : non spontanément ou non totalement ou non habituellement ou non correctement ;
 - C : ni spontanément ni totalement ni habituellement ni correctement.
-

Regards sur les conditions d'entrée en établissement pour personnes âgées

Amandine WEBER (DREES)



L'entrée en établissement pour personnes âgées est de plus en plus tardive. L'altération de l'état de santé joue un rôle important dans le recours à l'institution mais elle n'explique pas tout : le sentiment de solitude, les changements de conditions de logement, le fait que l'aide de l'entourage ainsi que l'aide professionnelle ne suffisent plus, le besoin de se sentir ou de savoir son proche en sécurité sont des éléments pouvant, parmi d'autres, motiver l'entrée en institution. Si l'argument médical est en général invoqué comme motif d'entrée, les critères de choix les plus souvent cités ne reposent pas pour autant sur l'adaptation de l'institution à l'état de santé de la personne âgée : sa situation géographique et sa bonne réputation sont les deux premiers critères cités.

La famille est très souvent associée pour conseiller le futur résident ou décider pour lui du choix de l'établissement. L'appréciation des résidents et celle des proches peuvent quelque peu différer, notamment sur les motifs d'entrée et le délai d'attente : elles se rejoignent en revanche pour juger que l'entrée s'est souvent faite de façon précipitée (près de la moitié des cas).

Si les conditions le permettent, l'entrée en établissement suppose une inscription préalable dans un ou plusieurs établissements et la rencontre avec des professionnels de l'établissement. La majorité des résidents ne se sont en pratique inscrits que dans un seul établissement. Pour accompagner les personnes âgées à mieux vivre leur entrée, les visites de l'établissement, les rencontres avec le personnel ou avec un médecin sont des pratiques fréquentes ; les courts séjours dans l'établisse-

ment (le temps d'un repas, d'une journée ou de quelques jours) sont plus rares.

Trois quarts des résidents déclarent avoir vécu plutôt bien ou très bien leur entrée en établissement et deux résidents sur dix l'ont vécu plutôt mal ou très mal. Les aspects positifs les plus souvent cités portent sur la qualité du service rendu et l'environnement de l'institution (calme, tranquillité, etc.) ; les éléments négatifs cités sont principalement le fait de ne pas se sentir chez soi, d'avoir dû se séparer de ses biens (y compris se séparer de sa maison personnelle) et de se sentir seul. Une étude faisant partie de ce dossier¹ montre que le « bien entrer » en établissement a un effet majeur sur le « bien y vivre » ; les éléments facilitateurs d'une bonne entrée sont la bonne préparation au changement de lieu de vie, l'absence de précipitation ainsi que la participation active du résident à la décision d'entrer, un jour, dans une institution.

Une entrée de plus en plus tardive

Selon les enquêtes EHPA, on constate un vieillissement des résidents à leur entrée en établissement [Prévot, 2009b]. Les résidents sont entrés en établissement, en moyenne, à 83 ans et 5 mois en 2007. Ils étaient entrés à 83 ans et 2 mois en 2003 et à 82 ans en 1994. Les hommes entrent toujours plus tôt que les femmes (à 81 ans et 1 mois contre 84 ans et 6 mois en 2007), mais l'écart s'est réduit de quatre mois entre 2003 et 2007. La différence

1. Cf. article p. 28.

d'âge est également marquée entre les personnes qui entrent en logement-foyer non médicalisé et celles qui entrent en maison de retraite ou établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en unité de soins de longue durée (USLD). En logement-foyer, les personnes sont entrées en moyenne à 79 ans et 6 mois, soit presque quatre ans de moins que la moyenne. En effet, ces structures sont des logements autonomes proposant des équipements et des services collectifs facultatifs. Elles accueillent majoritairement des personnes plus jeunes et ayant très peu perdu de leur autonomie physique et psychique. Les résidents placés en GIR 5 ou 6 après évaluation par la grille AGGIR (voir annexe 2, p. 16) représentent ainsi 75 % des personnes vivant en logement-foyer contre seulement 16 % en maison de retraite ou EHPAD et 2 % en USLD.

Le vieillissement à l'entrée peut s'expliquer d'une part par l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité [Cambois *et al.*, 2006] et d'autre part par la politique en faveur du maintien à domicile mise en œuvre depuis plusieurs décennies [HCCPF, 1962]. La mise en place de la prestation spécifique dépendance (PSD, 1997-2001) et de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA, depuis 2002), la création récente du chèque emploi-service universel (CESU, 2006) et le développement des services et des soins à domicile ont facilité le soutien à domicile qui reste le vœu de huit Français sur dix [Weber, 2006].

Plus de huit résidents sur dix étaient aidés à leur domicile

Selon l'enquête EHPA, avant d'entrer dans leur établissement pour personnes âgées, 64 % des résidents vivaient à leur domicile, chez un proche ou, marginalement, dans une famille d'accueil agréée, 20 % des résidents étaient dans un service de soins de suite et de réadaptation d'un établissement de santé, 3 % étaient hébergés en logement-foyer, 8 % dans une maison de retraite ou en USLD et enfin 6 % dans un autre établissement (un établissement pour personnes handicapées, établissement psychiatrique, etc.) [tableau 1]. La part des personnes vivant précédemment dans un domicile privé est beaucoup plus forte en logement-foyer (94 % des cas), tandis que la part de celles admises suite à un séjour dans un établissement de santé est majoritaire en USLD (57 % des cas).

Les réponses des résidents et celles de leurs proches à l'enquête Résidents en EHPA apportent des précisions aux informations fournies par les responsables des établissements sur la situation des résidents avant leur entrée en institution. Ainsi, les proches des résidents confirment que plus de six d'entre eux sur dix n'étaient pas en collectivité la semaine précédant leur admission dans l'établissement : 51 % étaient chez eux et 12 % vivaient chez un

TABLEAU 1

Provenance des résidents

En %

Provenance du résident	Maisons de retraite et EHPAD	Logements-foyers (hors EHPAD)	Unités de soins de longue durée (hors EHPAD)	Total
Domicile	59	94	19	64
Logement-foyer	3	2	1	3
Maison de retraite, USLD	9	1	14	8
Service de soins de suite ou unité de court séjour	23	1	57	20
Autre	7	2	9	6
Ensemble	100	100	100	100

Sources • Enquête EHPA, 2007.

tiers (enfant, frère, sœurs, etc.)². Lorsqu'ils étaient encore à leur domicile habituel, toujours selon leur proche, près de sept résidents sur dix vivaient seuls, deux sur dix vivaient en couple, 5 % vivaient avec leurs enfants ou leurs petits-enfants et enfin 5 % vivaient avec d'autres personnes. Les femmes (plus des trois quarts des résidents) demeuraient plus souvent seules avant d'entrer en établissement que les hommes (74 % contre 53 %). La majorité des résidents a une descendance. Huit résidents sur dix ont au moins un enfant ou un petit-enfant vivant.

Quand ils vivaient encore à leur domicile, selon leurs proches, 69 % des résidents bénéficiaient d'une aide, d'une surveillance ou de la présence de membres de leur famille ou d'amis pour accomplir les activités de la vie quotidienne et demeurer dans leur logement. L'aide familiale ou de proches quand elle existait, était délivrée dans 44 % des cas par les enfants, beaux-enfants ou petits-enfants, dans 28 % des cas par un ami ou un voisin, dans près de deux cas sur dix par le conjoint et dans deux cas sur dix par une sœur, un frère ou un autre membre de la famille³. Par ailleurs, 63 % des personnes âgées étaient aidées par un ou plusieurs professionnels : 59 % par au moins un professionnel de l'aide à domicile (auxiliaire de vie ou aide ménagère, aide à domicile) et 28 % par au moins un professionnel du secteur paramédical (infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute, etc.).

Au final, selon les proches, 85 % des résidents recevaient donc de l'aide à leur domicile, 47 % étant aidés à la fois par leurs proches et par un

professionnel (tableau 2). La configuration de l'aide est étroitement liée au mode de vie à domicile : les personnes qui vivaient seules recevaient un peu plus souvent l'aide exclusive de professionnels que celles vivant en couple ou avec d'autres personnes. L'aide mixte est plus fréquente lorsque la personne âgée vit en couple alors que l'aide exclusivement familiale se fait davantage lorsque la personne (re-)cohabite avec ses enfants, ses petits-enfants ou avec d'autres membres de sa famille. Quatre sur dix des résidents aidés par des professionnels l'étaient au moins une fois par jour et près de cinq sur dix, au moins une fois par semaine mais pas tous les jours.

Le principal facteur d'entrée en établissement : l'état de santé de la personne âgée

À la question posée « Pour quelles raisons êtes-vous (est-il) entré en établissement ? », les résidents et leurs proches s'accordent à répondre que l'état de santé ou l'âge de la personne est le principal motif (tableau 3)⁴. Les résidents citent, ensuite, spontanément mais nettement moins fréquemment, leur sentiment de solitude et le fait que leur entourage ne pouvait plus les aider. Ces deux derniers motifs ont aussi été retenus et plus fréquemment par les proches des résidents de même que le coût des interventions à domicile (18 % des proches), motif par ailleurs très rarement évoqué par les résidents eux-mêmes.

2. La parole des proches est ici préférée à celle des résidents car elle décrit la situation avant l'entrée en établissement de l'ensemble des résidents, ceux pouvant répondre à l'enquête et ceux ne le pouvant pas.

3. Un résident pouvant être aidé par plusieurs personnes de son entourage.

4. Les fréquences associées à chaque motif d'entrée par les résidents d'une part et par les proches d'autre part, ne sont pas directement comparables, le protocole d'enquête n'étant pas identique sur cette question. L'enquêteur laissait le résident répondre spontanément à la question alors qu'il proposait une liste de modalités de réponses au proche pour cette même question. Les proches ont ainsi plus fréquemment mentionné plusieurs motifs.

TABLEAU 2

Type d'aide reçue à domicile selon le mode de vie

En %

	Seul	En couple	Avec ses enfants, petits enfants ou d'autres personnes	Ensemble
Pas d'aide	16	11	12	15
Aide de l'entourage exclusivement	20	20	40	22
Aide des professionnels exclusivement	18	11	11	16
Aide mixte	46	58	37	47
Total	100	100	100	100

Champ • Ensemble des résidents ayant un proche.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire administré par téléphone auprès des proches, 2007, DREES.

TABLEAU 3

Motifs d'entrée en établissement cités par les résidents et leurs proches

En %

	Résident	Proche du résident pouvant répondre	Ensemble des proches
En raison de son état de santé, de son âge	73	83	87
Car il/elle se sentait seul(e)	16	39	34
Car les proches ne pouvaient plus l'aider	12	49	55
Car recevoir l'aide professionnelle à domicile coûtait trop cher	1	18	18
Autre raison	10	44	42
Ne sait pas	3	0	0

Note de lecture • 73 % des résidents citent leur état de santé ou leur âge comme motif d'entrée en établissement. Les proches des résidents pouvant répondre à l'enquête retiennent ce motif dans 83 % des cas ; les proches de l'ensemble des résidents le retiennent dans 87 % des cas.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents et par téléphone auprès des proches, 2007, DREES.

Un résident sur dix cite d'autres raisons d'être entré en établissement (c'est le cas de quatre proches sur dix) ; ces raisons reflètent leur parcours de vie, leurs aspirations et renseignent sur la place qu'ils ont occupée au moment de la prise de décision.

a) **Les conditions de logement** : la motivation de certains résidents était de pouvoir changer leurs conditions de logement – domicile inadapté – (« maison insalubre », « il fallait tout refaire à mon domicile »). Ce motif est aussi cité par les proches (« beaucoup d'entretien chez elle, plus de chauffage » ; « c'est parce que la maison était trop grande », « il n'avait pas de maison convenable »). D'autres résidents sont entrés en établissement pour des raisons d'arrangement patrimonial ou parce qu'ils se sont retrouvés, à un moment donné, sans domicile (« car je vivais dans un appartement qui appartenait à ma fille et j'ai voulu lui laisser », « car la maison a été vendue » ; « appartement reloué », « destruction de mon logement » ; « parce que j'étais à la rue »).

b) **La dégradation de l'état de santé du conjoint** : on peut décider d'entrer en institution pour accompagner son conjoint ou parce que le conjoint ne peut plus aider (« ma femme est malade » ; « mon mari est tombé » ; « mon mari étant à l'hôpital ; je ne pouvais pas rester seule à la campagne » ; etc.).

Le besoin d'une prise en charge plus importante est aussi mentionné par les proches

(« sa conjointe étant handicapée, il ne pouvait plus rester »).

c) **Le décès du conjoint** : vécu comme un événement déclencheur pouvant engendrer un sentiment de solitude ou une dégradation de l'état de santé de la personne (« j'étais seule, cafardeuse, perte de mon mari » ; « ma santé a commencé à décliner au décès de ma femme »).

d) **Le besoin de se sentir en sécurité** : (« j'étais seule à la maison et ça aurait pu être dangereux », « mesure de précaution », « pour la sécurité », « toute seule, j'avais peur ») qui peut être renforcé par l'inquiétude des enfants (« mes enfants n'ont pas voulu que je reste seul » ; « pour la sécurité, pour que mes enfants ne s'en fassent pas quand ils partent en vacances », « rassurer les enfants »).

Dans le discours des proches, le besoin de savoir son proche en sécurité est également mentionné (« risque de chute, hémiplegique, besoin d'aide continue » ; « sécurité », « son domicile manquait de confort et de sécurité » ; « elle ne pouvait plus vivre seule », etc.). La question de se prémunir contre la prise de risque apparaît comme un élément participant au processus de décision⁵.

e) **La volonté de gagner de la tranquillité, de retrouver une certaine indépendance et de ne pas être un « poids » pour les autres** : (« pour ne pas être un poids pour mon fils », « pour ne pas embêter mes enfants »).

5. La notion de besoin de sécurité (pour soi ou pour son proche) apparaît également dans l'analyse issue d'un travail qualitatif [DREES, 2008].

Sur la forme, certains résidents expriment aussi le peu de place qu'ils ont occupée dans la décision de l'entrée en établissement, une entrée parfois amèrement consentie (« *placement de force* », « *placée par mon fils et ma bru* », « *mes enfants m'ont mis ici* », etc.). À l'opposé, mais dans de rares cas, les proches tiennent à souligner la dimension personnelle de la décision du résident (« *elle a décidé par elle-même d'aller en maison de retraite* », « *à sa demande* », « *sa propre initiative* »).

Par ailleurs, certains des motifs sur l'entrée en établissement cités par les proches n'apparaissent cependant pas dans le discours des résidents. Ils concernent :

- les difficultés relationnelles (« *il est en incompatibilité d'humeur avec sa conjointe* », « *elle a suivi sa mère* », « *problèmes familiaux, problèmes relationnels entre les deux sœurs* ») ;
- le coût de la prise en charge à domicile, dont certains sont soucieux de pouvoir assurer les frais (« *coût* », « *car elle n'a pas de revenu important* ») ;
- les problèmes rencontrés avec les intervenants professionnels à domicile (« *elle ne voulait pas recevoir de l'aide* », « *elle n'acceptait pas de recevoir des aides-soignantes à son domicile* » ; « *ils n'arrivaient pas à entretenir de bonnes relations avec la femme de ménage et le médecin à domicile* » ; « *elle ne voulait personne chez elle* »).

La majorité des résidents s'inscrit dans un seul établissement, choisi principalement pour sa situation géographique et sa bonne réputation

Près de huit résidents sur dix disent avoir déposé un dossier de demande d'entrée dans un seul établissement (celui dans lequel ils résident au moment de l'enquête). Dans 10 % des cas, un dossier a été déposé dans deux établissements et dans 3 % des cas dans trois établissements ou plus. Par ailleurs, 7 % des résidents déclarent ne pas avoir déposé de dossier

d'inscription ; il peut s'agir de transferts d'un établissement à un autre.

L'entourage des résidents, très impliqué dans les démarches d'inscription, indique, en moyenne, un nombre plus important d'établissements contactés que les résidents. Au total, selon les proches de l'ensemble des résidents, dans 3 % des cas, aucune demande d'entrée n'a été déposée au préalable ; dans 56 % des cas une demande a été déposée dans un seul établissement et dans 41 % dans deux établissements ou plus.

Si le principal motif déclaré d'entrée en établissement est l'état de santé ou l'âge de la personne âgée, le fait que l'établissement soit adapté à son état de santé n'est pas le critère de choix déterminant pour les résidents et leurs proches qui ne le citent, respectivement, que dans 8 % et dans 14 % des cas (tableau 4). Par contre, un résident sur deux (et sept proches sur dix) cite la situation géographique de l'établissement, et un résident sur trois (et un proche sur trois), sa bonne réputation. La situation géographique est donc le critère de choix le plus fréquemment cité. Selon l'enquête EHPA, en 2007, parmi les personnes ayant quitté leur domicile pour entrer en établissement, en moyenne, une très large majorité (plus de 80 %) est restée dans le même département et 6 % ont rejoint un autre département de leur région (encadré 1). En outre, une proportion non négligeable de proches indique que le délai d'attente (17 %) et le coût de l'hébergement (13 %) sont également des critères qu'ils ont pris en compte dans leur choix d'établissement(s).

Enfin, deux résidents sur dix déclarent ne pas avoir participé à la sélection de l'établissement alors que seulement 6 % des proches déclarent ne pas y avoir participé. Les personnes venues d'un autre établissement (et en particulier d'un établissement de santé) ont moins souvent l'impression d'avoir participé que celles venant d'un domicile personnel (33 % déclarent ne pas avoir participé contre 18 %). Avoir ou non choisi son établissement est, en effet, lié au parcours de la personne âgée, en particulier lorsqu'elle vient d'être hospitalisée. Par exemple, certaines USLD appartiennent à des services gériatriques dotés d'unité de soins de suite et de réadaptation, les patients peuvent glisser insensiblement du statut de malade à

TABLEAU 4

Critères de sélection des établissements par les résidents et leurs proches

En %

Sur quels critères parmi les suivants avez-vous sélectionné ce ou ces établissements ?	Résident	Proche du résident pouvant répondre	Ensemble des proches
<i>Vous n'avez pas participé à la sélection (une seule réponse possible)</i>	22	6	6
La situation géographique	48	70	69
La bonne réputation	33	35	33
Le délai d'attente	7	16	17
L'adaptation à votre/son état de santé	8	12	14
Le coût	3	13	13
La proximité des services et commerces	6	6	5
Autre critère	9	1	1
Ne sait pas	2	1	1

Note de lecture • 22 % des résidents déclarent spontanément ne pas avoir participé à la sélection de leur établissement ; 48 % ont cité la situation géographique parmi leurs critères de choix.

Champ • Résidents pour lesquels un dossier d'inscription a été déposé.

Sources • Enquête auprès des résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents et par téléphone auprès des proches, 2007, DREES.

celui de résident sans sentir une coupure nette lors du passage d'une forme d'établissement à l'autre.

Par ailleurs, plus le temps d'attente entre la première demande et l'entrée est court, plus les résidents ont le sentiment de ne pas avoir participé à la sélection de l'établissement. C'est le sentiment de 25 % des personnes ayant attendu moins d'un mois, mais de 17 % des personnes ayant attendu entre un et six mois et de seulement 8 % des personnes dont le délai d'attente dépasse six mois. On peut supposer qu'une entrée dans des délais courts en établissement est plus fréquente lorsque l'état de santé de la personne s'aggrave vite, et que, dans ces circonstances, les possibilités de choix soient très réduites.

Six résidents sur dix ne se sont pas sentis suffisamment préparés à leur entrée dans l'établissement

6. Ce résultat reste même si on retire les personnes qui n'ont pas su répondre à la question sur les délais (particulièrement nombreuses chez les résidents - 24 %) : en effet, sans tenir compte de ces personnes, 45 % des résidents déclarent avoir attendu moins d'un mois contre 35 % des proches, et 43 % déclarent avoir attendu entre un et six mois, contre 48 % des proches.

En réponse à la question : « Finalement, combien de temps s'est écoulé entre la première

demande d'entrée dans l'établissement et l'entrée effective dans cet établissement ? », un tiers des résidents et un tiers des proches déclarent un délai d'attente inférieur à 1 mois. Le délai d'attente est perçu différemment lorsqu'il dépasse le mois, les proches considérant le temps d'attente plus long que les résidents : près de la moitié des proches estime l'attente entre 1 et 6 mois alors que seul un tiers des résidents⁶ la situe dans ce laps de temps ; 16 % des proches l'évalue supérieure à 6 mois alors que 9 % des résidents sont du même avis (graphique 1). Enfin, une part non négligeable des résidents (24 %) n'a pas su répondre à la question du délai d'attente alors que seuls 5 % de leurs proches sont dans ce cas.

Alors que le délai d'attente n'est inférieur à un mois que pour un tiers des résidents, le sentiment de ne pas avoir été préparé, bien avant, à une éventuelle entrée en établissement (visites d'établissement, échanges avec la famille, prise de dispositions particulières, etc.) est ressenti par 58 % des résidents. Les proches sont 52 % à considérer aussi que le résident n'était pas préparé. Ce sentiment de manque de préparation est très fréquemment indiqué chez les personnes âgées ayant été institutionnalisées dans la précipitation (en raison, par exemple, d'une aggravation de leur état de santé ou de la libération d'une place dans l'établissement) :

ENCADRÉ 1

Passage du domicile à l'établissement : quelles migrations sur le territoire ?

L'enquête EHPA 2007 permet de connaître le lieu de vie (domicile ou établissement et département) précédant l'entrée de la personne âgée en établissement. Parmi les personnes en institution, 64 % vivaient auparavant à domicile (chez elles, chez un proche ou dans un accueil familial agréé) et, dans leur grande majorité (80 % environ), elles ont intégré un établissement du département de ce domicile. Il y a donc en moyenne moins de 20 % de migrations¹ interdépartementales lors du passage du domicile vers l'établissement, mais elles ne sont pas de la même ampleur dans tous les départements.

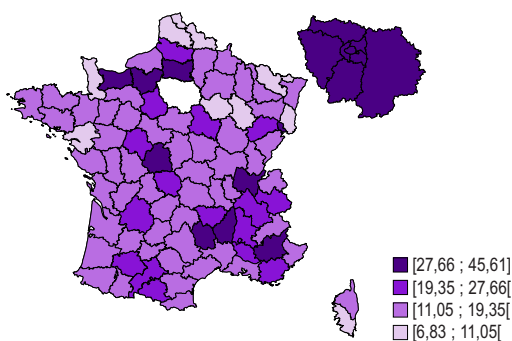
La part des personnes hébergées dans le département mais domiciliées avant leur entrée en établissement dans un département différent parmi l'ensemble des personnes hébergées dans le département (les « entrants dans le département », carte 1) donne une mesure de l'attractivité du département « choisi » pour vivre en institution. Des départements comme le Calvados, l'Eure, l'Oise, l'Indre, le Territoire de Belfort, l'Ain, la Lozère, l'Ardèche et les Alpes-de-Haute-Provence ainsi que les départements d'Île-de-France comptent notamment une proportion supérieure à 28 % de résidents originaires d'un autre département que le leur parmi les résidents qu'ils hébergent, le 31 décembre 2007.

La part des personnes en institution dans le département où ils étaient domiciliés auparavant rapportée au nombre total de personnes en institution originaires de ce département (les « restants dans le département », carte 2) donne une mesure de la capacité du département à « retenir » ses propres ressortissants. Pratiquement toutes les personnes âgées domiciliées précédemment en Haute-Corse, Bas-Rhin, Haut-Rhin ou Maine-et-Loire sont hébergées, au 31 décembre 2007, dans un établissement de leur département d'origine. Alors que, à l'opposé, la part de personnes restées dans le même département quand elles ont quitté leur domicile pour un EHPA est inférieure à 78 % dans tous les départements d'Île-de-France, à l'exception de la Seine-et-Marne.

Les différences départementales sont à mettre en regard d'éléments explicatifs plus ou moins faciles à mobiliser pour être quantifiés : il s'agit, par exemple, des capacités d'accueil en établissements, de l'offre de soins, des tarifs, du taux d'urbanisation, de la proximité des services, des aspirations des personnes âgées (en termes de cadre de vie, de rapprochement familial, par exemple), etc. Les départements de la région parisienne ont un profil particulier (plus d'« entrants » et moins de « restants ») en raison notamment de forts déplacements au sein des départements de la région. Ainsi, c'est à Paris que le taux de « restants » est le plus faible : 43 %, mais 32 % des parisiens sont accueillis dans des établissements de la petite ou de la grande couronne.

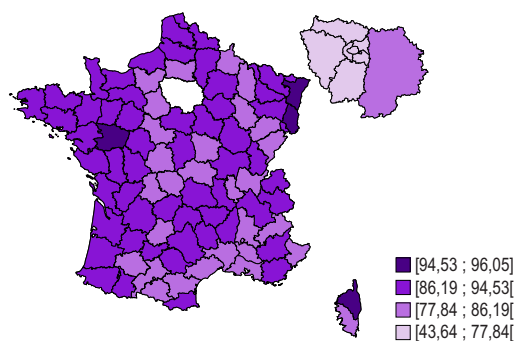
1. Dans 6 % des cas, l'origine géographique du résident est inconnue.

Carte 1 - Part des entrants par département, en 2007
(% de personnes hébergées dans le département et domiciliées avant leur entrée dans un autre département parmi l'ensemble des personnes hébergées dans le département)



Sources • Enquête EHPA 2007, DREES.

Carte 2 - Part des restants par département, en 2007
(% de personnes originaires du département vivant en EHPA dans ce département parmi l'ensemble des personnes originaires de ce département vivant en EHPA)



Sources • Enquête EHPA 2007, DREES.

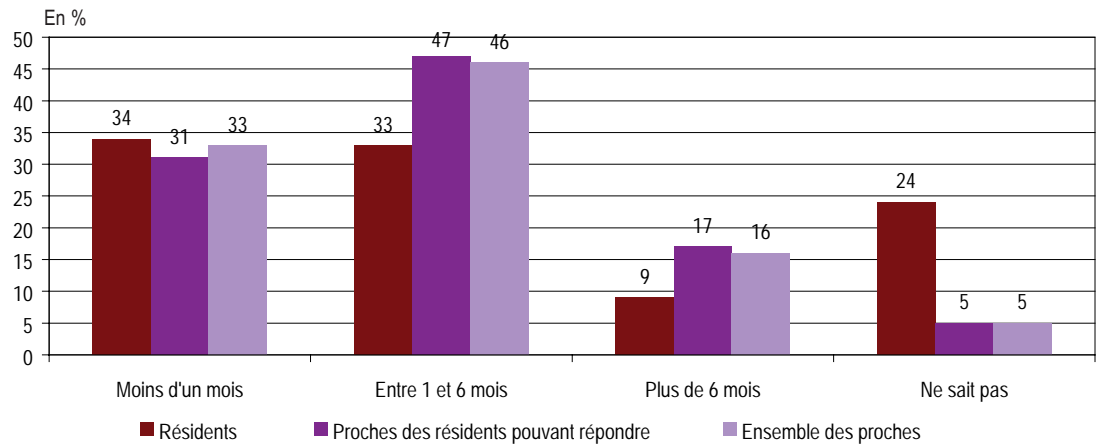
80 % des résidents en font alors état, de même que 65 % de leurs proches. Cependant cette impression d'un manque de préparation existe aussi (mais deux fois moins souvent) parmi ceux qui ne sont pas entrés précipitamment en établissement. Au total, préparés ou non à l'entrée en établissement, quatre résidents sur dix et respectivement cinq de leurs proches sur dix indiquent que l'entrée en établissement s'est faite de façon précipitée.

Pratiquement tous les résidents avaient la possibilité de visiter l'établissement avant d'y entrer

Pour permettre aux résidents de se familiariser avec l'établissement et mieux cerner le niveau

GRAPHIQUE 1

Délais d'attente perçus par le résident et son proche



Note de lecture • 34 % des résidents estiment avoir attendu moins d'un mois entre le dépôt du dossier et leur entrée effective ; 33 % des proches citent ce délai et 31 % des proches des résidents considérés comme pouvant répondre à l'enquête.

Sources • Enquête auprès des résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents et par téléphone auprès des proches, 2007, DREES.

de besoins des entrants, l'établissement met en place des actions plus ou moins systématiques comme des visites ou des courts séjours dans l'établissement ou des évaluations des besoins des personnes (graphique 2). Ainsi, selon les réponses des gestionnaires d'EHPAD (hors USLD), sept résidents sur dix⁷ vivent dans un établissement où une visite préalable est proposée de façon systématique. Cependant tous les résidents ne semblent pas en bénéficier : dans les établissements conventionnés, seulement quatre résidents sur dix (respectivement cinq proches sur dix) déclarent qu'une visite s'est faite avant d'entrer dans l'établissement. Si la visite n'a pu se faire, 31 % des résidents l'expliquent par le fait qu'ils n'en étaient pas capables (malade, physiquement fatigué, etc.). Dans 48 % des cas où le résident n'a pas effectué une visite préalable, c'est un proche qui l'a faite pour lui tandis que 20 % imputent cette absence de visite à une entrée précipitée et 6 % à leur refus d'entrer dans l'établissement. Enfin, 14 % des résidents ignorent pourquoi ils n'ont pas fait de visite préalable.

Certains établissements offrent aussi la possibilité à leurs futurs résidents de faire un court séjour dans l'établissement, d'y passer une journée ou d'y prendre un repas, mais ces dispositions sont rarement systématiques ; un résident sur deux environ se serait vu proposer une de ces possibilités.

7. Proportion tenant compte du nombre de personnes hébergées dans les établissements.

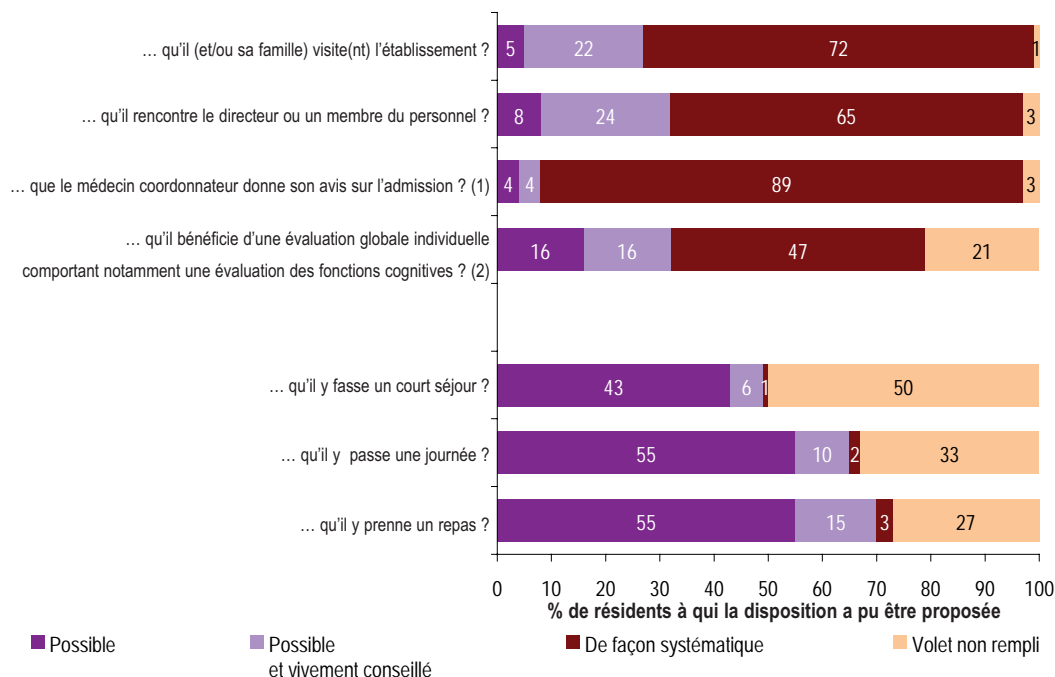
Par ailleurs, l'avis du médecin coordonnateur sur l'admission de la personne est prévu dans 89 % des cas, et l'évaluation globale de la personne dans un cas sur deux.

Du point de vue des gestionnaires d'établissement, les personnes ayant des troubles du comportement ou qui déambulent sont plus difficiles à accueillir

Le fait de s'orienter ou non vers un établissement dépend non seulement des arbitrages entre le résident, son entourage et les professionnels mais également des capacités des établissements à recevoir les différentes situations de personnes âgées, celles-ci variant en fonction de leur degré de médicalisation, du taux d'encadrement, de la qualification du personnel, de leurs caractéristiques architecturales, de leur histoire et de leur type (logement-foyer, maison de retraite, USLD). Certains établissements indiquent ainsi ne pas pouvoir accueillir tous les publics (tableau 5).

GRAPHIQUE 2

Dispositions mises en place avant l'arrivée des résidents dans les établissements conventionnés (hors USLD)



(1) Réponse des établissements ayant au moins un médecin coordonnateur.

(2) Réponse des établissements ayant au moins un médecin (y.c. les médecins coordonnateurs).

Note de lecture - 5 % des résidents sont dans un établissement conventionné (hors USLD) où le gestionnaire indique que la visite de l'établissement est possible, 22 % sont dans un établissement où la visite est possible et vivement conseillée, 72 % des résidents sont dans des établissements pour lesquels la visite se fait de manière systématique.

Sources - Enquête auprès des résidents en EHPA, questionnaire auto-administré rempli par les gestionnaires d'établissement, 2007, DREES.

TABLEAU 5

Possibilités d'accueil dans les établissements

	% de résidents vivant dans un établissement pouvant accueillir les personnes... (1)			
	ayant une mobilité réduite	confinées au lit et au fauteuil	souffrant de troubles du comportement	qui déambulent
Logement-foyer	48	12	22	15
Maison de retraite et EHPAD	85	75	77	60
USLD	85	85	83	74
Ensemble	78	65	67	53
	% de résidents vivant dans un établissement qui, dans les douze derniers mois, a dû refuser l'entrée d'une personne... (pour des motifs autres que le manque de places)			
	ayant une mobilité réduite	confinée au lit et au fauteuil	souffrant de troubles du comportement	qui déambule
Logement-foyer	18	14	34	16
Maison de retraite et EHPAD	5	16	31	28
USLD	2	4	17	17
Ensemble	7	14	30	25

(1) Question à réponse multiple, la somme des % est supérieure à 100.

Note de lecture -

- Première partie du tableau : 78 % des résidents sont dans un établissement où l'accueil des personnes à mobilité réduite est possible, cette possibilité concerne 48 % des résidents en logement-foyer.

- Seconde partie du tableau : 7 % des résidents sont dans un établissement ayant dû refuser à l'entrée une personne à mobilité réduite ; ce taux est de 18 % en logement-foyer.

Sources - Enquête auprès des résidents en EHPA, questionnaire auto-administré rempli par les gestionnaires d'établissements, 2007, DREES.

Globalement, les possibilités d'accueil sont plus élevées pour les personnes âgées présentant une « dépendance » physique que pour les personnes ayant des troubles du comportement ou qui déambulent. En effet, alors que 78 % des résidents vivent dans un établissement déclarant pouvoir accueillir des personnes à mobilité réduite, ils ne sont que 53 % à vivre dans un établissement pouvant accueillir des personnes déambulantes. Logiquement, les logement-foyers offrent plus rarement des possibilités d'accueil aux personnes nécessitant une prise en charge importante. Aussi, si les logement-foyers ont refusé certaines situations de résidents (2^e partie du tableau 5) dans des proportions moindres que ce qui pouvait être attendu, c'est vraisemblablement parce que peu de ces résidents ont déposé une demande d'admission en logement-foyer.

Bien que l'enquête n'interroge pas sur les motifs pour lesquels les gestionnaires d'établissement réalisent une sélection à l'entrée (difficultés liées aux besoins spécifiques que suppose l'admission de certaines personnes et conséquence de leur prise en charge en termes d'organisation de travail, par exemple) [Migot-Devenais, 2003], elle pose la question de l'accueil des personnes ayant des troubles du comportement ou des personnes qui déambulent. Ainsi, les personnes à mobilité réduite ou confinées au lit ou au fauteuil semblent rencontrer moins d'obstacles à l'entrée en établissement que celles souffrant de troubles du comportement ou qui déambulent. 5 % des résidents sont dans une maison de retraite ou un EHPAD à qui il est arrivé de refuser au cours des douze derniers mois l'accès à une personne à mobilité réduite alors qu'environ 30 % sont dans une maison de retraite ou un EHPAD qui a refusé au moins une personne ayant des troubles du comportement ou qui déambule au cours de la même période. On peut supposer que cette situation est la conséquence d'une augmentation du nombre de demandes d'admission pour des personnes présentant ces troubles, en regard de l'évolution croissante de la prévalence des démences.

Au final, six résidents sur dix sont dans des structures où le gestionnaire déclare établir des critères de sélection à l'admission, cette proportion étant plus élevée dans les logements-foyers (près de 8 sur 10). Parmi les trois princi-

paux critères cités par les gestionnaires d'établissements, on peut repérer, de manière qualitative, quelques dimensions en jeu dans la décision d'accepter ou non un résident (ces dimensions ne figurant pas forcément dans le projet de l'établissement⁸). Les gestionnaires font ainsi fréquemment référence au degré de dépendance, à l'âge, à la santé et au comportement de la personne âgée (fugue et déambulation, agressivité, etc.) et également à la proximité géographique avec le domicile du résident voire de ses proches. Une partie de ces critères recoupe les informations contenues dans le tableau 5.

- **L'âge** est cité comme critère d'entrée en établissement ; certains établissements en font mention en précisant qu'ils accueillent uniquement des personnes de 60 ans ou plus.

- **L'état de santé et le niveau de perte d'autonomie** sont évoqués soit de façon très générale (« état de santé », « autonomie », « degré d'autonomie ») soit avec plus de détails. Certains établissements peuvent accueillir uniquement des personnes ayant une plus grande autonomie physique (« Gir 5, Gir 6 », « capacité à se déplacer seul de la chambre à la salle à manger », « valide »), d'autres déclarent ne pas pouvoir recevoir « des personnes en fin de vie », « des personnes relevant d'un long séjour », « personnes en attente dans un moyen séjour hospitalier ».

- **La proximité géographique** (région, département, canton, commune) du résident est mentionnée à plusieurs reprises (« de la ville ou du canton », « proximité par rapport au lieu de vie habituel », « critères géographiques », « être originaire de la commune »). La proximité avec les proches est présentée comme une condition d'entrée et un facilitateur par certains gestionnaires d'établissement.

- **Les déambulations excessives ou les fugues** figurent comme un autre critère de sélection. Les personnes déambulantes représentent un public difficile voire impossible à intégrer en établissement : « déambulation avec risque de se perdre », « impossible d'accueillir des personnes démentes et déambulantes », « sans risque de fugues », « risque de fugues (établissement n'ayant pas de système anti-fugue) »,

8. Dans chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

« établissement ouvert donc nous évitons les personnes qui peuvent fuguer ».

• L'existence de troubles psychiques, de troubles du comportement souvent associées aux déambulations constitue aussi un obstacle à l'entrée en établissement (« agressivité majeure », « démence, troubles du comportement », « démence agressive exclue », « ne souffrant pas de troubles du comportement », « maladie d'Alzheimer évoluée », « non agressifs », « personnes perturbant les autres résidents »).

• Les personnes ayant des addictions pouvant gêner la collectivité, bien que moins souvent citées, sont cependant mentionnées par certains gestionnaires d'établissements comme un public difficile voire impossible à intégrer : « dépendance à l'alcool, tabagisme », « alcool non sevré », « pas d'alcoolisme ».

• La solvabilité financière des résidents et les partenariats engagés (avec les caisses de retraite ou avec le conseil général) sont aussi cités : « ressources », « âgé de 60 ans ou 55 ans avec pension de réversion », « financement (aide sociale à l'hébergement ou payant) », « caisses prioritaires », « revenus, pas habilité à l'aide sociale ».

• Le fonctionnement de l'établissement et sa capacité à répondre à la demande sont plus rarement cités par quelques gestionnaires comme des conditions d'accueil : « adéquation au secteur d'hébergement », « adéquation à la structure », « critères EHPAD », « accueil temporaire », « dont l'état de santé est compatible avec la structure et les équipements », « charge de travail⁹ ». Le recrutement des résidents est aussi tributaire de la politique de chaque structure (à dominante sociale, sanitaire ou assurant un suivi médico-social). Dans ce contexte, les établissements peuvent privilégier d'accueillir certains candidats à l'entrée plutôt que d'autres.

• D'autres critères plus rarement cités portent sur l'ancienneté et le degré d'urgence de la demande ainsi que sur la motivation de la personne à entrer en établissement (« acceptation de la personne d'entrer en établissement », « volonté du résident », « ancienneté de la demande », « antériorité de l'inscription », « date de réception du dossier », « urgence médico-sociale »).

9. Laurence Migot-Devenais fait ainsi le constat que les conditions de travail du personnel « influencent » le recrutement des personnes âgées dès lors qu'il est indispensable d'adapter les moyens organisationnels à une prise en charge de qualité.



La satisfaction des personnes âgées vivant en EHPAD et en maison de retraite en 2007

Julie PRÉVOT (DREES)

Interrogés sur leur appréciation globale de leur vie en institution, les résidents, pouvant s'exprimer, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des maisons de retraite (encadré 1) déclarent majoritairement y vivre bien. Ce constat peut sembler paradoxal quand, par ailleurs, plus de la moitié des Français déclarent que vivre dans un établissement pour personnes âgées n'est pas envisageable pour eux et que seuls 17 % d'entre eux envisageraient de placer un de leurs proches dans une institution spécialisée si celui-ci devenait dépendant¹. Cependant, les proches des résidents eux-mêmes sont globalement satisfaits des prestations offertes (encadré 2). On peut donc supposer que la solution

du soutien à domicile a toujours la préférence de la majorité des Français mais que cette détermination n'est pas motivée par des pré-supposés négatifs portant spécifiquement sur la qualité de l'accueil et des prestations des institutions. D'ailleurs, les réponses aux diverses questions relatives aux soins, aux activités et à l'accompagnement dans les établissements révèlent également qu'un fort pourcentage de résidents est satisfait de leur qualité et des conditions dans lesquelles ils leur sont délivrés. Cette étude s'attache donc à mettre en évidence d'une part, les différents aspects de la vie en établissement qui génèrent le plus d'insatisfaction chez les résidents et, d'autre part, ceux qui influent le plus sur le fait

1. Selon l'enquête barométrique de la DREES réalisée fin 2007 auprès d'un échantillon de 4 047 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans ou plus et vivant dans un logement individuel.

ENCADRÉ 1

Le champ de l'étude

Cette étude s'intéresse à l'appréciation générale, en regard de leur vie en institution, des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en maison de retraite. Elle prend en compte uniquement les réponses des résidents présents depuis plus de 6 mois, afin que les opinions exprimées s'appuient sur le vécu quotidien en établissement et non uniquement sur les premières impressions des résidents. Les résidents présents depuis plus de 6 mois en EHPAD ou en maison de retraite représentent 88 % de l'ensemble des résidents de ces établissements (enquête EHPA 2007) et 55 % ont été considérés comme pouvant répondre à l'enquête. Les résultats présentés retracent donc l'opinion d'environ la moitié des personnes hébergées : celles qui se comportent et communiquent de façon cohérente et ne présentent pas de troubles du langage et de l'audition. Ces personnes présentent donc un moindre niveau de dépendance que l'ensemble des résidents car les résidents très dépendants ont moins souvent pu répondre à l'enquête. Ainsi, dans ces établissements, 25 % des personnes évaluées en GIR 1 ou 2, ont pu s'exprimer contre 70 % des résidents en GIR 3 ou 4 et 90 % de ceux en GIR 5 ou 6. Au final, sur le champ de l'étude, les personnes évaluées en GIR 1 ou 2, essentiellement des GIR 2, représentent 21 % des résidents répondants. Pour plus des trois quarts des résidents, une des raisons de leur entrée en institution est leur état de santé ou leur âge, cette proportion variant peu en fonction de leur niveau de dépendance. Les autres motifs d'entrée sont beaucoup plus rarement cités, 13 % ont évoqué le fait que leurs proches ne pouvaient plus les aider et 12 % qu'ils se sentaient seuls.

L'analyse de l'expression des résidents est ici privilégiée. Cependant, deux questions spécifiques, relatives à leur satisfaction globale, ont été posées aux proches des résidents, ainsi que quelques questions analogues à celles posées aux résidents sur leur satisfaction quant aux soins ou aux services rendus par l'établissement que le proche paraît en situation d'apprécier. L'interrogation des proches permet de disposer également d'informations sur les résidents ne pouvant pas répondre eux-mêmes et, aussi, de comparer les appréciations des résidents et celles de leurs proches quand c'est possible et que cela a un sens (encadré 2).

ENCADRÉ 2

Les appréciations des proches des résidents

Des proches globalement satisfaits des prestations offertes et de leur délivrance

À la question : « Êtes-vous globalement satisfait de l'établissement et du confort dont votre proche bénéficie ici ? », 9 proches des résidents sur 10 se déclarent satisfaits : 37 % répondent qu'ils sont très satisfaits et 53 % qu'ils sont plutôt satisfaits ; les « plutôt insatisfaits » étant 8 % et les « pas du tout satisfaits » 2 %. De la même façon, à la question : « Êtes-vous globalement satisfait du personnel et de la façon dont il s'occupe de votre proche ? », plus de 9 sur 10 se déclarent satisfaits : 40 % étant très satisfaits et 51 % plutôt satisfaits, là encore, les « plutôt insatisfaits » sont 8 % et les « pas du tout satisfaits » moins de 1 %. À ces questions, les taux de satisfaction des proches des résidents en capacité de répondre à l'enquête sont les mêmes que ceux des proches des résidents ne pouvant pas y répondre.

Leur appréciation de la qualité de vie des résidents correspond le plus souvent à celle exprimée par les résidents eux-mêmes

Interrogés sur la façon dont vit le résident dans l'établissement, 13 % (tableau A) des proches ne donnent pas d'avis, indiquant que le résident n'est pas en état de juger de sa situation. Logiquement, ce cas de figure se présente essentiellement parmi les proches des résidents considérés comme ne pouvant pas répondre l'enquête. Cependant, la proportion des proches qui estiment que le résident à qui ils rendent visite régulièrement vit mal ou très mal (au total, respectivement 10 % et 3 %) diffère peu selon que le résident soit capable ou non de répondre à l'enquête et est presque identique à celle calculée sur les réponses des résidents eux-mêmes. Au final, selon leur entourage, 81 % des résidents pouvant s'exprimer vivraient plutôt bien ou très bien dans leur institution ; ce taux de satisfaction est ainsi légèrement inférieur à celui exprimé directement par les résidents (86 %).

Tableau A

Et maintenant, comment vit le résident dans cet établissement ?

	Parole du proche (%)			Rappel : parole du résident
	Résident ne pouvant pas répondre	Résident pouvant répondre	Ensemble	
Très bien	23	29	26	36
Plutôt bien	37	52	45	50
Plutôt mal	9	11	10	11
Très mal	3	3	3	2
Le résident n'est pas en état de juger	25	2	13	
Ne sait pas	3	3	3	1
Ensemble	100	100	100	100

Lecture • 23 % des proches des résidents ne pouvant pas répondre à l'enquête disent que le résident vit « très bien » dans son établissement, 25 % qu'il n'est pas en état de juger de sa situation.

Champ • Résidents hébergés depuis 6 mois ou plus en maison de retraite ou EHPAD.

Sources • Enquête auprès des résidents des EHPA, interviews des proches par téléphone, 2007, DREES.

Pour autant on ne peut pas conclure que les proches des résidents sont légèrement moins « optimistes » que les résidents eux-mêmes. En effet, si l'on s'intéresse aux données concernant les résidents pour lesquels on dispose d'une part de la réponse des résidents et d'autre part de celle de leur proche, le pourcentage de « vit bien » est globalement identique : 88 % (tableau B). Cependant, la confrontation révèle qu'il peut y avoir des différences d'évaluation entre le résident et son proche, mais celles-ci ne sont que rarement divergentes. Dans plus de la moitié des cas, le vécu du résident dans l'établissement est évalué de la même façon par le résident et son proche, à « très bien » par 18 % par d'entre eux, à « plutôt bien » par 33 % et à « plutôt mal » par 3 %. En outre, pour 30 %, la différence d'appréciation se joue entre « très bien » et « plutôt bien » et pour près de 2 % entre « plutôt mal » et « très mal ». Au total, si l'on regroupe les opinions « positives » d'une part et les « négatives » d'autre part, le pourcentage de concordance des réponses des deux intéressés est de 85 %. Les divergences, qui se compensent, se situent essentiellement entre « plutôt bien » et « plutôt mal » (12 % des cas).

Tableau B

Croisement des points de vue du résident et de son proche sur la vie « aujourd'hui » du résident dans l'établissement

		Parole du proche (%)				
		Très bien	Plutôt bien	Plutôt mal	Très mal	Ensemble
Parole du résident	Très bien	18	16	0	0	35
	Plutôt bien	13	33	6	1	53
	Plutôt mal	0	6	3	1	10
	Très mal	1	1	1	0	2
	Ensemble	32	55	10	3	100

Lecture • Dans 18 % des cas, le résident et son proche disent que le résident vit « très bien » au moment de l'enquête dans son établissement, dans 16 % des cas, le résident déclare y vivre « très bien » alors que son proche dit qu'il y vit « plutôt bien ».

Champ • Résidents hébergés depuis 6 mois ou plus en maison de retraite ou EHPAD.

Sources • Enquête auprès des résidents des EHPA, interviews des résidents en face-à-face et des proches par téléphone, 2007, DREES.

qu'ils estiment « vivre bien en établissement » plutôt que « vivre mal en établissement ». Il apparaît notamment que des facteurs indépendants des conditions d'accueil proposées par l'établissement comme la préparation et l'âge à l'entrée en institution influent de façon importante sur ce sentiment.

Les résidents déclarent à 86 % qu'ils vivent plutôt bien ou très bien dans leur établissement

Parmi les résidents, 36 % déclarent y vivre très bien et 50 % déclarent y vivre plutôt bien, soit 86 % de satisfaits (graphique 1). Les trois quarts des résidents disent qu'ils avaient plutôt bien ou très bien vécu leur entrée en institution. Le nombre de résidents indiquant vivre bien (très bien ou plutôt bien) dans l'établissement au moment de l'enquête, c'est-à-dire après un séjour d'au moins six mois, est donc supérieur au nombre de résidents déclarant avoir bien vécu leur arrivée dans l'établissement. En particulier, parmi ceux qui avaient mal vécu (plutôt mal ou très mal) ces premiers moments, 64 % attestent vivre bien aujourd'hui alors qu'en revanche, parmi ceux qui les avaient bien vécus, seulement 6 % déclarent vivre mal aujourd'hui. Ce dernier changement d'opinion peut en partie être lié à une détérioration de leur état de santé ; 47 % de ces per-

sonnes trouvent que leur état de santé s'est dégradé depuis leur arrivée, contre 22 % de celles qui déclarent se sentir bien dans l'établissement. Par ailleurs, si plus des trois quarts des résidents disent n'être jamais ou seulement parfois tristes, angoissés ou déprimés, cette proportion est inférieure à 50 % parmi les résidents disant vivre mal dans l'établissement.

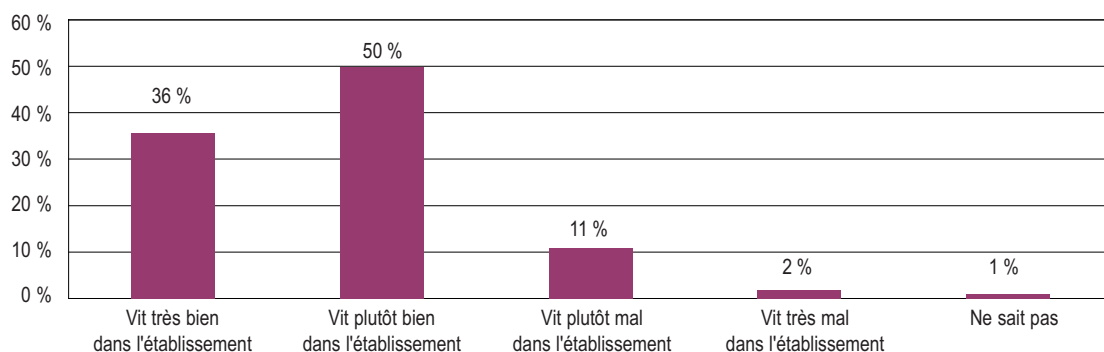
Au-delà de ces appréciations globalement positives on peut étudier dans le détail les avis des résidents sur le déroulement des différents moments de leur vie quotidienne au sein de l'établissement, par exemple les soins, les repas, les activités, les sorties et les liens sociaux et sur la façon dont l'établissement les délivre ou les rend possibles (tableau 1). Certains aspects sont plus souvent critiqués que d'autres mais ce ne sont pas nécessairement ceux qui influencent le plus le sentiment de bien-être ou au contraire d'insatisfaction générale des résidents.

Les résidents sont 38 % à souhaiter pouvoir sortir davantage et 15 % que le personnel soit plus disponible

La moitié des résidents ne sort jamais de l'établissement. Le fait de ne pas pouvoir sortir ou de ne pas sortir aussi souvent qu'ils l'aime-

GRAPHIQUE 1

La satisfaction des résidents des maisons de retraite et EHPAD



Lecture • 36% des résidents déclarent vivre très bien dans l'établissement au moment de l'enquête.

Champ • Résidents hébergés depuis 6 mois ou plus en maison de retraite ou EHPAD.

Sources • Enquête auprès des résidents des EHPA, interview des résidents en face-à-face, 2007, DREES.

TABLEAU 1

Sujets et taux d'insatisfaction (1) des résidents des maisons de retraite et EHPAD

En %

Sujets	Ensemble des résidents	Résidents vivant mal ou très mal dans l'établissement
Le personnel et les soins		
Quand j'appelle le personnel, il n'arrive pas assez rapidement	22	31
Quand j'ai mal ou très mal, le personnel ne fait pas attention à ma douleur	20	38
Le personnel ne connaît pas mes problèmes	19	38
D'une manière générale, le personnel ne me semble pas très disponible, voire pas du tout disponible	15	38
Quand le personnel s'occupe de moi pour des soins ou des aides (toilette, habillage...), il ne fait pas assez, voire pas du tout attention à moi	12	39
Généralement, les explications que me donne le personnel soignant ne sont pas très satisfaisantes, voire pas satisfaisantes du tout	9	25
Je ne suis pas satisfait de l'aide apportée pour la toilette	5	16
Je ne suis pas très bien soigné, ou mal soigné	5	22
La façon dont le personnel s'adresse à moi me gêne	5	19
Je ne suis pas satisfait de l'aide apportée pour l'habillage	4	18
Pour la toilette ou l'habillage, je manque d'intimité	3	13
Les liens sociaux		
Quand je suis triste, angoissé, déprimé, je n'ai personne à qui en parler (uniquement à ceux qui déclarent qu'il leur arrive d'être tristes)	10	25
J'aimerais me faire de amis ou des connaissances parmi les résidents	7	18
Les repas		
Le repas du soir est servi trop tôt	17	31
La nourriture servie par l'établissement est mauvaise ou plutôt mauvaise	16	41
Le repas n'est pas un moment de plaisir	15	42
La quantité de nourriture servie par l'établissement est insuffisante	6	15
Les sorties et activités		
J'aimerais sortir, ou sortir plus souvent	38	57
L'établissement ne propose pas l'activité que je voudrais faire	10	16
Les horaires		
L'heure du coucher arrive trop tôt	8	18
L'aide pour la toilette arrive en général trop tard dans la matinée	5	12
L'aide pour la toilette arrive en général trop tôt dans la matinée	4	13
Le petit-déjeuner est servi trop tôt	4	9
Le petit-déjeuner est servi trop tard	3	6

(1) Le taux d'insatisfaction est le rapport du nombre de résidents exprimant un avis négatif sur l'ensemble des résidents à qui la question a été posée. Le taux de satisfaction ne peut pas en être déduit car parfois, le nombre de résidents n'ayant pas pu/voulu y répondre n'est pas négligeable : leur part étant notamment de l'ordre de 10 % quant aux questions sur « l'attention à la douleur », « la connaissance de problèmes des résidents » et « l'attention lors des soins ou des aides », et de 6% en ce qui concerne le respect de l'intimité lors de la toilette ou l'habillage.

Lecture • 38 % des résidents et 57 % de ceux qui vivent mal dans leur établissement déclarent qu'ils aimeraient sortir ou sortir plus souvent.

Champ • Résidents hébergés depuis 6 mois ou plus en maison de retraite ou EHPAD.

Sources • Enquête auprès des résidents des EHPA, interview des résidents en face-à-face, 2007, DREES.

raient est un point d'insatisfaction assez souvent évoqué par les résidents ; ils sont, au total, 38 % à le signaler et près de six sur dix (57 %) parmi ceux déclarant vivre mal dans l'établissement. D'ailleurs, un peu plus de la moitié des résidents qui ont de la famille déclarent ne s'y rendre jamais ou presque jamais (plus de 7 résidents sur 10 ont des enfants ou des petits enfants). La possibilité de se promener dans le jardin ou le parc de l'établissement ne semble pas suffisante : 37 % des résidents qui ne sortent que dans le parc ou le jardin de l'établissement déclarent ainsi qu'ils voudraient sortir davantage, comme la moyenne des résidents. Un tiers des résidents qui voudraient sortir davantage ne le font pas, en raison de leur état physique et auraient donc besoin d'être accompagnés pour le faire.

Parmi les résidents ayant répondu à l'enquête, 15 % estiment que, d'une manière générale, le personnel n'est pas très disponible, voire pas disponible du tout. Mais cette proportion s'élève à 38 % chez ceux qui vivent mal dans l'établissement. La rapidité d'intervention du personnel et l'attention qu'il peut leur consacrer comptent évidemment dans ce jugement global émis par les résidents, 49 % indiquant avoir besoin d'une aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (44 % d'entre eux sont aidés pour la toilette, 30 % sont aidés pour l'habillage et 21 % ne peuvent se déplacer seuls)². Ainsi, plus d'un cinquième des résidents trouve que le personnel n'arrive pas assez rapidement quand on l'appelle. Un cinquième des résidents également déplorent que le personnel ne connaisse pas bien leurs problèmes. Par ailleurs, deux résidents sur trois disent qu'il leur arrive (parfois, souvent ou toujours) d'être triste, angoissé ou déprimé. Parmi eux, un sur dix indique n'avoir personne à qui se confier dans ces moments-là, cette proportion atteint un sur quatre parmi ceux se sentant mal dans leur établissement.

2. Ces proportions s'élèvent à respectivement 88 %, 78 %, et 50 % pour les résidents qui n'ont pas pu répondre à l'enquête (réponses données par les proches).

3. Réponse à la question « La façon dont le personnel s'adresse à vous vous convient-elle ? ». La question était volontairement générale pour qu'elle soit la plus ouverte possible et non limitée à l'utilisation du tutoiement ou au fait d'être appelé par son prénom.

Les résidents considèrent pour 5 % d'entre eux qu'ils sont « mal soignés »

Dans l'ensemble, les résidents sont relativement peu nombreux à exprimer une insatisfac-

tion par rapport à la façon dont le personnel s'occupe d'eux et à la qualité des soins qui leur sont donnés. Ils sont 5 % à déclarer n'être pas très bien ou mal soignés, tandis qu'à l'opposé, 40 % disent être très bien soignés et 52 % plutôt bien soignés, 3 % ne se prononçant pas. Le pourcentage de personnes se disant pas très bien ou mal soignées s'élève toutefois à 22 % parmi celles déclarant aussi vivre mal dans l'établissement. L'opinion sur la qualité des soins paraît liée à celle exprimée quant à la disponibilité du personnel : 75 % des résidents qui trouvent le personnel très disponible déclarent être très bien soignés. Peu de résidents estiment insatisfaisante (pas du tout ou plutôt pas) l'aide qui leur est apportée pour la toilette ou l'habillage (5 % et 4 % respectivement mais 16 % et 18 % parmi les mécontents de leur vie en établissement). Ils sont 5 % à être gênés par la façon dont le personnel s'adresse à eux; cette proportion s'élève à 19 % chez les résidents qui vivent mal dans l'établissement³. Seulement 3 % indiquent manquer d'intimité lors de leur toilette ou habillage, qu'ils soient aidés ou non pour accomplir ces activités ; cette proportion est de 13 % chez les résidents se sentant mal dans l'établissement. Les résidents déclarent un peu plus fréquemment que le personnel ne fait pas assez, voire pas du tout, attention à eux lorsqu'il s'occupe d'eux pour des soins ou des aides (12 %). Là encore, ceux qui vivent mal dans l'institution sont nettement plus nombreux à regretter le manque d'attention du personnel à leur égard (39 % en moyenne). Par ailleurs, parmi les quatre résidents sur dix qui disent qu'il leur arrive « de temps en temps » ou « souvent » d'avoir très mal, un cinquième déplore que le personnel ne fasse pas attention à leur douleur.

Les repas ne sont pas un moment de plaisir pour 15 % des résidents

Les repas sont des moments-clés de la journée des résidents : ils rythment le quotidien. Les personnes qui mangent sans aide (93 %) sont 15 % à trouver que le repas n'est pas un moment de plaisir. Et c'est aussi le cas de 23 % des personnes qui sont aidées (en partie

TABLEAU 2

Les aspects de la vie en établissement influant sur la satisfaction globale des résidents vivant en EHPAD ou maison de retraite

Questions posées aux résidents	Rapport de chances de vivre plutôt bien ou très bien versus plutôt mal ou très mal dans l'établissement	Répartition des résidents (%)
Comment avez-vous vécu les premiers moments de votre entrée dans l'établissement ?		
Plutôt bien ou très bien	5,8 ***	76
Plutôt mal ou très mal	<i>Réf</i>	24
Ne sait pas		
Estimez-vous que la quantité de nourriture servie par l'établissement est...		
Plutôt suffisante ou suffisante	2,0 **	95
Pas assez suffisante ou pas suffisante du tout ou ne sait pas ou sans objet	<i>Réf</i>	5
Estimez-vous que le nourriture servie par l'établissement est...		
Plutôt bonne ou bonne	2,5 ***	85
Plutôt mauvaise ou mauvaise ou ne sait pas ou sans objet	<i>Réf</i>	15
Est-ce que le repas est un moment de plaisir ?		
Oui	2,2 ***	73
Non	<i>Réf</i>	15
Indifférent ou ne sait pas ou non-réponse		12
Vous êtes-vous fait des amis ou des connaissances parmi les résidents ?		
Oui	2,3 ***	74
Non	<i>Réf</i>	25
Ne sait pas ou non-réponse		1
La façon dont le personnel s'adresse à vous vous convient-elle ?		
Oui, cela vous convient	2,2 **	92
Non, cela vous gêne	<i>Réf</i>	4
Cela vous est égal ou ne sait pas ou non-réponse		4
Diriez-vous que le personnel...		
Connait bien vos problèmes	1,9 **	61
Ne connaît pas vos problèmes	<i>Réf</i>	20
Vos problèmes ne concernent que vous	4,7 ***	7
Ne sait pas ou non-réponse		12
D'une manière générale, le personnel vous semble-t-il...		
Disponible ou très disponible	2,1 ***	83
Pas très disponible ou pas du tout disponible	<i>Réf</i>	15
Ne sait pas ou non-réponse		2
Et que pensez-vous de l'évolution de votre état de santé depuis que vous êtes ici ?		
Votre état de santé n'a pas changé	1,8 ***	54
Il s'est amélioré	1,7*	19
Il s'est détérioré	<i>Réf</i>	26
Ne sait pas		2
Vous arrive t-il de vous sentir triste, angoissé ou déprimé ?		
Jamais ou parfois	2,5 ***	76
Souvent ou toujours	<i>Réf</i>	23
Ne sait pas ou non-réponse		1

*** significatif au seuil de 1 %, ** significatif au seuil de 5 %, * significatif au seuil de 10 %, paires concordantes : 90 %.

Lecture • Un résident qui déclare avoir bien vécu les premiers moments dans l'établissement a une chance presque 6 fois (5,8) supérieure de déclarer bien vivre aujourd'hui dans cet établissement qu'un résident qui a mal vécu son arrivée dans l'institution, toutes choses égales par ailleurs (pour les variables évoquées dans le modèle).

Champ • Résidents hébergés depuis 6 mois ou plus en maison de retraite ou EHPAD.

Sources • Enquête auprès des résidents des EHPA, interviews des résidents en face-à-face, 2007, DREES.

ou totalement). L'heure du repas du soir ne convient pas à 18 % des résidents, presque toujours parce qu'ils trouvent que le dîner est servi trop tôt. Pour 16 % des résidents la nourriture qui est servie est mauvaise ou plutôt mauvaise. Cette opinion varie en fonction du mode de préparation des repas qui influe probablement sur leur qualité. En effet, 24 % des résidents trouvent que la nourriture n'est pas bonne quand les repas sont préparés ailleurs que dans l'établissement et réchauffés sur place contre 15 % des résidents des établissements où les repas sont préparés sur place. En revanche, la quantité de nourriture servie par l'établissement est suffisante pour 94 % des résidents.

Les premiers moments dans l'institution sont déterminants

Un modèle logistique a permis de déterminer, au travers des opinions des résidents sur les différents aspects de leur vie quotidienne en établissement, ceux qui influent le plus sur leur bien-être global. On considère dans ce modèle que leur degré de bien-être est représenté par leur réponse à la question « Et aujourd'hui, comment vous sentez-vous dans l'établissement ? ». Comme dans le reste de l'étude, les réponses « très bien » et « plutôt bien » ont été regroupées en « vit bien dans l'établissement ». De même, les réponses « plutôt mal » et « très mal » ont été regroupées en « vit mal dans l'établissement ». Un premier modèle comportant toutes les variables d'opinion figurant dans le tableau 1 ainsi que quelques caractéristiques des personnes âgées (sexe, âge, situation familiale) et des établissements (taille et statut) a tout d'abord été testé. Le modèle final (tableau 2) ne retient que les variables qui étaient significatives dans le premier modèle.

Le bien-être des résidents est influencé de manière significative par la façon dont ils ont vécu leur entrée dans l'établissement. Pour les personnes qui l'ont bien vécue, les chances de se sentir bien aujourd'hui dans l'établissement sont presque six fois plus élevées que pour les personnes ayant mal vécu leur entrée, toutes

choses étant égales par ailleurs. Outre leur impression lors de l'entrée en établissement, les appréciations portées par les résidents sur les repas et sur leurs relations avec le personnel leur prodiguant aides et soins et avec les autres résidents ont également une influence sur leur satisfaction globale. Ainsi, les personnes satisfaites de la quantité, de la qualité des repas, celles pour qui le repas est un moment de plaisir, celles déclarant que le personnel est disponible ou très disponible ou que la façon dont le personnel s'adresse à elles leur convient et également celles qui se sont fait des relations parmi les résidents ont deux fois plus de chances que les autres de déclarer se sentir bien dans l'établissement.

À l'inverse, les horaires des repas, du lever, du coucher, les activités proposées par l'établissement (bien que six résidents sur dix affirment que participer aux activités est très ou assez important pour eux), la fréquence des visites ou des sorties ne sont pas apparues comme ayant un impact positif significatif sur le vécu dans l'établissement, de même que celles décrivant les résidents et les établissements.

Être bien préparé, avoir un avis favorable sur l'établissement dès l'accueil ont un impact positif significatif sur les premiers moments dans l'établissement

Bien vivre son entrée en établissement dépend lui-même de certains facteurs qu'un autre modèle logistique a permis de mettre en évidence (tableau 3). Ainsi, les personnes déclarant qu'elles étaient bien préparées à une éventuelle entrée en établissement (visites de l'établissement, échanges avec la famille, prises de dispositions spécifiques, etc.) ont presque deux fois plus de chances d'avoir bien vécu leur entrée que celles qui n'étaient pas préparées à cet événement, de même que celles qui disent avoir sélectionné cet établissement en raison de sa bonne réputation par rapport à celles qui ne l'indiquent pas. Cependant, que le résident ait été préparé ou non à entrer dans

TABLEAU 3

Les facteurs influant sur le sentiment des résidents d'avoir bien vécu ou mal vécu l'entrée en EHPAD ou en maison de retraite

Questions posées aux résidents ou aux gestionnaires	Rapport de chances d'avoir très bien ou plutôt bien vécu versus plutôt mal ou très mal vécu les premiers moments de l'entrée dans l'établissement	Répartition des résidents (%)
Statut de l'établissement		
Public rattaché à un hôpital	0,5***	27
Public autonome	Réf	32
privé non lucratif	0,9	27
privé lucratif	0,6*	14
Âge du résident		
Moins de 70 ans	1	7
Entre 70 ans et 80 ans	0,5***	16
Entre 80 ans et 90 ans	Réf	47
90 ans ou plus	1,2	30
Vous étiez-vous préparé(e) bien avant à une éventuelle entrée en établissement ?		
Oui	1,8***	36
Non	Réf	61
Ne sait pas		3
Sur quels critères (...) avez-vous sélectionné ce ou ces établissements ?		
La bonne réputation (bonne impression, recommandation)		
réponse citée	1,7**	23
réponse non citée	Réf	77
Votre entrée dans cet établissement s'est-elle faite dans la précipitation ?		
Oui	0,5***	40
Non	Réf	55
Ne sait pas		5
Pourriez-vous indiquer les aspects plutôt positifs de votre arrivée dans l'établissement ? Qu'avez-vous bien vécu ou apprécié ? (réponses non suggérées par l'enquêteur)		
1- La qualité des prestations		
réponse citée	2,4***	46
réponse non citée	Réf	54
2- S'est senti(e) rapidement entouré(e) (familial, convivial...)		
réponse citée	1,6**	28
réponse non citée	Réf	72
3- Aucun aspect positif cité		
au moins un aspect positif cité	0,4***	13
	Réf	87
Pourriez-vous indiquer les aspects plutôt négatifs de votre arrivée dans l'établissement ? Qu'avez-vous le moins apprécié ou difficilement vécu ? (réponses non suggérées par l'enquêteur)		
1- A dû se séparer de ses biens (y compris se séparer de sa maison personnelle)		
réponse citée par le résident	0,6**	17
réponse non citée par le résident	Réf	83
2- Ne s'est pas senti chez lui/elle (ou : aurait préféré rester chez lui/elle)		
réponse citée par le résident	0,5***	19
réponse non citée par le résident	Réf	81
3- S'est senti(e) isolé(e) (ennui...)		
réponse citée par le résident	0,4***	14
réponse non citée par le résident	Réf	86
4- S'est senti(e) triste		
réponse citée par le résident	0,5**	13
réponse non citée par le résident	Réf	87
5- A eu du mal à se faire à l'idée d'être aidé(e)		
réponse citée par le résident	0,3***	5
réponse non citée par le résident	Réf	95
6- Aucun aspect négatif cité		
au moins un aspect négatif cité	2,6***	42
	Réf	58

*** significatif au seuil de 1 %, ** significatif au seuil de 5 %, * significatif au seuil de 10 %, paires concordantes : 87 %.

Lecture • Un résident d'un établissement public rattaché à un hôpital a deux fois (1/0,5) moins de chances de déclarer avoir bien vécu les premiers moments dans l'établissement qu'un résident d'un établissement public autonome, toutes choses égales par ailleurs (pour les variables évoquées dans le modèle).

Champ • Résidents hébergés depuis 6 mois ou plus en maison de retraite ou EHPAD.

Sources • Enquête auprès des résidents des EHPA, interviews des résidents en face-à-face, DREES 2007.

l'institution, si son admission a dû se faire dans la précipitation (son état de santé s'étant brusquement dégradé, une place s'étant rapidement libérée dans l'établissement, etc.), les chances qu'il ait bien vécu son entrée sont alors réduites de moitié par rapport aux personnes entrées sans précipitation. C'est également le cas des résidents qui entrent dans un établissement rattaché à un hôpital comparés à ceux qui entrent dans un établissement public autonome. Parmi les aspects cités comme plutôt positifs par les résidents lors de leur arrivée dans l'institution, la qualité des prestations (accueil, organisation, restauration, propreté, etc.) et le fait de s'être senti rapidement entouré ont une influence significative et forte sur le vécu à l'entrée. Les personnes évoquant ces aspects positifs ont environ deux fois plus de chances d'avoir bien vécu leur entrée en établissement que celles qui ne les évoquent pas. La compétence du personnel et le cadre de l'établissement qui sont pourtant des aspects positifs cités par près de quatre résidents sur dix n'apparaissent pas déterminants sur le bon vécu des premiers moments en établissement. En revanche, les résidents qui n'attestent d'aucun aspect positif à leur arrivée en institution ont deux fois et demie moins de chances d'avoir bien vécu leurs premiers moments dans l'établissement. Les résidents qui évoquent des aspects plutôt négatifs à leur entrée en établissement, comme le fait d'avoir dû se séparer de leurs biens (y compris de se séparer de leur maison personnelle), de ne pas

4. Les anciens employés représentent 26 % des résidents interrogés, les anciens agriculteurs 11 % et les anciens cadres ou chefs d'entreprises 12 %.

s'être senti chez soi, de s'être senti isolé ou triste ou encore d'avoir eu du mal à se faire à l'idée de devoir être aidé ont deux à trois fois moins de chances d'avoir bien vécu leur entrée en établissement que les résidents ne les citant pas. L'âge à l'entrée en établissement influe également. Ainsi, les chances de bien vivre leur entrée sont réduites de moitié pour les personnes entrées entre 70 et 80 ans, par rapport aux personnes entrées entre 80 et 90 ans. En revanche, le niveau de dépendance, la situation familiale, ou encore les motifs pour lesquels le résident est entré en établissement, n'ont pas d'influence significative sur son vécu à l'entrée.

Enfin, d'autres facteurs non évoqués précédemment ont une influence significative sur l'opinion des résidents quant à la disponibilité du personnel. Ainsi, les personnes âgées de plus 90 ans ont plus de chances de déclarer que le personnel est disponible que celles ayant entre 80 et 89 ans (trois fois plus), les personnes qui vivent dans un établissement comportant moins de 70 places plus que celles vivant dans un établissement de 70 à 85 places (près de deux fois plus) et les hommes plus que les femmes. Enfin, comparés aux anciens employés, les anciens agriculteurs exploitants ont trois fois plus de chances de déclarer que le personnel est disponible tandis que les anciens cadres ou chefs d'entreprises ou professionnels libéral ont deux fois moins de chances de le déclarer⁴. ■

Participation et choix des personnes âgées vivant en institution

Julie PRÉVOT, Amandine WEBER (DREES)

L'enquête réalisée auprès des résidents en EHPA en 2007 permet à travers un certain nombre de questions qui ont été posées au résident et à partir d'informations fournies par le responsable d'établissement sur le fonctionnement de son établissement, de rendre compte des possibilités offertes au résident de maintenir son pouvoir de décision et d'exprimer ses préférences au quotidien au sein de l'institution et de la façon dont il s'en saisit.

Les différents thèmes explorés portent sur l'information donnée aux résidents à leur entrée en établissement concernant leurs droits, leurs devoirs, ainsi que les instances où ils peuvent s'exprimer. Aussi, sont étudiés les choix qui leur sont possibles et comment sont préservées leur intimité et leur identité dans les moments qui scandent la vie quotidienne en matière, notamment, de restauration, de soins personnels, d'aménagement de la chambre, de santé, d'aller et venir, de sorties ou de pratique du culte.

Il est important de rappeler que les résidents qui ont répondu à l'enquête, au-delà du fait qu'ils peuvent communiquer avec leur entourage, développent plus facilement une vie sociale et sont aussi moins dépendants des autres dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts et les déplacements) [cf. article p. 9]. Or, les marges de choix des résidents sont par certains aspects plus ou moins larges selon le niveau de perte d'autonomie du résident. Les personnes devant être aidées pour certaines activités comme la toilette ou l'habillement ont,

par exemple, moins de latitude sur le choix du moment de faire leur toilette ou sur leur tenue vestimentaire. Cependant, bien que les interviews réalisées auprès des proches ont permis de recueillir des informations sur l'ensemble des résidents, elles n'ont volontairement pas (ou peu) été exploitées dans cette étude dont l'objectif était de retracer la parole des résidents.

Les documents et dispositifs réglementaires sur les droits et devoirs du résident : fréquemment présentés aux entrants mais rarement rappelés ensuite

Différents textes de nature législative et réglementaire sont venus préciser le cadre des droits des usagers en établissements dans le domaine médical et médico-social¹. De nouveaux outils favorisant l'exercice des droits des usagers ont été mis en place. Ainsi, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour et la charte des droits et libertés de la personne âgée doivent être remis au résident lors de son admission (encadré 1). Mais l'enquête montre que les résidents n'ont pas le même degré de connaissance des différents supports d'informations existants et qu'ils sont assez peu nombreux à faire usage des instances spécifiques permettant de s'exprimer comme le conseil de la vie sociale.

1. Quatre décrets, une circulaire et un arrêté sont venus en application des lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et enfin du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

ENCADRÉ 1

Les types de support d'information des résidents en établissement

Plusieurs outils ont été introduits en 2002, en faveur de l'exercice des droits des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Le livret d'accueil

Selon les textes, un livret d'accueil doit être remis, à l'entrée en établissement, à la personne prise en charge (ou à son représentant légal). Ce livret présente l'établissement, les prestations proposées et comporte la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement.

Le règlement de fonctionnement de l'établissement

Arrêté par l'établissement, il indique les modalités concrètes d'exercice des droits et libertés individuels des résidents, les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement, l'organisation des locaux, etc. Il précise également les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens, les mesures à prendre en cas de situation exceptionnelle, les dispositions relatives aux transferts et déplacements, etc. Il énumère les règles essentielles de la vie collective.

La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Créée en 1999, elle contient l'ensemble des droits et libertés individuels des résidents : principe de non-discrimination, droit à la prise en charge ou à un accompagnement adapté, droit à l'information, principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne, droit à la renonciation, droit au respect des liens familiaux, droit à la protection, droit à l'autonomie, principe de prévention et de soutien, droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie, droit à la pratique religieuse, respect de la dignité de la personne et de son intimité. Dans la pratique, cette charte peut être affichée dans l'établissement et figure dans le livret d'accueil.

La liste des personnes qualifiées

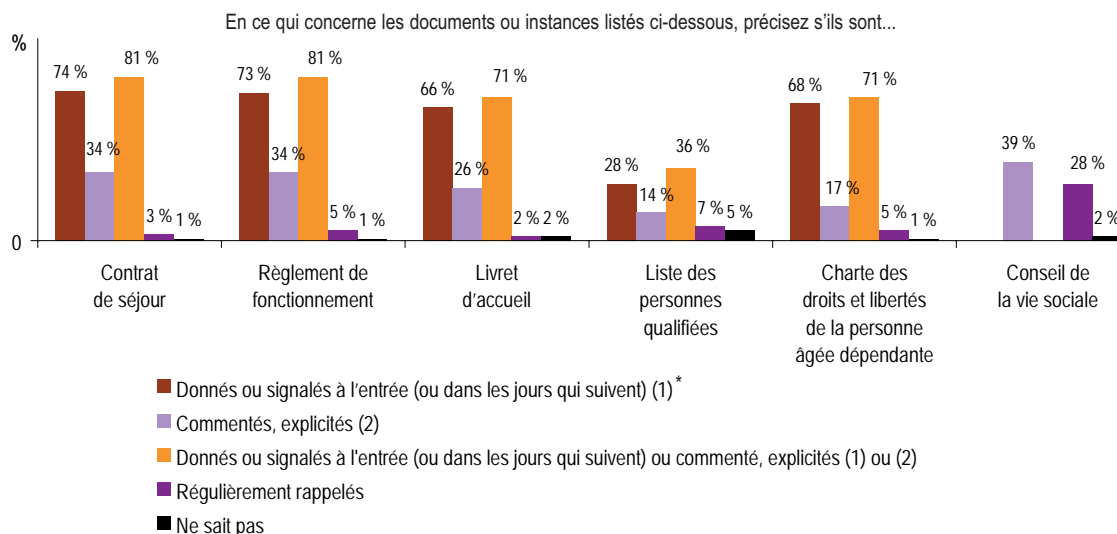
Toute personne prise en charge par un établissement peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée choisie sur une liste établie conjointement par le préfet et le président du conseil général. Les personnes qualifiées sont donc des intermédiaires ou des médiateurs entre les résidents et l'établissement.

Le contrat de séjour

Remis à chaque personne (ou à son représentant légal), il décrit les conditions de séjour et d'accueil et les conditions de participation financière du résident. Ce document doit être signé dans le mois qui suit l'admission. La participation de la personne (ou de son représentant légal) est requise pour que ce document ait une valeur contractuelle.

GRAPHIQUE 1

Les documents et informations donnés par les gestionnaires d'établissements aux résidents



* Modalité n'ayant pas de sens pour le conseil de la vie sociale.

Lecture • 74 % des résidents sont dans un établissement où le gestionnaire indique donner ou signaler à l'entrée (ou dans les jours qui suivent) le contrat de séjour, 34 % sont dans un établissement où le gestionnaire indique que ce document est uniquement explicité et commenté. Plus globalement, 81 % des résidents sont dans un établissement où le gestionnaire indique donner ou signaler à l'entrée le contrat de séjour ou le commenter, l'expliquer. Enfin pour 3 % des résidents, l'existence du contrat de séjour est régulièrement rappelée.

Sources • Enquête auprès des résidents en EHPA, questionnaire auto-administré rempli par les gestionnaires d'établissements, 2007, DREES.

Environ huit résidents sur dix sont dans des établissements où les gestionnaires ont déclaré fournir de l'information sur le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement. Sept sur dix sont dans des établissements où leur sont remis ou présentés le livret d'accueil et la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (graphique 1). Et pour l'essentiel, ces informations leur sont fournies à leur entrée dans l'établissement ou dans les jours qui suivent. Les informations sur la liste des personnes qualifiées sont plus rarement faites à l'arrivée du résident (moins de trois cas sur dix), tandis que l'existence d'instance comme le conseil de la vie sociale (instance obligatoire dans les établissements assurant un hébergement ou accueil de jour continu) est plus fréquemment régulièrement rappelée aux résidents (28 % des cas) que celle des documents écrits (moins d'un cas sur dix).

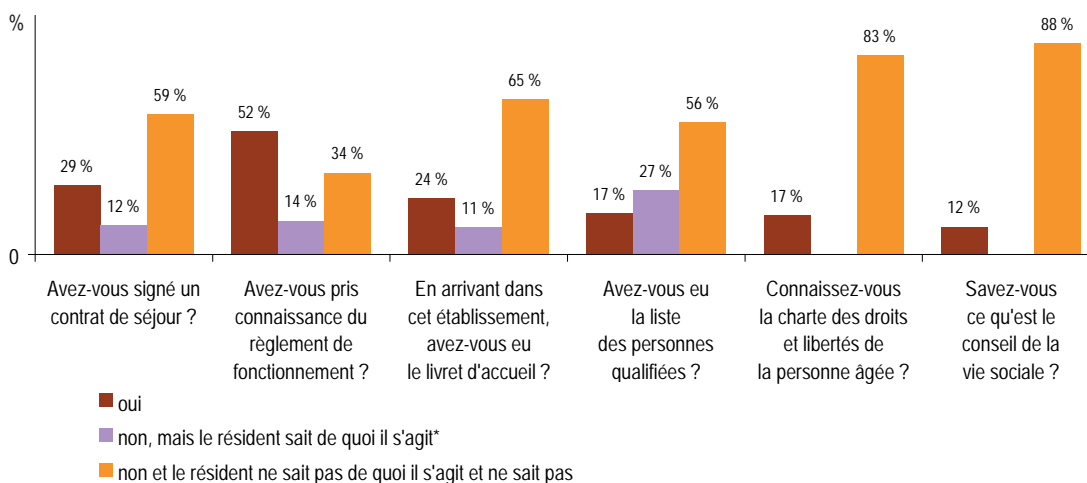
La transmission des documents informant des services, droits et devoirs de l'usager dans l'établissement se fait un peu plus fréquemment dans les établissements ayant signé une convention tripartite (les EHPAD) que dans les autres établissements, ces informations étant moins souvent de mise dans les logements-foyers. Ainsi, la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante est donnée ou

signalée à l'entrée dans sept cas sur dix en maison de retraite et EHPAD ou en USLD ; elle ne l'est que dans 34 % des cas dans les logements-foyers, une bonne partie d'entre eux n'accueillant pas de personnes âgées dépendantes.

Le document le plus connu, ou mémorisé, des résidents est finalement le règlement de fonctionnement de l'établissement : 52 % des résidents disent en avoir pris connaissance et 14 % ne pas l'avoir lu mais savoir de quoi il s'agit (graphique 2). Par contre, moins de la moitié des résidents semblent savoir ce qu'est un contrat de séjour (41 % dont 29 % disent l'avoir signé et 12 % ne pas l'avoir signé mais connaître ce document), le livret d'accueil (33 %) ou la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (17 %), alors que ces supports d'informations leur sont, selon les gestionnaires, largement présentés. Par contre, la liste des personnes qualifiées a une signification pour 44 % des résidents alors qu'elle est plus rarement présentée par les gestionnaires. Enfin, peu de résidents connaissent le conseil de la vie sociale (12 %). Les dispositions réglementaires et contractuelles sur le fonctionnement de l'établissement apparaissent donc plus connues des personnes âgées que celles devant les informer de leurs droits et

GRAPHIQUE 2

Les documents et informations connus des résidents



(*) Modalité n'ayant pas de sens pour les deux dernières questions.

Lecture • 29 % des résidents déclarent avoir signé leur contrat de séjour, 12 % disent ne pas l'avoir signé mais savoir ce qu'est un contrat de séjour et enfin 59 % des résidents ne savent pas ce que c'est.

Sources • Enquête auprès des résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents, 2007, DREES.

libertés, ainsi que celles devant leur permettre de s'exprimer.

Toutes choses égales par ailleurs, plus le réseau amical et familial est « fort » (encadré 2), plus les résidents se déclarent informés de leurs droits et obligations *via* les documents et instances existants. Ainsi, en moyenne, cinq résidents sur dix ont pris connaissance du règlement de fonctionnement ; cette proportion est de six sur dix parmi ceux qui ont des relations avec les autres résidents et leurs proches, de quatre sur dix parmi ceux ayant des liens uniquement soit avec leur entourage soit avec d'autres résidents, et enfin, de trois résidents sur dix parmi ceux qui ont peu ou plus de contact avec leurs proches et pas de relation particulière avec d'autres résidents. La connaissance des supports d'information est aussi socialement marquée. Les personnes ayant exercé une profession intermédiaire et

dans une moindre mesure les anciens cadres, chefs d'entreprises ou les résidents ayant exercé une profession libérale déclarent plus souvent avoir eu le livret d'accueil de l'établissement que les anciens ouvriers (respectivement, 34 %, 27 % et 17 %).

Les résidents s'adressent plus souvent au personnel qui les entoure qu'aux instances mises en place pour s'exprimer

Au-delà des dispositifs réglementaires, comme la liste des personnes qualifiées et le conseil de la vie sociale, les établissements proposent aussi à leurs résidents d'autres modalités pour faire entendre leur point de vue. Ainsi, 71 %

ENCADRÉ 2

Les relations sociales des résidents en établissements pour personnes âgées

Quatre questions posées aux résidents ont été retenues pour caractériser les liens maintenus ou non avec des membres de la famille, des amis ou bien avec les résidents du même établissement.

<p>1. Vous êtes-vous fait des amis ou des connaissances parmi les résidents ?</p> <p>1 - Oui 2 - Non, mais vous aimeriez bien 3 - Non, vous ne le souhaitez pas ou vous ne le pouvez pas</p>	<p>3. Par quels autres moyens avez-vous des contacts avec vos proches ?</p> <p>1 - Par téléphone 2 - Par courrier 3 - Par internet 4 - Aucun autre moyen 5 - Sans objet (plus de proche)</p>
<p>2. Recevez-vous des visites de vos proches ?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 3 - Sans objet : n'a plus de proches</p>	<p>4. Allez-vous dans votre famille ?</p> <p>4 - Oui, au moins une fois par mois 5 - Oui, mais moins souvent 6 - Non, jamais ou presque jamais 7 - Plus maintenant</p>

À partir de ces questions, quatre groupes de résidents se distinguent :

- les personnes ayant une forte sociabilité (privée et dans l'établissement). Ces résidents reçoivent des visites de leurs proches et ont également des contacts avec eux par d'autres moyens (téléphone, courrier, etc.). Certains d'entre eux se rendent parfois dans leur famille. Ils déclarent aussi s'être fait des amis ou des connaissances parmi les résidents. Ils représentent 68 % des résidents ;
- les personnes maintenant une sociabilité familiale mais qui ne se sont pas fait d'amis ou de connaissances parmi les autres résidents (17 % des résidents) ;
- les personnes ayant peu de contact avec leurs proches ou plus de contact du tout avec ces derniers, mais qui se sont fait des amis ou des connaissances parmi les autres résidents (10 % des résidents) ;
- les personnes ayant peu de contact avec leurs proches ou plus de contact du tout avec ces derniers et qui ne se sont pas fait d'amis ou de connaissances parmi les autres résidents (5 % des résidents).

Les résidents sont donc 95 % à entretenir des relations régulières avec des membres de leur famille ou des amis (il s'agit des trois premiers groupes cités).

des résidents vivent dans un établissement qui leur permet ou permet à leur famille de donner un avis, par le biais d'enquête de satisfaction, de registre, de boîte à remarques ou de réunion d'information ; ce pourcentage atteint 86 % dans les établissements conventionnés, les logement-foyers mettant moins souvent en place ces recueils (45 %).

Cependant, à la question posée : « Lorsque vous avez des remarques à formuler sur l'établissement, que faites-vous en général ? », 32 % des résidents déclarent spontanément ne pas avoir de remarques particulières à formuler et 10 % disent ne pas oser ou ne pas vouloir formuler de remarques. Au final, moins de 60 % des résidents déclarent avoir des remarques à formuler. Parmi ces derniers, 86 % s'adressent directement au personnel de l'établissement et 18 % à d'autres personnes (proches, bénévoles, etc.), seuls 2 % des résidents s'adressent au conseil de la vie sociale. Bien que, en cas de remarques, une majorité de résidents n'hésitent pas à en parler au personnel de l'établissement, trois résidents sur dix ne connaissent ni le prénom ni le nom ni la fonction des membres du personnel de l'établissement qu'ils voient habituellement.

De même, dans les établissements où il y a du personnel soignant, à la question posée au résident « Vous arrive-t-il de poser des questions au médecin ou au personnel soignant sur votre santé, votre traitement, vos soins ? », plus d'un tiers des résidents répondent qu'ils ne posent jamais de questions, près de la moitié qu'ils en posent parfois et seulement 15 % qu'ils en posent souvent. Et, 89 % des résidents ayant posé des questions se disent satisfaits des explications qui leur ont été données.

On peut faire l'hypothèse que, si globalement les résidents paraissent avoir une faible propension à s'exprimer, c'est que certains d'entre eux se mettent en retrait. En effet, la capacité de pouvoir s'investir dans la collectivité est étroitement liée aux représentations que les personnes âgées se font de leur place et de leur rôle dans celle-ci. Cela renvoie à une réflexion plus globale de la place de la personne âgée (qu'elle adopte et qu'on lui accorde) dans la société. D'ailleurs, dans son étude, réalisée à partir d'observations et d'entretiens dans huit établissements d'héber-

gement collectif, Isabelle Mallon fait l'hypothèse que les attitudes adoptées par les résidents des maisons de retraite sont variables selon leurs propres parcours biographiques mais aussi en fonction de la manière dont ils construisent leur « dernier chez soi » [Mallon, 2004 et 2007]. Certains résidents montrent un certain détachement vis-à-vis de l'institution (une forme de « défection »), ne préférant pas se positionner en tant que demandeur, se présentant comme satisfaits de leur situation et très compréhensifs sur l'organisation de l'institution et se sentant en quelque sorte « redevenables d'avoir été accueillis » et « pris en charge » par le personnel.

Le choix du médecin : des avis contrastés entre les gestionnaires et les résidents des maisons de retraite ou EHPAD

D'après les gestionnaires d'établissement, 89 % des résidents peuvent choisir le médecin qui s'occupe d'eux (84 %, totalement et 5 % seulement parmi certains médecins). Ce pourcentage atteint 100 % dans les logements-foyers, 94 % dans les maisons de retraite et EHPAD, et est seulement de 29 % dans les USLD qui sont des structures très médicalisées. Cependant, lorsque l'on pose aux résidents la question : « Avez-vous pu choisir le médecin qui s'occupe de vous ici ? », en y incluant les personnes ayant conservé leur médecin traitant, ils ne sont que 64 % à déclarer avoir choisi leur médecin. Ce pourcentage dépasse 90 % dans les logements-foyers mais n'est que de 56 % parmi les résidents des maisons de retraite ou EHPAD (tableau 1).

L'ampleur de l'écart entre les réponses des gestionnaires et les résidents peut surprendre. Mais il se peut que certains résidents n'aient pu choisir leur médecin en raison du refus ou de l'impossibilité du médecin qui avait leur préférence de se déplacer dans l'établissement. *In fine*, ces résidents ont pu ainsi déclarer ne pas avoir pu choisir leur médecin, le choix étant de fait limité.

TABLEAU 1

Les choix de vie dans l'établissement vus par les résidents en fonction de leur GIR et du type d'établissement

En %

% des résidents qui déclarent pouvoir ou avoir pu...®	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	Logements-foyers	Maisons de retraite et EHPAD	USLD	Ensemble des résidents
Restauration							
Choisir leurs voisins de table ¹	18	22	16	25	17	23	19
Choisir leur boisson à table ¹	78	80	80	87	78	67	79
Avoir quelque chose à manger quand ils ont faim ¹	35	37	31	42	33	24	34
Toilette, habillement							
Ranger leurs vêtements et effets personnels comme ils le souhaitent ²	La ventilation par GIR n'est pas pertinente pour ces questions dans la mesure où elles ne sont posées qu'à certains résidents en fonction de leurs capacités.			97	92	91	93
Choisir les vêtements qu'ils portent ³				99	96	93	97
Donner leur avis sur la tenue qu'ils portent ⁴				77	81	73	80
Prendre un bain ou une douche quand ils le souhaitent				87	63	59	70
Soins							
Choisir le médecin qui s'occupe d'eux dans l'établissement ⁵	66	63	63	92	56	35	64

® Le pourcentage de résidents ayant eu le choix est le rapport du nombre de résidents répondant par l'affirmative sur l'ensemble des résidents à qui la question a été posée. Le pourcentage de réponses négatives ne peut pas en être déduit directement car un certain nombre de résidents peuvent ne pas avoir répondu. Et par ailleurs, parfois, la réponse « non » peut avoir différentes significations ainsi à la question « à table, pouvez-vous avoir la boisson de votre choix ? », 3 % n'ont pas répondu, 6 % ont répondu « non et je le regrette » et 12 % « non mais cela m'indiffère ».

1. Uniquement pour les personnes qui prennent les repas servis par l'établissement.
2. Hors personnes confinées au lit ou au fauteuil.
3. Pour les personnes qui s'habillent seules.
4. Pour les personnes qui ne s'habillent pas seules ou qui ne peuvent pas choisir leurs vêtements.
5. Y compris ceux qui ont choisi de conserver leur médecin traitant.

Les zones grisées mettent en évidence les cas où une question du même ordre a également été posée au gestionnaire (tableau 2).

Lecture • 18 % des résidents dont le GIR est évalué à 1 ou 2 déclarent avoir pu choisir leur voisin de table.

Sources • Enquête auprès des résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents, 2007, DREES.

Des possibilités de choix importantes sur les menus mais moins de latitude sur le choix du voisin de table

Pouvoir déjeuner avec des proches, choisir son menu, obtenir un en-cas, prendre une douche ou un bain quand on le souhaite, porter les vêtements de son choix, apporter son mobilier personnel sont autant de possibilités qui influent sur la vie quotidienne des personnes âgées.

Quasiment tous les résidents (99 %) ont la possibilité de prendre un repas avec leur famille ou des amis dans l'établissement. Le repas est

un moment d'intégration déterminant pour les résidents. Or, le choix du voisin de table n'est pas toujours possible car peu aisé à mettre en place (décision du personnel, habitudes des résidents, etc.). Dans les établissements servant les repas, seulement deux résidents sur dix disent pouvoir choisir leurs voisins de table (tableau 1). Cette possibilité est encore moins fréquente pour les résidents ayant besoin de l'aide d'une tierce personne pour se déplacer (13 %). Par contre, à la question posée au gestionnaire : « Les résidents peuvent-ils participer à la réflexion et à la décision sur le contenu des menus ? », il apparaît que huit résidents vivant hors foyer-logement sur dix peuvent y participer (tableau 2). Cette possibilité est plus rare en USLD que dans les

TABLEAU 2

Les choix de vie dans l'établissement vus par les gestionnaires en fonction du type d'établissement

% des résidents qui vivent dans un établissement où il est possible de ...	Logements-foyers	Maisons de retraite et EHPAD	USLD	Ensemble
Restauration				
Participer à la réflexion et à la décision sur les menus ¹	La majorité des logements-foyers ne sont pas concernés par ces questions.	84	58	80
Avoir une alternative au plat principal ¹		92	76	86
Bénéficier d'horaires personnalisés pour le petit-déjeuner ²		58	74	60
Être servis dans la chambre ou le logement sur simple demande du résident		62	84	65
Avoir une collation entre les repas quand ils le demandent		95	95	95
Vie privée				
Prendre un repas avec de la famille ou des amis dans l'établissement	100	98	98	99
Apporter du mobilier personnel	100	96	*	97
Passer un appel téléphonique de leur chambre sans passer par un standard	100	95	92	96
S'isoler avec des proches dans un lieu prévu à cet effet (en dehors de la chambre)	65	84	82	81
Avoir le choix de leur médecin	100	94	29	89
<i>dont le choix seulement parmi certains médecins (y compris libéraux)</i>	0	5	13	5

1. Uniquement les établissements qui proposent le repas.

2. Uniquement les établissements qui servent le petit-déjeuner.

* Les USLD ne sont pas concernées par cette question.

Les zones grisées mettent en évidence les cas où une question du même ordre a également été posée aux résidents (tableau 1).

Lecture • 84 % des résidents des maisons de retraite ou EHPAD peuvent participer à la réflexion et à la décision sur les menus.

Sources • Enquête auprès des résidents en EHPA, questionnaire auto-administré rempli par les gestionnaires d'établissements, 2007, DREES.

maisons de retraite (58% contre 84%). De plus et toujours selon les gestionnaires, au moment du repas, si le plat principal proposé ne leur plaît pas, 86% des résidents peuvent choisir un autre plat. 79 % des résidents précisent également avoir le choix de leur boisson à table. Parmi ceux qui n'ont pas ce choix, les deux tiers déclarent que cela leur est indifférent.

À la question : « Quand un résident le demande, a-t-il la possibilité d'avoir une collation entre les repas ? », d'après les gestionnaires des établissements, 95 % des personnes accueillies ont cette possibilité. Parallèlement, à la question posée : « Quand vous avez faim, avez-vous la possibilité d'avoir quelque chose à manger ? », un tiers des résidents répondent par l'affirmative, 15 % répondent ne pas avoir cette possibilité et enfin la moitié d'entre eux déclarent n'avoir jamais demandé. Ainsi, parmi les résidents qui ont déjà demandé quelque chose à manger quand ils ont faim, 70 % ont obtenu satisfaction.

Des marges de manœuvre pour la toilette et l'habillage moins larges pour les personnes ayant besoin d'aide

En ce qui concerne les soins du corps, 63 % des résidents vivant en maison de retraite ou EHPAD disent pouvoir prendre un bain ou une douche quand ils le souhaitent. Les personnes qui ont besoin d'aide pour la toilette ont moins souvent cette liberté (51 %) que celles qui font leur toilette seules (73 %). Le même constat s'observe pour les personnes qui utilisent une aide technique pour se déplacer : seules 50 % des personnes qui se déplacent à l'intérieur de l'établissement à l'aide d'un fauteuil roulant et 66 % des personnes qui se déplacent avec une autre aide technique (cane, déambulateur, etc.) déclarent pouvoir prendre une douche ou un bain quand elles le souhaitent, contre 80 % des personnes qui se déplacent sans aucune

aide technique. Par ailleurs, 82 % des personnes aidées pour s'habiller déclarent qu'elles peuvent donner leur avis sur la tenue qu'elles portent.

De plus, près de 90 % des résidents qui sont aidés pour la toilette ou l'habillage déclarent que leur intimité est respectée et 80 % déclarent que le personnel s'occupant d'eux pour des soins ou des aides est attentif à ce qu'ils ressentent.

Huit résidents sur dix disposent d'une chambre individuelle

En établissement, la chambre individuelle est un espace d'intimité au sein de la collectivité et comme l'écrit Isabelle Mallon [2005], c'est un espace personnel et aussi de « création familiale » : « Par son décor comme dans ses usages, la chambre abrite l'intimité, personnelle et familiale, des résidents ». Presque tous les résidents (96 %) qui reçoivent des visites de leurs proches les accueillent prioritairement dans leur chambre ou dans leur logement. Ainsi, 94 % des résidents interrogés en logement-foyer et 84 % de ceux des maisons de retraite ou EHPAD disposent d'une chambre individuelle contre 55 % des résidents en USLD. Toutefois, un quart des résidents reçoivent également leurs proches dans un lieu commun (salle à manger, salon, bibliothèque, jardin, etc.), cette pratique étant plus fréquente lorsque le résident est en chambre double.

Deux résidents sur trois ont apporté du mobilier personnel dans leur chambre

Selon les gestionnaires, quasiment tous les résidents (97 %) sont dans des établissements (hors USLD) offrant la possibilité d'apporter du mobilier personnel. Lorsque l'on

pose, cette fois, la question aux résidents, l'écart est important : seuls 66 % d'entre eux déclarent avoir apporté du mobilier personnel (provenant de leur domicile ou acquis au moment de l'entrée en établissement). En effet, si cette possibilité est saisie par presque tous les résidents des logements-foyers (97 %), elle l'est nettement moins en maison de retraite (56 %) et en USLD (35 %).

Les écarts selon le type d'établissement sont confirmés par une analyse toutes choses égales par ailleurs. Cette analyse met en évidence d'autres différences. L'apport de son mobilier personnel est un peu plus fréquent quand les résidents vivent en chambre individuelle qu'en chambre double (72 % contre 66 %, en moyenne). Les anciens cadres et les résidents ayant exercé une profession libérale (75 %) saisissent plus facilement cette possibilité que les anciens agriculteurs exploitants (54 %) ou que les anciens ouvriers (55 %) et les femmes plus que les hommes. De même, les résidents propriétaires meublent moins souvent leur chambre avec des biens personnels probablement parce qu'ils conservent, pour un certain temps, l'ancien logement en l'état alors que les locataires, n'ayant pas d'autre domicile dans la plupart des cas, investissent davantage leur chambre en meubles personnels.

Un quart des résidents n'ayant pas apporté de mobilier personnel l'expliquent en répondant que ce n'était pas leur préoccupation à l'entrée, un quart mentionne le manque de place dans leur chambre, et pour 14 % des résidents, ce n'était pas possible d'apporter son propre mobilier dans l'établissement.

Selon les gestionnaires d'établissement répondants, 70 % des résidents disposent d'un téléphone dans leur chambre, dans 17 % des cas le téléphone n'est mis en place que dans certaines chambres et dans 13 % des cas, il n'y a pas de téléphone dans les chambres. Toujours selon les gestionnaires d'établissement, lorsque les résidents ont un téléphone dans leur chambre, presque tous peuvent appeler leurs correspondants sans passer par un standard (95 %).

La pratique du culte : davantage de dispositifs *in situ* que de sorties sur le lieu du culte

Neuf résidents sur dix vivent dans un établissement ayant mis en place des actions pour faciliter la pratique du culte. Sept résidents sur dix sont dans des établissements où il est possible de recevoir la visite des représentants de différents cultes. La moitié des résidents sont dans des établissements où les lieux et horaires de pratique des différents cultes sont indiqués. Un tiers vivent dans une structure où il est possible d'être accompagné sur un lieu de culte. Enfin, un résident sur six est dans un établissement où le gestionnaire déclare proposer d'autres actions favorisant la pratique du culte. Ces différentes actions sont plus fréquentes auprès de résidents vivant en USLD qu'en maison de retraite et à plus forte raison qu'en logement-foyer (graphique 3). En effet, la charte de la personne hospitalisée dans un établissement de santé public précise notamment que toute personne doit pouvoir être mise en

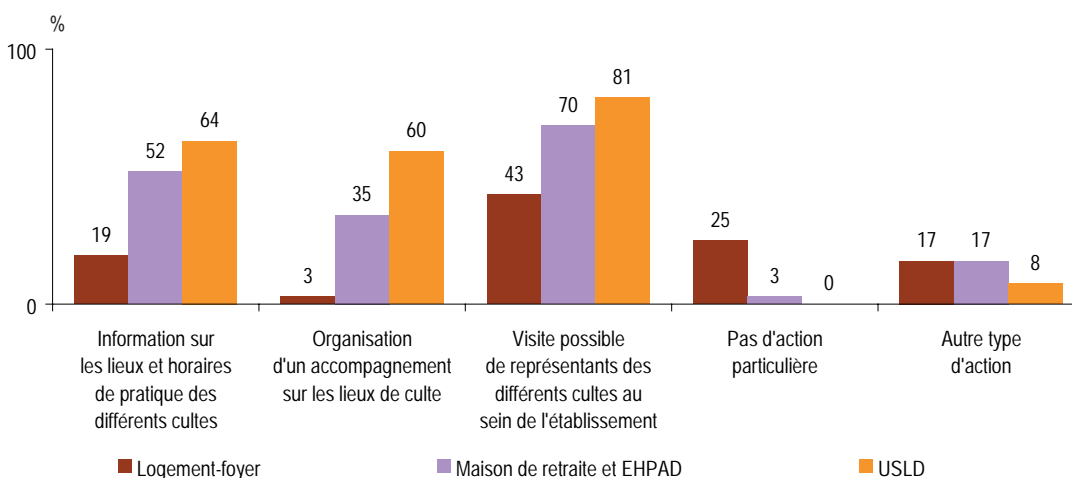
mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture...) sans toutefois que l'expression de ses convictions religieuses ne porte atteinte au fonctionnement du service ou à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches.

Au moins trois résidents sur dix aimeraient sortir davantage hors de l'établissement

Les personnes âgées en établissement ne peuvent pas toujours sortir facilement pour faire une course, aller chez le coiffeur, ou encore se promener en ville, hors de l'institution. À la conférence organisée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 2004, une des recommandations était la suivante : « La liberté d'aller et venir d'une personne hospitalisée dans un établissement sanitaire ou accueillie dans un établissement médico-social ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de ses déplace-

GRAPHIQUE 3

Répartition des résidents pouvant bénéficier d'actions du culte en fonction du type d'établissement



Lecture • 19 % des résidents de logement-foyer sont dans une structure où le gestionnaire indique informer sur les lieux et horaires de pratiques de différents cultes, cela concerne 52 % des résidents vivant en maison de retraite ou EHPAD et 64 % de résidents d'USLD.

Sources • Enquête auprès des résidents en EHPA, questionnaire auto-administré rempli par les gestionnaires d'établissements, 2007, DREES.

ments à l'intérieur de l'établissement, mais aussi comme la possibilité pour elle de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a elle-même choisi. » La restriction de la liberté d'aller et venir dans les établissements peut résulter de contraintes de différentes natures (organisationnelle, sécuritaire, architecturale, médicale, etc.). Les possibilités de sortir peuvent être différentes selon l'implantation de la structure d'hébergement (proximité ou non des commerces ou des services, d'un moyen de transport).

Pour les sorties à l'extérieur, d'après les questionnaires des établissements, 52 % des résidents peuvent bénéficier d'un moyen de transport pour faciliter les sorties individuelles (54 % des résidents en maisons de retraite et EHPAD, 53 % des résidents en USLD et 43 % des résidents en logements-foyers).

Au total, 41 % des résidents déclarent ne pas sortir en dehors de l'établissement pour autre chose que les soins médicaux, ce pourcentage est de 39 % parmi ceux indiquant ne pas avoir besoin d'aide humaine pour se déplacer dans l'établissement² et atteint 66 % chez ceux non confinés au lit ou au fauteuil mais ayant besoin d'être aidés par une tierce personne pour se déplacer dans l'établissement³. Parmi les motifs pour lesquels les résidents ne sortent pas de l'établissement, 51 % évoquent spontanément leur état physique, 26 % l'absence d'envie de sortir, 12 % le défaut d'aide pour le faire, et 5 % le fait de ne pas avoir le droit de sortir de l'établissement. Enfin, 21 % des résidents indiquent aussi spontanément qu'ils ne sortent pas de l'établissement parce qu'ils ne sortent que dans le jardin ou le parc, ce qui semble indiquer que seul ce « type » de sortie leur serait possible.

L'absence (ou la faible fréquence) des sorties hors de l'établissement est toutefois déplorée par près d'un tiers des résidents : 31 % des résidents qui sortent de temps en temps en dehors de l'établissement voudraient sortir davantage et 51 % des résidents qui ne peuvent pas sortir ou ne sortent que dans le jardin voudraient pouvoir sortir à l'extérieur de la résidence.

La pratique de la contention : un résident sur quatre déclare avoir déjà été immobilisé

La question sur la pratique de la contention renseigne, de manière spécifique, sur la liberté d'aller et venir du résident et sur le consentement du résident à recevoir certains soins. La contention physique se caractérise par l'utilisation de méthodes qui empêchent ou limitent les capacités de mobilité du résident, dans le but de garantir la sécurité de la personne âgée lorsqu'elle a un comportement estimé dangereux ou mal adapté⁴. Elle doit être réalisée sur prescription médicale. La personne âgée et ses proches doivent normalement être informés des raisons qui ont conduit à l'immobiliser. Leur consentement et leur participation doivent être recherchés [ANAES, 2000 ; DGS *et al.*, 2007].

Dans l'enquête, 11 % des résidents répondent qu'on leur a déjà mis des barrières de jour et 29 % des résidents ont déjà eu des barrières à leur lit durant la nuit (tableau 3). Par ailleurs, très peu de résidents déclarent avoir eu une attache autour du ventre, aux mains ou aux pieds. Au final, un résident sur trois déclare que, depuis son entrée dans l'établissement, on lui a déjà mis des barrières à son lit, le jour ou la nuit⁵. L'enquête ne renseigne pas sur les motifs de la contention et ne permet pas de distinguer la contention posturale (contenir une personne ne pouvant pas se tenir assis dans un fauteuil sans maintien) de la contention passive (contenir quelqu'un pour l'empêcher de se mobiliser). Cependant, dans 82 % des cas, la contention était justifiée aux yeux du résident, dans 71 % des cas, les motifs de l'immobilisation lui ont été expliqués (tableau 4) et 58 % de résidents ont déclaré avoir été prévenus avant d'être immobilisés.

Toutes choses égales par ailleurs, la contention est plus souvent expliquée par la situation de « dépendance » des personnes âgées et par la nature de l'établissement. En particulier, les résidents ayant des difficultés à se déplacer, à assurer leurs transferts ou à faire leur toilette ou s'habiller, ont une probabilité plus forte de

2. 81 % des résidents non confinés au lit ou au fauteuil ont répondu ne pas avoir besoin d'aide humaine pour leurs déplacements. Cependant, la moitié d'entre eux ont besoin d'une aide technique (9 % d'un fauteuil roulant et 41 %, uniquement d'une canne ou d'un déambulateur).

3. 19 % des résidents déclarent avoir besoin d'aide humaine pour leurs déplacements et la majorité d'entre eux ont également besoin d'une aide technique (60 % d'un fauteuil roulant et 30 % d'une autre aide technique).

4. Définition de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

5. Ce taux est un peu plus élevé que celui observé par l'ANAES : chez les personnes de plus de 65 ans, la prévalence des contentions varie entre 18 % et 22 %.

TABLEAU 3

Déclarations des résidents sur la question de la contention

Depuis que vous êtes dans cet établissement, est-ce qu'il vous est déjà arrivé...	Part des résidents (%)
Que l'on mette des barrières à votre lit le jour	11
Que l'on mette des barrières à votre lit la nuit	29
Que l'on vous mette des attaches aux mains ou aux pieds (lit ou fauteuil) ou que l'on vous mette une attache autour du ventre (lit ou fauteuil)	1
Ensemble	31

Lecture • Depuis qu'ils sont arrivés dans l'établissement, pour 11 % des résidents, des barrières à leur lit durant la journée ont déjà été mises en place.

Sources • Enquête auprès des résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents, 2007, DREES.

TABLEAU 4

Réponses des résidents sur le contexte de leur immobilisation

En %

Cette situation vous a-t-elle parue justifiée (risque de chute, agitation ...) ?	
Oui	82
Non	14
Ne sait pas	4
Vous a-t-on expliqué les raisons de cette situation ?	
Oui	71
Non	24
Ne sait pas	5
Avez-vous été prévenu avant ?	
Oui	58
Non	35
Ne sait pas	7

Lecture • Pour 82 % des résidents immobilisés au moins une fois (de jour ou de nuit), la situation leur a paru justifiée (risque de chute, agitation).

Champ • Résidents ayant déclaré avoir déjà été immobilisés (mise en place de barrières au lit le jour ou la nuit) [31 % des résidents].

Sources • Enquête auprès des résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents, 2007, DREES.

déclarer avoir déjà été immobilisés. Ainsi, par exemple, 70 % des personnes ayant des difficultés pour les transferts (se coucher et se lever seul du lit, s'asseoir et se lever de son siège) déclarent avoir déjà connu une immobilisation, de même que 48 % de celles ayant besoin d'aide pour se déplacer dans l'établissement ou qui sont confinées au lit ou au fauteuil. Le fait de mettre des barrières au lit est probablement motivé par la volonté de réduire le risque de chutes, ce risque étant plus élevé chez les personnes âgées ayant des difficultés pour se mouvoir. Bien que les difficultés psychiques ne composent pas le facteur le plus déterminant, elles expliquent aussi de manière significative, un recours différencié à l'immobilisation : plus les personnes combinent des problèmes d'orientation et de cohérence importants plus elles ont

de chances de déclarer avoir été immobilisées. Ainsi, logiquement, les personnes en USLD déclarent plus souvent avoir été immobilisées que les résidents de maison de retraite ou EHPAD alors que les résidents en logement-foyer ne disent que très rarement l'avoir été. D'ailleurs, une question sur la contention a également été posée aux proches des résidents et elle fait apparaître que la contention est beaucoup plus fréquente lorsque les résidents sont considérés comme ne pouvant pas répondre à l'enquête⁶ : 65 % de ces résidents auraient été concernés au moins une fois selon leur proche, et 27 % pour les résidents pouvant répondre (pourcentage concordant avec les réponses des résidents eux-mêmes), soit 43 % de l'ensemble des résidents.

6. Un résident est considéré comme ne pouvant pas répondre à l'enquête, s'il se comporte et communique de façon totalement incohérente et ne s'oriente ni dans le temps, ni dans l'espace ou s'il présente un trouble majeur du langage, de l'élocution, de l'audition, de la communication ou a de grandes difficultés pour parler ou comprendre le français (cf. article p. 9).



La restauration en EHPA en 2007

Séverine GROULT, Joëlle CHAZAL (DREES)

Les repas sont des moments privilégiés pour les personnes âgées vivant en établissement. Ainsi, les trois quarts des résidents ayant été interviewés lors de l'enquête Résidents en EHPA¹ (représentatifs de 58 % de l'ensemble des personnes hébergées) ont répondu « oui » à la question « Est-ce que le repas est un moment de plaisir ? », 15 % ayant répondu « non » et 11 % que cela leur était indifférent. Ce constat varie légèrement selon le type de structure où vivent ces personnes au 1^{er} semestre 2007, le pourcentage de « oui » étant de 69 % en USLD, 73 % en EHPAD ou maison de retraite et de 79 % en logement-foyer non-EHPAD.

Environ 80 % des résidents déclarent que la question de la nourriture est importante pour eux : « très importante » pour 26 % d'entre eux et « assez importante » pour 55 %. Plus des deux tiers affirment avoir bon appétit, ce qui est confirmé par leurs proches : selon ces derniers, plus de 70 % des résidents, qu'ils aient ou non pu répondre à l'enquête², ont bon appétit.

La nourriture est jugée satisfaisante par la majorité des résidents et de leurs proches

Quel que soit le type de structure où ils vivent, la qualité des repas servis est jugée « bonne » ou « plutôt bonne » par plus de huit résidents sur dix (tableau 1) et par près de neuf de leurs

proches sur dix et presque tous trouvent la quantité de nourriture « suffisante » ou « plutôt suffisante »³. L'appréciation des proches est globalement plus favorable, elle est « bonne » pour 57 % d'entre eux alors que ce pourcentage est de 48 % chez les résidents, les proches des résidents n'ayant pas pu répondre à l'enquête étant 65 % à considérer que la nourriture servie est « bonne ».

En moyenne huit résidents sur dix déclarent pouvoir, à table, avoir la boisson de leur choix. Cette proportion est plus faible (70 %) dans les structures hospitalières (USLD et maison de retraites ou EHPAD rattachées à un hôpital) et par contre plus élevée (90 %) dans les logements-foyers et les maisons de retraite publiques autonomes. Les deux tiers de ceux qui n'ont pas ce choix déclarent que cela leur est indifférent. Au final, seuls 6 % regrettent de ne pas avoir cette possibilité.

Par contre, pouvoir choisir son voisin de table est assez rare ; seuls 20 % des résidents disent avoir pu le faire. Les réponses diffèrent peu en fonction du type d'établissements, même si la possibilité de choisir son voisin est un peu plus souvent offerte aux résidents des logements-foyers (dans 25 % des cas).

Pratiquement tous les résidents qui se sont exprimés lors de l'enquête mangent sans l'aide de quelqu'un : seuls 1 % d'entre eux disent être totalement aidés et 5 % partiellement. *A contrario* parmi les résidents ne pouvant pas répondre par eux-mêmes, ces proportions atteignent, respectivement, selon leurs proches, 27 % et 26 %. L'aide apportée aux

1. cf. article p. 9.

2. Selon les proches, au moment de l'enquête, environ 1 % des résidents étaient nourris par nutrition entérale ou parentérale (2 % en USLD, moins de 1 % en maison de retraite ou EHPAD, aucun en logement-foyer) ; ces personnes font partie de celles qui n'ont pas répondu directement à l'enquête.

3. Tous les établissements offrent la possibilité à leurs résidents de partager un repas avec un proche.

TABLEAU 1

Estimez-vous que la quantité de nourriture est satisfaisante ?

En %

Type d'établissement	Réponses des résidents			Réponses des proches des résidents (1)		
	Oui	Plutôt	Ensemble	Oui	Plutôt	Ensemble
Logement-foyer	87	10	96	86	8	94
MdR et EHPAD, public hôpital	82	11	94	86	8	94
MdR et EHPAD public autonome	81	14	95	87	9	96
MdR et EHPAD privé non lucratif	82	13	95	85	7	92
MdR et EHPAD privé lucratif	84	9	93	83	10	94
USLD	80	17	97	84	9	93
Total	83	12	95	86	8	94

Estimez-vous que la nourriture est bonne ?

En %

Type d'établissement	Réponses des résidents			Réponses des proches des résidents (1)		
	Oui	Plutôt	Ensemble	Oui	Plutôt	Ensemble
Logement-foyer	55	32	87	55	31	87
MdR et EHPAD public hôpital	40	40	79	54	31	86
MdR et EHPAD public autonome	47	38	86	60	31	90
MdR et EHPAD privé non lucratif	48	38	86	57	31	88
MdR et EHPAD privé lucratif	50	36	86	58	34	93
USLD	45	42	87	60	29	89
Total	48	37	85	57	31	89

EHPAD : maison de retraite ou logement-foyer ayant signé une convention tripartite. MdR : maison de retraite.

(1) De tous les résidents pouvant ou ne pouvant pas répondre à l'enquête.

Lecture • 80 % des résidents des USLD trouvent que la quantité de nourriture est satisfaisante et 17 % qu'elle est plutôt satisfaisante. Ces pourcentages sont de 84 % et 9 % parmi les proches de l'ensemble des résidents.**Champ** • Résidents prenant les repas servis par l'établissement.**Sources** • Enquête Résidents en EHPA, interviews en face-à-face des résidents, par téléphone des proches, 2007, DREES.

personnes dans ces situations est jugée adaptée par 83 % de leurs proches, insuffisante par 16 % et trop importante par 2 %.

Les repas du soir sont servis trop tôt pour un résident sur cinq

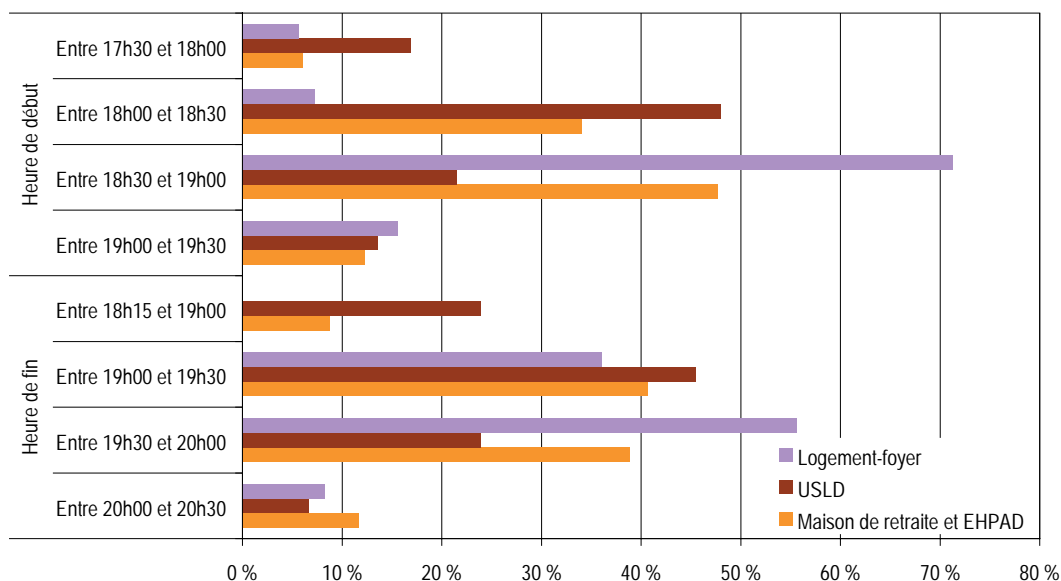
Dans tous les types d'établissements, près de 20 % des résidents déclarent que l'horaire du repas du soir ne leur convient pas, presque toujours car ils trouvent que le dîner est servi trop tôt. Par contre, l'horaire du petit-déjeuner convient à environ 90 % d'entre eux, les 10 % restants se répartissant également entre ceux qui l'estiment soit trop précoce, soit trop tardif.

Selon les questionnaires des établissements le début du dîner s'échelonne entre 17 h 30 et 19 h 30 (graphique 1), débutant pour la majorité des résidents entre 18 h 00 et 19 h 00. Les USLD servant plus tôt, 17 % des résidents y sont servis avant 18 h 00 ; les logements-foyers plus tard, 71 % des résidents y sont servis entre 18 h 30 et 19 h 00 et 16 % après 19 h 00.

Le petit-déjeuner a lieu le plus souvent entre 7 h 30 et 8 h 30, il n'est proposé avant 7 h 30 qu'à 17 % des résidents et à 4 % après 8 h 30 ; là encore le service intervient plus tôt dans les USLD. Le service du petit-déjeuner est plus étalé que celui du dîner : entre le moment où le premier résident reçoit son petit-déjeuner et la fin du service il s'écoule en moyenne 1 heure et quinze minutes, alors que ce délai est d'une heure pour le repas du soir. Cette différence peut s'expliquer par le fait que le petit-déjeuner

GRAPHIQUE 1

Heure de début et de fin de service du repas du soir



Lecture • D'après les gestionnaires, pour 6 % des résidents de logement-foyers, le service du dîner commence entre 17h30 et 18h00. Pour 24 % des résidents d'USLD, le dîner se termine entre 18h15 et 19h00.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, 2007, questionnaire « Établissement » auto-administré, DREES.

ner est souvent servi dans les chambres, alors que le dîner est le plus souvent servi à table dans la salle de restauration dans les structures non hospitalières. Il y a par contre peu de différence dans les USLD entre la durée du petit-déjeuner (plus resserrée que dans les autres établissements : 60 minutes en moyenne) et celle du dîner.

Les repas de plus de neuf résidents sur dix des EHPAD et des maisons de retraite sont préparés sur place

D'après les gestionnaires des établissements, presque tous les établissements proposent des repas à leurs résidents et presque tous les résidents des maisons de retraite et des USLD, de même que leurs proches, indiquent aussi qu'ils prennent les repas servis par l'établissement. Ce n'est pas systématiquement le cas des résidents des logements-foyers : en effet, environ 20 % d'entre eux, essentiellement les plus autonomes, disent ne pas utiliser les services de restauration qui leur sont proposés dans l'établissement. En outre, le petit-déjeuner

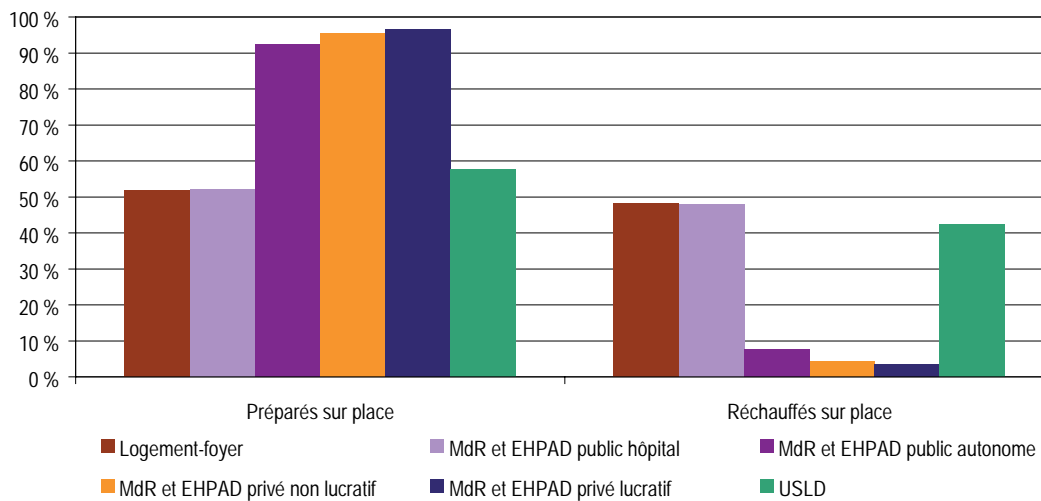
n'est pas une prestation prévue dans tous les logements-foyers. Ainsi, selon les gestionnaires des logements-foyers non-EHPAD, moins d'un tiers de leurs résidents peuvent s'y faire servir le petit-déjeuner. En contrepartie, ils ont quasiment tous (95 %) la possibilité de préparer eux-mêmes leur petit-déjeuner alors que les EHPAD et maisons de retraite n'offrent cette possibilité qu'à 15 % de leurs résidents. D'ailleurs, selon l'enquête EHPA 2007⁴, fin 2007, 90 % des logements des logements-foyers sont des chambres ou des appartements, équipés d'un évier et aménagés pour recevoir un appareil de cuisson et près des deux tiers comportent une cuisine indépendante.

Quand ils sont assurés par la structure, les deux repas principaux peuvent soit être préparés sur place, soit être préparés ailleurs et réchauffés sur place (graphique 2). Dans les EHPAD et les maisons de retraite de statut public autonome ou de statut privé lucratif ou non, plus de 90 % des résidents bénéficient de repas préparés dans l'établissement. Ce n'est le cas que pour un peu plus de la moitié des résidents des EHPAD et maisons de retraite rattachés à un hôpital ou des USLD, ainsi que de ceux des résidents des logements-foyers non-EHPAD.

4. Cf. article p. 9.

GRAPHIQUE 2

Lieu de préparation des repas



EHPAD : maison de retraite ou logement-foyer ayant signé une convention tripartite. MdR : maison de retraite.

Lecture • 91 % des résidents des EHPAD et des maisons de retraite publics autonomes vivent dans un établissement où les repas servis par l'établissement sont préparés sur place.

Champ • Établissements servant des repas à leurs résidents.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, 2007, questionnaire « Établissement » auto-administré, DREES.

Les résidents sont 85 % à avoir le plus souvent une alternative au plat principal

D'après les questionnaires des établissements, les trois quarts des résidents vivent dans un établissement qui leur propose de participer à la réflexion et à la décision sur le contenu des menus. Cette possibilité est offerte à plus de huit sur dix des résidents des EHPAD et maisons de retraite. Les résidents des établissements dont les repas ne sont pas préparés dans l'enceinte de l'établissement peuvent également y être associés mais moins fréquemment que les autres (six résidents sur dix).

Tous les résidents peuvent consulter à l'avance les menus car ils sont affichés dans la structure quand celle-ci sert les repas. Les résidents sont 85 % à être hébergés dans des établissements qui proposent généralement, à table, une alternative au plat principal, et c'est possible à chaque repas pour 58 % d'entre eux. Cependant, 30 % des résidents des logements-foyers et 24 % des résidents des unités de soins de longue durée n'ont pas cette alternative. Selon l'établissement, lorsqu'une alternative est prévue, le résident peut changer de plat principal

seulement à l'avance dans 43 % des cas, exclusivement au moment du repas dans 35 % des cas, aussi bien à l'avance qu'au moment du repas dans 22 % des cas.

Le fait que les résidents vivent dans un établissement qui leur permet de participer à la réflexion sur le contenu des menus ou dont les repas sont préparés sur place n'augmente pas la probabilité que les résidents soient satisfaits de la qualité de la nourriture servie. Par contre, les résidents des maisons de retraite où le choix du plat principal peut être fait soit à l'avance soit au moment du repas ont deux fois plus de chances de déclarer avoir une nourriture de qualité que ceux qui ne peuvent choisir qu'à l'avance.

Globalement, selon les questionnaires des établissements, 62 % des résidents peuvent demander à ce que leurs repas leur soient servis dans leur chambre ou leur logement, cette proportion étant de plus de 80 % pour les résidents des EHPAD et maisons de retraite de statut privé à but lucratif. Mais les résidents qui ont répondu à l'enquête, donc les résidents parmi les plus autonomes, déclarent quasiment tous prendre leurs repas dans la salle à manger, en commun. Au total, seuls 4 % mangent dans leur chambre dont 16 % des résidents des USLD.



La vie sociale des résidents en EHPA

Relations avec les autres résidents, contacts avec la famille, participation aux activités collectives et occupations l'après-midi

Séverine GROULT, Joëlle CHAZAL (DREES)

Afin d'offrir un meilleur cadre de vie aux résidents et aussi dans un but thérapeutique, de préservation de la mémoire ou de la mobilité par exemple, la majorité des établissements proposent des activités et des animations collectives régulières au sein ou en dehors de la structure. Cependant, un résident sur deux vit dans un établissement où le gestionnaire précise qu'organiser des activités de groupe qui intéressent les résidents est une chose difficile à mettre en place (44 %), voire très difficile (7 %). Les principales raisons des conditions jugées très difficiles font référence à l'état de grande dépendance des résidents (difficultés physiques ou psychiques), à la diversité de leurs profils (goûts et état de santé), au manque de personnel ou de bénévoles pour les organiser et également au manque d'intérêt ou de motivation des résidents pour les activités collectives. D'ailleurs, plus d'un tiers des résidents qui ont répondu à l'enquête ont indiqué ne pas vouloir ou ne pas pouvoir participer aux activités de groupe dans leur établissement. Cette proportion est supérieure, selon leur proche, parmi les résidents qui n'avaient pas les capacités de répondre à l'enquête, où elle atteint 55 %¹.

La majorité des résidents a des relations avec les autres résidents et sa famille, les moins de 70 ans étant les plus isolés

Avant d'étudier les activités auxquelles se livrent les résidents dans la journée, il est utile

de préciser le contexte relationnel dans lequel ils vivent.

Neuf résidents sur dix déclarent recevoir des visites de leurs proches. La fréquence de ces visites convient à huit sur dix d'entre eux, deux sur dix trouvant ne pas en avoir assez. Pour 15 % des résidents, ces visites sont le seul contact qu'ils ont avec leurs proches. 77 % déclarent joindre leurs proches par téléphone (cette proportion variant de 90 % des résidents des logements-foyers à 63 % de ceux des USLD) et 20 % par courrier. L'utilisation d'Internet pour établir des relations est quasiment inexistante : moins d'1 % des résidents l'ont citée bien que 12 % des résidents vivent dans un établissement où, selon le gestionnaire, il existe un accès gratuit à Internet. Un peu plus de la moitié des résidents indiquent se rendre dans leur famille mais pas forcément très fréquemment : tous types d'établissement confondus, 29 % disent y aller au moins une fois par mois et 24 % moins d'une fois par mois. Ces chiffres s'élèvent cependant à, respectivement, 46 % et 23 % pour les résidents des logements-foyers qui sont plus souvent autonomes que les autres. D'ailleurs, la part des résidents allant dans leur famille décroît nettement avec la perte d'autonomie, elle est de 62 % pour les personnes peu ou pas dépendantes (GIR 5 et 6) et de 34 % pour les plus dépendantes (GIR 1 et 2).

Les résidents de moins de 70 ans² ont toutefois un environnement familial plus restreint que les autres : la moitié d'entre eux déclarent n'avoir aucun enfant ou petit-enfant vivant, soit près de deux fois plus que l'ensemble des résidents, ce qui peut peut-être expliquer leur présence en établissement à un âge relativement jeune. Ils

1. Le mode de sélection des personnes interrogées a permis de recueillir la parole directe du plus grand nombre de résidents.

Cependant pour disposer d'informations sur l'ensemble des résidents, un proche de chaque résident tiré au sort à également été sollicité (cf. article p. 9). Les réponses des proches des résidents ne pouvant pas répondre à l'enquête viennent donc dans cet article en complément de celles des résidents, elles décrivent une réalité relativement différente. La parole du résident étant privilégiée, les réponses des proches des résidents pouvant répondre à l'enquête ne sont par contre pas évoquées. Celles-ci ne sont pas toujours rigoureusement identiques à celles des résidents mais elles s'en éloignent en général assez peu (cf. article p. 65).

2. Près de 8 % des résidents en EHPA – source EHPA 2007.

reçoivent ainsi moins souvent des visites de proches, 27 % déclarant ne pas en avoir.

Les résidents sont 78 % à dire s'être faits des amis ou des connaissances parmi les autres résidents³. Ils sont 7 % à n'avoir pas noué de liens amicaux mais aimeraient bien en avoir, alors que 15 % n'en ont pas parce qu'ils ne le veulent pas ou ne le peuvent pas. Au final, en moyenne, seuls 5 % des résidents n'ont aucune relation personnelle (ni ami, ni connaissance, ni visite), ce pourcentage atteignant 10 % parmi les résidents de moins de 70 ans. À noter également que les hommes constituent 60 % des résidents de moins de 70 ans alors qu'ils ne représentent que 25 % de l'ensemble des personnes des institutions.

Les résidents n'ayant pas pu répondre à l'enquête, bien qu'ayant aussi fréquemment que les autres un proche qui leur rend visite régulièrement⁴ vont, aux dires de leur proche, très rarement dans leur famille (un sur dix au moins une fois par mois et un sur dix moins souvent). Ce constat peut être relié au fait que ces résidents sont aussi beaucoup plus fréquemment dépendants que les autres résidents (les trois quarts sont en GIR 1 ou 2). Ils ont, par ailleurs, plus de difficultés que les autres à se faire des connaissances dans l'établissement ; près de la moitié ne le voulant ou ne le pouvant pas selon leurs proches.

Une variété d'activités occupationnelles ou thérapeutiques proposée aux résidents des EHPA

D'après les déclarations des gestionnaires des établissements, des fêtes d'anniversaire ou des thés dansants sont organisés dans quasiment tous les établissements, de même que des séances de jeux de sociétés (tableau 1). Une grande majorité de résidents a la possibilité de pratiquer une activité manuelle, de faire de la gymnastique, d'assister à des spectacles (cinéma, théâtre, etc.), de participer à des sorties organisées ou encore – bien qu'un peu moins fréquemment – de bénéficier de séances de lecture (sept résidents sur dix). Neuf résidents sur dix des maisons de retraite ou EHPAD peuvent prendre part à des ateliers mémoire⁵. En outre, presque tous les établissements permettent à leurs résidents de participer à des échanges ou des rencontres intergénérationnels : 38 % déclarent organiser souvent de tels échanges et 58 % parfois.

Au-delà des activités décrites dans le tableau 1, les gestionnaires avaient la possibilité de préciser trois autres activités non listées dans le questionnaire qu'ils proposent à leurs

3. Ce pourcentage varie peu en fonction de l'ancienneté du résident dans l'institution : il est de 72 % parmi ceux entrés depuis moins de 6 mois.

4. 82 % des résidents tirés au sort ont un proche qui leur rend visite régulièrement et ce pourcentage est le même pour ceux que le protocole a ensuite considérés comme pouvant répondre l'enquête que pour ceux qu'il a considérés comme ne pouvant pas y répondre.

5. L'atelier mémoire permet de travailler diverses capacités cognitives : l'attention, la concentration, la mémoire, le langage, les repères spatio-temporels et la logique. Il comporte en principe une partie théorique et une partie pratique faite d'exercices d'application. Mais les participants ne doivent pas souffrir de troubles importants des fonctions cognitives pour pouvoir assimiler les parties théoriques. Il est possible que les établissements adaptent ces ateliers au profil de leurs résidents et proposent plutôt des « animations mémoire » basées essentiellement sur des exercices simples faisant aussi travailler les fonctions cognitives mais sans apport théorique.

TABLEAU 1

Les activités collectives proposées dans les établissements (% de résidents vivant dans un établissement proposant l'activité)

Activités (1)	Maison de retraite et EHPAD	USLD	Logement-foyer	Ensemble
Fêtes (anniversaires, thé dansant...)	98	100	97	98
Jeux de société, loto...	99	100	92	98
Activités manuelles	96	95	78	92
Cinéma, théâtre, spectacle	92	89	90	90
Gymnastique	90	87	69	86
Sorties organisées, voyages	88	88	78	86
Ateliers mémoire	90	80	59	84
Lecture	78	68	47	72

(1) Liste d'activités proposée au gestionnaire dans le questionnaire d'enquête.

EHPAD : maison de retraite ou logement-foyer ayant signé une convention tripartite.

Lecture • D'après les gestionnaires, 88 % des résidents de maison de retraite et EHPAD vivent dans des établissements où des sorties sont organisées.

Champ • Ensemble des résidents.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire auto-administré par les gestionnaires d'établissement, 2007, DREES.

résidents. Plusieurs catégories d'activité ont été assez fréquemment citées, en premier lieu, celles liées aux « soins du corps, bien-être » tels que massages, esthétique, relaxation, coiffure, etc., et aussi les ateliers « chant, chorale, écoute musicale ». Viennent ensuite des activités réalisées à l'extérieur des établissements : « sortie au restaurant, pique-nique », « marche, promenade » et « courses accompagnées », ainsi que des activités manuelles ou cérébrales spécifiques comme « cuisine », « jardinage », « arts graphiques, peinture », « écriture, tenue d'un journal ». Enfin, sont aussi décrites, mais moins fréquemment, des activités à visée explicitement thérapeutique (ergothérapie, sensorialité, thérapie canine, jeux d'adresse, motricité, etc.). Parallèlement aux activités, plus d'un résident sur quatre d'une maison de retraite ou d'un EHPAD se voit proposer des séances de prévention des chutes. Il y apprend, grâce à des exercices physiques et des éléments théoriques, à sécuriser et faciliter ses déplacements, à se relever et à augmenter sa mobilité afin de réduire le risque, la fréquence et la gravité des chutes⁶.

Dans les trois quarts des cas, les résidents participant aux activités récréatives animées par l'établissement sont « toujours » ou « le plus souvent » encadrés par du personnel qualifié. Des intervenants extérieurs, non médicaux et non paramédicaux ou des bénévoles entourent aussi régulièrement les personnes âgées en institution. Les résidents sont 79 % à pouvoir ainsi être guidés par un intervenant extérieur lors des activités d'animation, 44 %, à être accompagnés par l'un d'eux lors des sorties et 58 % à recevoir leur visite uniquement pour leur tenir compagnie (tableau 2).

Les logements-foyers organisent moins fréquemment des activités collectives à l'attention de leurs résidents et, quand elles sont dispensées, elles sont moins souvent (dans moins de 50 % des cas) encadrées par du personnel qualifié, probablement parce que les résidents y sont plus autonomes. Pour ces raisons il y a deux fois moins d'intervenants extérieurs accompagnant les sorties et venant dans l'établissement pour tenir compagnie aux résidents. Ils sont cependant presque aussi fréquemment présents auprès des résidents lors des activités d'animation que dans les autres types d'établissements.

Deux tiers des résidents déclarent participer aux activités collectives contre, selon les proches, seulement la moitié des résidents n'ayant pas pu s'exprimer

Si presque tous les établissements déclarent proposer des animations et activités aux personnes âgées qu'ils hébergent⁷, ces dernières n'y participent pas toutes, soit parce qu'elles ne le peuvent pas, soit parce qu'elles ne le souhaitent pas. Ainsi, 35 %⁸ des résidents ont déclaré ne pas participer aux activités organisées par l'établissement : 14 % car ils ne peuvent pas et 21 % car ils ne le veulent pas (graphique 1). Ils sont 36 % à avoir indiqué y participer occasionnellement et 28 % régulièrement. Les personnes âgées nouvellement entrées dans l'établissement (moins de 6 mois de présence) participent aux activités de

6. D'après l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), une personne âgée de plus de 65 ans sur trois chute chaque année et parmi elles, plus de 9 000 décèdent : c'est la première cause de décès accidentel chez les personnes âgées, « Pour garder bon pied bon œil... après 60 ans », Dossier de presse, 1^{er} décembre 2003.

7. Cependant, environ 10 % des résidents interrogés ont répondu « non » à la question « Votre établissement organise-t-il des activités de groupe ? ».

8. Ce pourcentage est calculé parmi les résidents qui ont confirmé que leur établissement organise des activités de groupe.

TABLEAU 2

Des intervenants extérieurs, non médicaux et paramédicaux, ou des bénévoles viennent-ils régulièrement auprès des personnes âgées ? (en % de résidents)

Type d'établissement	Pour des activités d'animation	Pour des sorties	Pour tenir compagnie aux résidents
Maison de retraite et EHPAD	79	46	62
USLD	85	58	78
Logement-Foyer	73	26	29
Ensemble	79	44	58

EHPAD : maison de retraite ou logement-foyer ayant signé une convention tripartite.

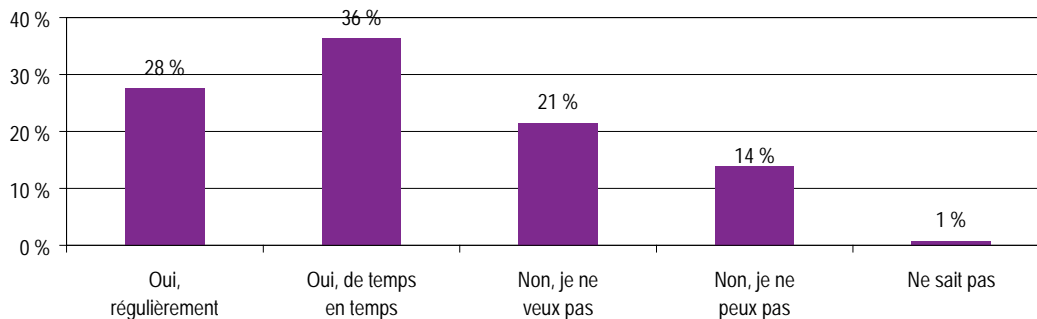
Lecture • D'après les gestionnaires, 79 % des résidents de maisons de retraite et EHPAD sont hébergés dans des établissements dans lesquels des intervenants extérieurs viennent pour des activités d'animation.

Champ • Ensemble des résidents.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire auto-administré par les gestionnaires d'établissement, 2007, DREES.

GRAPHIQUE 1

Participation aux activités de groupe (% de résidents)



Lecture • 28 % des résidents répondent participer régulièrement aux activités de groupe de l'établissement.

Champ • Résidents ayant déclaré que l'établissement organise des activités de groupe.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents, 2007, DREES.

groupe avec la même fréquence que les autres résidents.

La proportion de personnes âgées ne prenant pas part aux activités de groupe est nettement supérieure parmi les résidents qui n'ont pas pu répondre à l'enquête (55 %), c'est du moins ce qu'indiquent les réponses de leurs proches : 37 % ne pouvant pas y participer et 18 % ne voulant pas. Au final, selon leurs proches, seuls 25 % de ces résidents participeraient occasionnellement et 20 % régulièrement aux activités de groupe.

Les relations sociales et l'état de santé des résidents influent fortement sur leur participation régulière aux activités

La part des résidents participant régulièrement aux activités collectives est assez différenciée selon l'état de santé des résidents, leur âge et le fait qu'ils aient ou non des relations, d'une part, avec les autres résidents et, d'autre part, avec leurs proches. Elle passe ainsi de 31 % parmi les personnes se disant en bonne santé à 12 % parmi celles attestant d'un mauvais état de santé (graphique 2), de 37 % pour les moins de 70 ans à 22 % pour celles ayant atteint ou dépassé 90 ans, et de 32 % au sein des rési-

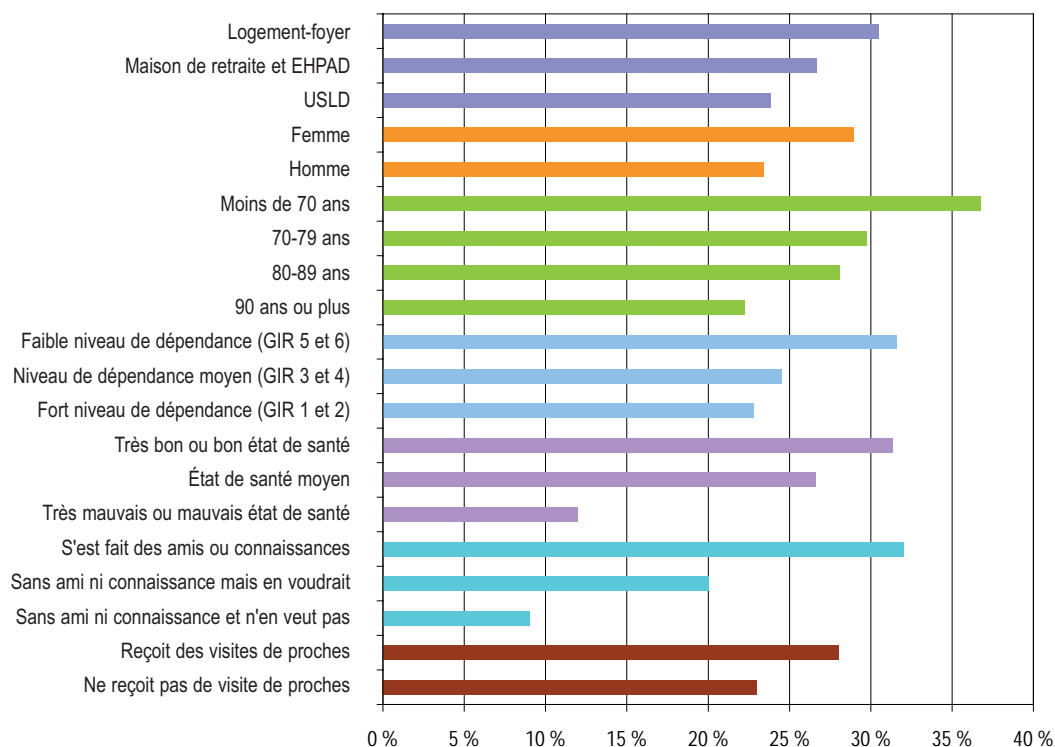
dents s'étant fait des amis dans l'établissement à 9 % au sein de ceux n'en ayant pas. Elle varie également, mais dans une moindre mesure, en fonction de leur niveau de dépendance, de leur sexe, de la catégorie d'établissement où ils vivent et du fait que les résidents reçoivent ou non des visites de proches.

Un modèle logistique a permis d'isoler les effets propres à chacune des variables décrivant le résident⁹ et son établissement et de déterminer les variables ayant une influence significative sur la participation régulière aux activités de groupe. D'après ce modèle, les résidents des logements-foyers ont, toutes choses égales par ailleurs, environ une fois et demi (1/0,62) moins de chance de participer régulièrement aux activités de groupe que ceux des maisons de retraite (tableau 3), ce qui va dans le sens inverse de l'analyse descriptive : le fait que la proportion de résidents participant aux activités est un peu plus élevée en logement-foyer qu'en maison de retraite et EHPAD ou en USLD est donc lié aux caractéristiques individuelles des personnes vivant dans ces logements et non au fait qu'elles vivent en logement-foyer. Par contre, ce modèle fait ressortir nettement l'effet de l'état de santé ressenti du résident et celui des liens tissés avec les autres personnes. Ainsi, les résidents déclarant être en mauvaise santé ont près de 3 (1/0,36) fois moins de chance de participer régulièrement aux activités que ceux qui s'estiment en bonne santé et, ceux qui n'ont pas d'amis dans l'établissement, plus de 4 (1/0,23) fois moins que ceux qui en ont. Il

9. N'ont été retenus dans le modèle que les résidents ayant déclaré que leur établissement organisait des activités de groupe.

GRAPHIQUE 2

Les résidents participant régulièrement aux activités de groupe



Lecture • 31 % des résidents qui déclarent être en bonne santé disent participer régulièrement aux activités de groupe.

Champ • Résidents ayant déclaré que l'établissement organise des activités de groupe.

Sources • Enquête Résidents en EHPA – données fournies par les responsables d'établissements et questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents, 2007, DREES.

confirme également que les femmes comparées aux hommes et les personnes de moins de 70 ans comparées à celles de 80 à 89 ans participent plus aux activités (respectivement 1,5 et 1,8 fois plus), alors que celles de plus de 90 ans y participent moins (1,4 fois moins).

Regarder la télévision ou écouter la radio est l'activité la plus fréquente des résidents l'après-midi

La participation aux animations organisées par l'établissement ne remplit pas la totalité des journées des résidents. En réponse à la question « en général, que faites-vous l'après-midi ? », 28 % des résidents citent les activités collectives mais ils indiquent plus souvent écouter la radio, de la musique ou regarder la

télévision (49 % - tableau 4), faire la sieste ou se reposer (42 %), lire (32 %) ou se promener (30 %). Les activités personnelles telles que tricot, mots croisés, etc., concernent 25 % des résidents et 21 % rendent visite à d'autres résidents ou reçoivent des amis. Par ailleurs, 17 % d'entre eux déclarent s'ennuyer, regarder par la fenêtre, méditer, rester dans l'entrée pour voir le passage ou enfin ne rien faire de particulier l'après-midi. Au final, 20 % déclarent comme seules occupations : « radio, musique, télévision », « sieste ou repos » ou « ennui, regarder par la fenêtre..., rien de particulier ».

Les résidents en incapacité de répondre à l'enquête sont beaucoup moins actifs l'après-midi. Selon leurs proches, 38 % font, entre autres, la sieste ou se reposent l'après-midi et pour 37 % une partie de l'après-midi se déroule sans activité précise (ennui, regarde par la fenêtre...). 27 % écoutent la radio, de la musique ou regardent la télévision. Au total, plus de la

TABLEAU 3

Les facteurs influant sur la participation régulière aux activités de groupe

Caractéristiques ou questions posées aux résidents	Rapport de chances de participer aux activités
Catégorie d'établissement	
Logement-foyer	0,62*
Maison de retraite, EHPAD	Réf
USLD	ns
Sexe	
Femme	Réf
Homme	0,65**
Âge	
Moins de 70 ans	1,78*
De 70 à 79 ans	ns
De 80 à 89 ans	Réf
90 ans ou plus	0,74*
Niveau de dépendance	
Faible (GIR 5 et 6)	1,33*
Moyen (GIR 3 et 4)	Réf
Fort (GIR 1 et 2)	ns
Indéterminé (GIR non codé)	ns
En ce moment, comment trouvez-vous votre état de santé ?	
Très bon / Bon	Réf
Moyen	ns
Mauvais / Très mauvais	0,36***
Vous êtes-vous fait des amis ou des connaissances parmi les résidents ?	
Oui	Réf
Non, mais vous aimeriez bien	ns
Non, vous ne le souhaitez ou ne le pouvez pas	0,23***
Recevez-vous des visites de vos proches ?	
Non ou sans objet : plus de proches	ns
Oui	Réf

*** significatif au seuil de 0,1 %, ** significatif au seuil de 1 %, * significatif au seuil de 5 %.

ns : non significatif

Lecture • Dans ce modèle, un résident s'estimant en « mauvaise santé » a 2,8 (1/0,36) fois moins de chances qu'un résident s'estimant en « bonne santé » de déclarer participer régulièrement aux activités de groupe, toutes choses égales par ailleurs. Il n'y a par contre pas d'écart significatif entre un résident en « moyenne santé » et un résident « en bonne santé ».

Champ • Résidents ayant déclaré que l'établissement organise des activités de groupe.

Sources • Enquête Résidents en EHPA – données fournies par les responsables d'établissements et questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents, 2007, DREES.

moitié d'entre eux ne font rien d'autre que ces trois « activités ». Si 19 % participent cependant aux activités collectives, il apparaît que très peu de ces personnes peuvent se livrer à des activités individuelles.

Certaines des caractéristiques individuelles des résidents étudiées précédemment ont également un impact sur leurs différentes occupations dans l'après-midi.

Les activités des femmes se différencient bien de celles des hommes (graphique 3). Celles-ci disent ainsi plus fréquemment que les hommes avoir des activités personnelles (28 % contre 13 %) ou s'occuper en lisant (34 % contre 24 %) alors que les hommes déclarent plus souvent que les femmes se promener dans l'après-midi (42 % contre 26 %). Bien que les écarts de fréquence soient moins marqués, il

TABLEAU 4

Que font les résidents, en général, l'après-midi

Activités	Pourcentage de résidents pratiquant l'activité				
	Réponses des résidents		Réponses des proches des résidents ne pouvant pas répondre		
Radio, télé, musique	49		27		
Sieste, repos	42		38		
Lecture	32		7		
Promenade	30		11		
Participation aux animations collectives	28		19		
Activités personnelles (tricot, mots croisés...)	25		5		
Visites à d'autres résidents, reçoit des amis	21		11		
Écrit, fait son courrier	4		0		
S'ennuie	6		7		37
Regarde par la fenêtre	5		9		
Médite	4	2			
Reste dans l'entrée pour voir le passage	3	3			
Ne fait rien de particulier	3	21			

Lecture • 49 % des résidents indiquent qu'ils écoutent la radio, de la musique ou regardent la télévision l'après-midi et 17 % indiquent au moins une des cinq « non-activités » : « s'ennuie, regarde par la fenêtre... rien de particulier ».

Sources • Enquête résidents en EHPA, questionnaires administrés en face-à-face auprès des résidents et par téléphone auprès des proches, 2007, DREES.

s'avère aussi que les femmes ont significativement plus de chances de participer aux animations collectives que les hommes, tandis que ces derniers sont plus enclins à faire la sieste ou se reposer.

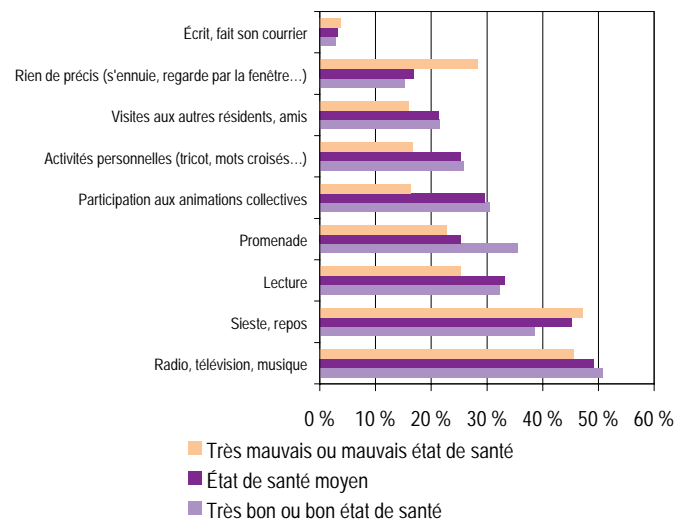
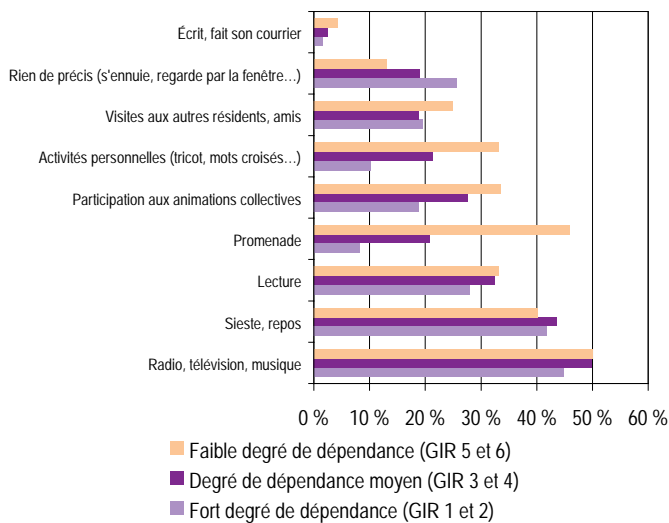
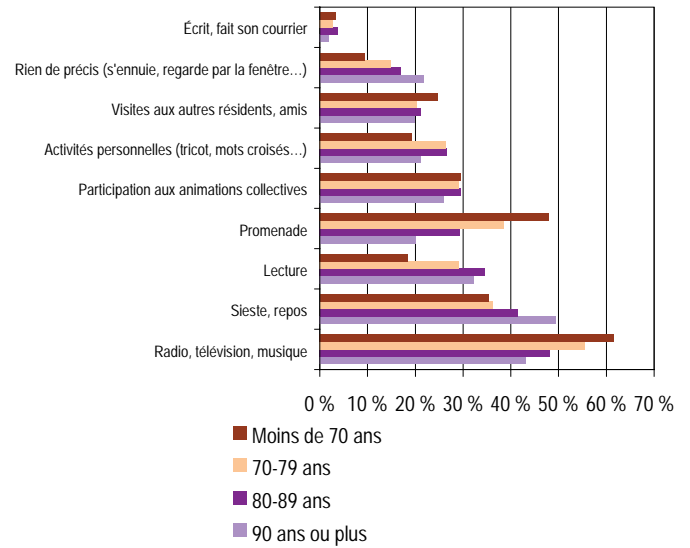
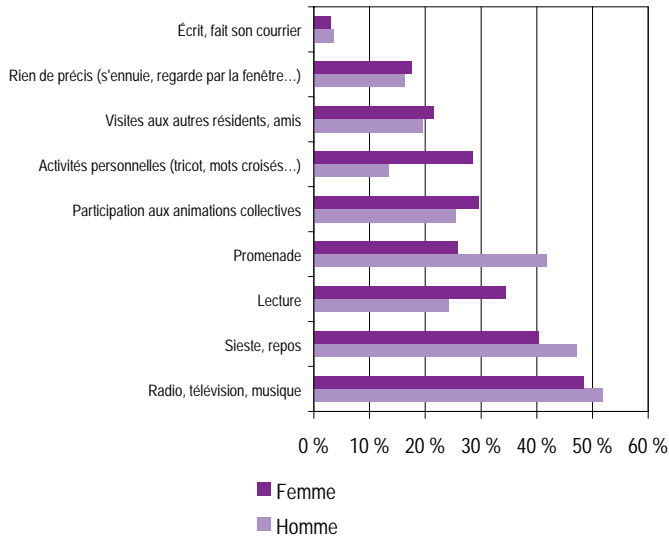
L'activité dont la fréquence varie le plus en fonction des caractéristiques des résidents est la promenade. Outre les hommes, les personnes de moins de 70 ans, celles s'estimant en bonne santé et surtout celles étant peu dépendantes (GIR 5 et 6) ont beaucoup plus de chances que les autres résidents de s'y adonner. Faire la sieste ou se reposer est par contre plus fréquent chez les personnes de 90 ans ou plus et celles n'étant pas en bonne santé. Les personnes évaluées en GIR 5 et 6 ont quant à elles plus souvent des activités personnelles

comme le tricot ou les mots croisés que celles évaluées en GIR 3 et 4.

Pour finir, les résidents les plus dépendants ou qui déclarent être en mauvaise santé sont deux fois plus nombreux à déclarer également s'ennuyer et ne rien faire pendant une partie de l'après-midi que les résidents peu dépendants ou s'estimant en bonne santé (respectivement 26 % contre 13 % et 28 % contre 15 %). Ces résidents sont donc plus souvent inactifs que les autres. Ces fortes disparités peuvent peut-être s'expliquer par le fait que ces personnes sont plus nombreuses à avoir besoin d'aide pour se déplacer ou à être confinées au lit ou au fauteuil et qu'il leur est donc difficile, voire impossible, de pratiquer beaucoup d'activités. ■

GRAPHIQUE 3

Que font les résidents, en général, l'après-midi ?



Lecture • 3 % des femmes écrivent, font leur courrier l'après-midi.

Champ • Réponses des résidents.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents, 2007, DREES.



L'organisation des soins dans les EHPA

Joëlle CHAZAL (DREES)

Selon l'enquête exhaustive EHPA 2007 conduite auprès des responsables des établissements d'hébergement pour personnes âgées, le personnel médical, paramédical ou soignant constitue en moyenne plus de 40 % des salariés des EHPA fin 2007 (en équivalent temps plein). Ce pourcentage est variable d'une catégorie d'établissement à l'autre : il est ainsi de 12 % dans les logements-foyers non-EHPAD, de 33 % dans les maisons de retraite non-EHPAD, proche de la moyenne dans les maisons de retraite EHPAD (40 %) et atteint 63 % dans les USLD (EHPAD comme non-EHPAD). Les soins sont donc un aspect important de la prise en charge des personnes âgées dans les institutions médicalisées.

L'enquête Résidents en EHPA en 2007 permet, d'une part, par l'interrogation d'un échantillon de résidents ou de leurs proches, de mesurer le degré de satisfaction des résidents quant aux soins qui leur sont délivrés dans leur établissement d'hébergement¹ et, d'autre part, via les réponses des responsables des établissements de l'échantillon, de préciser les qualifications des intervenants salariés et celles des intervenants libéraux et la façon dont les soins sont organisés dans les établissements. Ce sont les informations recueillies auprès des gestionnaires des établissements, via cette enquête et l'enquête exhaustive EHPA 2007, qui sont présentées dans cet article.

Qualification et formation du personnel soignant

Selon l'enquête exhaustive EHPA 2007, les structures disposent, au total, en moyenne, de

1. Cf. article p. 9.

Avertissement

La majorité des données commentées dans cet article sont issues de l'exploitation des réponses des 384 questionnaires « Gestionnaires » (291 maisons de retraite et EHPAD¹, 53 logements-foyers non-EHPAD et 40 USLD²) des 433 établissements ayant participé à l'enquête résidents sur la base d'un échantillon initial de 800 structures, stratifié selon leur catégorie et leur taille. Une repondération a posteriori des pondérations initiales a été effectuée de façon à retrouver la répartition initiale des établissements dans chacune des strates.

Cependant, compte tenu du faible nombre de réponses, les indicateurs obtenus sur les données de niveau « établissement » sont moins précis que ceux présentés par ailleurs sur les résidents et ne peuvent pas être déclinés au-delà des grandes catégories d'établissement avec parfois un zoom sur leur statut pour les maisons de retraite. L'enquête Résidents permet donc avant tout d'appréhender des ordres de grandeur ainsi que les différences entre les catégories d'établissement. Lorsque les données commentées sont issues de l'enquête exhaustive EHPA 2007, elles sont systématiquement introduites par la mention « selon l'enquête EHPA 2007 ».

1. La catégorie « maison de retraite et EHPAD » rassemble les maisons de retraite et les logements-foyers ayant signé une convention tripartite (respectivement 232 et 26) ainsi que les maisons de retraite n'ayant pas, au moment de l'enquête, signé de convention (33). On compte, dans cet ensemble, 65 établissements publics rattachés à un hôpital.

2. 25 USLD EHPAD et 15 USLD non-EHPAD, ces dernières ne sont pas isolées dans cette étude compte tenu de leur faible nombre et du fait que sur le thème des soins il existe vraisemblablement une grande homogénéité sur le champ des USLD, qu'elles aient ou non signé une convention tripartite.

21 professionnels médicaux, paramédicaux ou soignants (en équivalent temps plein) pour encadrer 100 résidents. Le taux d'encadrement médical, paramédical ou soignant varie de 2 % dans les logements-foyers non-EHPAD à 49 % dans les USLD (EHPAD comme non-EHPAD). Il est de 25 % pour l'ensemble des EHPAD où le taux d'encadrement global, incluant le personnel administratif et les services généraux, est de 57 %.

Globalement, les deux tiers des responsables déclarent à l'enquête Résidents que leur établissement dispose d'un infirmier référent ou d'un cadre infirmier référent. Cette proportion est comprise entre 90 % et 95 % dans les établissements rattachés à un hôpital (maison de retraite ou USLD), mais de moins de 20 % dans les logements-foyers non-EHPAD. Elle varie entre 60 % et 80 % dans les autres structures.

Dans les maisons de retraite et EHPAD où il y a un médecin coordonnateur (80 % de ces structures), ce dernier est dans plus de sept cas sur dix titulaire d'un diplôme spécifique à cette fonction (capacité de gérontologie, diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD ou spécialité de gériatrie, diplôme d'études spécialisées complémentaires²) et dans plus d'un cas sur dix titulaire d'une attestation de formation continue. Dans les autres cas, le gestionnaire a soit répondu que le médecin coordonnateur n'avait pas de titre spécifique (10 % des cas) soit n'a pas précisé son diplôme (5 % des cas).

Seuls quelques logements-foyers non-EHPAD ont déclaré ne pas avoir de personnel la nuit (environ 10 %). Dans la plupart des établissements, à l'exception des logements-foyers non-EHPAD, le personnel de nuit comprend des aides-soignants ou des infirmiers et, également, dans les trois quarts des établissements d'autres personnels pouvant être sans qualification. Il y a, la nuit, des aides-soignants dans plus de neuf sur dix USLD ou EHPAD rattachés à un hôpital et des infirmiers dans près de six sur dix de ces mêmes établissements. La présence la nuit d'aides-soignants est également très fréquente dans les EHPAD non rattachés à un hôpital (dans près de neuf sur dix), mais celle d'infirmiers y est rare (dans moins d'un sur dix de ces établissements). Ces résultats sont confortés par ceux de l'enquête exhaustive. Ainsi, selon

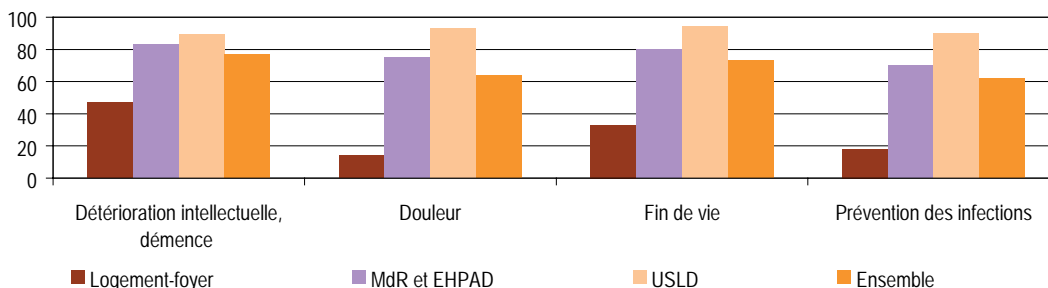
l'enquête EHPA 2007, plus de 90 % des USLD et des maisons de retraites EHPAD ou non-EHPAD et près des trois quarts des logements-foyers non-EHPAD assurent une veille sur place 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Toujours selon l'enquête EHPA 2007, dans les établissements assurant une veille, la nuit, l'effectif moyen par établissement d'aides-soignants est de 1,3, ce nombre varie de 2,2 dans les USLD et EHPAD rattachés à un hôpital et reste supérieur à 1 dans les autres EHPAD, mais n'est que de 0,2 dans les logements-foyers non-EHPAD. L'effectif infirmier moyen est de 0,3, il est de 1,1 dans les USLD et de 0,8 dans les EHPAD rattachés à un hôpital mais est inférieur à 0,5 dans les autres EHPAD et de 0,1 dans les logements-foyers non-EHPAD. L'effectif moyen d'autres personnels (gardiens, etc.) est proche de 1 dans toutes les catégories d'établissements à l'exception des USLD non-EHPAD où il est de 0,5.

Les personnels des établissements bénéficient fréquemment de formations portant sur un ou plusieurs des quatre thèmes suivants : déficience intellectuelle ou démence, douleur, fin de vie et prévention des infections (graphique 1). Sur chacun de ces thèmes, environ 90 % des USLD déclarent former au moins une partie de leur personnel. Ces pourcentages sont compris entre 70 % et 85 %, selon les thèmes, parmi les maisons de retraite ou EHPAD. Ils sont par contre plus faibles et plus variables dans les logements-foyers non-EHPAD : un peu moins de la moitié assurent la formation d'au moins une partie de leur personnel sur la déficience intellectuelle ou la démence, environ un tiers sur la fin de vie mais moins de 20 % sur la douleur et la prévention des infections. Au total, environ trois quarts des structures assurent à leur personnel des formations spécifiques relatives à la déficience intellectuelle ou à la démence et à la fin de vie et environ deux tiers à la douleur et la prévention des infections.

Dans plus des trois quarts des établissements, ces formations ne sont destinées qu'à une partie du personnel. Les formations à la déficience intellectuelle ou à la démence et à la fin de vie sont rarement assurées uniquement par une personne de l'établissement (autour de 10 % des cas lorsque ces formations sont mises en

2. Selon l'enquête exhaustive EHPA 2007, les titulaires d'une capacité de gérontologie représentent 44 % des médecins coordonnateurs ayant un diplôme spécifique à cette fonction, les titulaires d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, 33 % et les titulaires d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, 23 %.

GRAPHIQUE 1

Pourcentage d'établissements faisant bénéficier leur personnel de formations spécifiques sur le thème de la...

MdR : maison de retraite ; EHPAD : maison de retraite ou logement-foyer ayant signé une convention tripartite.

Lecture • 43 % des logements-foyers non-EHPAD indiquent que leur personnel (tout ou partie) a bénéficié d'une formation spécifique sur le thème de la détérioration intellectuelle ou de la démence.

Champ • Ensemble des établissements.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaires auto-administrés auprès des gestionnaires des établissements, 2007, DREES.

place), celles relatives à la douleur et à la prévention des infections un peu plus souvent (respectivement dans 20 % et 30 % des cas).

Environ 30 % des USLD et près de 50 % des maisons de retraite ou EHPAD déclarent qu'il existe un groupe de parole pour leur personnel au sein de l'établissement. Seuls 10 % des logements-foyers non-EHPAD y font référence, près d'un quart ne répondant pas à la question.

Des interventions plus ou moins fréquentes de soignants extérieurs

D'autres professionnels médicaux ou paramédicaux, extérieurs à l'établissement, interviennent auprès des résidents en plus des médecins libéraux qui les suivent. Ainsi, selon les responsables des établissements, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues sont intervenus en janvier 2007 dans les trois quarts des établissements (dans plus de 50 % des logements-foyers non-EHPAD et plus de 80 % des maisons de retraite ou EHPAD). En outre, des infirmiers extérieurs sont également intervenus dans 30 % des établissements et plus particulièrement dans les logements-foyers non-EHPAD (dans plus de la moitié d'entre eux) que dans les maisons de retraite

ou EHPAD (dans environ un quart d'entre eux). Le suivi des résidents des EHPA par d'autres professionnels extérieurs paraît moins courant. En janvier 2007, près de 20 % des établissements indiquent des interventions de dentistes et de diététiciens et aux environs de 10 % de psychologues et d'ergothérapeutes. L'intervention d'aides-soignants extérieurs est globalement assez rare (dans 7 % des établissements), elle ne semble significative que dans les logements-foyers non-EHPAD où 25 % des gestionnaires ont déclaré y avoir recouru en janvier 2007. Le pourcentage de résidents suivis en janvier 2007 par ces différents professionnels n'est pas aussi contrasté, la nature des interventions étant différente et le nombre d'intervenants par établissement, variable selon les professions. Ainsi, au final, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues et les diététiciens suivraient chacun entre 15 % et 25 % de l'ensemble des résidents ; les autres professionnels prendraient en charge un peu moins de 10 % des résidents, à l'exception des aides-soignants dont l'intervention serait limitée à moins de 5 % des résidents. En effet, quand un diététicien intervient dans un établissement, il paraît à lui seul y suivre l'ensemble des résidents. Un kinésithérapeute extérieur à l'établissement n'assurerait quant à lui des soins qu'à environ 5 ou 6 résidents de l'établissement mais, dans la majorité des cas, plusieurs représentants de cette profession interviendraient dans l'établissement,

il en est de même pour les infirmiers et les aides-soignants. Les dentistes et les pédicures-podologues seraient dans une situation intermédiaire : un ou deux, parfois plus, de ces professionnels interviendraient par établissement, chacun prodiguant, en moyenne, des soins à environ 15 résidents.

La permanence et le suivi des soins

Selon l'enquête exhaustive EHPA 2007, entre 70 et 80 %³ des USLD non-EHPAD ont passé une convention avec un établissement de santé au titre de la continuité des soins ou sont rattachées à une structure sanitaire (hors « plan bleu »). C'est aussi le cas d'un peu moins des deux tiers des EHPAD et d'environ 20 % des logements-foyers non-EHPAD. Toujours selon l'enquête EHPA 2007, près de 60 % des USLD non-EHPAD ont passé une convention avec une équipe mobile ou une unité de soins palliatifs⁴ ou sont rattachées à une structure sanitaire disposant de ce type d'équipe ou d'unité. Ce pourcentage n'atteint pas 50 % dans les EHPAD et est inférieur à 20 % dans les logements-foyers non-EHPAD.

En moyenne, plus de 80 % des gestionnaires déclarent à l'enquête Résidents qu'il existe une permanence des soins médicaux incluant les urgences pour leur établissement. Cette situation est plus rare dans les logements-foyers non-EHPAD (environ 50 %) mais plus fréquente dans les autres structures (plus de 90 %). Cette permanence est organisée soit en interne soit avec la médecine de ville pouvant ou non inclure le centre 15 dans les USLD, tandis qu'elle est organisée plutôt avec la médecine de ville dans les maisons de retraite ou les EHPAD.

Dans quasiment toutes les maisons de retraite, EHPAD et USLD s'effectue systématiquement une transmission d'information à chaque changement d'équipe, de même il existe un dossier individuel de soins incluant des éléments médicaux pour chaque résident. Seuls les deux tiers des logements-foyers non-

EHPAD ont répondu procéder à des transmissions d'information aux changements d'équipe, les autres n'ayant pas répondu à la question, et moins de la moitié de ces structures déclarent disposer de dossiers individuels de soins, le plus souvent, pour uniquement une partie des résidents.

La gestion des médicaments

Un peu plus des deux tiers des USLD organisent des réunions spécifiques sur le thème des médicaments mais seulement moins d'un tiers des maisons de retraite ou logements-foyers EHPAD. Dans la plupart des USLD, il existe une liste de médicaments, établie par le médecin coordonnateur ou le pharmacien, à utiliser préférentiellement ; c'est également le cas dans environ un tiers des maisons de retraite ou EHPAD. Aucun logement-foyer non-EHPAD n'a déclaré organiser de réunion sur le thème des médicaments ni dresser une liste de médicaments préférentiels.

Dans toutes les USLD et presque toutes les maisons de retraite rattachées à un hôpital, la distribution des médicaments est systématiquement effectuée par le personnel de l'établissement, matin, midi et soir. C'est également le cas dans trois maisons de retraite ou EHPAD sur quatre, mais par contre peu fréquent dans les logements-foyers non-EHPAD (10 %) où, soit les résidents s'occupent eux-mêmes de leurs médicaments, soit ceux-ci sont préparés dans des piluliers et leurs sont fournis pour la journée ou encore pour la semaine.

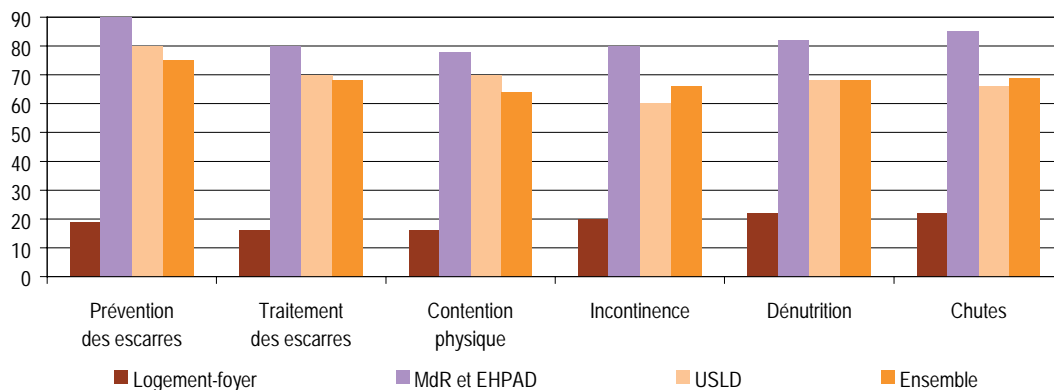
Les protocoles spécifiques

Environ 80 % des USLD et 90 % des maisons de retraite ou EHPAD ont un protocole relatif à la prévention des escarres (graphique 2). Et respectivement 70 % et 80 % de ces mêmes structures ont un protocole relatif au traitement des escarres. La contention physique, l'incontinence, la dénutrition et les chutes font également l'objet de protocoles dans environ 80 %

3. Données « encadrées » : 8 % des USLD n'ayant pas répondu à cette question contre 3,5 % des EHPAD et 2 % des logements-foyers non-EHPAD.

4. Ces conventions sont passées dans l'objectif de garantir la prise en charge en soins palliatifs, pour prévenir ou soulager les symptômes physiques des personnes en fin de vie dans les EHPA.

GRAPHIQUE 2

Proportion d'établissements ayant un protocole pour les pathologies ou les situations suivantes

MdR : maison de retraite ; EHPAD : maison de retraite ou logement-foyer ayant signé une convention tripartite.

Lecture • 80 % des USLD indiquent avoir un protocole (formalisé ou non) relatif à la prévention des escarres.

Champ • Ensemble des établissements.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaires auto-administré auprès des gestionnaires des établissements, DREES 2007.

des maisons de retraite ou EHPAD et dans 60 % à 70 % des USLD. Dans environ six ou sept cas sur dix ces protocoles sont formalisés. L'existence de ces divers protocoles n'est indiquée que dans environ 20 % des logements-foyers non-EHPAD.

Dans toutes les USLD et quasiment toutes les maisons de retraite ou EHPAD, les chutes font l'objet d'un signalement écrit systématique de même que dans la moitié des logements-foyers non-EHPAD. Les causes de ces chutes sont analysées systématiquement ou souvent dans près de neuf sur dix USLD, maisons de retraite ou EHPAD et de la moitié des logements-foyers non-EHPAD.

La douleur n'est évaluée systématiquement que dans les deux tiers des USLD et un peu plus de la moitié des maisons de retraite ou EHPAD, et uniquement dans environ 15 % des logements-foyers non-EHPAD.

Quatre responsables sur cinq des maisons de retraite, EHPAD ou USLD déclarent peser systématiquement les personnes âgées à leur arrivée dans l'établissement. Les résidents sont ensuite pesés le plus souvent environ une fois par mois, très peu de structures affichant un rythme hebdomadaire.

Des espaces spécifiques dédiés aux personnes atteintes de détérioration intellectuelle dans une minorité d'établissements

Moins d'un tiers des maisons de retraite, EHPAD ou USLD et aucun logement-foyer non-EHPAD n'indiquent disposer d'espaces spécifiques pour les personnes atteintes de détérioration intellectuelle, mais quand ceux-ci existent, ils leurs sont dédiés pour la journée et la nuit.

Environ quatre sur dix des maisons de retraite, EHPAD ou USLD et aucun logement-foyer non-EHPAD indiquent disposer d'espaces de déambulation pour les personnes démentes « déambulantes ».

Par contre, les deux tiers des maisons de retraite, EHPAD ou USLD organisent des activités spécifiques pour les personnes atteintes de détérioration intellectuelle. D'ailleurs, de 50 % à 60 % de ces mêmes établissements indiquent que toutes ou une partie des personnes atteintes de ce type de déficience bénéficient d'un projet de vie spécifique.

Les résidents en EHPA et leurs proches

Des opinions pas toujours identiques

Rémy MARQUIER (DREES)

Avec la collaboration de Séverine GROULT (Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Master 2, stagiaire DREES)



L'enquête de la DREES auprès des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées a prévu d'interroger, conjointement à chaque résident, un de ses proches (encadré 1). Celui-ci doit « bien connaître le résident, avoir de bonnes relations avec lui, et lui rendre visite régulièrement »¹, le but premier de cette interrogation complémentaire étant de recueillir des informations sur les résidents qui n'étaient pas en capacité de répondre (problèmes de cohérence, de communication, etc.). Il est toutefois apparu intéressant d'interroger les proches des résidents qui avaient répondu, essentiellement pour combler les éventuels manques dans les réponses de ces derniers, mais également pour comparer les déclarations de chacun, traduisant ainsi la connaissance qu'ont les proches des conditions de vie des personnes hébergées en établissement. De fait, il apparaît qu'on ne peut pas systématiquement substituer la parole du proche à celle du résident, ce qui implique une certaine prudence dans l'interprétation des enquêtes par proxy² de façon générale. En d'autres termes, il faut garder à l'esprit qu'il s'agit bien de la parole du proche, et non pas de celle « par défaut » du résident. Ainsi, si les réponses sont souvent concordantes lorsque l'on examine la parole de l'ensemble des résidents et celle de l'ensemble de leurs proches, il n'en est pas de même lorsque l'on analyse chaque couple résident/proche, où les écarts de réponse peuvent être fortement marqués.

Cette étude s'attache à décrire de façon relativement générale les principales concordances

ou divergences entre réponses des résidents eux-mêmes et celles de leurs proches. À ce titre, ne sont comparées que les réponses des résidents ayant répondu à l'enquête et de celles de leur proche. Les raisons des différences de réponse peuvent être nombreuses (encadré 2), on s'attachera donc à comparer les réponses

1. Cf. article p. 9.

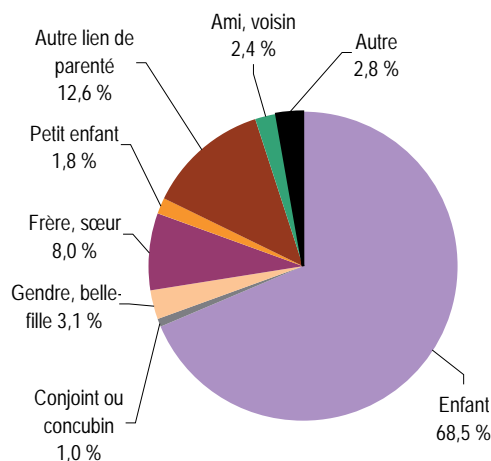
2. Où une personne répond à la place d'une autre.

ENCADRÉ 1

Les proches des résidents ayant répondu à l'enquête

Les proches des résidents interrogés lors de l'enquête sont le plus souvent les enfants du résident (68 %, graphique). Dans de très rares cas, il s'agit du conjoint ou du concubin (1 %). Les proches n'ayant pas de liens de parenté avec les résidents représentent également une proportion assez marginale (5 %).

Lien du proche avec le résident



Champ • Résidents ayant répondu à l'enquête et leurs proches.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, 2007, DREES.

L'âge médian des proches est de 59 ans, 82 % ont 50 ans ou plus, 45 % ont 60 ans ou plus et 14 % ont 70 ans ou plus.

ENCADRÉ 2

**Quelques pistes explicatives quant aux divergences de réponses
entre résidents et proches**

Au-delà des simples différences d'appréciation des résidents et de leurs proches, d'autres facteurs explicatifs peuvent être pris en compte pour expliquer les divergences de réponses aux questions posées dans l'enquête. On peut séparer ces facteurs en deux grandes catégories, la première étant relative aux caractéristiques intrinsèques des personnes interrogées, la seconde au questionnaire de l'enquête et à la façon dont il a été administré.

Divergences potentielles des réponses dues aux caractéristiques des personnes

- Des liens relationnels trop faibles entre résident et proche : le proche ne connaît pas assez bien le résident, ou ses conditions de vie en établissement, ou encore le résident ne lui dit pas tout. Le protocole d'enquête, qui cible des proches connaissant bien le résident, s'est efforcé de réduire la fréquence de ces cas. Une telle méconnaissance potentielle n'est en soi pas particulièrement gênante dans l'étude des comparaisons, un des buts de ces doubles interrogations résident/proche étant justement de révéler les différences d'appréciation. Elle peut par contre être particulièrement problématique si l'on s'intéresse à l'opinion des résidents n'ayant pas répondu à l'enquête (qu'ils aient eu ou non toutes leurs facultés pour répondre) et que l'on se fie à la parole de leur proche.
- L'effet mémoire : les résidents étant par définition des personnes âgées et en perte d'autonomie plus ou moins prononcée, l'effet mémoire joue à plein sur les réponses. On se souviendra par exemple assez difficilement de l'attente avant l'entrée en établissement, ou de la façon dont on a vécu les premiers jours, et encore moins d'événements paraissant anodins pour la personne concernée (distribution de la charte des droits et libertés par exemple). Cet effet mémoire peut par ailleurs se retrouver chez les proches des résidents, qui peuvent être eux-mêmes assez âgés¹.
- Le positionnement des résidents : par exemple les résidents peuvent avoir très mal vécu leur entrée en institution, et s'être résignés ensuite, estimant « qu'après tout, je suis plutôt bien loti ».
- Le positionnement des proches : leur sentiment de culpabilité d'avoir placé leur parent en institution par exemple ou le fait de projeter leur propre appréciation de la situation.

Divergences potentielles des réponses dues au questionnaire d'enquête

Il existe des différences d'intitulé dans les questions. Certaines questions ne sont pas posées de façon identique, et ne sont donc, de fait, pas directement comparables. Par exemple :

- question posée au résident : « *En arrivant dans cet établissement, avez-vous eu le livret d'accueil ?* »
- et pour le proche : « *En arrivant dans cet établissement, a-t-il/elle ou avez-vous eu le livret d'accueil ?* »

Les modalités de réponses aux questions peuvent aussi varier. Sur le même principe que dans l'intitulé des questions elles-mêmes, des différences peuvent apparaître, nécessitant une certaine prudence dans les comparaisons, voire interdisant toute comparaison. Par exemple :

« *Le personnel veille-t-il à ce que votre sonnette, votre téléalarme (ou autre moyen d'appel) soit à portée de main ?* »

- pour le résident : « *Oui, de jour et de nuit / Oui, mais seulement de jour / Oui, mais seulement la nuit / Pas toujours / Non* » ;
- et pour son proche : « *Oui / Non / Pas toujours* ».

Dans ce dernier cas, lors de la conception du questionnaire, il a été considéré que les proches ne pouvaient pas répondre avec autant de précision que les résidents eux-mêmes.

L'enchaînement des questions n'est pas toujours le même. Certaines questions sont posées en plus au résident (ou à son proche), « préparant » celui-ci à une autre question, en le faisant réfléchir indirectement sur le sujet avant que celle-ci soit posée. Par exemple :

- pour le résident : « *J'aimerais que vous m'indiquiez les aspects plutôt positifs de votre arrivée ici. Qu'avez-vous bien vécu ou apprécié ?* » ;
- suivie de « *J'aimerais maintenant que vous nous indiquiez les aspects plutôt négatifs de votre arrivée ici. Qu'avez-vous le moins apprécié ou difficilement vécu ?* » ;
- puis « *Étiez-vous accompagné par un proche lors de votre arrivée dans l'établissement ?* » ;
- et enfin « *Finalement, comment avez-vous vécu les premiers moments de votre entrée dans l'établissement ?* ».
- Pour le proche, on a juste « *A-t-il/elle été accompagné par un proche lors de son arrivée dans l'établissement ?* » ;
- et « *Finalement, comment a-t-il/elle vécu les premiers moments de son entrée dans l'établissement ?* ».

1. Et même, tout un chacun a souvent tendance à « réécrire l'histoire », ne gardant que les bons ou les mauvais souvenirs.

uniquement sur les questions identiques ou quasi-identiques. Par ailleurs, sauf mention contraire, on donnera les réponses des résidents et des proches séparément. Les appariements de réponses pour chaque couple résident/proche ont cependant été réalisés sur quelques questions d'intérêt, de façon à confronter le point de vue de l'approche globale avec celui de l'approche appariée.

Les proches semblent bien connaître le degré de satisfaction général des résidents dans l'établissement

Les réponses des résidents et de leurs proches quant à la satisfaction en établissement sont globalement cohérentes (tableau 1) : 76 % des résidents indiquent avoir plutôt bien ou très bien vécu leur entrée en établissement, contre 74 % de leurs proches³ ; et 88 % déclarent bien vivre dans l'établissement à la date d'enquête, pour 85 % des proches. Ce sentiment entre l'entrée en établissement et la date d'enquête évolue de façon quasiment identique entre les résidents et leurs proches : dans les deux cas, plus de 90 % de ceux qui ont indiqué avoir bien vécu ou très bien vécu l'entrée en établissement sont satisfaits à la date d'enquête, et environ 70 % de ceux qui avaient mal ou très mal vécu cette entrée ont changé d'avis.

Par ailleurs, les réponses des résidents et des proches sont plus concordantes en ce qui concerne la situation à la date d'enquête (81 % de réponses identiques lorsque l'on apparie les réponses des protagonistes⁴) qu'à la date d'entrée en établissement (69 %). Lorsqu'une divergence apparaît, la vision du proche est souvent plus positive que celle du résident (que l'on s'intéresse au vécu à la date d'entrée ou à la date d'enquête) : ainsi, lorsque le résident indique avoir bien ou très bien vécu son entrée en établissement, les proches sont d'accord dans quatre cas sur cinq. En revanche, lorsque le résident dit avoir mal ou très mal vécu cette entrée, les proches ne sont d'accord que dans 37 % des cas. La même tendance s'observe, mais de façon moins prononcée, pour la situation à la date d'enquête.

Les écarts sont néanmoins nettement plus marqués lorsque l'on s'intéresse au moral des résidents : si 31 % d'entre eux déclarent ne jamais se sentir tristes, angoissés ou déprimés, seuls 19 % des proches sont de cet avis de façon globale. Proches et résidents sont par contre d'accord lorsqu'il s'agit de dire s'ils sont souvent ou toujours tristes (autour de 23 %). Si l'on regroupe les réponses « Jamais » avec « Parfois » tristes, et « Souvent » avec « Toujours » tristes et que l'on apparie résidents et proches, seuls 68 % des résidents et de leurs proches ont des réponses identiques. Les proches apparaissent plus optimistes que les résidents dans ce cas : lorsque le résident déclare n'être jamais ou seulement parfois triste, 78 % des proches sont du même avis. En revanche,

3. Pour rappel, dans ce cas, ce ne sont pas les réponses des couples résidents/proches, mais des résidents d'une part, et des proches d'autre part.

4. On compare ici les réponses à un niveau plus agrégé : « vivre très bien ou plutôt bien » et « vivre plutôt mal ou très mal » en établissement.

TABLEAU 1

Vécu du résident à l'entrée en établissement et à la date d'enquête

En %

	À l'entrée		À la date d'enquête	
	Résidents	Proches	Résidents	Proches
Très bien	28,1	25,7	39,9	36,5
Plutôt bien	48,0	48,2	47,7	48,8
Plutôt mal	16,9	17,3	9,5	8,1
Très mal	4,5	5,4	1,8	2,4
N'est pas en état de juger *	-	3,4	-	2,4
Ne sait pas	2,5	0,0	1,2	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

* Modalité de réponse proposée au proche uniquement.

Champ • Résidents ayant répondu à l'enquête et hébergés depuis 6 mois au moins en établissement, ainsi que leurs proches.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents et par téléphone pour leurs proches, 2007, DREES.

lorsque le résident déclare être souvent ou toujours triste, seuls 41 % des proches sont d'accord.

Des points de vue différents sur les conditions d'entrée en établissement

Que ce soit pour le résident ou son proche, l'état de santé est le premier argument avancé comme raison d'entrée en établissement : 72 % des résidents citent spontanément cette raison, et 83 % des proches, l'écart étant toutefois difficilement comparable car la question n'a pas été posée de la même façon aux résidents et aux proches⁵. Une divergence est cependant particulièrement marquante : 13 % seulement des résidents déclarent (entre autres réponses) qu'ils sont entrés en établissement car leurs proches ne pouvaient plus les aider, alors que 49 % des proches répondent par l'affirmative à cette modalité.

Les différences dans les réponses sont également marquées sur les critères de sélection à l'entrée en établissement (graphique 1). Ainsi, 21 % des résidents indiquent ne pas avoir participé à ce choix (contre 7 % des proches) et, d'ailleurs, 14 % indiquent ne pas savoir dans combien d'établissements une demande d'entrée a été déposée, contre 3 % des proches. De fait, les résidents invoquent moins de critères de sélection que leur proche. La situation géogra-

phique arrive en tête des réponses dans les deux cas : 50 % des résidents et 70 % des proches citent ce critère⁶. Le délai d'attente semble également avoir été plus important pour les proches que pour les résidents eux-mêmes, de même que les coûts, ce dernier critère étant cité quatre fois plus fréquemment par les proches que par les résidents (13 % contre 3 %).

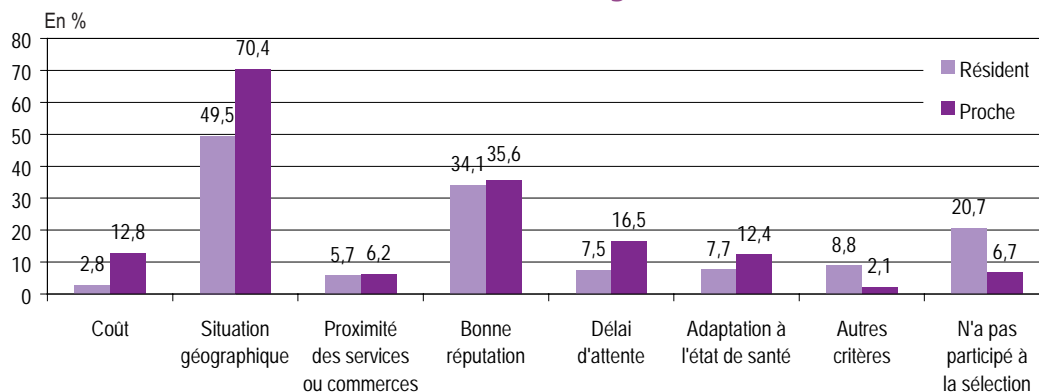
La préparation à l'entrée en établissement n'est pas ressentie de la même façon par les proches et les résidents eux-mêmes, ces derniers étant la plupart du temps moins optimistes. Tout se passe comme si le résident avait voulu retarder au maximum son entrée en institution, alors que les proches voulaient au contraire que cela se fasse « le plus vite possible » une fois les premières démarches amorcées, sans doute parce que ce sont probablement ces derniers qui effectuent la plupart des démarches d'admission (dépôts de dossiers, prises de renseignements, etc.). Ainsi, 40 % des résidents déclarent qu'ils étaient préparés, bien avant, à une éventuelle entrée en établissement, que ce soit par des visites d'établissement, des échanges avec la famille ou des prises de dispositions particulières. Les proches sont 53 % à penser que les résidents étaient effectivement bien préparés.

Le délai d'entrée en établissement depuis la première demande est assez peu connu par les résidents : 24 % ne savent pas combien de temps s'est écoulé entre la première demande et l'entrée effective, contre 5 % des proches. Les résidents qui ont pu répondre à cette ques-

5. Les résidents devaient donner spontanément leur réponse quant à la justification de leur entrée en établissement, alors que leurs proches disposaient d'une liste pré-établie de possibilités de réponses.

6. À noter toutefois que dans le cas du proche, l'enquêteur précisait « y compris la proximité d'un membre de la famille » pour cette modalité de réponse. Cette précision n'était pas donnée dans le cas du résident.

GRAPHIQUE 1
Critères de sélection de l'établissement d'hébergement



Champ • Résidents ayant répondu à l'enquête et leurs proches ayant fait une demande d'entrée dans au moins un établissement.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents et par téléphone pour leurs proches, 2007, DREES.

tion annoncent par ailleurs une attente plus courte que leurs proches : 43 % indiquent moins d'un mois et 37 % entre un et trois mois, contre respectivement 33 % et 37 % des proches. Les résidents sont 39 % à indiquer que leur entrée s'est faite dans la précipitation, que ce soit en raison d'une dégradation de leur état de santé ou de la libération d'une place. Les proches sont cette fois-ci moins optimistes, puisque 47 % ont déclaré de même.

Lorsqu'ils connaissent le nombre d'établissements pour lesquels ils ont déposé un dossier d'entrée, les résidents en déclarent moins que leurs proches : 1,2 en moyenne, contre 2,1. Près de quatre résidents sur cinq (78 %) déclarent n'avoir déposé de dossier que dans un seul établissement. Seuls 61 % des proches ont indiqué cette réponse. Les résidents sont 47 % à indiquer avoir visité l'établissement avant d'y entrer, alors que les proches sont 63 % à le déclarer, et ils sont 2 % à ne pas savoir si le résident a visité ou non l'établissement avant l'entrée. Par ailleurs, lorsqu'on leur demande pourquoi le résident n'a pas visité l'établissement, les différences de point de vue sont là aussi assez marquées : 30 % des résidents indiquent qu'ils n'étaient pas capables de faire la visite (parce qu'ils étaient malades, trop fatigués, etc.), contre 57 % des proches. Les résidents sont 51 % à déclarer qu'un proche l'a fait pour eux (contre 59 %). Ils sont 20 % à invoquer également comme raison l'entrée précipitée, contre 32 % des proches. Toutefois, 13 % des résidents n'ont pas su donner d'explication sur le fait qu'ils n'aient pas visité l'établissement, contre 3 % de leurs proches seulement. Ils déclarent à 82 % qu'ils étaient accompagnés par un proche⁷ lors de l'entrée en établissement, contre 90 % des proches.

Résidents et proches sont globalement d'accord sur leurs capacités à se déplacer, beaucoup moins sur celles à faire leur toilette ou à s'habiller

Les résidents sont 66 % à indiquer qu'ils ont pu choisir le médecin qui s'occupe d'eux dans

l'établissement, contre 72 % des proches. Lorsque l'on apparie les réponses des résidents avec celles de leurs proches, elles sont concordantes dans les trois quarts des cas. Les résidents sont également d'accord avec leurs proches en ce qui concerne la qualité des soins qu'ils reçoivent : 91 % trouvent qu'ils sont plutôt ou très bien soignés, pour 92 % des proches. La concordance des réponses est très élevée : 87 % des couples résidents/proches ont une opinion commune⁸.

Les réponses sur l'aide humaine reçue sont par contre moins convergentes. L'aide apportée aux résidents ne fait pas consensus pour ce qui est des repas, de la toilette ou de l'habillage, ce qui correspond à une aide relativement « intime » (graphique 2) : si 93 % des résidents indiquent prendre leur repas sans aide, seuls 86 % des proches sont de cet avis. L'effet est encore plus marqué pour l'habillage (12 points d'écart entre résidents et proches pour l'habillage seul) et surtout la toilette (15 points d'écart). Ces écarts importants peuvent s'expliquer notamment par le fait que le proche est rarement présent au moment où les actes sont pratiqués, mais aussi parce que le résident peut vouloir « se sentir encore capable de faire tout seul », et donc minimise l'aide apportée. Pour la toilette, résidents et proches sont cependant d'accord pour dire que l'intimité est respectée dans la grande majorité des cas (91 % pour les deux). Pour les deux également, 6 % ne savent pas vraiment s'ils manquent d'intimité lors de la toilette.

A contrario, résidents et proches sont parfaitement d'accord sur l'aide apportée lors des déplacements dans l'établissement (graphique 3) : 80 % déclarent pouvoir se déplacer sans aide (les proches étant du même avis). Les proches connaissent bien les aides techniques dont les résidents se servent pour leurs déplacements (un sur cinq environ utilise un fauteuil roulant, et 47 % un déambulateur, une canne ou une autre aide technique). Par ailleurs, 11 % des résidents qui ne peuvent pas sortir de l'établissement invoquent comme raison le manque d'aide au déplacement, contre 8 % de leurs proches.

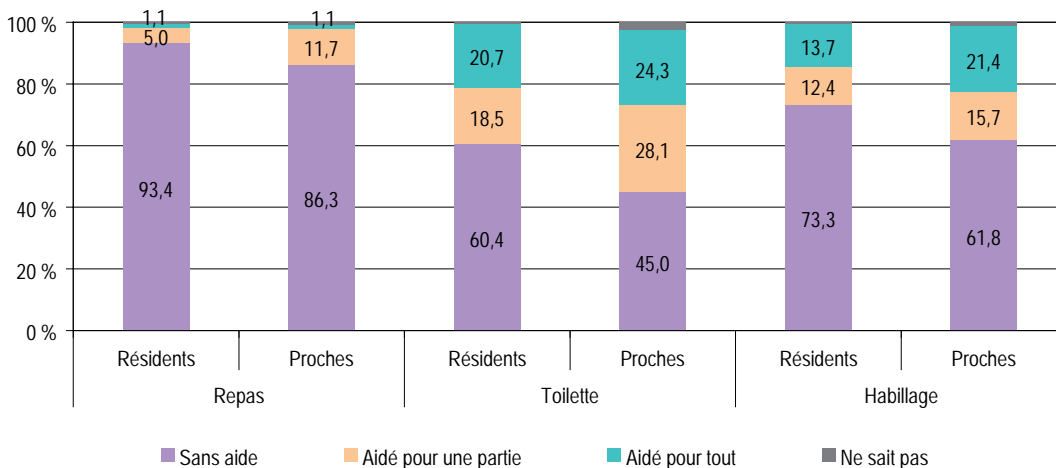
Résidents et proches sont également d'accord sur le coucher ou le lever du lit ou du fauteuil : huit sur dix environ n'ont pas besoin d'aide dans le premier cas, et 85 % dans le second.

7. Qui n'est pas forcément le même que celui qui a été interrogé.

8. En regroupant les modalités de réponse « Très bien » avec « Bien » et « Plutôt mal » avec « Très mal » soigné.

GRAPHIQUE 2

Le résident arrive-t-il à prendre les repas, faire sa toilette ou s'habiller sans l'aide de quelqu'un ?

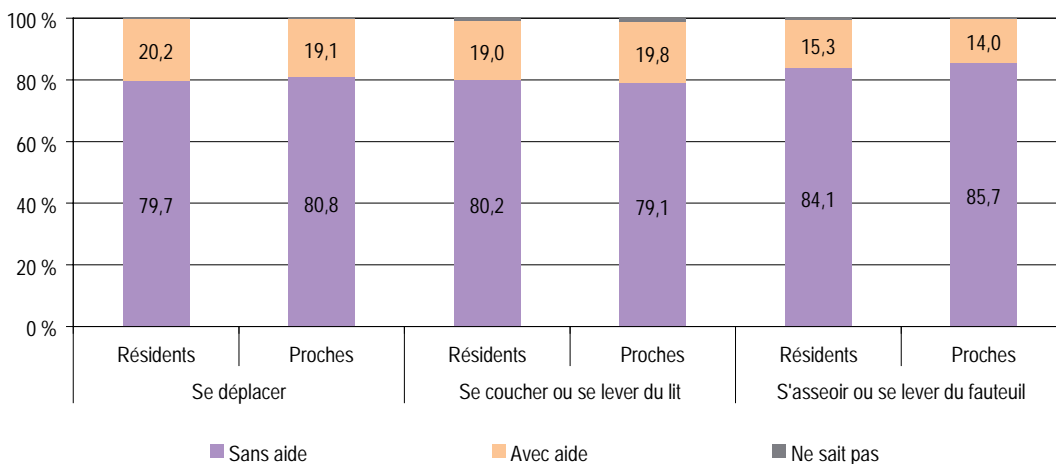


Champ • Résidents ayant répondu à l'enquête et leurs proches.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents et par téléphone pour leurs proches, 2007, DREES.

GRAPHIQUE 3

Le résident a-t-il besoin de l'aide de quelqu'un pour la mobilité dans l'établissement ?



Champ • Résidents non confinés ayant répondu à l'enquête et leurs proches.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents et par téléphone pour leurs proches, 2007, DREES.

De même, les proches semblent bien connaître les dispositifs mis en place pour éviter, le cas échéant, les chutes ou autres accidents des résidents : 13 % ont des barrières à leur lit de jour, et 28 % de nuit, ces taux étant quasiment les mêmes lorsqu'on interroge le résident. Ils ne sont en revanche pas toujours d'accord lorsqu'on leur demande si la pose de barrières ou

d'attaches est justifiée : 94 % des proches le pensent, contre 83 % des résidents eux-mêmes, alors même que les proches ont moins souvent eu d'explications quant à ces pratiques (66 %) que les résidents (71 %). Cependant, 82 % des réponses des résidents et de leur proche sont communes quant à la justification de la pose de barrières ou d'attaches.

Le constat sur la réactivité du personnel de l'établissement fait consensus : moins de la moitié des résidents et des proches trouvent que d'une manière générale, le personnel arrive plutôt rapidement quand on l'appelle (respectivement 48 % et 47 %).

Les avis divergent sur l'état de santé du résident

L'opinion sur l'état de santé du résident montre certaines divergences, les proches étant moins centrés sur un état « moyen » (graphique 4), la question posée n'étant par ailleurs pas tout à fait la même si l'on considère l'un ou l'autre des protagonistes⁹. Si les résidents indiquent pour 4 % d'entre eux être en très bonne santé, ils sont 14 % parmi les proches. À l'inverse, 10 % des résidents pensent qu'ils sont en mauvaise ou très mauvaise santé, contre 14 % des proches. Seulement 48 % des réponses sont concordantes lorsqu'on apparie les résidents et leur proche¹⁰. Les écarts déclaratifs peuvent par ailleurs être importants : lorsque les résidents disent être en bonne ou très bonne santé, 8 % de leurs proches déclarent le contraire ; et dans le cas inverse, lorsque le résident indique être en mauvaise ou très mauvaise santé, 35 % des proches disent qu'il est en bonne ou très bonne santé. De ce point de vue, les proches semblent

donc en moyenne plus optimistes que les résidents eux-mêmes quant à l'état général de santé.

Lorsque les résidents ont mal ou très mal, les proches semblent être assez bien au courant en première analyse : 65 % des résidents déclarent avoir parfois ou souvent mal, et 65 % des proches le pensent. Toutefois, 4 % des proches déclarent ne rien savoir sur les éventuelles douleurs ressenties par le résident. Les réponses des résidents et de leur proche sont par ailleurs concordantes à seulement 66 % lorsqu'on les apparie. De plus, lorsque l'on pose au résident la question « Est-ce que cela vous arrive d'avoir très mal ? » juste après la question « Est-ce que cela vous arrive d'avoir mal ? », et qu'ils répondent par l'affirmative¹¹, 15 % des proches pensent au contraire que le résident a rarement ou n'a jamais mal.

Les écarts sont également assez importants au sujet des somnifères. Les proches sont 11 % à ne pas savoir si le résident en prend ou non. Les résidents disent pour 46 % d'entre eux ne pas en prendre, alors que 37 % des proches le pensent, et 46 % disent en prendre tous les soirs, alors que les proches sont 42 % à le penser, ceux-ci pensant plus souvent que les résidents prennent ces médicaments seulement en cas de besoin ou quand ils le demandent (11 % contre 6 %). Les réponses des résidents et de leurs proches sont communes pour les deux tiers d'entre elles¹².

9. La question posée au résident était : « En ce moment, trouvez-vous que votre état de santé est... », et pour le proche : « Compte tenu de son âge, trouvez-vous que son état de santé est... ». Dans ce cas la question fait explicitement appel à la représentation sociale de la personne âgée.

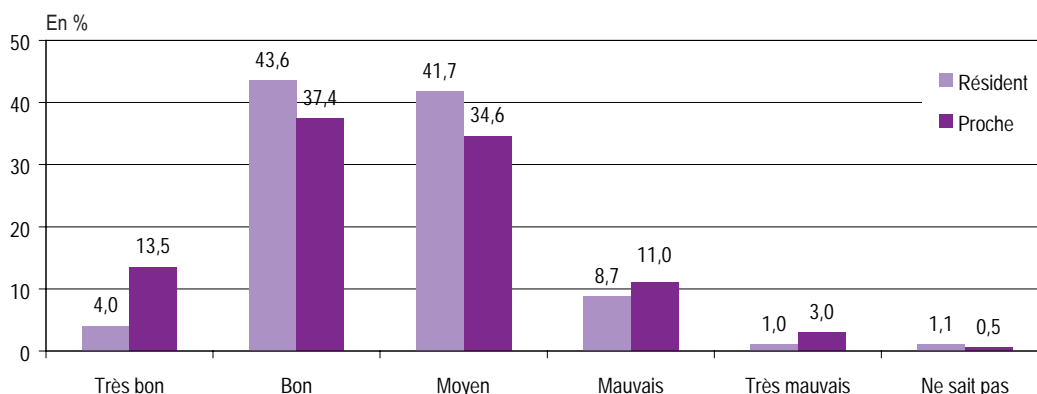
10. En regroupant les modalités de réponse « Très bon état de santé » avec « Bon état de santé », et « Mauvais état de santé » avec « Très mauvais état de santé ».

11. « De temps en temps » ou « Toujours ».

12. En regroupant les réponses « Non vous(il) n'en avez(a) pas besoin » avec « Non mais vous(il) aimeriez(aimerait) bien », et « Oui le personnel vous(lui) en donne quand vous(il) le demandez(demande) ou en cas de besoin » avec « Oui vous(il) en prenez(prend) tous les soirs ».

GRAPHIQUE 4

Opinions sur l'état de santé du résident



Champ • Résidents ayant répondu à l'enquête et leurs proches.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents et par téléphone pour leurs proches, 2007, DREES.

Peu de divergences de réponses sur les modalités de contact entre résidents et proches

Résidents et proches ne sont pas forcément du même avis sur les lieux des visites dans l'établissement : 96 % des résidents indiquent recevoir des visiteurs dans leur chambre, contre 91 % des proches. Surtout, 25 % des résidents déclarent recevoir des visites dans un lieu commun (salle à manger, salon, jardin, etc.), contre 34 % des proches¹³.

Les moyens de communication entre résidents et proches au sens large sont par contre relativement bien connus par les proches interrogés, sans doute parce que le résident communique avec la plupart des personnes à l'extérieur de l'établissement de la même façon : 80 % des résidents disent utiliser le téléphone, contre 76 % des proches ; 20 % (contre 23 %) indiquent être en contact par courrier, cette dernière différence n'étant pas significative au sens statistique. Par contre, 14 % des résidents déclarent ne pas avoir d'autre moyen que les visites pour rester en contact avec leurs proches, contre 19 % de ces derniers.

Enfin, les résidents et leurs proches sont globalement d'accord concernant les sorties pour aller voir la famille : 55 % des résidents déclarent aller voir leur famille (dont 31 % au moins une fois par mois), 53 % des proches sont de cet avis (dont 29 % qui pensent que le résident va voir sa famille au moins une fois par mois).

Des différences d'appréciations assez marquées sur les activités en journée

Résidents et proches sont relativement partagés quant à la vie sociale en établissement. Les proches sont ainsi plus optimistes que les résidents quant aux relations que ces derniers ont pu se faire dans l'établissement : 84 % des proches pensent que le résident s'est fait des

amis ou des connaissances dans l'établissement, contre 78 % des résidents eux-mêmes. Par ailleurs, seuls 2 % des proches déclarent que le résident ne s'est pas fait d'amis mais qu'il aimerait bien, contre 7 % des résidents.

La connaissance même de l'existence d'activités de groupe ne fait pas consensus : 88 % des résidents déclarent que l'établissement organise effectivement de telles activités, alors qu'ils sont 94 % à le dire parmi les proches. Sans doute la notion d'activités de groupe ne recouvre pas la même chose suivant l'interlocuteur. Toutefois, après appariement, 86 % des réponses sont communes entre résidents et proches.

L'hypothèse de différence d'appréciation de ce qu'est une activité de groupe est renforcée lorsque l'on interroge les personnes sur la participation effective à celles-ci.

Les résidents sont 64 % à déclarer participer régulièrement ou de temps en temps à de telles activités. Alors que 68 % des proches déclarent que les résidents participent effectivement, la différence entre les deux proportions étant significative au sens statistique¹⁴. Plus marquant, 14 % des résidents disent ne pas prendre part aux activités de groupe car ils ne le peuvent pas, alors que 6 % des proches seulement le pensent. Enfin, 21 % des résidents disent ne pas vouloir prendre part à ces activités, et 24 % des proches sont de cet avis.

Pour autant, seuls 32 % des résidents déclarent participer en général aux animations collectives pour s'occuper l'après-midi, peut-être parce que ces activités ne sont pas toujours régulières (tableau 2). Les proches sont 36 % à être du même avis. Globalement, les résidents citent plus d'« activités » que leurs proches sur leurs occupations de l'après-midi. Ainsi, 49 % disent écouter la radio, la télévision ou de la musique contre 44 % des proches, 33 % lisent (contre 25 % des déclarations des proches), et 25 % disent avoir des activités personnelles (contre 21 % des proches).

Lorsque le résident parle à son proche de la façon dont se passent ses journées (88 % des cas), ce dernier n'a pas toujours une bonne idée des impressions du résident par rapport à la restauration : 83 % des résidents trouvent que la quantité de nourriture servie par l'établissement est « suffisante » et 12 % trouvent

13. À noter toutefois que la question n'était pas tout à fait posée de la même façon aux résidents et aux proches : pour les résidents, il s'agissait de donner les lieux de visite quel que soit le visiteur, alors que pour les proches interrogés, il s'agissait de donner le lieu de réception des visiteurs pour les autres personnes qu'elles-mêmes, et y compris pour les bénévoles.

14. P-value de 0,02.

TABLEAU 2

Que fait le résident, en général, l'après-midi ?

En %

	Résident	Proche
Écoute la radio ou regarde la télévision, écoute de la musique	49,5	44,0
Fait la sieste	43,1	32,2
Lecture	32,9	25,2
Participation aux animations collectives (cuisine, jeux de société...)	31,7	36,2
Promenades (sorties, courses...)	30,8	29,9
Activités personnelles (tricot, mots croisés, jeux de société...)	25,8	20,6
Rend visite à d'autres résidents, reçois des amis	23,3	23,9
Ennui (attend que le temps passe)	5,7	3,2
Regarde par la fenêtre (reste assis)	4,8	3,0
Médite	4,1	1,6
Écriture ou courrier	3,9	1,4
Ne fait rien de particulier / déambule	2,9	5,8
Reste devant l'entrée pour voir le passage	2,5	0,7
Autre	2,7	4,7

Champ • Résidents ayant déclaré que l'établissement organise des activités de groupe et leurs proches.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents et par téléphone pour leurs proches, 2007, DREES.

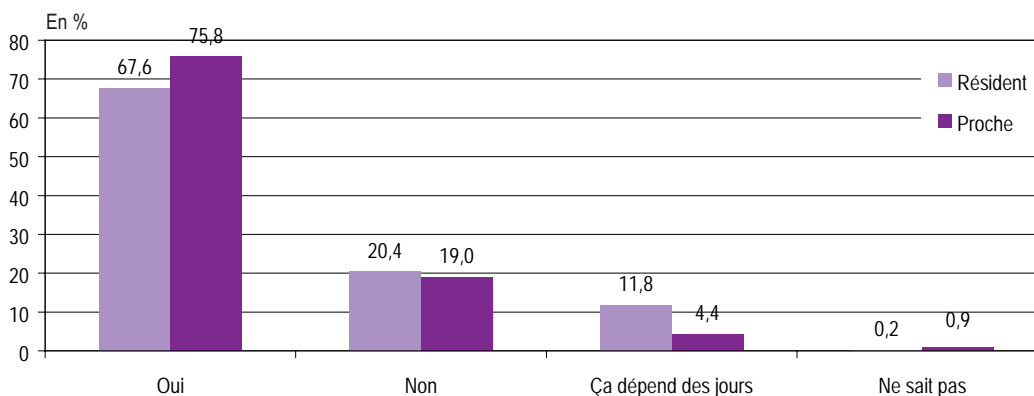
qu'elle est « plutôt suffisante ». Ces proportions sont de respectivement 77 % et 8 % lorsque l'on demande au proche si le résident trouve que la quantité est suffisante. *A contrario*, 84 % des résidents trouvent que la nourriture qui leur est servie est bonne ou plutôt bonne, la proportion étant identique pour les proches lorsqu'on les interroge sur le sentiment du résident.

Résidents et proches ne sont en revanche pas vraiment d'accord pour ce qui concerne l'appétit de façon générale. Les résidents sont

68 % à déclarer qu'ils ont bon appétit en général, alors que 76 % des proches le pensent (graphique 5). De même, 12 % indiquent que cela dépend des jours, contre 4 % des proches. Les réponses des résidents et des proches ne sont par ailleurs identiques que dans deux tiers des cas après appariement. Lorsque le résident indique qu'il n'a pas bon appétit, son proche dit le contraire dans un cas sur deux. Par contre, 10 % des proches pensent que le résident n'a pas bon appétit en général lorsque celui-ci a déclaré l'inverse.

GRAPHIQUE 5

Le résident a-t-il bon appétit en général ?



Champ • Résidents ayant répondu à l'enquête et leurs proches.

Sources • Enquête Résidents en EHPA, questionnaire administré en face-à-face auprès des résidents et par téléphone pour leurs proches, 2007, DREES.

Pour en savoir plus

- Aliaga C., Neisse D., 1999, « Les relations sociales et familiales des personnes âgées résidant en institution », *Études et Résultats*, n° 35, DREES, Octobre.
 - ANAES, 2000, *Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, octobre.
 - Billaud S., Gramain A., 2006, « Les déterminants de l'entrée en institution des personnes âgées », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 56.
 - Bami G., 1995, *Les droits des personnes âgées hébergées*, Editions Berger-Levrault.
 - Cambois E., Clavel A., Robine J.-M., 2006, « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 2, DREES.
 - Catherin-Quivet A., 2005 « Évolution de la population âgée en institution et politiques mises en œuvre 1962-2004 », *Annales de démographie historique*, n° 2, pp. 185-219.
 - Désesquelles A., Brouard N., 2003, « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », *Population* vol 58, n° 2, INED, mars-avril, pp. 201-228.
 - DGS, DGAS, Société française de gériatrie et de gérontologie, 2007, *Rapport sur les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Recommandation, Octobre.
 - DREES, 2001, Premiers travaux d'exploitation de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance, Colloque scientifique de Montpellier, *Document de travail*, série Études n° 16, DREES, Juillet.
 - DREES, 2003, « Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement », *Dossier solidarité santé*, n° 1, DREES, Janvier.
 - DREES, 2008, « Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », sous la responsabilité de Mantovani J., Rolland C., Andrieu S., *Document de travail*, Série Études et Recherche, n° 83, DREES, décembre.
 - Dutheil N., 2001, « Les aides et les aidants des personnes âgées », *Études et Résultats*, n° 142, DREES, Novembre.
 - Eenschooten M., 2001, « Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus », *Études et Résultats*, n° 108, DREES, Mars.
 - Fédération hospitalière de France, 2004, « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et sécurité », Textes des recommandations (version courte), avec la participation de l'ANAES, 24-25 novembre.
 - Fondation Maison des sciences de l'homme, 2006, « L'EHPAD pour finir de vieillir. Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique », Centre d'analyse stratégique, juin.
 - Fondation nationale de gérontologie, 2005, « L'entrée en institution », *Gérontologie et société*, n° 112, mars.
 - Fondation nationale de gérontologie, 2007, « L'intimité », *Gérontologie et société*, n° 122, septembre.
 - Guérin S., 2008, *Habitat social et vieillissement : représentations, formes et liens*, La documentation française.
 - Haut Comité consultatif de la population et de la famille, 1962, *Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse*, présidée par Pierre Laroque, Paris, La Documentation française.
 - Mallon I., 2004, *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. « Le sens social », 300 p.
 - Mallon I., 2005, « Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux ? », *Gérontologie et Société*, n° 120-121.
 - Mallon I., 2007, « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? », *Gérontologie et société*, n° 121.
 - Migot-Devenais L., 2003, « La dépendance, une prise en charge en deux temps », *Dossier Vieillir entre proches et professionnels*, *Empan*, n° 52.
 - Prévot J., 2009a, « L'offre des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n° 689, mai.
 - Prévot J., 2009b, « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n° 699, août.
 - Renaut S., 2001, « Vivre ou non à domicile après 75 ans - L'influence de la dimension générationnelle », *Gérontologie et Société*, n° 98, septembre.
 - Villez A., 2005, « Adapter les établissements pour personnes âgées : besoins, réglementation, tarification », *Action sociale*, janvier.
 - Weber A., 2006, « Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005 », *Études et Résultats*, n° 491, DREES, mai.
-

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directrice de publication : Anne-Marie Brocas
Secrétariat de rédaction : Catherine Demaison et Nadine Gautier

ISSN : 1958-587X
