



HAL
open science

La résidence autonomie : une alternative au maintien à domicile

David Maisonobe

► **To cite this version:**

David Maisonobe. La résidence autonomie : une alternative au maintien à domicile. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932334

HAL Id: hal-01932334

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932334v1>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

David MAISONOBE

Le 5 décembre 2017

**La résidence autonomie : une alternative au maintien à domicile.
Entre espoirs, craintes et réalités.**

Enquête auprès des résidents de la structure d'Hannonville sous les Côtes.

Membres du jury :

Présidente : Mme le Professeur Perret-Guillaume

Juges : M. le Professeur Debouverie

M. le Professeur Paille

M. le Docteur Favier

4 septembre 2017



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY**

**Président de l'Université de Lorraine
:
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Yves MARTINET - Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG
(1997)
*Université d'Hô Chi Minh-Ville
(VIËTNAM)*
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

À ma présidente de thèse,

Madame le Professeur Christine Perret-Guillaume
Professeur des Universités
Gériatre au CHU Brabois de Vandoeuvre les Nancy

Pour m'avoir fait le grand honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, veuillez trouver l'expression de ma sincère reconnaissance.

À mon directeur de thèse et membre du jury,

Monsieur le Docteur Philippe Favier
Médecin Généraliste à Vigneulles les Hattonchâtel

*Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de bien vouloir diriger cette thèse.
Merci pour votre temps, votre patience et votre écoute.*

À mes membres du jury,

Monsieur le Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur des Universités
Neurologue au CHU Central de Nancy

Je vous adresse mes remerciements les plus sincères, et suis très touché de l'honneur que vous me faites en acceptant et prenant le temps de juger ce travail.

Monsieur le Professeur François PAILLE
Professeur des Universités
Chef du service d'addictologie au CHU Brabois de Vandœuvre-lès-Nancy

Je suis très reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À ma famille, Muriel, Marc, Aurore et Anne. Mes parents qui m'ont soutenu pendant ces douze longues années qui n'ont pas été de tout repos. Sans vous, cette première année n'aurait pas été franchie, sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible.

À ma belle-famille, Claudine et Guy, merci pour votre soutien, tant pour Perrine que pour moi durant toutes ces années difficiles, et Valentin, désormais mon doublement beau-frère. La route est encore longue et laborieuse, mais elle se terminera tôt ou tard !
Résilience et abnégation... !

~

À Philippe Vespignani et notre chère secrétaire Marie-Laure Carré, pour votre accueil au sein de la maison de santé de Fresnes en Woëvre.

À madame Hélène Boulan, chef de service de la prévention de l'autonomie en Meuse, pour ses précieuses informations ayant guidées les travaux préliminaires à cette thèse.

À monsieur Provins, Karine et à l'équipe de soins de l'EHPAD d'Hannonville sous les côtes pour leur accueil et leur coopération qui ont permis de mener à bien ce travail d'enquête.

~

Au service de pneumologie, au docteur Jean-Claude Cornu et au docteur Stéphane Mariot, pour votre accueil lors de mon premier stage d'internat.

Au Centre Hospitalier de Verdun et ceux qui m'ont formé et particulièrement la médecine A, Dr Gilson, Dr Diarrassouba, Dr Bindi et Dr Roche.

À Philippe Favier, pour avoir encadré cette thèse après celle de Perrine. Merci pour votre patience et votre compréhension lorsque le travail ne laissait plus de place à l'avancement de la thèse, mais aussi pour nos échanges et discussions, toujours enrichissants.

~

À Christopher et Sébastien, avec lesquels l'œnologie et les crèmes dessert se retrouvent toujours sublimes dans des associations improbables.

À la fine équipe de l'internat de Verdun, chers barbus, qui sont désormais bien plus que des anciens co-internes de Verdun. Élodie et Matthieu (la pédiatrie nous doit beaucoup), un an et demi à Verdun, ça marque... Madlyne et Aurélien (et le futur petit Jacquot...), Céline (merci de m'avoir présenté madame Perret-Guillaume !), Clotilde, Arnaud, aux chouchoux Pauline et Édouard, Lucie et Aymeric, Marine et Thibaut, Hortense, Hubert et Joseph (au plaisir de vous revoir...).

À Marjorie et Thierry, qui ne démeritent pas devant le *travail-travail*, aussi bien dans leur maison qu'au sein de l'hôpital de Verdun.

À Fanny, Dorian, Ania et désormais Léon, la tribu s'agrandit ! Ce stage en pneumologie m'a apporté bien plus qu'une formation. Merci pour tout.

À Perrine.

Sans qui rien de tout cela n'aurait été possible et sans qui rien de tout cela n'aurait de sens. Merci pour ton soutien indéfectible. J'ignore où nous serons et ce que nous ferons dans cinq, dix ou vingt ans, mais ce sera ensemble.

Je t'aime.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

Table des matières	13
Table des tableaux et des figures.....	15
Listes des abréviations	16
Introduction	17
1^{ère} partie – Problématique	19
Chapitre 1 – Données statistiques.....	19
1) Démographie et vieillissement de la population française.....	19
a. Espérance de vie à la naissance	19
b. Espérance de vie en bonne santé.....	19
c. Espérance de vie à l'âge de 60 ans	19
2) Où vivent et meurent les personnes âgées ?.....	21
a. L'institution reste minoritaire	21
b. Un hiatus entre le souhait et la réalité.....	21
3) Vieillesse, fragilité, handicap et dépendance.....	23
a. Le vieillissement.....	23
b. La fragilité	23
c. Le handicap	24
d. La dépendance	24
Chapitre 2 – Le maintien à domicile : intervenants, difficultés et alternatives.....	26
1) Les intervenants	26
a. Le médecin traitant	26
b. Infirmiers et SSIAD.....	27
c. Hospitalisation à domicile	28
d. Soins palliatifs	29
2) Difficultés	30
a. Domicile inadapté, insécurité	30
b. Isolement socio-familial, aidants épuisés	31
c. La décision de partir : la place du choix et du consentement.....	33
3) Alternatives au maintien à domicile	33
a. Les béguinages	34
b. L'habitat regroupé	34
c. L'habitat intergénérationnel.....	35
d. L'hébergement familial	35
e. Les résidences services	36
f. Les résidences autonomie	37
g. Les MARPA	38
4) Solutions face à une perte d'autonomie avancée	39
a. Les unités de soins de longue durée.....	40
b. EHPAD.....	40
5) Transition entre les différentes structures	42
6) Répartition des différentes solutions.....	43
Chapitre 3 – Aides financières au maintien à domicile	45
1) Aides à l'autonomie et au handicap	45
a. Prestation spécifique de dépendance	45
b. Allocation personnalisée d'autonomie.....	46
c. Prestation de compensation du handicap	48
d. Allocation aux Adultes Handicapés.....	49
2) Aides au logement	49
a. Aide sociale à l'hébergement.....	49
b. Aide personnalisée au logement	50
c. Allocation de logement sociale.....	50
3) Aides à l'adaptation du logement	51

2^{ème} partie - Présentation du lieu d'étude : la résidence-autonomie d'Hannonville sous les Côtes	52
3^{ème} partie – Étude	58
Chapitre 1 - Matériel et méthode	58
1) Type d'étude	58
2) Démarches préliminaires	58
3) Questionnaire	59
4) Déroulement des entretiens.....	59
5) Recueil des données.....	60
6) Validité interne de l'étude.....	60
a. Validité	60
b. Pertinence	60
Chapitre 2 – Résultats	61
1) Démographie.....	61
2) Avant l'installation	62
a. Habitat	62
b. Tissu familial et social.....	63
c. Loisirs, activités physiques et religion.....	64
d. Autonomie, aides et suivi médical.....	65
e. Evaluation du confort et de la sécurité.....	66
3) Déménagement	67
a. Initiative et démarches	67
b. Pourquoi ?.....	68
c. Craintes.....	68
d. Délai d'attente	69
4) Depuis l'installation.....	69
a. Evaluation du logement actuel.....	69
b. Modification de la distance et retentissement sur le tissu social.....	70
c. Modification des activités.....	72
d. Autonomie, aides et suivi médical.....	73
e. Modification de la qualité de vie, du sentiment de confort et de sécurité.....	75
f. Regrets et craintes initiales	76
g. Commentaires divers des résidents sur la résidence autonomie	77
Chapitre 3 – Discussion	80
1) Limites et biais.....	80
a. Limites.....	80
b. Biais de sélection	81
c. Biais lié à la qualité des informations recueillies.....	81
d. Biais d'analyse.....	81
2) Autour du déménagement	81
3) Impact sur le tissu socio-familial	84
4) Évolution de l'autonomie et son impact sur les aides	86
5) Evolution de la pratique des loisirs	87
6) Perception du logement et de la structure	87
7) Modification du suivi médical	88
8) Réflexions et perspectives	89
4^{ème} partie – Conclusion	91
Annexes.....	93
Annexe A : Calcul du GIR Moyen Pondéré (GMP)	93
Annexe B : Note d'information à l'attention des résidents	94
Annexe C : Questionnaire d'enquête	95
Annexe D : Activités proposées en 2016	114
Bibliographie.....	115

Table des tableaux et des figures

Tableau 1 - Proportion de décès à domicile en fonction de l'âge	21
Tableau 2 - Caractéristiques du demandeur en fonction du GIR (14).....	25
Tableau 3 - Répartition des patients pris en charge par le SSIAD en fonction de leur âge et leur GIR (2008)	28
Tableau 4 - Répartition des personnes âgées aidées par type d'aide reçue, selon le niveau de dépendance (27).....	32
Tableau 5 - Nombre médian d'heures d'aide fournies par jour aux personnes âgées par les professionnels et par l'entourage, selon le degré de dépendance (27)	32
Tableau 6 - Motifs de sortie des résidents partis au cours de l'année 2011 (39).....	43
Tableau 7 - Destination de sortie des résidents partis au cours de l'année 2011 (39)	43
Tableau 8 - Répartition de l'attribution de l'APA selon le GIR et le lieu de résidence	47
Tableau 9 - Répartition de l'attribution de l'APA selon l'âge et le lieu de résidence.....	47
Tableau 10 - Répartition des âges au sein de la résidence.....	61
Tableau 11 - Nombre de pièces utilisées dans leur dernier logement	63
Tableau 12 - Distance séparant l'ancien logement et la résidence-autonomie	63
Tableau 13 - Composition du tissu familial.....	63
Tableau 14 - Fréquence des visites.....	64
Tableau 15 - Répartition des aides à domicile.....	66
Tableau 16 - Modification de la fréquence des visites en fonction de la modification de la distance	71
Tableau 17 - Répartition des aides à domicile au sein de la résidence.....	74
Tableau 18 - Modification de la fréquence du suivi médical après déménagement.....	75

~

Figure 1 - Evolution des lieux de vie au cours du dernier mois de vie	22
Figure 2 - Le modèle de Bouchon	23
Figure 3 - Photographies de la structure.....	54
Figure 4 - Situation géographique de la résidence	55
Figure 5 – Entrée du logement et rangements.....	56
Figure 6 - Pièce principale.....	56
Figure 7 - Cuisine	56
Figure 8 - WC.....	57
Figure 9 - Salle de bains et accès.....	57
Figure 10 - Évaluation du sentiment de confort et de sécurité au sein du dernier logement	67
Figure 11 - Délais d'attente avant déménagement vers la résidence-autonomie	69
Figure 12 - Comparaison du tissu social (avant / après déménagement)	72
Figure 13 – Modification de la qualité de vie, des sentiments de confort et de sécurité depuis le déménagement.....	76

Listes des abréviations

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources
ANAH	Agence Nationale de l'Habitat
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APL	Aide Personnalisée au Logement
ARS	Agence Régionale de la Santé
ASH	Aide Sociale à l'Hébergement
CDAPH	Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
EHPA	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMSP	Équipe Mobile de Soins Palliatifs
ETP	Équivalent Temps-Plein
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAD	Hospitalisation À Domicile
IDE	Infirmier Diplômé d'État
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MARPA	Maison d'Accueil et de Résidence Pour l'Autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SPASAD	Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Le vieillissement de la population est un enjeu majeur de santé publique, aujourd'hui et plus encore pour les années à venir. L'effectif de la population âgée ne cesse de croître, tout comme l'espérance de vie. Quels que soient l'âge et le milieu socio-économique, le premier référent pour la prise en charge de la personne vieillissante après la famille proche est le médecin généraliste. Il doit faire face à une dégradation progressive de l'état de santé liée à l'âge et souvent hélas associée à une dégradation économique (retraite, augmentation de dépenses de santé) conduisant à une diminution de l'autonomie. Cette perte d'autonomie progressive représente un enjeu majeur pour envisager une alternative au maintien à domicile lorsque la vie dans sa maison ou son appartement devient difficile voire dangereuse. Toutefois, si la maison de famille devient inadaptée (ou au prix de travaux conséquents, bien souvent impossibles à envisager), il existe de nombreuses autres possibilités de logement selon le degré d'autonomie résiduel. Différentes aides sont également disponibles afin de favoriser au mieux une vie confortable à son domicile.

Ces alternatives se sont développées progressivement au cours du XX^{ème} siècle, et particulièrement au cours de ces dernières décennies. D'abord peu nombreuses et souffrant d'une image péjorative (ce qui retardait souvent l'admission des patients), elles sont désormais variées, tentant de s'adapter au mieux aux mentalités et aux nouveaux désirs des patients. Cependant, l'idée du « mouvoir » reste profondément ancrée dans l'inconscient collectif, et l'on peut se demander si la transition puis l'institutionnalisation ne se font pas généralement trop tardivement à cause de fausses représentations de ces structures, ceci d'autant plus en milieu rural.

De même, qu'advient-il de ces personnes qui ont décidé, accepté ou parfois subi un déménagement de leur domicile vers une de ces alternatives ? Si l'habitat est théoriquement mieux adapté à leur autonomie, la question de leur bien-être est d'autant plus pertinente quand on sait combien le cadre de vie est primordial pour la qualité de vie.

C'est pourquoi au cours de ce travail nous souhaitons avant tout nous intéresser à la perception qu'ont les résidents de ces établissements, afin de mieux connaître le contexte d'accès à ces structures, leurs craintes initiales éventuelles, les modifications de leurs

habitudes de vie depuis leur admission, d'évaluer leur degré de satisfaction et d'insatisfaction, afin d'envisager des pistes d'améliorations de leur vie quotidienne au sein de ces structures. Pour espérer créer des logements répondant au mieux aux nouveaux désirs de leurs habitants, il faut leur offrir la possibilité de s'exprimer sur leur parcours.

Nous avons décidé de prendre l'exemple d'une résidence autonomie meusienne, celle d'Hannonville sous les Côtes. Située au cœur des côtes de Meuse, s'inscrivant dans un territoire rural, elle permet d'assurer une transition entre une habitation personnelle devenue trop difficile à vivre, à entretenir, et une éventuelle institutionnalisation en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ou Unité de Soins de Longue Durée (USLD). Nous avons ainsi donné la parole aux 41 résidents à travers des entretiens semi-dirigés. Sur une période de 3 mois (du 8 novembre 2016 au 4 janvier 2017), ces personnes aux profils variés ont pu retracer le mode de vie antérieur à leur arrivée, exprimer leurs craintes ou difficultés entourant leur déménagement, revenir sur les modifications de leurs habitudes, parler de leurs regrets éventuels et enfin proposer des souhaits ou des pistes d'améliorations concernant la structure et son fonctionnement.

Avant d'aborder le cœur de cette étude, nous donnerons un aperçu de la société actuelle et future à travers des données statistiques montrant quelles modifications démographiques sont attendues pour les prochaines décennies et leurs conséquences économiques. Nous verrons ensuite quelles sont les différentes alternatives au maintien à domicile, leurs indications, leurs limites, et quelles aides s'offrent aux personnes en fonction de leur niveau d'autonomie. Enfin, après la présentation du travail et de ses résultats, nous discuterons de leur pertinence et de leur mise en perspective par rapport aux données présentées au préalable.

1^{ère} partie – Problématique

Chapitre 1 – Données statistiques

1) Démographie et vieillissement de la population française

L'espérance de vie en France continue d'augmenter progressivement chaque année. Cette augmentation se constate pour les deux sexes mais également pour toutes les tranches d'âge, mais de façon inégale.

a. Espérance de vie à la naissance

En 60 ans (de 1950 à 2010), l'espérance de vie à la naissance est passée de 69,2 ans pour les femmes et 63,4 ans pour les hommes à respectivement 84,7 ans (+ 15,5 ans) et 78,0 ans (+ 16,6 ans). On estimait en 2014 l'espérance de vie à la naissance à 85,4 ans pour les femmes et à 79,2 ans pour les hommes. (1) Dans la région Grand Est, elle est respectivement de 84,6 et 78,6 ans, et en Meuse de 84,1 et 78,3 ans. (1)

On constate ainsi un gain moyen de 3 mois d'espérance de vie à la naissance par an.

b. Espérance de vie en bonne santé

L'espérance de vie en bonne santé est un indicateur subjectif mais permettant de refléter la qualité de vie, notamment durant les dernières décennies où les problèmes de santé sont plus fréquents. En 2014, elle était de 64,2 ans pour les femmes (+ 0,1 an depuis 2004) et de 63,4 ans pour les hommes (+ 1,9 ans depuis 2004). (2) On peut ainsi observer que d'une part l'espérance de vie en bonne santé stagne chez les femmes, resserrant ainsi l'écart avec celle des hommes, et d'autre part que l'espérance de vie à la naissance progresse plus vite que celle de vie en bonne santé, ce qui entraîne une augmentation du nombre d'année de vie en moins bonne, voire mauvaise santé.

c. Espérance de vie à l'âge de 60 ans

On constate également une progression de l'espérance de vie à 60 ans, avec sur les dix dernières années un gain moyen de + 1,7 an, pour ainsi passer à 22,5 ans pour les hommes

et 27,3 ans pour les femmes, avec une tendance à la réduction du différentiel d'âge entre hommes et femmes. (3) (4)

Dans la région Grand Est, on retrouve des chiffres similaires : 22,3 ans pour les hommes et 26,9 ans pour les femmes, et enfin en Meuse respectivement 22,4 et 26,8 ans. (5)

Cette progression est finalement globale pour l'ensemble des tranches d'âge (bien que moins importante chez la femme de par la progression de facteurs de comorbidités), et on retrouve logiquement une proportion de personnes âgées plus importante dans la population générale.

Il y a donc ainsi au 1^{er} janvier 2016 un total de plus de 12 270 000 personnes de plus de 65 ans soit 19% de la population Française, dont près de 6 000 000 âgés de 75 ans et plus (soit 9,25% de la population Française). (6) Il est également logique de constater que la proportion est de plus en plus importante, passant :

- En 60 ans (de 1950 à 2010), de 11,4% à 16,9% (gain de 5,4 points) pour les plus de 65 ans, soit un gain de 0,09 point par an,
- En 10 ans (de 2006 à 2016), de 16,6% à 19,0% (gain de 2,4 points) pour les plus de 65 ans, soit un gain de 0,24 point par an.

Il est important de noter que la progression de cette tranche d'âge de la population voit son augmentation d'effectif s'accélérer.

Ainsi, les projections de l'INSEE envisagent à l'horizon 2030 une population comprenant 23,4% de plus de 65 ans, et jusqu'à 26,7% en 2060. (7) Cette augmentation sera forte jusqu'en 2035 car c'est une population formée de personnes issues du baby-boom (période allant de la fin de la 2nde guerre mondiale à 1975) qui auront toutes alors atteint 60 ans. (8)

Enfin, cette modification de la répartition de la pyramide des âges verra augmenter l'âge moyen des français, passant de 39 ans en 2007 à 43 ans en 2035 puis 45 ans en 2060. (7)

En ce qui concerne la dépendance, les projections estiment que le nombre de personnes âgées dépendantes sera multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030 et par 2 entre 2010 et 2060 (passant ainsi de 1,1 million en 2010 à 2,3 millions en 2060). (9)

2) Où vivent et meurent les personnes âgées ?

Le lieu de vie durant les années où l'autonomie décroît progressivement est une préoccupation majeure pour les personnes âgées, mais également le lieu où elles désirent mourir. Il existe néanmoins une discordance entre les espérances et la réalité.

a. L'institution reste minoritaire

La vie en institution reste encore rare avant 80 ans : elle concerne 1 personne sur 160 de 60 à 64 ans et 1 personne sur 40 de 75 à 79 ans. La fréquence augmente logiquement avec l'âge pour atteindre un quart des personnes de 90 ans et la moitié des plus de 97 ans. (10) Les femmes y sont trois fois plus nombreuses que les hommes pour deux raisons principales : une espérance de vie plus importante, mais aussi une fréquence d'institution plus élevée (à âge donné).

b. Un hiatus entre le souhait et la réalité

Le souhait de vivre à son domicile le plus longtemps possible et d'y finir sa vie est un souhait exprimé par la quasi-totalité des français (81 % en 2010 (11)) mais seuls 25,5 % d'entre eux y décèderont finalement. (12) Il est néanmoins important de nuancer la notion du « lieu de fin de vie » de celle du « lieu de décès » et il n'est pas rare que des personnes malades changent d'avis et demandent à être hospitalisées.

La proportion de décès à domicile a diminué en 20 ans, passant de 28,6 % en 1990 à 25,5 % en 2010. Parallèlement à cela, la part des décès à l'hôpital est restée stable (57,5 %) tandis que celle des décès en maison de retraite est passée de 8 % à 11,6 % sur la même période.

Chez les plus âgés, on constate également une distinction en fonction de l'âge, avec une proportion de décès à domicile qui reste plus importante (malgré une légère diminution) pour les âges plus avancés.

Tableau 1 - Proportion de décès à domicile en fonction de l'âge

	75 – 89 ans	90 ans et plus
1990	28 %	31 %
2000	25 %	29 %
2010	24 %	28 %

C'est durant la toute fin de vie que se forme le hiatus entre le désir exprimé initialement et la réalité, le taux d'hospitalisation double durant le dernier mois avant le décès :

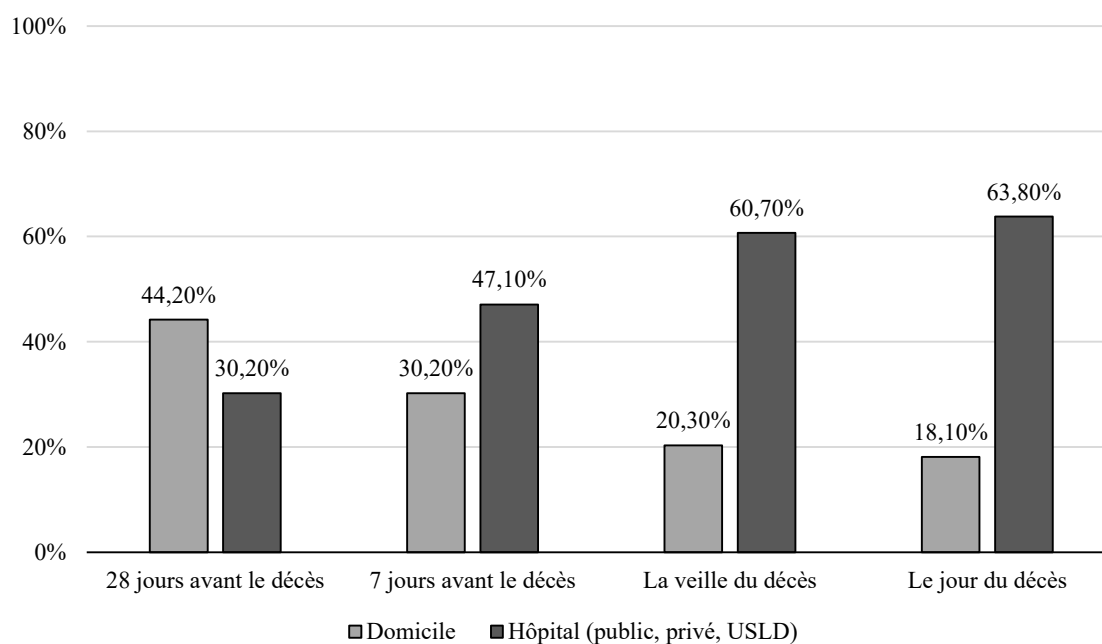


Figure 1 - Evolution des lieux de vie au cours du dernier mois de vie

De même, le lieu de vie un mois avant le décès détermine quasi systématiquement le devenir : les personnes se trouvant à l'hôpital 28 jours avant leur décès y resteront jusqu'au décès dans 86,4 % des cas, tandis que seuls 32,8 % des personnes qui vivaient à leur domicile un mois avant leur décès y décèderont effectivement. (12) On notera enfin que 12,8 % des personnes en fin de vie à domicile sont hospitalisées au cours des dernières 24h avant leur décès.

On constate ainsi que l'extrême fragilité du maintien à domicile de la fin de vie reste délicate à prendre en charge lors des derniers instants et qu'il est important, tant du côté du patient que du côté professionnel, de s'y préparer pour respecter autant que possible la volonté du patient.

3) Vieillessement, fragilité, handicap et dépendance

a. Le vieillissement

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le vieillissement sur le plan biologique est l'accumulation de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Cette accumulation entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, avec une majoration du risque de maladie, conduisant vers le décès. (13) Le vieillissement se manifeste par une diminution des capacités de l'organisme à s'adapter aux conditions variables de l'environnement. Ce n'est pas un phénomène linéaire, et une situation de fragilité peut alors apparaître.

b. La fragilité

C'est un état instable, transitoire, de forte vulnérabilité, résultant d'une réduction des réserves adaptatives des systèmes biologiques et physiologiques sous l'action conjuguée de l'âge, des maladies et du contexte de vie. (14) L'état de fragilité entraîne alors un risque élevé de dépendance, d'hospitalisation, d'entrée en institution et de mortalité. Cette situation nécessite donc une réaction rapide de la part de l'entourage s'il est présent, et du corps médical et paramédical.

Ce concept de fragilité est parfaitement illustré par le modèle de Jean-Pierre Bouchon, élaboré en 1984, montrant le phénomène de vieillissement physiologique et que la survenue d'un facteur précipitant peut faire basculer, au travers d'une situation de fragilité, vers une situation de dépendance.

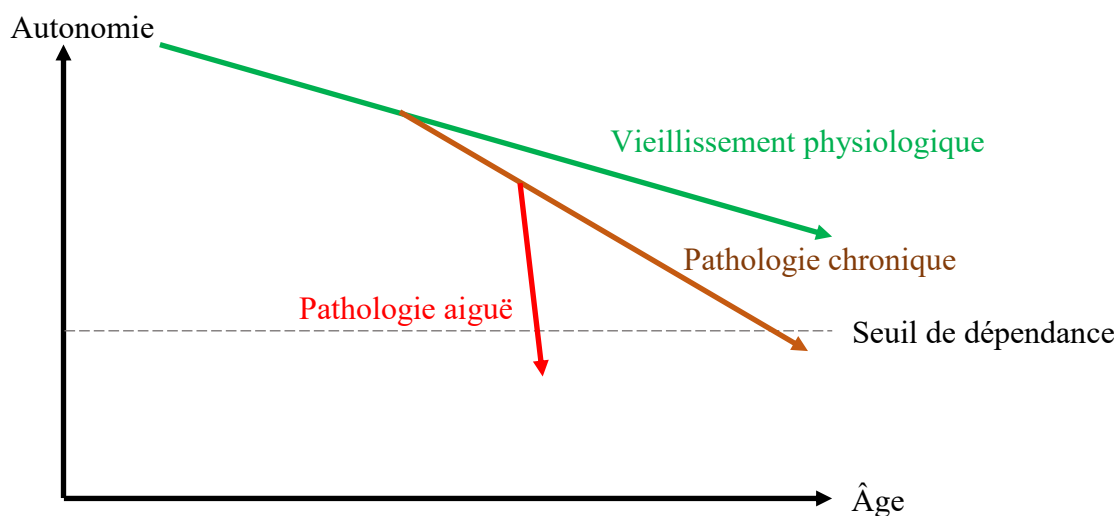


Figure 2 - Le modèle de Bouchon

c. Le handicap

Le handicap se définit par toute limitation d'activité ou toute restriction de participation à la vie en société, subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. (15) Il se manifeste généralement par des difficultés de déplacement, d'expression ou de compréhension chez la personne atteinte. Il peut être présent dès la naissance ou s'installer au cours de la vie suite à un accident, une pathologie ou encore au vieillissement. Le handicap ne s'associe toutefois pas systématiquement à la dépendance.

d. La dépendance

Lorsque l'état de santé se dégrade, une situation de dépendance peut s'installer limitant ainsi l'autonomie de la personne. Selon l'OMS, l'autonomie se définit comme la capacité à se gouverner soi-même, impliquant la liberté pour un individu de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. (16) Par opposition, la dépendance est « l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement ». La notion d'environnement est ici intimement liée de celle de la dépendance car pour un même état de santé, une situation de handicap peut s'installer si l'environnement n'est plus adapté.

L'évaluation de la dépendance se fait grâce à la grille nationale AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources), servant de référence aux différents organismes d'évaluation et de suivi des dossiers de dépendance permettant l'accès à différentes aides financières et services à domicile.

Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA, voir : *1^{ère} partie, chapitre 3, 3^{ème} paragraphe*).

Voici un aperçu du profil des personnes en perte de dépendance selon leur évaluation GIR :

Tableau 2 - Caractéristiques du demandeur en fonction du GIR (14)

GIR 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante
GIR 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
GIR 4	. Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, . Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
GIR 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
GIR 2	. Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'étage exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, . Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
GIR 1	. Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants, . Ou personne en fin de vie

Chapitre 2 – Le maintien à domicile : intervenants, difficultés et alternatives

Vivre à domicile le plus longtemps possible reste une volonté forte, exprimée par 90% des personnes âgées de plus de 65 ans. (17) L'adaptation de l'habitat est donc un enjeu majeur du maintien à domicile, que ce soit dans la décision de garder son logement « historique » et de l'aménager (tant par le matériel que les aides en nature), ou dans le choix d'un nouveau logement mieux adapté. Nous verrons dans ce chapitre quelles sont les difficultés rencontrées dans le maintien à domicile, puis quelles en sont les alternatives.

1) Les intervenants

Différents intervenants sont souvent nécessaires pour assurer le maintien à domicile d'une personne âgée. La complémentarité de leurs actions et de leurs compétences permet que ce maintien se déroule correctement tout en respectant la volonté de la personne concernée.

a. Le médecin traitant

Le médecin traitant représente un rôle majeur dans l'organisation du maintien à domicile. En effet, il assure la coordination des différentes équipes paramédicales au sein d'un réseau de soins organisé. Il a également pour rôle de reconnaître les signes d'alerte marquant les limites d'une prise en charge. Souvent médecin de famille, et ce d'autant plus dans les territoires ruraux, il suit et connaît l'encadrement familial ou au contraire l'isolement de son patient et est particulièrement apte à comprendre les facteurs déclenchant des situations problématiques. Sa connaissance du territoire (qui en ruralité peut représenter un obstacle considérable de part une accessibilité complexe, un isolement géographique ou des conditions météorologiques hostiles) et des conditions médico-socio-économiques du patient et de son entourage lui offrent cette vision globale. Il travaille ainsi conjointement avec l'entourage proche du patient, avec un rôle d'intermédiaire et de médiation avec les équipes soignantes. De fait, il se situe au premier rang pour affronter toutes ces difficultés. Toutefois, et comme dans chaque corps de la santé, ce rôle clé dépend également des ressources du territoire et de l'implication de chaque professionnel dans la chaîne de soins.

b. Infirmiers et SSIAD

Les infirmiers libéraux assurent la continuité des soins coordonnés par le médecin, que ce soit pour la préparation des piluliers (associée parfois à la délivrance des médicaments), la réalisation de soins de pratique courante (injections, prélèvements, pansements, perfusions, poses de sonde), de soins spécialisés (prise en charge de patients immunodéprimés, cancéreux, diabétiques), mais ils ont également un rôle de surveillance, de réévaluation. En effet, avec un contact souvent plus fréquent avec les patients à leur domicile, les infirmiers permettent une remontée d'informations plus précise et plus régulière que des visites itératives du médecin traitant (souvent espacées d'un à plusieurs mois hors pathologie intercurrente). En 2011, on estimait une densité d'infirmiers libéraux à environ 128,9 pour 100 000 habitants. Au travers d'une convention, ils peuvent collaborer avec un Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD).

Les SSIAD sont des services médico-sociaux (article *L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles*) (18). Ils sont formés d'équipes pluridisciplinaires composés par des infirmiers diplômés d'état (IDE) dont un coordinateur, des aides-soignants et éventuellement des aides médico-psychologiques. Ils s'adressent aux personnes âgées de plus de 60 ans (malades ou en perte d'autonomie), et aux personnes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes de maladies chroniques. Leurs objectifs sont la prévention de la perte d'autonomie, éviter l'hospitalisation, faciliter le retour à domicile après une hospitalisation et retarder une entrée en établissement d'hébergement. (19) Les SSIAD réalisent ainsi des soins de nursing et des actes infirmiers classiques. Ils ont également un rôle de coordination avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux. Leur capacité d'intervention est limitée en fonction des effectifs et de la demande, et dépendra d'une évaluation préalable au domicile par un infirmier coordonnateur qui proposera un programme d'interventions.

Le nombre de SSIAD a considérablement augmenté depuis leur création en 1975, pour atteindre en 2011 un total de 2075 regroupements pour 116 784 places. (20) Cela représente ainsi une densité de 21,18 SSIAD pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans. Ils interviennent sur prescription médicale, avec des soins assurés jusqu'à sept jours sur sept. Le financement est assuré par l'Assurance Maladie et les frais sont gratuits pour le patient. En moyenne, la durée de suivi est de 8 mois pour un patient de plus de 60 ans.

L'effectif des patients pris en charge varie selon leur GIR : (21)

Tableau 3 - Répartition des patients pris en charge par le SSIAD en fonction de leur âge et leur GIR (2008)

Age	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Hors GIR
60 – 74 ans	6 %	36 %	26 %	28 %	2 %	1 %	1 %
75 – 84 ans	7 %	32 %	27 %	31 %	2 %	1 %	1 %
85 ans et plus	8 %	30 %	28 %	30 %	2 %	1 %	1 %
Total	7 %	32 %	27 %	30 %	2 %	1 %	1 %

c. Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'assurer des soins complexes à domicile de nature hospitalière (car complexes, intenses, ou techniques) pour des personnes qui ont besoin d'une continuité des soins. Elle permet ainsi de raccourcir voire d'éviter une hospitalisation et donc d'une part de libérer de la place dans les hôpitaux, et d'autre part d'offrir le confort du domicile pour des personnes (âgées ou non) qui souhaitent souvent y rester ou y retourner le plus rapidement possible. (22) Ainsi, la personne concernée garde ses repères et on évite une fragilisation pour la personne qui partage son quotidien au domicile. L'HAD peut par exemple permettre d'éviter un placement temporaire d'un mari ou d'une épouse dépendants.

L'HAD est également possible en EHPAD, notamment pour les pansements complexes et pour les soins palliatifs, en complémentarité avec les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP). (49)

La demande d'entrée en HAD peut se faire par un médecin hospitalier ou par le médecin traitant (dont l'accord sera dans tous les cas requis), puis le dossier sera évalué par l'équipe de coordination de l'HAD, avec une évaluation au domicile pour étudier la faisabilité. Pour en bénéficier, il faut ainsi avoir un centre hospitalier comportant une HAD et se situer dans un rayon d'action couvert par l'équipe (ce qui n'est pas toujours possible au sein des territoires ruraux).

L'équipe d'HAD est pluridisciplinaire avec, selon les besoins, des infirmiers, des assistantes sociales, des psychologues, des diététiciennes, des rééducateurs. Elle est encadrée par un médecin coordonnateur.

En 2014, l'HAD comprenait 309 structures actives, avec 106 000 personnes accueillies, 162 000 séjours représentant 4,4 millions de journées, soit 944 millions d'euros facturés à l'assurance maladie. (22) Les tarifs sont fixés par le ministère de la santé, et en 2011 ils représentaient une moyenne de 198 € par journée. (22) Cela représente une économie

d'argent, une économie de lit pour le centre hospitalier local (argument non négligeable étant donnée la surpopulation dans de nombreux services hospitaliers), mais aussi cela permet d'optimiser le maintien à domicile.

Les principaux motifs de recours à l'HAD sont la réalisation de pansements complexes et soins spécifiques, comme par exemple la prise en charge des stomies, (25,2 %), des soins palliatifs (23,6 %) et des soins de nursing lourds (11,2 %). Dans 20 % des cas la situation se dégrade, nécessitant une (ré)hospitalisation, et dans moins de 9 % des cas la prise en charge prend fin en raison du décès de la personne (principalement lors des situations de soins palliatifs). L'HAD est prise en charge à 80 % par l'Assurance Maladie, comme pour toute hospitalisation, ou à 100 % dans le cadre des affections de longue durée. (23)

L'intérêt de l'HAD dans le maintien à domicile est de permettre de limiter une durée d'hospitalisation, voire même de l'éviter, afin de ne pas sortir la personne de son environnement rassurant, mais également lorsqu'elle vit en couple de ne pas laisser seul son ou sa conjointe et éviter à son tour une dégradation de son état général.

d. Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont délivrés lorsqu'une personne se trouve en situation de fin de vie, au terme d'une maladie grave (évolutive ou en phase terminale) et ce quel que soit son âge. Ils ont pour but de préserver la qualité de vie en soulageant douleurs et symptômes gênants au travers d'une prise en charge transversale (médicale, psychologique, sociale, spirituelle), du patient et de son entourage. (50) Le droit à l'accès aux soins palliatifs a été officialisé au travers de la loi du 9 juin 1999. (51)

On dénombre ainsi en 2016 : (52)

- 144 unités de soins palliatifs
- 404 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)
- 2 équipes mobiles de soins palliatifs pédiatriques
- 15 équipes ressources régionales pédiatriques
- 111 réseaux de soins palliatifs
- 350 associations de bénévoles

En 2014, seuls 2,5 % des médecins généralistes libéraux étaient formés aux soins palliatifs, et on estime qu'ils sont confrontés en moyenne à entre une et trois situations de fin de vie chaque année.

2) Difficultés

a. Domicile inadapté, insécurité

Le domicile est le socle de la qualité de vie pour tout individu, et devient un point de repère essentiel pour la personne vieillissante. Bien qu'il soit parfois devenu difficile d'y vivre lorsque l'autonomie décroît, une maison reste un cadre sécuritaire, rassurant, intime, c'est la mémoire d'une vie. La quitter, même de façon temporaire pour des soins ambulatoires ou d'urgence est souvent un frein à la prise en charge. Pourtant, l'expérience de l'exercice de la médecine rurale montre que les maisons ne sont plus adaptées à leurs habitants devenus âgés, et l'architecture ancienne convenait mieux à des familles jeunes et dynamiques plutôt qu'à des personnes en perte d'autonomie.

Les marches d'escaliers (quand bien même fussent-elles peu nombreuses) étroites ou en colimaçon, les portes, ou encore les tapis sont autant d'obstacles du quotidien qui représentent un risque sournois et permanent de chute, et donc un facteur de précipitation de dépendance. Chaque année, plus de 9000 personnes de plus de 65 ans décèdent dans les suites d'une chute, dont les trois quarts concernent les plus de 75 ans. (24) (25)

Le mobilier utile, comme celui de la cuisine ou de la salle de bain montre également ses limites lorsqu'il s'agit de s'adapter aux personnes âgées. Ainsi, une simple baignoire ou des WC trop bas, un éclairage trop faible ou un mauvais chaussage sont des enjeux dans l'adaptation du quotidien, et pourtant ces éléments sont trop souvent mis de côté ou pris en compte trop tardivement.

De même, dans des habitations trop vétustes on constate des installations qui ne sont plus conformes aux règles de sécurité ou qui ne sont plus adaptées au niveau d'autonomie. La simple présence d'une gazinière chez une personne aux troubles cognitifs débutants devient alors un risque important. Enfin, l'insalubrité de certaines maisons, elles aussi vieillissantes, peut-être la source d'une majoration de l'altération de l'état de santé de leurs habitants.

Hélas, l'adaptation du logement reste minoritaire : en 2008, seul le quart des personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile ont eu recours à au moins une aide technique (aide à l'hygiène de l'élimination, aide aux déplacements, aides aux transferts et/ou aide auditive) ou à une adaptation de leur logement. (26) Pourtant, et grâce à des aides financières (voir 1^{ère} partie – chapitre 3), des aménagements peuvent transformer un habitat et améliorer l'accessibilité, par exemple avec un lève-malade, des élargissements de portes, des adaptations dans la cuisine, salle de bains ou WC).

Enfin, on constate également une faible proportion de personnes âgées bénéficiant d'une téléalarme, dispositif permettant notamment d'offrir une assistance aux personnes âgées isolées. Souvent limitée dans son autonomie, la téléalarme peut ainsi palier la réactivité d'une personne ralentie inquiète, ou ayant par exemple chuté et ne pouvant se relever. En 2008, la moyenne d'âge des abonnés était de 84 ans, avec 75 % des abonnés ayant 80 ans et plus, avec une durée moyenne de contrat entre 3 et 4 ans. On ne retrouvait ainsi que 4 % des personnes de plus de 60 ans équipées de ce service. (26)

b. Isolement socio-familial, aidants épuisés

L'isolement d'une personne âgée a de multiples causes. Une famille distante, fâchée ou tout simplement absente, un veuvage, un tissu social s'étiolant avec les années (décès, maladies) sont des exemples parmi d'autres.

Le soutien familial est primordial pour la majorité des soignants dans le cadre du maintien à domicile. Le rôle des familles est de premier ordre car elles peuvent représenter un interlocuteur de confiance et assurer un suivi plus rapproché ; elles sont par ailleurs susceptibles de faire émerger des informations pertinentes sur le quotidien des personnes âgées. Elles sont également un soutien affectif potentiel dans cette période de grande fragilité. On constate que l'entourage proche est la première source d'aide que reçoivent les personnes âgées (27) : en effet, 8 personnes âgées sur 10 bénéficient d'une aide régulière de leur entourage, et 48 % des personnes âgées aidées ne reçoivent une aide que de cet entourage uniquement.

Le tableau suivant montre que les proches, à travers une aide seule ou en complément d'une aide professionnelle, sont un soutien très important qu'il est nécessaire de prendre en compte dans la prise en charge globale de la personne âgée.

Tableau 4 - Répartition des personnes âgées aidées par type d'aide reçue, selon le niveau de dépendance (27)

Aide	GIR 1 – 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Entourage seulement	22 %	25 %	36 %	45 %	56 %	48 %
Professionnels seulement	7 %	7 %	14 %	15 %	24 %	20 %
Mixte	71 %	68 %	50 %	40 %	20 %	32 %

L'aidant est incarné par de multiples personnes selon les situations. Ces aidants, non professionnels servent de soutien polyvalent, endossant des rôles variés comme l'aide à la toilette, à l'habillage, aux repas. Ils contrôlent l'observance médicamenteuse, le suivi médical (le respect des rendez-vous) ou administratif. Dans 75 % des cas, c'est une aidante (qu'elle soit l'épouse, la fille ou belle fille, ou encore voisine), âgée en moyenne de 58 ans. (28) Le volume d'heures consacrées à ces aides représente une charge de travail très conséquente.

Tableau 5 - Nombre médian d'heures d'aide fournies par jour aux personnes âgées par les professionnels et par l'entourage, selon le degré de dépendance (27)

	Aide des professionnels	Aide de l'entourage	Aide de l'entourage non cohabitant	Aide de l'entourage cohabitant
GIR 1 – 2	2h10 [1h00 – 4h00]	5h15 [2h45 – 10h05]	3h00 [1h05 – 5h45]	5h40 [2h55 – 10h10]
GIR 3	1h25 [0h45 – 2h20]	4h00 [2h00 – 6h30]	2h00 [1h00 – 4h35]	4h15 [2h15 – 6h45]
GIR 4	0h50 [0h25 – 1h35]	2h00 [0h55 – 4h20]	1h00 [0h25 – 2h40]	2h20 [1h05 – 4h30]
GIR 5 – 6	0h25 [0h15 – 0h50]	1h10 [0h25 – 2h55]	0h50 [0h20 – 1h45]	1h40 [0h40 – 3h30]
Tous	0h35 [0h15 – 1h15]	1h40 [0h35 – 4h00]	1h00 [0h25 – 2h00]	2h10 [0h55 – 4h30]

Ainsi, le travail hebdomadaire peut représenter près de 30 à 40h lorsque l'autonomie se dégrade, avec une charge logiquement plus lourde pour l'aidant vivant au sein du même foyer que la personne âgée. Cette charge de travail devient parfois un fardeau conduisant à un épuisement, source de rupture et de glissement pour la personne âgée, voire de maltraitance et l'issue se résume souvent à l'hospitalisation, faute d'autres solutions. (29)

La Fondation de France a réalisé une étude en 2014 sur l'isolement des français (30), qui met en évidence une accentuation de cet isolement (isolement évalué sur les 5 réseaux de sociabilité : familial, professionnel, amical, affinitaire ou voisinage). Ainsi, 1 français sur 8 vit seul en 2014 (contre 1 sur 10 en 2010) et ce sont les personnes de plus de 75 ans qui sont le plus concernées par cette progression avec 27 % de situations d'isolement en 2014 contre 16 % en 2010. (31) Cet isolement touche tous les aspects sociaux, avec des contacts

familiaux moins fréquents (39 % des personnes ne voient leur famille qu'exceptionnellement), des échanges de voisinage également plus rares (36 % n'ont pas ou peu de contacts avec leurs voisins) et enfin 25 % des français déclarent n'avoir aucune relation amicale soutenue.

c. La décision de partir : la place du choix et du consentement

Le consentement, c'est l'acte de consentir, d'accepter que quelque chose ait lieu. Cette décision peut être « expresse » lorsque la volonté se manifeste de manière apparente (signature par écrit, déclaration faite en public ou devant témoin), ou elle peut être « tacite » lorsque la personne ne s'est pas manifestée par écrit, mais dont le consentement se déduit d'éléments apparents (gestes, attitudes, à condition qu'ils ne soient pas équivoques).

Quitter son domicile pour une nouvelle structure est une étape importante dans la vie d'une personne âgée, entraînant des changements majeurs dans les habitudes de vie avec une potentielle perte de repères. Prendre cette décision requiert une capacité de discernement, de réflexion, avec au préalable une information correctement donnée et comprise. Nous verrons dans la 2^{ème} partie (*chapitre 2 – paragraphe 3.h.*) que l'âge d'entrée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) recule progressivement et il est donc important de se demander si les capacités de jugement sont toujours présentes durant cette période charnière.

Officiellement, l'admission ne peut se faire qu'avec l'accord de la personne. Dans la pratique, il est difficile d'évaluer si ce consentement a été recueilli et dans quelles conditions. La pression de la famille, des aidants sur lesquels reposent une lourde responsabilité et une charge de travail conséquente est parfois importante et peut influencer la personne âgée qui peut alors céder contre son souhait personnel.

Cette question importante sera abordée dans la seconde partie, au sein même du travail d'étude réalisé auprès des habitants d'une résidence autonomie.

3) Alternatives au maintien à domicile

De nombreuses possibilités s'offrent désormais aux personnes âgées lorsque leur domicile devient inadapté au quotidien. Nous allons tenter de voir quelles sont les différences et sur

quels critères d'accessibilité, de services proposés, de budget ou encore d'encadrement médical les choix vont pouvoir se faire.

a. Les béguinages

Anciens lieux hébergeant des communautés religieuses (les Béguines), de nombreux sites historiques ont été rénovés dans le but d'y accueillir des personnes âgées, mais de nouvelles structures ont également vu le jour, inspirées de ces institutions initialement exclusivement religieuses. (32) Ils se situent majoritairement historiquement dans le nord de la France, gérés par des bailleurs sociaux (assurant ainsi un service de qualité contrôlée pour des loyers abordables) mais désormais aussi dans le reste de la France avec plusieurs projets en cours. Une labellisation est d'ailleurs en cours d'élaboration dans le département du Pas de Calais, avec pour objectif d'une part d'encadrer le cahier des charges des différentes structures de béguinage, mais aussi pour améliorer la visibilité auprès des personnes âgées désireuses de ce type d'habitation. Les béguinages sont constitués d'un regroupement de 10 à 20 logements privés, indépendants, de plain-pied, disponibles à l'achat comme à la location. Ils permettent de profiter d'une vie tournée vers la communauté avec un ancrage religieux encore marqué (sans pour autant être une condition indispensable). Ils offrent une ouverture sociale importante avec des espaces et des services communs pour des loyers accessibles aux petits revenus. (33)

Ce ne sont pas des structures médicalisées, donc non éligibles à l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH). Néanmoins, les résidents peuvent bénéficier des aides au logement (Aide Personnalisée au Logement (APL), Allocation de Logement Sociale (ALS)) ainsi que de l'APA à domicile, et donc des services d'aide à domicile. (34)

b. L'habitat regroupé

L'habitat regroupé se destine aux personnes âgées autonomes vivant dans des petites ou grandes agglomérations mais dont le domicile n'est plus adapté. Pour la plupart d'entre eux, ils sont issus d'une initiative des collectivités locales avec également une vocation sociale, prévus pour des retraités ayant de faibles revenus.

Ces logements indépendants (au sein d'un même immeuble pour des appartements ou d'un même site pour des maisons) permettent également l'accès à des espaces et services communs à leurs habitants.

Ce sont des structures non médicalisées, donc non éligibles à l'ASH, mais les différentes aides au logement et aux services sont là aussi accessibles (APL ou ALS, APA). (35)

c. L'habitat intergénérationnel

A la différence des précédentes solutions, l'habitat intergénérationnel ne se destine pas uniquement aux personnes âgées, mais également à tout le monde, à tout âge. Avec des logements adaptés selon l'âge de ses habitants, on y retrouve des chambres plus nombreuses pour des familles, des studios pour des étudiants ou des aménagements adaptés pour les personnes âgées. L'objectif de ce mélange de génération étant d'offrir un cadre sécuritaire pour la personne âgée en la sortant de son isolement afin de profiter des structures communes pour tisser du lien social.

Les aides aux logements et aux services sont accessibles là aussi accessibles (APL ou ALS, APA) mais pas l'ASH car la structure n'est pas médicalisée.

d. L'hébergement familial

En alternative aux hébergements en établissement, les personnes qui ne peuvent plus vivre chez elles peuvent se tourner vers l'hébergement ou l'accueil familial. Après avoir reçu un agrément du conseil départemental (valable 5 ans, obtenu après entretien des services du département avec le demandeur, une évaluation du domicile et une vérification du casier judiciaire), un accueillant familial (composé d'une personne seule ou d'un couple) peut accueillir contre rémunération une à trois personnes âgées au sein de sa maison. (36)

Cet accueil a pour avantage d'être souple et peut ainsi être :

- Temporaire (ex : après une hospitalisation),
- Permanent,
- À temps partiel (ex : durant la journée uniquement),
- À temps complet,
- Séquentiel (ex : tous les weekends).

L'objectif est d'intégrer la personne accueillie dans le quotidien de l'accueillant, tout en assurant des exigences de confort, de sécurité et de bien-être. La personne accueillie doit être assurée de bénéficier d'un libre accès aux pièces communes, avec des équipements adaptés au niveau d'autonomie convenu au préalable. Une chambre privative lui sera réservée, tout comme la mise à disposition de moyens de communication pour l'accès aux secours immédiats. Les accueillants quant à eux peuvent l'aider dans les actes de la vie quotidienne et lui permettre de poursuivre ses activités habituelles.

Le coût de ce type d'hébergement dépend du nombre de jours d'accueil, des services proposés (« indemnité représentative des frais d'entretiens », comprenant la nourriture,

l'entretien du linge, etc.), de la surface réservée (« indemnité représentative de mise à disposition des pièces réservées », soit l'équivalent d'un loyer) et du niveau de handicap et de dépendance (« indemnité de sujétions particulières », précisant le degré de disponibilité de l'accueillant).

Les prix sont librement négociés entre l'accueillant et l'accueilli, avec des loyers mensuels observés allant de 100 €/mois pour 9 m² jusqu'à 450 €/mois pour 40 m² mise à disposition (hors Île de France), charges non comprises. (37)

L'objectif principal de ce type d'hébergement est d'offrir un habitat dynamique, permettant une présence rassurante voire stimulante, ainsi qu'un contact social avec des échanges possibles grâce à la cohabitation de plusieurs générations.

L'hébergement en famille d'accueil peut bénéficier des aides aux logements, ainsi que de l'APA à domicile et de l'ASH.

e. Les résidences services

D'initiative privée, cette alternative s'adresse davantage aux retraités plutôt aisés et autonomes. Ces résidences proposent là encore des appartements regroupés, de taille variable (du studio au F4), autour de services à la carte tels que la restauration, le ménage, la blanchisserie. Elle offre un cadre rassurant, protecteur, la plupart du temps en centre-ville proche des commerces de proximité.

Ces structures sont en plein essor, et on comptait en 2014 près de 19 000 logements ouverts auprès des 10 acteurs principaux, privés (notamment représentés par *Domitys* : 4 213 logements dans 36 résidences services ; *Les Hespérides* : 3741 logements dans 46 résidences services, ou encore *Les Sénioriales* : 2337 logements dans 42 résidences).

Les résidences services n'ont pas une vocation sociale et ne sont pas médicalisées, donc non habilitées à l'ASH. Les loyers, plus importants que dans les résidences-autonomie, sont fixés par les prix du marché, les charges locatives ainsi que des abonnements aux services souscrits. Toutefois, les résidents peuvent bénéficier des aides à domicile comme l'APL ou ALS, ainsi que de l'APA à domicile. (38) En janvier 2017 en Lorraine, parmi ces 10 acteurs majeurs, on ne retrouve que 2 structures opérationnelles (toutes 2 situées à Metz - centre-ville et grande agglomération, ainsi qu'un projet pour le centre de Nancy).

Ainsi à titre d'exemple, la résidence *Domitys* de Maizières les Metz (*La Rose du Beffroi*) propose pour des loyers débutant à 1 103 €/mois un appartement équipé comprenant les charges, l'accès à internet et l'abonnement à des services de télévision par satellite, un

libre accès à leurs services de sport (piscine, fitness, etc..) et culturels (bibliothèque, ateliers, etc...), ainsi qu'à plus de 50 activités et animations par mois (art, culture, sport, jardinage, musicothérapie, etc...) et à une assistance 24h/24, 7j/7.

f. Les résidences autonomie

Anciennement appelés foyers résidences (jusqu'à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement – loi ASV du 29 décembre 2015), les résidences autonomie s'adressent aux personnes âgées dont l'autonomie est globalement conservée mais dont le domicile n'est plus adapté à leur quotidien. Là encore, les motifs sont multiples : baisse de revenu, sentiment d'isolement, habitat inadapté voire dangereux, etc...), et les objectifs sont de continuer à vivre de manière indépendante tout en bénéficiant d'un environnement plus sécurisé, avec l'accès à des services collectifs (ménage, restauration, animation collectives) pour un loyer modéré.

Les critères d'admission prennent en compte à la fois l'âge (plus de 60 ans, sauf dérogation pour les moins de 60 ans ou en situation de handicap) et le niveau de perte d'autonomie avec un GIR limité aux niveaux 5 et 6. L'admission est possible au GIR 4 si la résidence a signé une convention avec un EHPAD et un SSIAD (ou SPASAD).

L'objectif des résidences est de proposer des services et des prestations adaptés aux personnes âgées, et depuis l'adoption de la loi ASV, elles se doivent de respecter un cahier des charges plus rigoureux avec notamment :

- Accès à un service de restauration
- Accès à un service de blanchisserie
- Accès à internet dans au moins une partie de la résidence autonomie
- Accès à un dispositif de sécurité (offrant une assistance et un moyen de se signaler 24h/24)
- Accès aux animations et aux activités organisées dans et en dehors de l'enceinte de l'établissement
- Mise à disposition et entretien des espaces collectifs
- Mise à disposition d'un logement privatif, avec la possibilité d'installer le téléphone et de recevoir la télévision
- Gestion administrative de l'ensemble du séjour, notamment l'état des lieux d'entrée et de sortie et l'élaboration et le suivi du contrat de séjour
- Accès à une offre d'actions collectives ou individuelles de prévention de la perte d'autonomie au sein de la résidence (ou à l'extérieur).

Le respect de ce cahier des charges, et en particulier de ce dernier point, permet à la résidence autonomie de se voir attribuer un « forfait autonomie », budget apporté par le conseil départemental, contribuant à la pérennisation de ces structures. Avec une vocation sociale, les loyers sont modérés et dépendent des prestations choisies par le résident.

Les résidents peuvent bénéficier de différentes aides publiques telles que l'APA à domicile, des aides au logement, et l'ASH.

En 2014, le nombre de places en résidence autonomie était estimé à environ 110 000, pour environ 2 200 résidences.

À ce jour, on dénombre 103 résidences autonomie en Lorraine :

- 6 en Meuse (Revigny sur Orvain, 2 à Verdun, Bar le Duc, Hannonville sous les Côtes, Commercy – 4 publiques, 2 privées à but non lucratif)
- 45 en Meurthe et Moselle (42 publiques, 3 privées à but non lucratif)
- 43 en Moselle (15 publiques, 28 privées à but non lucratif)
- 9 dans les Vosges (9 publiques)

En 2011, l'âge moyen à l'entrée en résidence-autonomie était de 79 ans et 11 mois, avec une durée moyenne de séjour de 5 ans et 3 mois (5 ans et 6 mois pour les femmes, 4 ans et 5 mois pour les hommes). (39)

g. Les MARPA

Les Maisons d'Accueil Rural pour Personnes Âgées (ou MARPA) ont été créées dans les années 1980 à l'initiative de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) pour permettre aux personnes âgées issues du milieu rural de continuer à vivre dans un environnement familial. Elles sont donc logiquement implantées en milieu rural et si chaque projet continue d'être soutenu par la MSA (validation du label MARPA, financement, promotion), il se fait également en association avec les collectivités locales.

Les MARPA offrent des logements individuels, privatifs et autonomes, ainsi que des espaces de vie collectifs gérés par une équipe de professionnels dédiés. Elles proposent également des animations collectives facultatives, pour des stimulations physiques ou intellectuelles. Ces structures ne sont pas médicalisées, mais laissent le champ libre aux soins médicaux et paramédicaux pour les résidents.

Il y a actuellement près de 200 MARPA en France, avec un développement important (10 à 15 nouvelles par an), pour un coût moyen observé de 2 600 000 €.

Pour les résidents, on observe un loyer moyen de 950 €/mois, mais avec une dépense moyenne de 1 250 €/mois (comprenant le loyer, les charges, les 3 repas et la blanchisserie). Les résidents des MARPA peuvent prétendre à 3 types d'aides : l'APL, l'aide sociale (sous réserve que l'établissement soit habilité par le conseil départemental) et l'APA.

En Lorraine, il y a actuellement 2 MARPA :

- 1 en Meuse (Dammarie sur Saulx – « La Vigne Seguin » – 462 €/mois), (40)
- 1 en Meurthe et Moselle (Colombey les Belles – « Les Grands Jardins »), (41)
- 0 en Moselle,
- 0 dans les Vosges.

Comme on peut le constater à travers le détail de ces différentes solutions, les offres sont globalement assez similaires et il n'est pas aisé même pour un œil averti de connaître les subtilités entre chacune d'entre elles. Les résidences autonomes se distinguent des autres par un cahier des charges assez rigoureux qu'il faut remplir afin d'être reconnu comme tel, permettant notamment de bénéficier de l'ASH (les 2 autres structures permettant l'attribution de l'ASH étant les USL et les EHPAD, structures ne ciblant pas les personnes autonomes). Cette diversité d'offre est une richesse, offrant un nombre de logement conséquent mais dont la lisibilité n'est pas forcément optimale entraînant une potentielle confusion lorsque le choix s'impose. Il est également évident que des inégalités de répartition géographiques ressortent : certaines régions sont bien moins dotées et dans des zones rurales, l'accès à des hébergements adaptés peut-être difficile même si le budget le permet.

4) Solutions face à une perte d'autonomie avancée

Lorsque la situation à domicile est déjà trop complexe ou lorsque le degré de dépendance de la personne est déjà trop avancé, il est parfois nécessaire d'institutionnaliser le patient (souvent au prix d'un passage par le service des urgences lorsque la situation est critique ou non anticipée et/ou par le passage d'un service hospitalier de gériatrie), sans passer au préalable par un EHPA. L'entrée dans ces structures peut aussi se faire depuis le domicile

après une période de maintien à domicile bien menée. Voici les différentes alternatives qui s'offrent alors pour la suite de la prise en charge.

a. Les unités de soins de longue durée

Les unités de soins de longue durée sont attachées à des établissements hospitaliers. Elles se destinent aux personnes âgées de plus de 60 ans, dont l'état de dépendance avancée nécessite une surveillance médicale constante. La prise en charge au quotidien est alors globale, avec une gestion par l'établissement de la coordination des soins et de l'ensemble des actes de la vie quotidienne. Les patients bénéficient alors d'une surveillance médicale permanente, une adaptation du régime alimentaire adaptée aux problèmes de santé, une assistance dans les gestes de la vie quotidienne, des soins d'hygiène, de confort, et de rééducation si nécessaire. (42) (43)

L'admission en USLD peut se faire depuis le domicile sur demande du médecin traitant, avec un questionnaire médical à compléter, mais également depuis un service hospitalier, d'où il sera transféré pour la suite de sa prise en charge.

En 2011, l'âge moyen à l'admission en USLD était de 83 ans et 5 mois, et la durée moyenne de séjour était de 2 ans et 1 mois (2 ans et 3 mois pour les femmes, 1 an et 8 mois pour les hommes). (39)

b. EHPAD

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont des structures qui proposent un accueil en chambres (individuelles ou doubles), aux personnes de plus de 60 ans, dont le niveau de dépendance est avancé (dépendance partielle ou totale) et pour lesquelles le maintien à domicile n'est plus envisageable. Elles bénéficient d'un encadrement médical permanent.

Ils sont issus d'une convention tripartite avec l'ARS et le conseil départemental (44) qui apportent un financement en contrepartie d'objectifs de qualité de prise en charge et d'un cahier des charges de soins et de prestations minimales obligatoires. Leur capacité d'accueil est généralement de 50 à 120 résidents par établissement et en date du 31 décembre 2014, la France métropolitaine recensait 7 338 EHPAD pour une capacité de 580 530 lits (ce qui représentait environ 99 lits pour 1000 personnes de 75 ans ou plus). Leur répartition était alors de 45,3 % en public, 30,6 % en privé à but non lucratif et 24,1 % en privé commercial. (45)

L'admission en EHPAD se fait sur dossier médical, depuis le domicile, un EHPA ou une structure hospitalière. Le dossier tient compte du degré de dépendance, et si aucun seuil minimal de GIR n'est requis pour y être admis, la forte demande et le peu de places disponibles donnent la priorité aux situations les plus fragiles.

Le cahier des charges d'un EHPAD comprend ainsi plusieurs prestations minimales encadrées par la loi, qui conditionnent son financement, que l'établissement s'engage à respecter (au travers de la commission tripartite) :

- Prestations d'administration,
- Prestations d'accueil hôtelier :
 - o Mise à disposition d'une chambre avec accès à une salle de bain et des toilettes,
 - o Entretien et nettoyage des chambres pendant et à l'issue du séjour,
 - o Entretien et nettoyage des parties communes et des locaux collectifs,
 - o Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts,
 - o Mise à disposition des connectiques pour l'accès à la télévision et au téléphone,
 - o Accès à internet au sein de l'établissement,
- Prestations de restauration :
 - o Accès à un service de restauration,
 - o Fourniture de 3 repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne,
- Prestations de blanchissage :
 - o Fourniture, pose, renouvellement et entretien du linge plat et du linge de toilette,
- Prestations d'animation de la vie sociale :
 - o Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement,
 - o Organisation des activités extérieures.

Les frais d'hébergement se décomposent en trois parties : (46) (47)

- Le *prix d'hébergement* qui correspond aux prestations hôtelières (mise à disposition de la chambre, restauration, entretiens des espaces privés et collectifs). Ces frais sont à la charge du résident qui peut bénéficier des aides aux logements (APL ou ALS, ainsi que de l'ASH si l'EHPAD est éligible),
- Le *tarif dépendance*, également à la charge du résident qui peut être pris en charge en partie par le conseil départemental au travers de l'APA. Ce tarif dépendance dépend également du GIR du résident, et sera d'autant plus élevé que l'autonomie est moins importante. Toutefois, les établissements appliquent en général pour tous les résidents un tarif autonomie correspondant aux GIR 5-6 (les plus faibles) s'ils ont des revenus mensuels inférieurs à 2 440,24 €. Au-delà, ils adaptent le tarif au niveau de dépendance,
- Le *tarif des soins journaliers*, correspondant aux soins médicaux et paramédicaux effectués chaque jour est quant à lui pris en charge par l'assurance maladie. Toutefois selon le statut de l'établissement (convention « tarif de soin partiel » ou « tarif de soin global »), les résidents peuvent être amenés à avancer les frais pour les consultations médicales ainsi que leurs médicaments, ensuite remboursés par la sécurité sociale et leur mutuelle (comme à domicile). (48)

En 2011, l'âge moyen d'entrée en EHPAD était de 84 ans et 9 mois, et la durée moyenne de séjour était de 2 ans et 4 mois (2 ans et 7 mois pour les femmes, 1 an et 10 mois pour les femmes). (39)

5) Transition entre les différentes structures

Lorsqu'un résident quitte une des structures d'hébergement que nous venons de citer dans cette revue d'alternatives, on peut se demander pour quelle nouvelle structure son choix va se tourner.

La sortie d'un établissement peut se faire pour différents motifs. Le décès est un des motifs principaux (plus de la moitié des cas) (39), qu'il survienne lors d'une hospitalisation intercurrente, lors d'une sortie temporaire de la structure ou au sein même de

l'établissement. La sortie peut également aboutir vers un retour au domicile (personnel ou celui de ses proches) ou enfin vers une nouvelle structure plus adaptée.

Tableau 6 - Motifs de sortie des résidents partis au cours de l'année 2011 (39)

Structure d'origine Motif de sortie	EHPAD	Résidence autonomie	Maison de retraite (non EHPAD)	USLD	Autres	Total
Décès dans l'établissement	51 %	11 %	34 %	68 %	1 %	47 %
Décès hors de l'établissement	16 %	24 %	16 %	5 %	1 %	16 %
Départ volontaire à l'initiative du résident ou d'un proche	24 %	45 %	35 %	19 %	84 %	27 %
Résiliation du contrat de séjour	2 %	14 %	7 %	3 %	2 %	3 %
Non précisé	7 %	6 %	8 %	5 %	12 %	7 %

Tableau 7 - Destination de sortie des résidents partis au cours de l'année 2011 (39)

Structure d'origine Destination de sortie	EHPAD	Résidence autonomie	Maison de retraite (non EHPAD)	USLD	Autres	Total
Domicile	51 %	25 %	48 %	22 %	77 %	48 %
Foyer-résidence	1 %	4 %	2 %	0 %	2 %	2 %
Maison de retraite (EHPAD ou non)	34 %	60 %	33 %	60 %	16 %	37 %
USLD	7 %	6 %	8 %	10 %	1 %	6 %
Autre service de soins	5 %	3 %	6 %	7 %	3 %	5 %
Non précisé	2 %	2 %	3 %	1 %	1 %	2 %

On constate ainsi que les destinations de sortie sont principalement le domicile ou vers des établissements encadrant mieux la dépendance, et que les sorties pour décès sont plus importantes dans les structures où la dépendance est plus marquée (EHPAD, USLD).

6) Répartition des différentes solutions

Au 31 décembre 2011, on comptait 2 559 résidences autonomie (incluant les anciens foyers résidences et les MARPA), pour un total de 128 666 places. (53) Les maisons de retraite comptaient 7 225 structures (dont 95,4 % d'EHPAD) soit 555 773 lits. En ajoutant les 608 structures d'USLD (pour 34 187 lits), cela représente avec les hébergements temporaires et les établissements expérimentaux un total de 10 841 EHPA, avec 720 483 places. (53) Cette capacité d'accueil des EHPA a augmenté de 5,3 % entre 2007 et 2011.

L'âge moyen d'entrée dans un EHPA progresse : il était de 84 ans et 2 mois à la fin 2007 et de 84 ans et 5 mois à la fin 2011. La durée moyenne de séjour reste néanmoins stable sur cette même période, évaluée à 2 ans et 6 mois. (39)

Le taux d'équipement en EHPAD reste très inégal selon les départements. Ce taux, représentant le nombre de lits disponibles pour 1000 habitants était au 31 décembre 2011 de 101 ‰, descendant à 70 ‰ dans les Pyrénées-Orientales ou jusqu'à 185 ‰ en Lozère. La Meuse quant à elle est dans la moyenne nationale avec un taux d'équipement de 107 ‰.
(53)

Toujours à la même date, on peut également étudier la répartition des résidents dans les différents EHPAD selon leur niveau de GIR. Ainsi, sur les 529 540 résidents en EHPAD, on constate la répartition suivante suivant leur GIR : (53)

- GIR 1 : 20 %
- GIR 2 : 35 %
- GIR 3 : 15 %
- GIR 4 : 19 %
- GIR 5 : 6 %
- GIR 6 : 5 %

Chapitre 3 – Aides financières au maintien à domicile

La notion d'assistance publique naît à la révolution française mais il faut attendre la loi du 15 juillet 1893 pour la création de l'Assistance Médicale Gratuite qui assure un accès aux soins de santé gratuitement aux malades, vieillards et infirmes privés de ressources. Cette loi sera renforcée par celle de 1905 (Loi sur l'assistance aux vieillards de plus de 70 ans, aux infirmes et aux incurables) qui laisse entrevoir une assistance à domicile aux plus dépendants.

Toutefois, ce ne sera qu'en 1962 avec le rapport de Pierre Laroque que l'État ne s'intéressera réellement au devenir des personnes âgées, de leur intégration dans la société et de l'organisation des moyens du maintien d'une vie indépendante. Ce sera bien plus tard, en janvier 1992 que sera créée la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Depuis, différentes aides ont été financées afin de mieux s'adapter aux situations complexes du quotidien des personnes âgées, dépendantes et/ou handicapées.

1) Aides à l'autonomie et au handicap

a. Prestation spécifique de dépendance

Destinée aux personnes de plus de 60 ans, elle était réservée aux personnes de nationalité française (ou ayant vécu pendant au moins 15 ans en France avant l'âge de 70 ans), sous réserve de ressources ne dépassant pas un plafond, et selon leur degré de dépendance.

Elle se référait à la grille AGGIR, et seuls les degrés 1, 2 et 3 autorisaient l'attribution de la prestation. La demande se faisait auprès du conseil général du département de résidence de la personne. (54) La PSD se destinait essentiellement aux prestations en nature, permettant ainsi un certain nombre d'heures d'aide à domicile. Il était néanmoins possible d'attribuer 10% du montant à d'autres aides, telles que le portage des repas, ou encore la téléalarme. Enfin, si la personne était institutionnalisée, cette prestation était versée à l'établissement.

La prestation spécifique dépendance a été remplacée en 2001 par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et c'est en 2004 qu'a été créée la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui coordonne le financement des différentes aides aux personnes dépendantes et assure une mission d'expertise.

b. Allocation personnalisée d'autonomie

Destinée aux personnes de plus de 60 ans, résidant en France de manière stable et régulière, l'APA s'adresse aux personnes habitant dans leur domicile, celui d'un proche, chez un accueillant familial ou encore dans une résidence autonomie.

La demande d'attribution se fait auprès du maire de sa commune et le dossier sera évalué par la direction de l'autonomie du département concerné. Une fois le dossier reçu, une équipe pluridisciplinaire (médecin, travailleurs sociaux) évalue le degré de perte d'autonomie, et effectue une visite au domicile. Le degré de dépendance fait également référence à la grille AGGIR et l'aide est étendue aux groupes GIR 1 à 4.

La situation sera par la suite réévaluée régulièrement (fréquence pouvant varier selon l'étendue du département et de l'effectif de l'équipe en charge du suivi).

En Meuse, elle est réévaluée tous les 2 à 3 ans, ou à chaque changement de situation (déménagement, entrée en institution), et cela permet d'adapter l'aide en fonction de l'évolution de la dépendance.

En France métropolitaine, 1 242 000 personnes bénéficiaient de l'APA (738 000 à domicile et 504 000 en établissement) en 2013. Entre 2008 et 2012, on note une augmentation des attributions de l'APA : (55) (56)

- Effectif national : passant de 1 115 000 à 1 242 000 bénéficiaires (+ 11,39 %)
- À domicile : passant de 677 000 à 738 000 bénéficiaires (+ 9,01 %)
- En établissement : passant de 438 000 à 504 000 bénéficiaires (+ 15,06 %)

En Meuse sur la même période : (57)

- Effectif départemental : passant de 3 240 à 3 747 bénéficiaires (+ 15,6 %)
- À domicile : passant de 1 763 à 1 900 bénéficiaires (+ 7,77 %)
- En établissement : passant de 1 477 à 1 847 bénéficiaires (+ 25,0 %)

On peut également constater que toujours sur cette période de 2008 à 2012, la population âgée de 60 ans et plus, est passée de 13 974 000 à 15 736 000 personnes en France (+ 12,61 %) et la proportion des personnes bénéficiant de l'APA est passée de 7,98 % en 2008 à 7,89 % en 2013.

La répartition de l'APA selon le lieu de vie est de 60 % à domicile et 40 % en établissement. En 2013, on peut observer la répartition suivante de l'attribution de l'APA selon le GIR : (58) (59)

Tableau 8 - Répartition de l'attribution de l'APA selon le GIR et le lieu de résidence

Autonomie	À domicile	En établissement
GIR 4	58,3 %	23,1 %
GIR 3	21,8 %	17,1 %
GIR 2	17,5 %	40,8 %
GIR 1	2,4 %	19,0 %

Il est ainsi logique de constater que l'APA allouée au domicile pour des situations de dépendance avancée reste minoritaire (situations difficiles habituellement gérées en institution), tandis que les GIR 1 et 2 représentent près de 60 % des attributions de l'APA en établissement.

En décembre 2014, on retrouve ainsi la répartition suivante selon l'âge : (55)

Tableau 9 - Répartition de l'attribution de l'APA selon l'âge et le lieu de résidence

Tranche d'âge	À domicile	En établissement
Moins de 65 ans	1,0 %	2,0 %
65 – 69 ans	4,0 %	3,0 %
70 – 74 ans	7,0 %	4,0 %
75 – 79 ans	13,0 %	8,0 %
80 – 84 ans	24,0 %	16,0 %
85 ans et plus	51,0 %	67,0 %

Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont ainsi logiquement plus âgés, avec une répartition plus lissée au travers des tranches d'âges pour l'APA au domicile.

Les dépenses brutes totales sont quant à elles passées de 4,990 milliards d'euros à 5,495 milliards d'euros (+ 10,12 %), avec une forte progression des dépenses de l'APA en établissement (+ 27 % de dépense contre 2,1 % de dépense pour l'APA à domicile) (60), s'expliquant par des aides destinées à des GIR plus dégradés, donc des dépenses de santé bien plus coûteuses.

Neuf bénéficiaires sur dix ont 75 ans ou plus, et l'espérance de vie moyenne observée lors de l'ouverture des droits est d'environ 4 ans. (61)

L'équipe en charge de l'évaluation élabore un plan d'aide personnalisé qui détermine selon la durée et le coût de chaque acte des aides en natures ou techniques et un nombre d'heures nécessaires. En fonction des ressources individuelles et du GIR, une participation de la personne dépendante sera plus ou moins importante, et le montant maximal mensuel pourra s'étendre de 662,95 € pour un GIR 4 à 1 713,09 € pour un GIR 1.

Très récemment, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 29 décembre 2015 a ouvert de nouvelles perspectives sur le quotidien des personnes âgées, leur maintien à domicile et sur la reconnaissance des aidants. (62) (63) Elle a notamment revalorisé les montants attribués par l'APA et renforcé son accès avec une diminution de la participation financière pour les revenus les plus modestes (exonération pour les personnes touchant moins de 800 € par mois) pour limiter le reste à charge.

La loi prévoit également de mieux reconnaître le statut des proches aidants (qu'ils soient conjoint, partenaire, parent ou allié) permettant ainsi d'organiser des temps de repos à travers des forfaits pour des hospitalisations temporaires, ou des aides ponctuelles en cas d'hospitalisation de l'aidant. (64)

Ensuite, chaque personne âgée bénéficiant d'un service médico-social (que ce soit au domicile comme en tant que résident d'un établissement médico-social) pourra désormais désigner une personne de confiance (auparavant réservé aux personnes hospitalisées).

Enfin concernant les foyers-logements, qui sont désormais appelés résidences-autonomie, cette loi prévoit de prévenir la perte d'autonomie de ses résidents à travers des forfaits autonomie : sous réserve de prestations obligatoires pour les résidences-autonomie, ces dernières se verront dotées d'enveloppes budgétaires permettant de mener des missions de prévention individuelles et collectives. Un budget de 25 millions d'euros a ainsi été fixé pour l'année 2016, et chaque forfait sera géré par le département, qui le recevra de la CNSA.

c. Prestation de compensation du handicap

Attribuée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), après une évaluation pluridisciplinaire encadrée par la maison départementale des personnes handicapées (MDHP), la PCH est destinée aux personnes nécessitant une

aide dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Son montant dépend du degré d'autonomie, de l'âge, des ressources et du lieu de résidence de la personne concernée.

Il faut ainsi présenter une difficulté absolue, c'est-à-dire non réalisable par la personne, pour la réalisation d'une activité (motilité, entretien personnel, communication, relations avec autrui), ou une difficulté grave d'au moins deux de ces activités. (65)

La demande doit, sauf situation exceptionnelle, être effectuée avant l'âge de 60 ans.

d. Allocation aux Adultes Handicapés

L'APA et la PCH ne sont toutefois pas cumulables, et selon la situation de la personne concernée, il peut être parfois plus judicieux d'en choisir une ou l'autre selon les montants proposés. Ce choix se pose particulièrement pour les personnes âgées handicapées dont l'autonomie résiduelle se dégrade.

2) Aides au logement

Afin de pouvoir continuer de subvenir à leurs besoins de vie courante, différentes aides au logement sont présentes pour les personnes (âgées ou non), pour que l'accès à une habitation décente ne soit pas limité par un trop faible revenu.

a. Aide sociale à l'hébergement

L'aide sociale à l'hébergement, l'ASH, a pour objectif d'éviter un maintien à domicile forcé, pour des personnes souhaitant un hébergement plus adapté à leur situation mais dont les ressources financières ne le permettent pas. Elle peut alors être demandée auprès du conseil départemental qui, sous certaines conditions, paie la différence entre la contribution financière de la personne concernée et la facture de son hébergement.

Elle se destine aux personnes de plus de 65 ans (ou plus de 60 ans si l'inaptitude au travail est reconnue), résidant en France avec des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement. Elle n'est toutefois pas accordée pour tous les types de logements. En effet, elle est réservée aux résidences-autonomies, aux EHPAD et aux USLD, et il faut que ces structures possèdent des places habilitées à recevoir les bénéficiaires de cette aide sociale. (66)

Une fois acceptée, l'ASH peut couvrir toute ou partie des frais d'hébergement du résident. Lorsqu'elle concerne les EHPAD ou les USLD, elle peut également financer le tarif dépendance. Le montant de l'ASH dépend des ressources propres au résident (comprenant une éventuelle aide au logement), à celles de son conjoint et enfin celles de ses obligés alimentaires (qui peuvent être amenés à participer en fonction de la composition du foyer, des ressources du foyer et du montant du loyer). Le bénéficiaire doit alors reverser 90 % de ses revenus à l'établissement d'hébergement, tandis que les 10 % restant lui sont laissés à sa disposition (indexée sur le minimum vieillesse, la somme que représentent ces 10 % restants ne pouvait ainsi pas être inférieure à 96 €/mois en 2016). (67)

En 2011, on dénombrait 116 000 bénéficiaires de l'ASH (dont 90 000 étaient également bénéficiaires de l'APA, soit 77,56 %). Cet effectif reste très stable, avec un nombre de bénéficiaires de 114 000 en 2002 et 115 000 en 2009. (58)

b. Aide personnalisée au logement

L'APL est attribuée uniquement pour la résidence principale, située en France, pour un logement répondant à des critères de décence (ne devant pas porter atteinte à la sécurité physique ou à la santé du locataire, avec des équipements le rendant conforme à un usage d'habitation, pour une surface habitable de 9 m²). La demande se fait auprès de la CAF ou de la MSA, sans âge maximum.

Cette aide est sous conditions de ressources (de la personne et de son conjoint). Pour les personnes vivant à domicile, le montant dépend du loyer (ou du prêt) ainsi que du lieu du logement, et pour les personnes âgées vivant en établissement, du coût de son hébergement. Pour percevoir l'APL, il est nécessaire que le logement ou l'établissement soient conventionnés (convention avec le Préfet, signée par le bailleur ou l'établissement). Dans le cas contraire, la personne concernée peut prétendre à l'allocation de logement sociale (les deux aides n'étant pas cumulables). (68) (69)

c. Allocation de logement sociale

Tout comme l'APL, l'ALS est une aide ayant pour but de réduire le montant du loyer (ou de l'emprunt immobilier) pour des personnes ayant des revenus trop faibles. Elle concerne également la résidence principale, située en France, sous conditions de ressources, sans âge minimum exigé. Il faut par ailleurs que le logement réponde à des conditions d'occupation

et de salubrité (ne devant pas porter atteinte à la sécurité ou à la santé du locataire), mais ce logement n'a pas à être conventionné (au contraire de l'APL). (68) (70)

3) Aides à l'adaptation du logement

Lorsque l'âge avance, il est possible de faire le choix d'adapter son habitat pour le rendre plus fonctionnel, plus accessible, et donc moins dangereux, afin de continuer à y vivre le plus longtemps possible. Ces travaux d'aménagement sont toutefois souvent coûteux, mais il existe différentes aides permettant d'accéder à ces adaptations.

Les aménagements peuvent ainsi concerner des équipements spécifiques comme des sièges de douche, des barres de maintien dans les WC ou la salle de bains, des WC surélevés ; ils peuvent également prévoir un monte-escalier, une automatisation des volets, une adaptation des éclairages, etc...

Pour les propriétaires, l'agence nationale de l'habitat (ANAH) peut ainsi couvrir 35% du montant des travaux (hors taxes, pour un plafond de 7 000 €) pour les ménages modestes (revenu fiscal annuel inférieur à 26 826 €) et jusqu'à 50% (pour un plafond de 10 000 €) pour les foyers très modestes (revenu fiscal annuel inférieur à 20 925 €). (71)

Pour les locataires, avec accord du propriétaire, un dossier identique peut être déposé auprès de l'ANAH sous les mêmes conditions. Certains travaux peuvent aussi être pris en charge au travers de l'APA et de la PCH, versées par le conseil départemental.

Enfin, des crédits d'impôt peuvent être proposés pour certaines dépenses réalisées pour l'installation des équipements pour personnes âgées ou handicapées.

2^{ème} partie - Présentation du lieu d'étude : la résidence-autonomie d'Hannonville sous les Côtes

La résidence-autonomie, initialement foyer résidence, d'Hannonville sous les Côtes a été construite il y a plus de 30 ans et a été ouverte le 1^{er} avril 1981. Elle possède le statut d'établissement social et médico-social intercommunal.

- N° FINESS : 550003735
- N° SIRET : 25550112400028

Située sur les côtes de Meuse, à l'adresse du **19 avenue de la promenade à Hannonville sous les Côtes - 55210**, elle présente une capacité de 40 logements, qui se répartissent ainsi (pour des loyers hors charges en 2016) :

- 34 logements de 31m² (type F1) – 447,49 €/mois
- 2 logements de 37m² (type F1) – 526,24 €/mois
- 4 logements de 49m² (type F2) – 592,92 €/mois.

Ces logements sont loués vides, avec libre choix de l'ameublement laissé au résident.

Son taux d'occupation était de 99,38 % en 2014 (stable depuis 1995).

Le GIR Moyen Pondéré (GMP, voir *Annexe A* pour les détails de la règle de calcul et de son interprétation) de l'établissement reste relativement stable au fil des ans.

Voici l'historique de son GMP :

- 2015 : 288
- 2013 : 312
- 2011 : 286
- 2010 : 312

Pour l'année 2016, moins de 10 % des résidents étaient en GIR 1 ou 2, ce qui permettait à la structure de déroger à l'obligation de signer une convention tripartite avec le conseil départemental et l'ARS.

Le personnel encadrant représentait en 2016 plus de cinq équivalents temps plein (ETP) qui se répartissaient ainsi :

- Agent administratif : 1 ETP

- Direction : 0,40 ETP
- ASH : 2,16 ETP
- Agent d'entretien : 0,71 ETP
- Auxiliaires de soin : 1 ETP

En tant que résidence-autonomie, la structure propose également des prestations pour les résidents et leurs familles :

- Repas :

Bien que chaque logement soit doté d'une cuisine individuelle, la résidence propose également la possibilité d'un repas collectif en salle commune pour les repas du midi et un repas préparé le soir à emporter dans son logement. Les repas sont alors facturés 8,74 €/jour. Ils étaient jusqu'alors préparés dans les cuisines de l'EHPAD St Georges, qui jouxte la résidence autonomie.

- Ménage :

Seul le nettoyage des communs est assuré par des ASH. Le ménage dans les logements est à la charge du résident, qu'il peut réaliser lui-même ou par une aide extérieure, notamment grâce à l'APA.

- Lieu de culte :

Une messe catholique est assurée tous les 15 jours, le vendredi, dans la salle commune de la résidence.

- Accès internet :

Le WiFi est disponible en salle commune, uniquement par un ordinateur personnel. À ce jour, aucune autre possibilité d'accès internet n'est possible, notamment au sein de chaque logement individuel.

- Logement temporaire de la famille :

La résidence-autonomie propose à la location une chambre meublée disponible pour les familles en visite auprès d'un résident.

En parallèle de ces prestations, la structure propose aussi un « service de soin ». Résultant d'un accord avec l'ARS qui le finance avec une dotation de 40 000 €/an, ce service de soin peut gérer un effectif de 20 patients maximum et proposer à ces résidents la confection des piluliers (réalisée par un IDE détaché de l'EHPAD), puis la distribution des traitements par des auxiliaires de soins de la résidence-autonomie. Il offre également la possibilité de bénéficier d'une surveillance plus rapprochée avec une prise de constantes, qui peut être

utile chez des patients fragiles. Aucun surcoût n'est demandé aux patients grâce à ce financement par l'ARS qui permet ainsi à l'EHPAD de facturer à la résidence le temps de travail des IDE détachés.

Le service de soin est destiné aux résidents ayant des troubles cognitifs débutants ne leur permettant pas de gérer correctement leurs traitements mais également aux pathologies lourdes avec des traitements complexes ou à des patients justifiant une surveillance – temporaire ou au long cours – plus rapprochée.

Enfin, concernant les soins généraux (pansements, bilans biologiques, actes infirmiers), ils ne peuvent être réalisés que par des IDE libéraux, attachés ou non à des SSIAD. Toutes les aides à domicile (instaurées avant ou après le déménagement dans la résidence-autonomie) sont compatibles avec l'établissement.

La structure propose également différentes activités hebdomadaires, mais aussi des « grandes activités » (voir *Annexe D*) avec entre autres une à plusieurs sorties hors de l'établissement.



Figure 3 - Photographies de la structure

La résidence est située à 8km de Fresnes en Woëvre et 9km de Vigneulles les Hattonchâtel, où se situent les maisons de santé s'occupant de la quasi-totalité des résidents.

Elle est à 28 km (environ 30 min) du Centre Hospitalier de Verdun, 1^{er} service d'urgences doté d'un SMUR à proximité, à 70 km (environ 1h10) de Nancy et à 70 km (environ 50 min) de Metz.

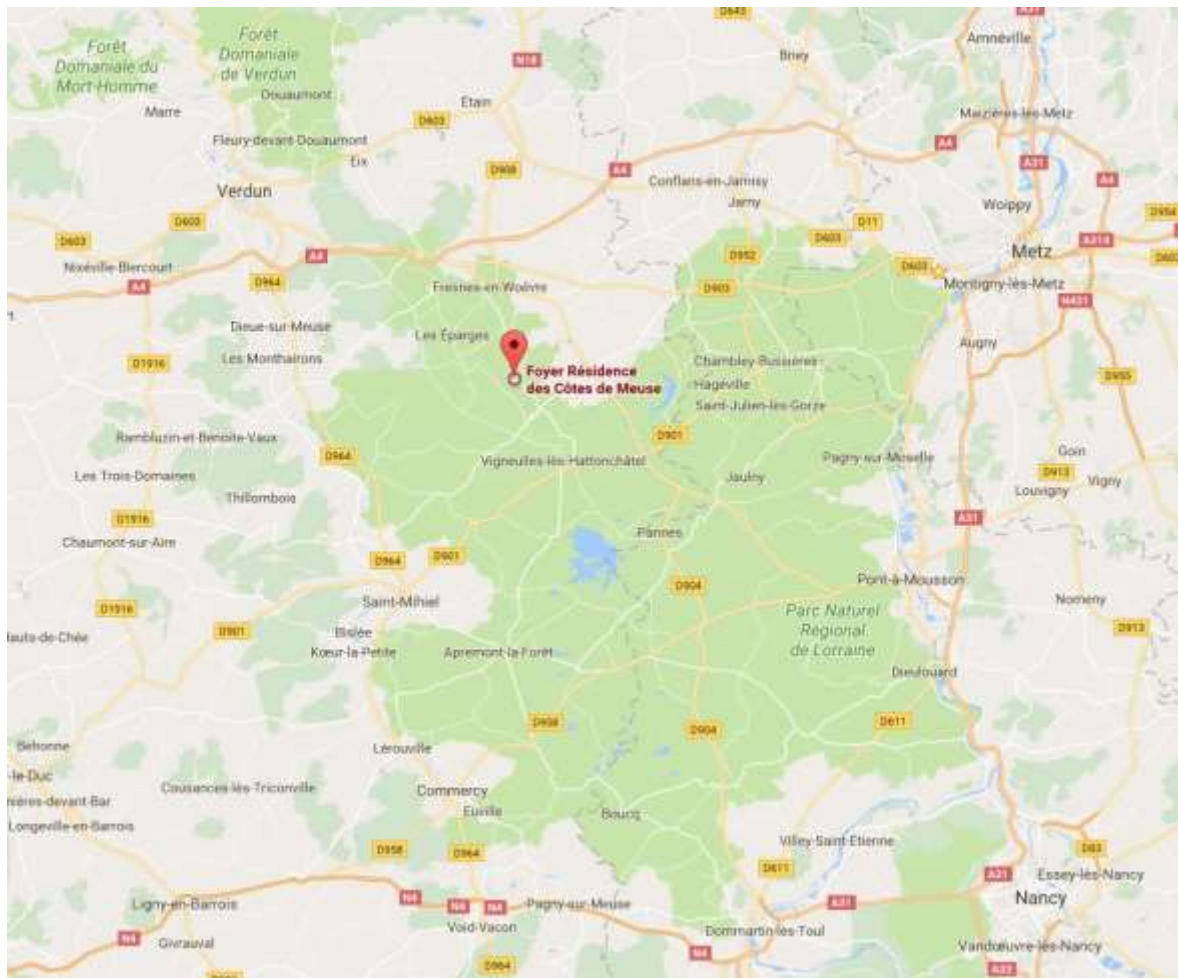


Figure 4 - Situation géographique de la résidence

Voici quelques illustrations d'un logement vide type F1 :



Figure 5 – Entrée du logement et rangements



Figure 6 - Pièce principale



Figure 7 - Cuisine



Figure 8 - WC

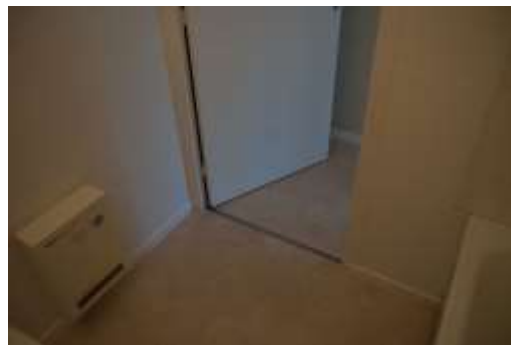


Figure 9 - Salle de bains et accès

3^{ème} partie – Étude

Chapitre 1 - Matériel et méthode

1) Type d'étude

Ce travail est fondé sur une étude descriptive transversale quantitative et qualitative, basée sur une population formée par les résidents de la résidence autonomie d'Hannonville sous les côtes. Les personnes incluses dans ce travail étaient des personnes résidant au sein de la résidence autonomie à la date du 31 octobre 2016 et interrogées sur la période du 8 novembre 2016 jusqu'au 4 janvier 2017. Durant cette période, aucune entrée ni sortie (décès, transfert ou déménagement) au sein de la résidence n'a été constatée. Dans le désir d'être exhaustif, aucun critère d'inclusion ou d'exclusion n'a été déterminé et nous avons ainsi intégré l'ensemble des résidents grâce à une liste fournie par le service administratif de la résidence, pour un total de 41 résidents.

Lors de l'étude préliminaire, au moment de la rédaction du synopsis, nous avons envisagé d'étendre l'étude sur 3 structures différentes : Hannonville sous les côtes, Saint-Mihiel et Commercy. Nous avons finalement fait le choix de nous concentrer sur une seule population, de manière exhaustive. Ce choix s'explique à la fois par des raisons de d'organisation (entretiens longs, un seul intervenant, éloignement géographique des autres structures), mais aussi pour une cohérence dans le choix du type de structure (celles de Saint-Mihiel et de Commercy ne correspondaient pas aux critères d'Hannonville sous les côtes).

2) Démarches préliminaires

Une rencontre préalable avec le directeur de la résidence autonomie d'Hannonville sous les Côtes a été réalisée en octobre 2016 afin de présenter le projet d'étude, de recueillir les informations administratives du foyer et de ses résidents, et enfin d'obtenir l'accord pour procéder aux entretiens.

Les entretiens se sont déroulés selon une démarche individualisée auprès de chaque résident pour tous les logements occupés au sein de la résidence, après information préalable par un affichage dans les locaux communs (voir *Annexe B*) avant et pendant le

déroulement de l'étude. Une nouvelle information individuelle a été délivrée auprès de chaque résident avant chaque entretien, rappelant la liberté d'y participer ou non, ainsi que l'anonymisation des résultats avant analyse et publication.

3) Questionnaire

Le questionnaire retrace le mode de vie antérieur à l'admission dans la résidence (en particulier les 5 dernières années avant leur déménagement), le déroulement de la démarche d'admission puis, en reprenant la même structure que la première partie, revient sur le mode de vie depuis l'admission pour mettre en lumière les éventuelles modifications. Il comporte ainsi 98 questions : 2 questions anonymisées (pour l'identification de l'entretien), 85 questions fermées et 11 questions ouvertes. Elles sont réparties en 6 grandes parties :

- L'identification de l'entretien,
- Le recueil d'informations générales (informations civiles),
- La période couvrant les dernières années avant le déménagement,
- La période entourant le déménagement,
- La période après l'installation jusqu'au jour de l'entretien,
- Une libre parole sur des pistes potentielles d'amélioration.

Le choix des questions essentiellement fermées a été fait afin de faciliter leur bonne compréhension auprès des résidents, mais également pour faciliter l'exploitation de ce grand nombre de réponses. Sa forme finale a été mise en page grâce à Google Forms (voir *Annexe C*) qui a également servi à l'intégration des réponses avant analyse.

4) Déroulement des entretiens

Après une présentation de l'investigateur, de l'objectif du travail et l'obtention d'un accord oral de la part du résident, les entretiens consistaient en des questionnaires semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien (questionnaire complet imprimé, mené dans le même ordre pour chaque résident) permettant ainsi d'obtenir la même structure des réponses pour chaque rencontre.

5) Recueil des données

Les réponses au questionnaire ont été enregistrées grâce à l'application « Dictaphone » d'un iPhone 5S puis exportées pour archivage. La retranscription des réponses s'est faite grâce à Google Forms : les réponses fermées et/ou chiffrées étaient directement intégrées tandis que les réponses aux questions ouvertes ont nécessité un classement préalable par mots clés afin de permettre une analyse aisée. L'exportation des résultats s'est faite sur un fichier Excel.

6) Validité interne de l'étude

a. Validité

L'exhaustivité du recueil des réponses de tous les résidents sur le site étudié a permis de minimiser les biais de sélection. La totalité des questions ont été posées et dans un souci de transparence, l'ensemble des résultats ont été présentés dans ce travail mais seuls les plus pertinents ont été relevés lors de la discussion. Les méthodes d'analyse se sont montrées efficaces pour extraire des résultats que nous attendions, mais aussi qui nous ont surpris.

b. Pertinence

Une étude est dite pertinente lorsqu'elle apporte des connaissances, ou augmente le degré de confiance accordée à une connaissance déjà établie. Elle se juge également sur la généralisation éventuelle de ses résultats.

Sur ces critères, nous avons jugé pertinent d'entreprendre cette étude étant donné l'absence de travaux retrouvés sur l'évaluation du bien être des résidents de ce type d'hébergement, et en particulier sur les conditions de déménagement. Des travaux complémentaires sur d'autres sites ou sur plusieurs structures simultanément pourraient venir renforcer ce travail.

Chapitre 2 – Résultats

Le travail de recueil de données s'est déroulé du 8 novembre 2016 au 4 janvier 2017, à travers 38 entretiens, dont 3 couples soit un total de 41 résidents.

1) Démographie

Nous avons ainsi interrogé 41 personnes : 26 femmes et 15 hommes, dont les âges se répartissent ainsi :

Tableau 10 - Répartition des âges au sein de la résidence

Âges	Résidents	Moyenne de séjour (en cours)
< 70 ans	2	40,5 mois
[70-80] ans	18	24,9 mois
≥ 80 ans	21	50 mois
Minimum	67 ans	
Maximum	100 ans	
Moyenne	81 ans 11 mois	

Elles vivaient au sein de la résidence en moyenne depuis 3 ans 2 mois et 16 jours (**question n°8**), avec :

- 6 personnes depuis moins d'un an (dont 4 personnes y vivant depuis deux mois ou moins)
- 7 personnes depuis un à deux ans,
- 13 personnes depuis deux à trois ans,
- 3 personnes depuis trois à quatre ans,
- 12 personnes depuis cinq ans et plus, dont deux depuis dix ans.

La durée moyenne de séjour des 2 personnes de moins de 70 ans était élevée car une des résidentes faisait l'objet d'un placement par un juge des tutelles depuis 12 ans (72 mois). La seconde personne était là depuis 9 mois.

Les professions exercées par les résidents étaient variées, et on retrouvait ainsi (**question n°7**) :

- 5 agriculteurs,

- 1 aide-soignante,
- 1 artisan,
- 2 bouchers,
- 2 boulangers,
- 1 cadre hospitalière,
- 1 agent de cantine scolaire,
- 2 commerçants,
- 2 couturières,
- 1 couvreur,
- 1 enseignante,
- 1 facteur,
- 5 femmes au foyer,
- 3 femmes de ménage,
- 1 lunetier,
- 8 ouvriers,
- 1 plombier,
- 3 secrétaires.

2) Avant l'installation

a. Habitat

Les questions concernant leur habitat portaient sur les 5 dernières années de vie avant l'entrée en résidence autonomie, et on observe que la plupart des résidents vivaient dans une maison individuelle (35 d'entre eux, contre 6 en appartements – **question n°11**), qu'ils étaient propriétaires de leur logement (30, contre 11 locataires – **question n°12**) et qu'ils possédaient un jardin (33, contre 8 sans jardin – **question n°13**). La possession ou non d'un animal de compagnie était quant à elle équilibrée (19 en possédaient, 22 non – **question n°16**).

Durant ces dernières années, ils n'utilisaient plus qu'en moyenne 3,0 pièces de vie (hors cuisine, WC et salle de bains – **question n°15**) :

Tableau 11 - Nombre de pièces utilisées dans leur dernier logement

Nombre de pièces utilisées	Effectif
1	1
2	8
3	22
4	9
5	1

Nous avons également étudié la distance séparant leur dernier logement et la résidence-autonomie. Voici leur répartition :

Tableau 12 - Distance séparant l'ancien logement et la résidence-autonomie

Distance logement-résidence	Effectif
[0 – 10[km	18
[10 – 25[km	15
[25 – 50[km	3
[50 – 100[km	3
≥ 100 km	2

On retrouve une distance moyenne de 36,8 km (**question n°10**), avec une médiane à 11 et un écart-type à 100,37.

b. Tissu familial et social

Le nombre moyen d'enfants par résident était de 2,6 tandis que le nombre de frère et sœur était de 2,7 (**questions n°17 et 18**).

Tableau 13 - Composition du tissu familial

Nombre d'enfants par résident	0	1	2	3	4	5	6	8	10
Nombre de résidents	6	2	5	20	5	2	1	0	0
Nombre de frères et sœurs par résident	0	1	2	3	4	5	6	8	10
Nombre de résidents	5	9	9	6	4	3	6	2	1

Plus de la moitié des résidents avait un entourage familial habitant très proche de chez eux (20 résidents à moins de 10 km, et 11 résidents entre 10 et 50 km – **question n°19**), tandis

que dix sont plus isolés (7 entre 50 et 100 km, 1 à plus de 100 km et 2 sans entourage familial).

La fréquence des visites de leur famille et de leurs amis était plus variable. La majorité des résidents déclare avoir des contacts sociaux réguliers (et plus de la moitié plusieurs fois par mois) mais trois d'entre eux déclarent n'avoir que de très rares voire aucune visite d'amis et de famille (**questions n°20 et 21**).

Tableau 14 - Fréquence des visites

Fréquence des visites	Par résident	
	Famille	Amis
Plusieurs fois par semaine	11	12
Plusieurs fois par mois	18	15
Plusieurs fois par an	4	5
Très rares	2	7
Aucune visite	4	2
Aucun membre	2	0

c. Loisirs, activités physiques et religion

Au sein de leur ancien domicile, la plupart des résidents déclarent plusieurs loisirs occupant leur temps libre (**question n°22**): on retrouve ainsi la télévision (pour 22 d'entre eux), la lecture (14), le jardinage (21), le tricot et la couture (13), des jeux de cartes et de société (8), des mots croisés, fléchés, sudoku (4), des voyages (2), des associations et clubs (5), de la peinture (1), du bricolage (1), de l'artisanat (1), des collections diverses (1), de la cuisine (1), et des discussions (1). Seule une résidente déclarait ne pas avoir de loisirs car elle s'était consacrée à s'occuper de son époux en fin de vie.

Sur les 41 résidents, 27 pratiquaient ces loisirs seuls, et 14 accompagnés (**question n°23**). La fréquence de ces activités était assez importante : pour 37 d'entre eux elle était au moins hebdomadaire (dont 16 quotidiennement), et 4 plutôt mensuelle (**question n°24**).

Concernant les activités physiques, 11 n'en faisaient aucune, les autres se répartissaient ainsi (**question n° 25**) :

- Marche : 25 réponses,
- Chasse : 1 réponse,
- Gymnastique : 1 réponse,
- Thé dansant : 1 réponse,
- Piscine : 1 réponse,

- Vélo : 6 réponses.

7 d'entre eux pratiquaient ces activités régulièrement accompagnés (**question n°26**), les 23 autres pratiquaient seuls.

Au sujet de la religion, 5 se déclaraient athées contre 36 croyants (**question n°28**). Parmi ces derniers, 22 fréquentaient un lieu de culte, 4 assistaient aux cultes à la télévision et 10 étaient non pratiquants (**question n°29**). Ceux qui assistaient aux cultes le faisaient toutes les semaines pour 8 d'entre eux, plusieurs fois par mois pour 10 d'entre eux, tandis que les 8 autres n'y assistaient qu'occasionnellement (**question n°30**).

d. Autonomie, aides et suivi médical

Durant les 5 années précédant leur entrée en résidence-autonomie, 26 résidents n'avaient pas d'aide à la marche (**question n°31**). Les 15 autres utilisaient régulièrement (et pour certains d'entre eux alternativement) une canne (10), un déambulateur ou rollator (3) ou encore un fauteuil roulant (3) (**question n°32**).

Seule une personne déclarait ne jamais sortir de son domicile (**question n°33**). Pour les 40 autres, les fréquences des sorties se répartissaient ainsi (**question n°34**) :

- Tous les jours pour 16 d'entre eux,
- Plusieurs fois par semaine pour 21 d'entre eux,
- Plusieurs fois par mois pour 1 personne,
- Très rarement pour 2 personnes.

27 personnes possédaient une voiture (**question n°35**), avec une utilisation encore régulière : tous les jours pour 2 d'entre eux, plusieurs fois par semaine pour 9 d'entre eux, plusieurs fois par mois pour 13 autres (**question n°36**).

La réalisation des courses se déroulait ainsi (**question n°37**) :

- Seul uniquement : 21 personnes,
- Seul principalement, accompagné parfois : 1 personne,
- Seul principalement, par un tiers parfois : 3 personnes,
- Par un tiers uniquement : 5 personnes,
- Accompagné uniquement : 10 personnes,
- Accompagné principalement, par un tiers parfois : 1 personne.

De même, la préparation des repas se faisait majoritairement seul (**question n°38**) :

- Seul : 36 personnes,
- Portage des repas : 3 personnes,
- Par un tiers : 2 personnes.

Concernant les aides à domicile, 17 personnes n'avaient aucune aide, tandis que les 24 autres avaient au moins une aide (**question n°42**) :

Tableau 15 - Répartition des aides à domicile

Nombre d'aides	Types d'aides	Effectifs	
Aucune aide	-	17	17
1 aide	Ménage	17	17
2 aides	Ménage + Portage des repas	2	6
	Ménage + Toilette	4	
3 aides	Ménage + Toilette + Portage des repas	1	1
		41	41

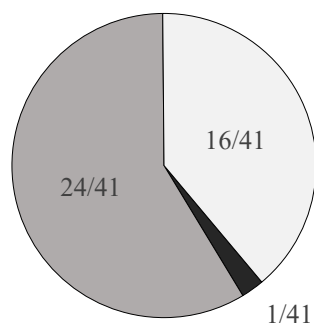
Le suivi médical se faisait tous les mois pour plus de la moitié d'entre eux (25), tous les 3 mois pour 3 d'entre eux. 11 résidents ne consultaient le médecin qu'occasionnellement à la demande, et 2 n'avaient aucun suivi médical (**question n°39**). Les consultations se réalisaient à domicile pour 22 patients et au cabinet pour 17 d'entre eux (**question n°40**).

e. Evaluation du confort et de la sécurité

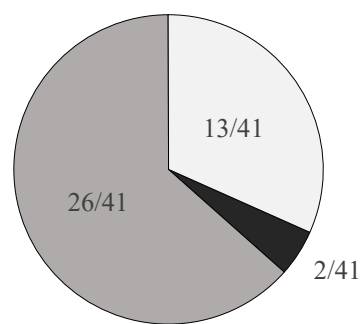
Durant leurs cinq dernières années de vie au sein de leur ancien logement, les résidents ont évalué leur sentiment de confort et de sécurité. Il en ressort que la quasi-totalité (40 sur 41) s'estimaient satisfaits ou très satisfaits de leur confort, avec une note moyenne de 7,95 sur 10 (**questions n°43 et 44**).

Le sentiment de sécurité était également majoritairement bon, avec 39 personnes sur les 41 s'estimant au moins satisfaites, avec une note globale moyenne de 7,58 sur 10 (**questions n°45 et 46**).

Evaluation du confort



Evaluation de la sécurité



■ Très insatisfait ■ Satisfait □ Très satisfait

■ Plutôt insatisfait ■ Satisfait □ Très satisfait

Figure 10 - Évaluation du sentiment de confort et de sécurité au sein du dernier logement

3) Déménagement

a. Initiative et démarches

Si la décision finale dépend de la personne concernée, l'initiative ayant conduit à cette décision peut être de différentes origines. On constate ainsi que l'idée était personnelle dans plus de la moitié des cas (23 sur 41), venait ensuite la famille (15 sur 41 – **question n°47**). Les 3 situations restantes venaient respectivement d'un juge des tutelles (situation particulière), d'un proche, tandis que le dernier ne s'en souvenait plus.

Un peu plus de la moitié des résidents ne connaissait personne avant d'y déménager (25 sur 41 – **question n°48**), et 29 d'entre eux ont pu visiter la résidence avant de s'y installer (**question n°49**).

Les démarches administratives se sont rarement faites seules (**question n°51**) : 6 résidents déclaraient ne s'être pas fait assister durant les démarches, ils étaient 14 à s'être fait aider, 20 qui ont laissé un tiers s'en occuper (dont un par une assistante sociale). Enfin, pour un des résidents, toutes ces démarches avaient été réalisées par son curateur.

Ces démarches avaient été ressenties comme faciles dans 32 cas sur 41, les 9 autres ne s'en souvenaient plus (**question n°52**).

b. Pourquoi ?

Les raisons motivant le déménagement sont variées (**question n°50**), qu'on peut répartir ainsi :

- Une maison devenue trop grande (15 réponses) et inadaptée à l'âge des résidents (13 réponses) sont les motifs les plus fréquents. La maison pouvait également être trop froide (1 réponse), inconfortable (1 réponse) ou en mauvais état (1 réponse). Cela entraînait trop de travail pour adapter l'habitat (1 réponse), trop d'entretien qu'ils n'avaient plus l'envie (2 réponses) la force de faire (9 réponses). Un des couples déclarait vouloir désormais un logement plus petit (2 réponses).
- La solitude est également un motif, parfois suite à un veuvage (4 réponses) ou une séparation (1 réponse), mais aussi motivant un rapprochement familial (1 réponse), et en particulier des enfants (5 réponses). À ce titre, un des résidents déclarait ne pas avoir pu décider et s'était vu imposer ce choix par ses enfants (1 réponse). La recherche de nouveaux contacts faisait également partie des motifs évoqués (4 réponses).
- Les enfants étaient à l'origine de la décision.
- Un des résidents se souvenait plus (1 réponse).
- Une personne souhaitait un logement « intermédiaire avant d'envisager une maison de retraite » (1 réponse).
- Enfin pour une personne, la décision déclarée était celle du juge des tutelles et non la sienne (1 réponse).

c. Craintes

Ils étaient 34 à n'avoir ressenti aucune crainte à l'idée de déménager au sein de la résidence (**question n°53**).

Parmi les 7 autres (**question n°54**) :

- 2 ont déclaré qu'ils n'avaient pas eu le choix dans la décision,
- 2 autres s'y étaient résignés, déclarant l'avoir fait pour satisfaire leurs enfants,
- 3 autres avaient exprimé les craintes suivantes :
 - o « Peur d'être désorienté, perdu » (1 réponse),
 - o « Peur d'être isolé, de ne pas se faire d'amis » (1 réponse),
 - o « Peur de quitter sa commune et de ne plus y retourner » (1 réponse).

Toutefois, selon les résidents interrogés, aucune de ces craintes n'avait représenté un motif de retardement du déménagement.

d. Délai d'attente

Concernant l'attente entre la prise de décision de déménager et le déménagement effectif, plus de la moitié ont attendu moins de 6 mois (22 sur 42) et seuls 2 résidents ont attendu plus d'un an avant d'obtenir une place disponible (**question n°56**).

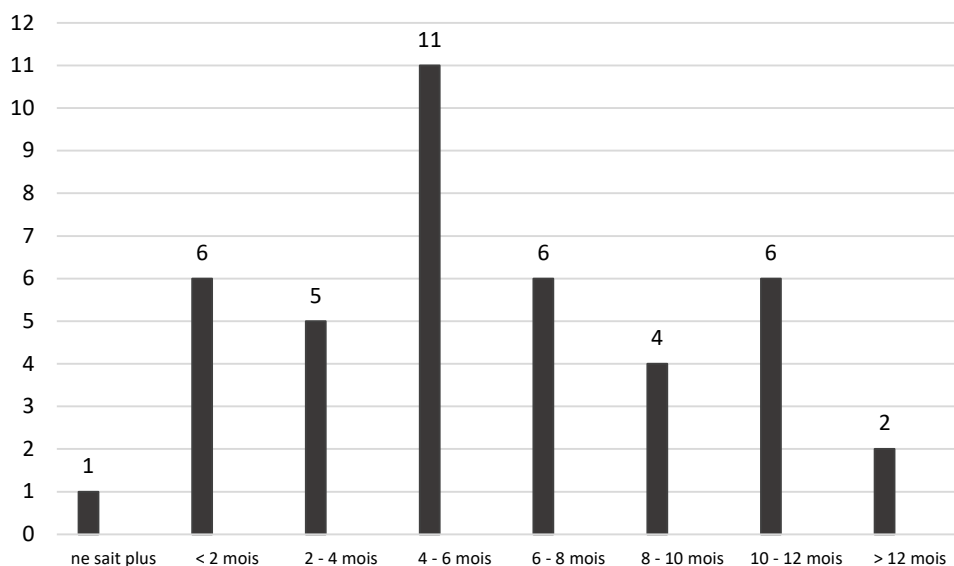


Figure 11 - Délais d'attente avant déménagement vers la résidence-autonomie

4) Depuis l'installation

a. Evaluation du logement actuel

Ils étaient 7 à vivre dans un F2 (dont 3 couples) et 34 à vivre dans un F1 (**question n°57**). Parmi ces derniers, ils étaient 4 à trouver la taille trop petite (**question n°58**). L'ensemble des autres résidents estimait la taille de leur logement satisfaisante (aucun ne l'a trouvée trop grande). 37 résidents ont déclaré avoir pu décorer leur intérieur comme ils le souhaitent, 1 s'est dit limité dans les possibilités, et 3 n'avaient pas pu le faire (**question n°60**).

En ce qui concerne les animaux de compagnie, ils étaient 7 à en avoir un : 4 ont conservé leur ancien animal (ils étaient 19 à en avoir un auparavant) et 3 en ont adopté un par la suite. Ils étaient donc 12 à ne pas l'avoir gardé, et 22 sans animal avant de déménager (**question n°59**).

b. Modification de la distance et retentissement sur le tissu social

Le fait d'avoir quitté leur domicile pour rejoindre la résidence-autonomie d'Hannonville sous les côtes a modifié la distance les séparant de leur famille et amis pour 19 des personnes interrogées (22 estiment que la distance est restée identique). Parmi elles, 15 estimaient que la distance avait augmenté et 4 estimaient qu'ils s'en sont rapprochés (**question n°62**).

Concernant les visites de l'entourage familial, ils sont 11 à le voir moins souvent, 19 à la même fréquence qu'auparavant et 11 plus souvent (**question n°63**). Pour les amis qu'ils avaient dans leur ancien logement, le constat est plus sombre avec une absence de visite pour 19 d'entre eux, des visites moins fréquentes pour 19 autres, à la même fréquence pour 2 résidents, et plus fréquentes pour 1 résident (**question n°64**). Lorsque les visites étaient moins fréquentes, voire absentes, les motifs évoqués étaient (**question n°65**) :

- Une distance plus importante (16 réponses),
- Amis décédés (7 réponses),
- Amis malades ou trop âgés (19 réponses),
- Contacts téléphoniques plutôt que des visites (8 réponses),
- Arrivée récente au sein du foyer (1 réponse),
- Pas d'amis auparavant (3 réponses),
- Ne sait pas (2 réponses).

Si on s'intéresse au lien entre la modification de la distance avec l'entourage social et la modification de la fréquence des visites, voici ce qu'on retrouve :

Tableau 16 - Modification de la fréquence des visites en fonction de la modification de la distance

Distance logement-résidence	Tissu social	Modification de la fréquence des visites	
Plus importante (15/41)	Famille	Plus fréquente	1/41
		Neutre	4/41
		Moins fréquente	10/41
	Amis	Plus fréquente	1/41
		Neutre	2/41
		Moins fréquente	13/41
Neutre (22/41)	Famille	Aucune visite	6/41
		Plus fréquente	6/41
		Neutre	1/41
	Amis	Moins fréquente	15/41
		Plus fréquente	0/41
		Neutre	0/41
Moins importante (4/41)	Famille	Moins fréquente	6/41
		Aucune visite	9/41
		Plus fréquente	4/41
	Amis	Neutre	0/41
		Moins fréquente	0/41
		Aucune visite	0/41

On constate alors que lorsque la distance se réduit, la fréquence de visite de la famille s'est vue augmenter. La fréquence des visites des amis s'est, elle, globalement réduite avec les raisons évoquées précédemment.

Depuis leur arrivée au sein de la résidence, 15 résidents estiment s'être fait de bons amis, pour 16 de simples connaissances. 8 déclarent n'avoir fait aucune rencontre, et 2 ne sont arrivés que très récemment et n'ont pas encore fait de rencontre (**question n°66**).

Ainsi, lorsqu'on leur a demandé de comparer la qualité de leur tissu social actuel par rapport à celle dans leur ancien logement, voici leurs réponses (**question n°67**) :

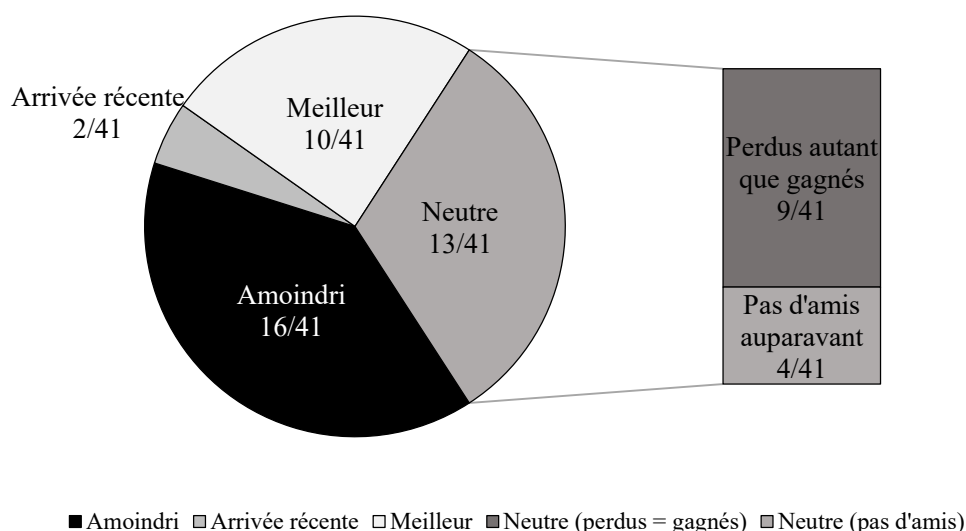


Figure 12 - Comparaison du tissu social (avant / après déménagement)

On constate ainsi que 20 personnes n'ont pas tiré profit de leur installation : 16 estimaient leur vie sociale amoindrie et 4, qui n'avaient pas d'amis auparavant, ne s'en sont pas fait de nouveaux.

19 autres se sont fait de nouvelles connaissances et amis, pour autant si 10 estimaient avoir une meilleure vie sociale qu'avant, 9 en tiraient un bilan nul (en ayant perdu autant d'amis qu'ils s'en étaient faits).

c. Modification des activités

Différentes activités culturelles et de loisir sont proposées au sein de la résidence-autonomie. Parmi les résidents, 13 déclaraient faire de nouvelles activités par rapport à ce qu'ils faisaient avant, notamment (**questions n°68 et 69**) :

- Des jeux de cartes (8 réponses),
- Des jeux de société (3 réponses),
- De la lecture (1 réponse),
- De la sophrologie (2 réponses),
- Des voyages (1 réponse),
- Des concerts (1 réponse).

Sur le plan physique, 3 résidents déclaraient maintenir une activité physique (la marche pour les 3), contre 38 n'en déclarant aucune (**question n°70**).

Au total, si 4 résidents estimaient faire plus de choses au sein de la résidence que dans leur ancien logement, ils étaient 20 à faire « la même chose » et 17 à faire moins de choses qu'avant (**question n°72**).

Enfin sur le plan spirituel, sur les 36 croyants, ils étaient seulement 18 à fréquenter le lieu de culte de la résidence (**question n°73**). Pour rappel, ils étaient 22 à fréquenter un lieu de culte local avant de déménager, et 4 à y assister à la télévision.

d. Autonomie, aides et suivi médical

Au sein de la résidence, ils étaient désormais 29 (**question n°74**) à bénéficier d'une aide à la marche (contre 15 avant de déménager), se répartissant ainsi (les aides pouvant être associées – **question n°75**) :

- Canne pour 22 résidents,
- Déambulateur / rollator pour 8 résidents,
- Fauteuil roulant pour 3 résidents.

On observe ainsi des effectifs qui ont plus que doublé depuis leur arrivée au sein de la résidence, et ce dans chacune des catégories (à l'exception de l'usage de fauteuil roulant qui est resté identique).

De même, ils étaient moitié moins à sortir en dehors de l'enceinte de la résidence autonomie par rapport aux sorties de leur domicile (passant de 40 à 22 – **question n°76**), pour des fréquences qui ont nettement diminué. Ils n'étaient plus que 2 à sortir tous les jours de la résidence, 3 plusieurs fois par semaine, 4 plusieurs fois par mois et enfin 13 à n'en sortir plus que très rarement (**question n°77**).

Ils n'étaient également plus que 6 (**question n°78**) à avoir conservé leur voiture (27 en possédaient une auparavant) avec là encore un usage qui s'était espacé : 1 résident l'utilisait encore plusieurs fois par semaine, 3 plusieurs fois par mois et 2 rarement (**question n°79**).

La réalisation des courses a été également modifiée : il n'y avait plus que 4 personnes déclarant faire leurs courses seules (dont une parfois accompagnée) contre 21 auparavant.

Celles qui les faisaient accompagnées sont passées de 11 à 8 personnes (dont une déléguant parfois la tâche à un tiers). Enfin, le rôle du tiers s'est fortement accru, en passant de 5 à 29 personnes (**question n°80**).

De même, ils n'étaient plus que 19 à préparer et manger leurs repas seuls (dont 1 bénéficiant de portages de repas occasionnels, 1 mangeant aux repas de fête collectifs uniquement, et 6 mangeant en collectivité occasionnellement – **question n°81**).

Concernant les aides à domicile, ils n'étaient plus que 2 résidents à n'avoir aucune aide en place. Voici comment les aides se répartissaient (**question n°86**) :

Tableau 17 - Répartition des aides à domicile au sein de la résidence

Nombre d'aides	Types d'aides	Effectifs	
Aucune aide	-	2	
1 aide	Ménage	12	
2 aides	Ménage + Pilulier	11	14
	Ménage + Toilette	2	
	Ménage + Portage des repas	1	
3 aides	Ménage + Toilette + Pilulier	6	9
	Ménage + Portage des repas + Pilulier	1	
	Ménage + Toilette + Portage des repas	2	
4 aides	Ménage + Toilette + Portage des repas + Pilulier	4	
		41	

Comparativement à la situation dans l'ancien domicile :

- Les personnes sans aucune aide sont passées de 17 à 2 ;
- Les personnes n'ayant qu'une seule aide sont passées de 17 à 12 ;
- L'aide au ménage est passée de 24 à 39 personnes ;
- L'aide à la toilette est passée de 5 à 14 personnes.

Il est également important de préciser que certains résidents ne bénéficiant pas d'un portage des repas à domicile prenaient néanmoins tous leurs repas en salle commune. Ils étaient ainsi 13 à prendre systématiquement leurs repas en collectivité, 6 qui préparaient leurs repas seuls et mangeaient parfois en collectivité, et enfin 3 qui bénéficiaient du portage des repas et qui mangeaient parfois en collectivité.

Enfin, le suivi médical était au moins aussi fréquent dans la quasi-totalité des cas, avec 29 résidents dont la fréquence ne s'était pas modifiée (mais dont le lieu de consultation au cabinet est passé de 10 à 2), 2 avaient vu la fréquence des consultations diminuer et pour les 11 autres cette fréquence a augmenté, passant à « à la demande » pour un résident qui n'avait aucun suivi et à une consultation mensuelle pour les autres. Pour 37 des résidents, les consultations étaient alors réalisées au domicile (contre 22 auparavant – questions n°82, 83 et 84).

Tableau 18 - Modification de la fréquence du suivi médical après déménagement

Fréquence avant le déménagement	Fréquence depuis l'installation	Bilan
Aucun = 2 personnes	1x / mois = 1 personne	Suivi plus fréquent
	À la demande = 1 personne	Suivi plus fréquent
À la demande = 11 personnes	À la demande = 3 personnes	Suivi identique
	1x / mois = 8 personnes	Suivi plus fréquent
1x / mois = 25 personnes	1x / mois = 24 personnes	Suivi identique
	1x / 2 mois = 1 personne	Suivi moins fréquent
1x / 3 mois = 3 personnes	1x / mois = 1 personne	Suivi plus fréquent
	1x / 3 mois = 2 personnes	Suivi identique

e. Modification de la qualité de vie, du sentiment de confort et de sécurité

Depuis leur installation, la grande majorité des résidents estimaient avoir une qualité de vie, une sensation de confort et de sécurité au moins identique sinon meilleure qu'auparavant. Ils sont toutefois 6 à avoir perdu en qualité de vie, 3 en sensation de confort et 2 en sensation de sécurité (questions n°87, 89 et 90).

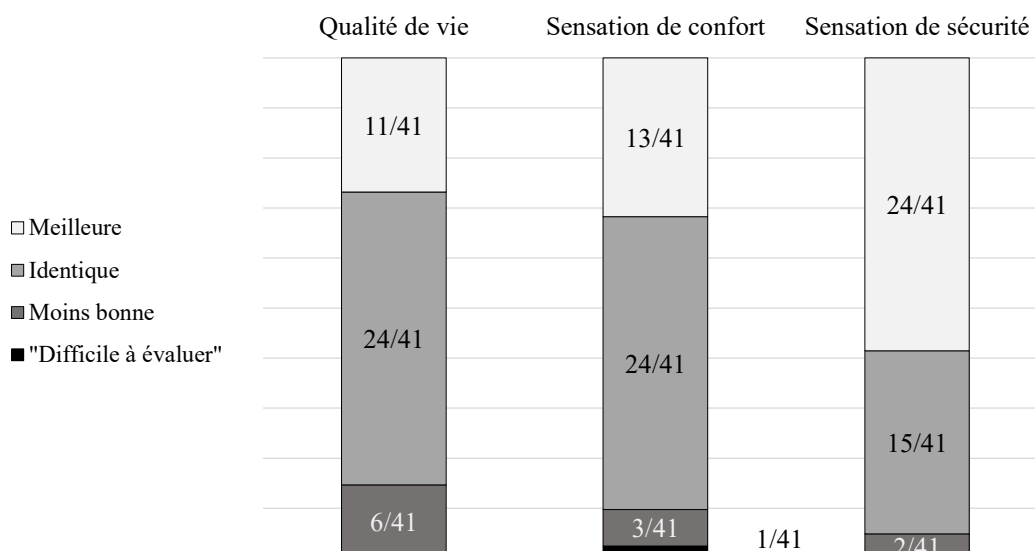


Figure 13 – Modification de la qualité de vie, des sentiments de confort et de sécurité depuis le déménagement

On leur a également demandé d'évaluer la sensation d'être « chez soi », et on retrouve une note moyenne de 8,17/10 (**question n°88**).

À l'étude des résultats, on constate qu'il y a un résident qui estimait avoir perdu sur les 3 aspects de son quotidien : une qualité de vie moindre, une sensation de confort et de sécurité moins bonne qu'avant. Il avait d'ailleurs noté la sensation d'être chez lui à 5/10 (la moins bonne note retrouvée).

f. Regrets et craintes initiales

Rétrospectivement, 32 résidents n'exprimaient pas de regrets quant à leur décision d'avoir déménagé (**question n°91**). Sur les 9 autres, on retrouvait les regrets suivants (**question n°92**) :

- 1 personne regrettait de ne plus pouvoir habiter dans son village natal,
- 1 personne regrettait de ne plus pouvoir retourner dans son ancienne maison,
- 1 personne avait la nostalgie de sa vie d'avant, de son ancien logement et des souvenirs qu'ils lui évoquaient,
- 1 personne ne se sentait pas chez elle (malgré les 18 mois d'habitation dans la résidence) et ne se sentait pas écoutée,
- 1 personne n'avait pas eu le choix dans la décision du déménagement (placée sur décision du juge des tutelles),

- 1 personne regrettait sa sensation de liberté qu'elle estimait avoir perdu depuis son déménagement,
- 1 personne exprimait un sentiment d'isolement, avec un regret de son ancien logement, des souvenirs de son ancien réseau d'amis, réseau religieux, et de l'éloignement avec sa famille,
- 2 personnes regrettaient avoir dû quitter leur ancienne maison.

Concernant les craintes préalables au déménagement, ils étaient 35 à n'en avoir aucune et 2 étaient « résignés ». Parmi les 4 autres personnes, voici leurs retours sur les craintes initiales (**question n°93**) :

- Celui qui craignait être « perdu, désorienté » décrivait finalement sa crainte « non fondée », et il estimait également qu'il aurait dû déménager plus tôt avec le recul,
- Celle qui avait peur d'être isolée et de ne pas se faire d'amis déclarait s'être finalement assez rapidement adaptée (elle fait d'ailleurs partie des résidents estimant avoir un meilleur tissu social qu'auparavant),
- Celui qui avait peur de quitter sa commune et de ne plus pouvoir y retourner affirmait qu'il était tout de même difficile pour lui de retourner dans son ancienne maison,
- Une autre résidente, qui n'avait pas verbalisé de crainte préalable déclarait finalement qu'avec le recul déménager en résidence était pour elle la meilleure solution.

Enfin, lorsqu'on leur demandait s'ils estimaient, avec le recul, qu'ils auraient dû déménager plus tôt, ils sont 6 à répondre positivement, et 35 à répondre non (**question n°94**).

g. Commentaires divers des résidents sur la résidence autonomie

À la fin de l'entretien, nous avons demandé aux résidents de s'exprimer librement sur les différentes composantes de la résidence autonomie.

Voici ce qu'il en ressort (**questions 95, 96, 97, 98 et 99**) :

- Concernant leur logement individuel : 23 réponses.
 - Absence d'accès à internet dans les logements (1 couple)
 - Salle de bains non satisfaisante (14 personnes) :
 - Inadaptée (4 personnes),

- Trop petite, étroite (3 personnes),
 - Baignoire inadaptée / absence de douche (8 personnes),
 - Robinets inadaptés (1 personne),
 - Logement d'aspect vétuste (1 personne), nécessitant de refaire les peintures (3 personnes), avec des revêtements de sol en mauvais état (1 personne),
 - Manque de rangements (1 personne), chauffe-eau volumineux (1 personne),
 - Mauvaise isolation thermique (4 personnes), avec des fenêtres et des volets difficiles à ouvrir (1 personne),
 - Cuisine trop petite (1 personne).
- Concernant le personnel encadrant : 7 réponses.
- Personnel moins nombreux qu'auparavant (6 personnes),
 - Personnel moins présent qu'auparavant (1 personne),
 - Personnel en nombre insuffisant (3 personnes),
 - Délai d'intervention plus long qu'auparavant (1 personne).
- Concernant les locaux de la résidence-autonomie : 24 réponses.
- Galerie (couloir vitré reliant la résidence-autonomie à l'EHPAD pour atteindre les salles communes et en particulier celle des repas collectifs) en mauvais état et à rénover (8 personnes),
 - Locaux, structures, bâtiments vétustes (6 personnes), peintures anciennes (1 personne),
 - Mauvaise isolation (4 personnes),
 - Revêtement du sol extérieur en mauvais état (6 personnes), glissant (2 personnes),
 - Extérieur mal entretenu (1 personne), marches extérieures dangereuses (1 personne),
 - Qualité médiocre des repas collectifs (2 personnes),
 - Présence de chats errants (1 personne).

- Concernant les activités collectives et individuelles : 4 réponses.
 - Activités moins fréquentes qu'auparavant (2 personnes),
 - Trop peu (1 personne) ou pas (1 personne) de sorties organisées hors de la résidence.

- Commentaires libres : aucune réponse.

Chapitre 3 – Discussion

Le travail de recherche préliminaire à cette étude a mis en évidence la pauvreté des travaux disponibles, tant sur le sujet que sur cette manière particulière de le traiter. En effet, la parole n'est que très rarement donnée aux personnes âgées, d'autant plus pour celles vivant en résidence autonomie, et il est donc difficile d'évaluer leurs plaintes comme leurs regrets, leurs espoirs comme leurs satisfactions. En élaborant le questionnaire, le souhait était d'aborder différents aspects de leur vie afin d'en faire un état des lieux général et d'en évaluer les modifications après leur arrivée dans la structure. Nous avons comme objectif d'être représentatifs sur cet établissement et il a été atteint, avec un taux de participation de 100% des résidents. Les questions étaient globalement bien comprises avec toutefois quelques rares difficultés à répondre aux évaluations par échelle numérique, que nous avons rapidement associé à des évaluations à choix multiples. Les questions étaient majoritairement fermées, ce qui a permis de couvrir un large panel de sujets sur une durée d'entretien raisonnable, et les quelques questions ouvertes ont également pu recueillir des informations inattendues. Les résidents ont été d'abord surpris, parfois perplexes puis contents que l'on s'intéresse à leur situation, bien que certaines questions aient pu les dérouter (comme la place ou l'intérêt des questions traitant de leur religion par exemple). Toutefois ils ont tous répondu à l'ensemble des questions.

1) Limites et biais

Au cours de cette étude, différents types de biais étaient attendus et nous avons tenté d'adapter au mieux la méthodologie afin d'éviter leur survenue.

a. Limites

Une première limite est apparue lors des entretiens au sujet de certaines questions trop ouvertes ou trop abstraites : les questions ouvertes ne donnaient que beaucoup de réponses courtes, voire aucune, notamment lors des commentaires libres. De même, la notation de 0 à 10 d'un ressenti a décontenancé plusieurs résidents qui ont eu des difficultés à donner une réponse, ne comprenant pas toujours la question ou ne sachant pas comment y répondre.

Enfin, la longueur du questionnaire était peut-être un peu trop importante : bien qu'aucun résident ne se soit plaint de la durée des entretiens, ceux-ci duraient entre 25 et 30 minutes, pour un total de 98 questions. Cela pouvait représenter une fatigue suite à une concentration prolongée et donc influencer la qualité des réponses.

b. Biais de sélection

Concernant la population étudiée, nous avons fait le choix de nous concentrer sur une seule structure et afin de limiter le biais de sélection, nous avons fait le choix de l'exhaustivité en interrogeant l'intégralité des résidents.

c. Biais lié à la qualité des informations recueillies

En étudiant des périodes de vie assez éloignées pour certains résidents (leur durée de séjour au sein de la résidence allant jusqu'à 10 ans), on s'est exposé au risque d'une mémoire défaillante chez des personnes âgées dont les troubles cognitifs, même s'ils ne remettent pas en cause leur présence dans la structure, peuvent limiter leur capacité de réponse. Si la plupart des résidents ont su répondre aisément aux questions concernant le passé, d'autres ont eu plus de difficultés. Néanmoins, ce biais reste inhérent aux études mettant en jeu la mémoire des personnes âgées.

d. Biais d'analyse

De par le vaste éventail de sujets abordés au travers du questionnaire, l'étude des résultats était un enjeu important. L'objectif principal de la démarche de ce travail était de recueillir et présenter les résultats. Dans le but de simplifier le recueil puis l'étude, le choix a été fait d'établir des questions fermées et de ne proposer des questions ouvertes qu'aux commentaires libres. Ainsi, l'étude des nombreux résultats a pu se faire sans difficultés, et les réponses aux questions ouvertes ont été analysées par le regroupement par mots clés. Toutefois, une triangulation de l'étude des questions ouvertes aurait pu augmenter la validité interne mais n'a pas été faite pour des raisons d'organisation.

2) Autour du déménagement

L'analyse des résultats a ainsi permis de mettre en évidence différentes caractéristiques de la population interrogée ainsi que de la résidence elle-même. On constate tout d'abord que

la population étudiée avait une moyenne d'âge d'entrée dans la structure de 78 ans et 7 mois, correspondant à la moyenne nationale observée (78 ans et 11 mois (39)). La répartition des lieux d'habitation préalable a confirmé l'ancrage rural de la population, avec des résidents pour la quasi-totalité originaires des petites communes et villages très proches de la structure. La distance moyenne (36,8 km) est majorée par la présence de deux résidents qui habitaient à une distance particulièrement importante (à 300 et 590 km, ce qui est mis en évidence par un écart-type important). Si on étudie la distance moyenne des 39 autres résidents, on retrouve 15,9 km, avec 18 résidents à moins de 10 km de la résidence.

On observe un délai d'attente avant le déménagement assez important : plus de la moitié des résidents déclaraient avoir attendu plus de 6 mois avant d'obtenir une place au sein de la résidence. C'est un délai non négligeable lorsqu'on connaît la fragilité de certaines situations à domicile, l'impact sur l'autonomie et sur la santé du moindre accident et les démarches parfois faites au dernier moment par l'entourage lorsque la situation devient « ingérable », à tort ou à raison, mais toujours contextualisée par une notion d'urgence, de danger, de culpabilité, de peurs et d'émotions parfois difficiles à trier, voire à identifier. On peut alors comprendre l'importance d'anticiper ce déménagement en établissant un dossier en avance afin de gagner du temps lorsque le maintien à domicile deviendra délicat. Cette réflexion sur ce délai ouvre à la façon dont est ressentie cette attente. En effet, ce délai de quelques mois peut être vécu comme très long et angoissant pour l'entourage, faisant face à une situation nouvelle : la découverte de la fragilité de leur proche. En parallèle, on peut s'interroger sur le ressenti de la personne âgée : tourner la page de leur ancienne vie, quitter leur domicile pour intégrer une nouvelle structure doit sans doute être difficile, traumatisant, attendu avec crainte ou au contraire avec impatience. Toutefois, ce délai peut aussi être mis à profit par les soignants ou les travailleurs sociaux pour expliquer la démarche, pour répondre aux questions légitimes, pour atténuer les peurs, les angoisses, et accompagner les patients et les familles dans les choix toujours difficiles qui leur incombent.

Concernant la transition domicile / résidence autonomie, si l'initiative personnelle reste dans plus de la moitié des cas à l'origine la décision du déménagement, on constate que le poids de la famille était assez marqué. Le médecin n'était par ailleurs jamais cité comme décideur final bien qu'on puisse penser que son avis ait pu être consulté au cours des

démarches (d'autant que son avis ou son expertise sont indispensables à l'établissement de certaines démarches administratives telles que les demandes d'ALD, d'APA, de dossier MDPH, etc.). De même, le motif de déménagement retrouvait un rôle prédominant de la famille (principalement des enfants) dans la décision, et certains résidents avaient ainsi pu estimer qu'ils n'avaient pas eu le choix et que leurs enfants l'avaient fait à leur place. On peut dès lors soulever la question du libre arbitre dans le choix du lieu de vie pour ces personnes, en se demandant si la décision a été prise dans leur intérêt premier ou dans celui de leur entourage. Nous avons pu constater (dans la première partie du travail) la charge de travail considérable qu'assumaient certains aidants proches de personnes âgées à domicile. Ainsi, soit parce qu'ils sont débordés, épuisés, ou parce qu'ils ont peur de l'être, le choix des proches peut influencer voire passer outre la décision de la personne âgée. L'absence de la citation du médecin comme initiateur de la transition peut soulever la question de la sensibilisation des intervenants de santé auprès des personnes âgées : sont-elles suffisamment informées sur l'existence des différentes alternatives au maintien à domicile, et si oui par qui le sont-elles ? Une question supplémentaire aurait pu étayer cette interrogation (« *Votre médecin vous avait-il déjà présenté des alternatives au maintien à domicile telles que les résidences autonomie ?* »).

Les raisons motivant le déménagement étaient variées. Elles reflétaient majoritairement un habitat devenu inadapté à l'âge et à l'autonomie des personnes interrogées : une taille trop grande, inconfortable, difficile à chauffer, nécessitant un entretien trop important pour leur âge. Les motifs liés au tissu socio-familial étaient aussi présents dans les réponses : la solitude des personnes âgées, développée dans la première partie du travail, était sous-jacente avec des situations de veuvage ou de séparation, entraînant un désir de rapprochement avec les enfants. On notera toutefois que deux des résidents déclaraient qu'ils n'avaient pas eu le choix, avec pour le premier un choix imposé par les enfants, et pour le second une décision d'un juge des tutelles.

On peut alors soulever la question du libre arbitre lors des situations de faiblesse des personnes âgées : comment s'assurer de la libre décision d'une personne alors qu'elle peut être affaiblie (parfois transitoirement) et peut céder aux choix extérieurs contre son intime volonté. Là encore, une sensibilisation en amont semble primordiale afin que le cheminement décisionnel se fasse hors situation « de crise » et que la personne âgée adhère parfaitement au choix. L'ingérence de la famille doit être recherchée pour ne pas voir leur souhait s'imposer au détriment du principal concerné. La famille et les aidants sont souvent les premiers à constater une dégradation de l'autonomie et à la signaler mais il

peut arriver également des craintes excessives, la peur d'une institutionnalisation trop tardive avec par conséquent un déménagement prématuré alors qu'un maintien à domicile serait encore possible dans de bonnes conditions. La peur de mal faire peut conduire à trop en faire, ignorant la volonté et le bien-être de la personne âgée. Ainsi, lorsqu'on leur demande s'ils estimaient qu'ils auraient dû déménager plus tôt, ils sont 6 parmi 41 à répondre positivement. Cela exprime toute la difficulté de cette période de fragilité : réaliser un changement d'habitat au moment opportun, ni trop tôt contre la volonté de la personne âgée, ni trop tard lorsque l'autonomie est trop altérée et que les risques encourus sont trop importants.

Lorsque l'on recherche un lien entre la personne à l'initiative de la décision de déménager et les éléments de crainte ou d'insatisfaction, on observe plusieurs points intéressants. Tout d'abord, sur les 7 personnes ayant exprimé des craintes au déménagement, seules 2 déclaraient l'avoir décidé elles-mêmes. Pour les 5 autres, l'initiative était familiale (3 personnes), du juge des tutelles (1 personne) ou d'un proche (1 personne). Parmi les 15 ayant subi ou accepté une décision familiale, 3 considéraient avoir perdu en qualité de tissu social et 3 déclaraient faire moins d'activités qu'auparavant ; il n'y avait qu'une personne estimant avoir une qualité de vie moins bonne ainsi qu'un habitat moins confortable. Cette même personne regrettait avoir perdu un sentiment de liberté.

Aux questions concernant les craintes préalables au déménagement, on constate d'une part qu'elles étaient finalement peu nombreuses (seulement 4 résidents sur 41 en avaient exprimé) et parmi eux, 3 résidents estimaient qu'elles ne s'étaient pas confirmées. Le dernier craignait de ne plus pouvoir retourner dans son ancien domicile après son déménagement, crainte qui s'est révélée être fondée.

3) Impact sur le tissu socio-familial

Plus de la moitié des résidents ne connaissaient personne au sein de la structure avant de l'intégrer (25 sur 41), ce qui pouvait laisser présager une crainte préalable au déménagement mais qui n'a finalement été verbalisée que par un seul d'entre eux (« peur d'être isolé, de ne pas se faire d'amis »). S'il était toujours possible de procéder à une visite des locaux et du logement avant de déménager, 29 résidents l'avaient fait. Quant aux

démarches administratives précédant l'admission, ils n'étaient que 6 à s'en être occupé seuls. Les autres ont pu bénéficier d'une aide plus ou moins totale d'un tiers ou d'une assistante sociale. Pour plus des trois quarts des personnes interrogées, ces démarches ont été ressenties comme faciles. Pour faciliter les démarches et limiter les appréhensions qui entourent le déménagement, on pourrait imaginer des activités communes, faisant participer des résidents, des intervenants de la résidence ainsi que des personnes qui ne sont pas encore admises (qu'elles soient intéressées voire même sur liste d'attente). Cela pourrait permettre des échanges afin de rassurer les éventuels futurs résidents en éclaircissant certaines craintes qui pourraient freiner leur désir de déménagement, tout en offrant la possibilité d'entretenir un lien social vers l'extérieur pour les résidents déjà présents.

L'étude de l'impact du déménagement sur les relations sociales et familiales a mis en avant que pour la plupart des résidents la fréquence des visites de la famille et des amis était globalement moins importante qu'auparavant. Ils n'étaient ainsi que 3 résidents à déclarer voir plus souvent ou à la même fréquence qu'auparavant leurs amis. Pour les 38 autres, la fréquence était plus faible voire réduite à zéro pour 19 d'entre eux, quand bien même le déménagement avait réduit la distance les séparant. Nous nous attendions à un tel résultat pour la vie sociale étant donné le vieillissement du tissu social au même titre que la personne étudiée, et donc une capacité amoindrie à se déplacer et à se voir à la même régularité. En effet, les motifs évoqués par les résidents mettaient en avant en premier lieu la maladie et l'âge avancé de leurs amis, puis la distance plus importante qui, avec le vieillissement devenait un obstacle majeur. Le téléphone permettait pour certains de pallier cette moindre fréquence de visite.

Le constat était un peu moins sombre concernant la famille, avec pour 11 résidents des fréquences de visite augmentées. Ils étaient néanmoins 25 à voir moins souvent leur famille depuis leur installation. On peut alors s'interroger, à l'heure où l'on nous vante les prouesses techniques de la télémédecine, sur l'absence des technologies modernes de communication les plus élémentaires au sein de ces structures pour simplement rompre l'isolement dont souffrent nombre de résidents. Comme nous l'avons abordé en première partie (*1^{ère} partie, Chapitre 2 - 2*), cet isolement social touche de plus en plus de seniors (30), et cela devrait représenter un axe prioritaire d'amélioration de qualité de vie. Les animaux de compagnie étaient finalement peu présents au sein de la résidence, en dehors que quelques chats de campagne errants : seuls 7 résidents en avaient conservé un durant leur déménagement, sur les 19 qui en possédaient un auparavant. On peut imaginer les

différents motifs de séparation (logement plus petit, absence de jardin privatif, charge de travail au quotidien, etc...), mais également regretter la présence quotidienne qu'ils représentaient pour leurs propriétaires.

4) Évolution de l'autonomie et son impact sur les aides

Nous nous attendions à des résultats significatifs concernant l'étude des aides à la personne, qui a montré en toute logique une nette augmentation du nombre de personnes en bénéficiant et parmi elles une hausse du nombre de prestations différentes dont elles bénéficiaient. L'aide-ménagère tout particulièrement était devenue quasiment systématique, ainsi que l'aide à la toilette, beaucoup plus représentée. Avec une durée moyenne de séjour de 3 ans et 2 mois au sein de la résidence lors de l'étude, leur autonomie s'était vue dégradée, majorant leur besoin d'assistance au quotidien. De même, on observait un nombre d'aides à la marche, dont la nature et l'efficacité posent en soi question également, quasiment doublé (29 désormais contre 15 avant leur déménagement), reflétant un déclin de l'état général. Une conséquence évidente à cela était une nette réduction du nombre et de la fréquence des sorties hors de la résidence comparativement aux sorties de leur domicile, qui étaient très fréquentes voire quasi-quotidiennes auparavant pour la majorité d'entre eux. La conduite automobile était devenue elle aussi minoritaire, avec seulement 6 résidents encore en possession d'un véhicule mais dont l'usage s'était nettement espacé. Toutefois, la question de la capacité « légale » à en faire usage n'a pas été évoquée.

Un des reflets de la modification de l'autonomie au quotidien concerne les repas : ils étaient désormais moins de la moitié à préparer leurs repas seuls régulièrement (19 contre 36 auparavant) mais on ne comptait que 13 personnes déclarant profiter des repas collectifs au quotidien (et 10 ponctuellement). On dénombrait ainsi 8 personnes préférant le portage des repas personnel dans leur chambre ce qui soulève des questions : pour quelles raisons des résidents préfèrent le portage des repas à la collectivité ? Pour des raisons économiques, et si oui dans quelle mesure ? L'envie de rester seul ? Une limitation dans leur mobilité ? Les réponses à ces questions pourraient aider ce type de structures à adapter ses prestations aux attentes et besoins « réels » des résidents.

Si ce constat de déclin était attendu au regard de l'âge des résidents et de leur durée de séjour moyenne, cela met également en lumière cette période charnière où l'autonomie se dégrade rapidement et où le besoin d'aide augmente. Ainsi, si cette même dégradation en quelques mois se déroulait au domicile précédent, elle occasionnerait des difficultés d'organisation : adaptation rapide du domicile, majoration rapide des aides, avec risques de chute et risques liés à l'utilisation du véhicule, sur un terrain d'isolement social fréquent. Il est dès lors souhaitable que cette étape de vie se déroule dans un environnement sécurisant, tant pour la personne âgée que pour son entourage et pour le corps médical et paramédical afin de mieux l'encadrer.

5) Evolution de la pratique des loisirs

Les questions sur les loisirs ont mis en évidence des personnes âgées qui étaient assez actives et dynamiques, pratiquant des activités variées lorsqu'elles étaient encore dans leur domicile antérieur. Depuis leur installation dans la résidence autonomie, on constatait de nouvelles activités pour 13 des résidents, mais ils n'étaient finalement que 4 estimant faire plus de choses qu'auparavant. 20 d'entre eux déclaraient faire la même chose, et 17 moins d'activités qu'avant. De même, ils n'étaient plus que 3 à conserver une activité physique régulière. Pour autant, la structure propose théoriquement régulièrement diverses activités adaptées à leurs capacités mais là encore, si le déclin physique explique une partie des résultats, on peut s'interroger sur la pertinence du panel d'activités proposées, la variété, leur fréquence et la participation des résidents. Le rapport à l'activité physique et au corps peut également être une explication : certains résidents étaient particulièrement actifs quelques années auparavant, et désormais ils se voient proposer des exercices d'assouplissement, d'entretien articulaire et musculaire, de la « danse assise ». Considèrent-ils cela encore comme une activité physique, ou simplement comme des moments de repos ou de détente, à moins qu'ils n'y voient qu'une simple activité occupationnelle dénuée de sens.

6) Perception du logement et de la structure

Les questions à propos de l'habitat ont montré que durant les dernières années au sein de leur maison, ils n'utilisaient généralement que quelques pièces régulièrement (en moyenne

3,0) et malgré une nette réduction de la surface habitable depuis leur déménagement, ils n'étaient que 4 sur 41 à trouver leur nouveau logement trop petit. Ils s'y sentaient également presque tous chez eux avec des sensations de confort et de sécurité identiques sinon meilleures.

Toutefois, lorsqu'on leur a demandé d'exprimer des critiques, on constate certaines limites à ces logements. Tout d'abord pour beaucoup la salle de bains n'était plus adaptée à leur autonomie, avec la présence d'une baignoire devenue un obstacle. La taille réduite de la salle de bains limite également leurs mouvements et ne facilite pas le travail des aidants (d'autant plus lorsqu'ils bénéficiaient d'une aide à la toilette). Ensuite, on retrouve un constat partagé par plusieurs résidents d'une mauvaise isolation thermique, avec des courants d'air au niveau des fenêtres qui étaient par ailleurs décrites comme difficiles à ouvrir. Enfin, au-delà de détails fonctionnels, ils rapportaient également le sentiment d'une structure vétuste, avec des communs perçus comme en mauvais état voire dangereux.

Ce constat interpelle à plusieurs titres : en effet, cela soulève d'abord la problématique du vieillissement des structures d'accueil. Les normes de construction et d'accessibilité au moment de l'ouverture de la résidence ont depuis évolué, et les logements ont vieilli. Si ces logements ne sont pas régulièrement réévalués pour être adaptés, ils se retrouvent après plusieurs décennies en désaccord avec les nouvelles attentes des résidents. Ainsi, si une personne quitte son domicile car il est devenu inadapté à son autonomie, on peut regretter de la voir s'orienter vers une structure qui présente les mêmes problématiques, voire même qui en génère d'autres.

7) Modification du suivi médical

Enfin, les résultats de l'étude de la modification du suivi médical décrivaient un suivi au moins aussi régulier qu'avant. Ainsi, ils étaient 29 résidents à avoir un suivi identique (dont déjà 24 vus déjà mensuellement), 11 à être plus suivis qu'auparavant tandis qu'un résident avait un suivi moins fréquent, passant d'une visite mensuelle à bimensuelle. De même, de manière attendue le lieu de consultation s'était majoritairement déplacé du cabinet vers le domicile (résidence) suite au déménagement, passant de 22 à 37 résidents qui étaient désormais suivis à domicile.

Ces modifications s'expliquent par le fait que les patients vivant en résidence autonomie sont plus fragiles que ceux étant capables de rester dans leur domicile. De fait, ils

nécessitent une surveillance plus rapprochée, avec une moindre capacité de se rendre aisément dans un cabinet médical.

8) Réflexions et perspectives

Au final, l'étude des résultats met en avant tout l'enjeu de cette période de fragilité qu'est le déménagement d'une personne âgée en situation de perte d'autonomie. Le départ de son domicile doit se faire avec le plein accord de la personne et la structure d'accueil doit répondre parfaitement aux lacunes de l'habitat quitté. Or, on se rend compte que tout n'est pas si simple : l'évaluation du moment opportun n'est pas chose aisée pour que le départ ne soit pas vécu comme imposé en dépit de sa volonté. De même, la structure se doit d'être adaptée à l'autonomie résiduelle et de s'adapter pour les années suivantes, que ce soit au déclin progressif de l'état général de la personne qu'aux besoins qui évoluent avec le temps. Aujourd'hui, les personnes qui ont 80 ans n'ont pas toutes les mêmes attentes que celles qui en ont 60, et celles qui intégreront ces structures dans les prochaines décennies seront certainement plus exigeantes quant aux services proposés. Les résidences se doivent donc de rester à jour et d'évoluer pour rester en phase avec les générations qu'elles hébergent, sans quoi elles ne seront qu'un habitat triste où dépérissent ses habitants.

De nouvelles pistes de financements sont avancées avec les dernières lois sur l'encadrement du vieillissement, permettant d'ouvrir des perspectives d'activités stimulantes au sein des résidences autonomie, avec en particulier des ateliers mémoire ou visant à maintenir et élever le niveau d'autonomie des résidents.

Une autre réflexion est apparue au cours de l'élaboration de ce travail concernant le devenir des habitants des résidences autonomie. Si nous avons pu constater que les conditions d'accès limitent l'autonomie des résidents aux GIR 6 et 5 (voire 4 selon la convention et le GMP de l'établissement), il est prévisible que leur niveau va se dégrader avec le temps. Il est donc nécessaire de suivre, de contrôler et d'anticiper cette dégradation. Comme nous l'avons développé précédemment, les résidences autonomie ne sont pas des EHPAD : elles ne bénéficient pas d'un encadrement médical et paramédical systématique et rapproché. Le cadre de vie est censé être plus adapté, plus sécurisant et rassurant (tant pour le résident que pour son entourage), mais la vigilance vis-à-vis de l'autonomie résiduelle du résident reste de mise. On peut alors s'interroger sur les modalités de

surveillance de cette autonomie, et particulièrement de son GIR puisqu'il décidera du type de structure le plus adapté. Ainsi, les bénéficiaires de l'APA sont théoriquement soumis à une réévaluation régulière de leur niveau de dépendance avec re-calcul de leur GIR à chaque rencontre. Cette information reste néanmoins personnelle, délivrée au patient qui est responsable de son dossier médical. La direction départementale de l'autonomie en charge de ces évaluations n'est pas tenue de communiquer ce score à la résidence autonomie. En contrepartie, elle fournit à la structure le GMP qui donne une évaluation globale et anonyme de la répartition des GIR au sein de l'effectif des résidents. Ce score varie en sens inverse du GIR : il sera d'autant plus élevé que le degré de dépendance moyen au sein de l'établissement est important. Les EHPA (dont les résidences autonomie font partie) ne doivent pas avoir un GMP dépassant les 300, sans quoi ils doivent signer une convention tripartite et alors devenir un EHPAD (44). Cette convention définit les conditions de fonctionnement de l'établissement (qualité de prise en charge médicale, plan financier, indicateurs socio-économiques, etc.). Elle est signée pour 5 ans par le conseil départemental et par l'ARS.

Il apparaît alors comme primordial d'établir une relation étroite entre les différents intervenants afin d'assurer une transparence quant à l'autonomie du résident, car la transition vers une structure renforcée comme un EHPAD est une étape tout aussi délicate à entreprendre. Il semble donc nécessaire que ces informations remontent systématiquement au médecin traitant, ce qui n'est, semble-t-il, pas le cas actuellement.

4^{ème} partie – Conclusion

L'objectif de ce travail était avant tout de donner la parole à des personnes qui ne sont que rarement interrogées – les résidents d'une résidence autonomie, la pauvreté des travaux disponibles sur ce sujet en atteste. Il leur a offert la possibilité de s'exprimer sur le déroulement de leur déménagement et la perception de leur nouveau lieu d'hébergement, les appréhensions et les difficultés qui ont pu entourer cet événement important dans la prise en charge de cette nouvelle étape dans leur vie. Nous avons pu mettre en évidence l'enjeu majeur que représente l'accompagnement de la personne dans ce changement de situation, et en particulier les rôles importants du corps médical et paramédical.

Ce travail s'est limité à une seule structure particulière, implantée sur un territoire rural considéré comme « fragile », mais le regard porté, la description faite par les résidents eux-mêmes, interrogent plus généralement sur le décalage qui s'instaure actuellement de façon prégnante entre le vieillissement et son cortège de pertes d'autonomies, et les structures d'hébergement censées répondre de façon adaptée à ces nouveaux besoins. À la fin de l'étude de nos résultats, il apparaît que cette population est composée de personnes vulnérables, nécessitant une écoute et une attention rapprochées. Leur déménagement dans une résidence autonomie ne doit pas être perçu comme la fin d'une prise en charge, où l'on pourrait les oublier mais plutôt comme un nouveau chapitre de leur vie. C'est un signal qui doit alerter sur leur fragilisation, et il est primordial de ne pas le rater. Cette étape s'ouvre sur une prise en charge réorganisée autour de leur autonomie, afin de la valoriser et de la préserver autant que possible. Il est nécessaire de garder le patient au cœur de cette prise en charge, pour qu'il en reste l'acteur principal avec le respect de sa dignité comme préoccupation incontournable. Période charnière, la démarche d'institutionnalisation est un processus qui prend du temps. Or, le « temps qu'il faut » des institutions ou des administrations n'est pas le « temps qui presse » des familles inquiètes pour leurs proches en perte d'autonomie, ni non plus le « temps qu'il nous reste » des personnes en âge d'entrer dans ces structures dédiées ; une juste anticipation et une réactivité sont donc souhaitables de la part de tous les acteurs, et pas uniquement de l'entourage de la personne concernée.

Enfin, il semble nécessaire pour ces structures d'évoluer continuellement dans les modalités d'accueil et de prise en charge des personnes âgées : certains établissements ont pu héberger deux, voire trois générations successives de résidents sans qu'aucun changement n'ait eu lieu dans les modalités de prise en charge ou de fonctionnement, pourtant il est évident que les besoins et attentes de ces personnes ont évolué parallèlement à ceux de la société d'aujourd'hui. Le niveau d'exigence de confort et de prestations augmente, et si les structures ne s'adaptent pas à ces attentes, le décalage entre le domicile et l'institution risquera d'être vécu comme une régression, où le désœuvrement et l'isolement rappelleraient davantage l'image des mouiroirs que l'on tente de faire oublier, plutôt que de lieux de vie dignes et sécurisés, plébiscités par les valeurs actuelles de notre société. Le bilan démographique réalisé en 1^{ère} partie offre comme perspectives futures un allongement de l'espérance de vie globale (plus rapide que l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé) et donc probablement une plus longue période de vie en institution. Il est donc nécessaire de se préoccuper du bien-être de cette population qui ne va cesser de croître.

Quelles que soient les solutions envisagées comme alternative au maintien à domicile, l'adaptation aux nouveaux besoins est donc un enjeu majeur pour ces prochaines années. Son coût, tant pour la société que pour la personne âgée et sa famille reste une préoccupation de premier plan, et là aussi de nouvelles perspectives semblent nécessaires : les revenus faibles des séniors, les difficultés de financement des retraites face aux coûts d'hébergements dans les différentes structures ne cessant de croître pour des disponibilités toujours plus faibles, on peut s'attendre à une crise dans la prise en charge des personnes âgées.

Plus que jamais, le médecin généraliste est au cœur de cette prise en charge pluriprofessionnelle. Son rôle de proximité, son accessibilité et sa connaissance du patient autant que du territoire le situent en position de choix pour accompagner ce processus de transition dans les meilleures conditions.

Annexes

Annexe A : Calcul du GIR Moyen Pondéré (GMP)

Calcul :

- Nombre de patients présents dans chaque groupe GIR multiplié par un coefficient propre à son groupe :
 - GIR 1 : 1000
 - GIR 2 : 840
 - GIR 3 : 660
 - GIR 4 : 420
 - GIR 5 : 250
 - GIR 6 : 70
- Somme des résultats, divisée par l'effectif total = obtention du GMP

Lecture :

Plus le résultat est élevé, plus le niveau de dépendance de la population de l'établissement est important.

Un EHPA doit avoir un GMP inférieur à 300 (sauf dérogation). Au-delà de 300, il doit signer une convention tripartite et devenir un EHPAD.

Annexe B : Note d'information à l'attention des résidents

Note affichée dans le hall d'entrée de l'établissement.

Bonjour,

Dans le cadre de mon travail de **thèse** en médecine générale qui clôture mes études, je réalise une **étude** auprès des résidents de la résidence autonomie d'Hannonville sous les côtes où vous séjournez actuellement. Cette étude s'intéresse à la qualité de vie des résidents dans la structure.

Elle consiste en des **entretiens** (pour une durée d'environ 20 minutes), durant lesquels je souhaite vous poser des questions sur votre cadre de vie avant d'intégrer cette résidence, et de revenir avec vous sur les craintes, les attentes et les souhaits à déménager dans cette structure.

Je me présenterai donc chez vous, avec votre accord, pour réaliser ces entretiens durant ces prochaines semaines. Si vous ne souhaitez pas y participer, cela ne pose aucun problème, il suffira d'en informer le personnel de la résidence ou moi-même lorsque je me présenterai à vous.

Bonne journée à vous, et peut-être à bientôt si vous le souhaitez.

David Maisonobe

Annexe C : Questionnaire d'enquête

Thèse David Maisonobe

Thèse David Maisonobe

Recueil des réponses, suite aux entretiens réalisés dans la Résidence Autonomie d'Hannonville sous les Côtes - 2016

Identification de l'entretien :

(avant anonymisation)

1. Numéro d'appartement :

2. Date de l'entretien :

Exemple : 15 décembre 2012.

Informations générales :

3. Civilité :

Une seule réponse possible.

- Homme
 Femme
 Couple

4. Année de naissance :

5. Année de naissance (si couple) :

6. Situation conjugale :

Une seule réponse possible.

- Seul(e)
 Couple

7. Professions exercées :

Nombres d'années au sein de la résidence autonomie :

8. Nombre (en mois) :

Avant l'installation, durant les dernières années:

(durant les 5 dernières années)

1/19

Lieu de vie antérieur :

9. Commune :

10. Distance kilométrique avec logement actuel (km) :

11. Type d'habitation :

Une seule réponse possible.

Maison individuelle

Appartement

Autre : _____

12. Propriétaire :

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Autre : _____

13. Jardin :

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Autre : _____

14. Nombre d'années de vie dans le dernier domicile :

Une seule réponse possible.

< 5 ans

5 à 10 ans

> 10 ans

Autre : _____

15. Nombre de pièces utilisées quotidiennement (hors salle de bains, cuisine, WC) :

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> et plus

16. Animaux de compagnie :

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

Tissu familial : _____

17. Nombre d'enfants :

Une seule réponse possible.

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 et plus

18. Nombre de frères et sœurs :

Une seule réponse possible.

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 et plus

19. Proximité géographique, pour les plus proches :

Une seule réponse possible.

- < 10 km
 10 - 50 km
 50 - 100 km
 > 100 km

20. Nombre de visites (famille) :

Une seule réponse possible.

- Plusieurs fois par semaine
 Plusieurs fois par mois
 Plusieurs fois par an
 Très rares
 Aucune
 Autre : _____

Tissu social : _____

21. Nombre de visites d'amis :

Une seule réponse possible.

- Plusieurs fois par semaine
- Plusieurs fois par mois
- Plusieurs fois par an
- Très rares
- Aucune
- Autre : _____

Activités culturelles, loisirs : _____

22. Type :

Plusieurs réponses possibles.

- TV
- Lecture
- Jardin
- Tricot / couture
- Jeux de cartes / jeux de société
- Mots croisés, fléchés, sudoku
- Collections diverses
- Autre : _____

23. Seul ou accompagné ?

Une seule réponse possible.

- Seul
- Accompagné
- Rien
- Autre : _____

24. Fréquence ?

Une seule réponse possible.

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Plusieurs fois par mois
- Rien
- Autre : _____

Activités physiques : _____

25. Type ?

Plusieurs réponses possibles.

- Marche
- Vélo
- Gymnastique
- Chasse
- Autre : _____

26. Seul ou accompagné ?

Une seule réponse possible.

- Seul
- Accompagné
- Rien
- Autre : _____

27. Fréquence ?

Une seule réponse possible.

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Plusieurs fois par mois
- Rien
- Autre : _____

Religion : _____

28. Pratique :

Une seule réponse possible.

- Croyant
- Athée
- Autre : _____

29. Se rend à un lieu de culte ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non (athée)
- Non (TV)
- Non (croyant non pratiquant)
- Non (pas de lieu de culte à proximité)
- Autre : _____

30. Fréquence ?

Plusieurs réponses possibles.

- Toutes les semaines
- Plusieurs fois par mois
- Occasionnellement
- Rien
- Autre : _____

Autonomie antérieure : _____

31. Aide à la marche ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

32. Type d'aide ?

Plusieurs réponses possibles.

- Canne
- Déambulateur / rollator
- Fauteuil roulant
- Rien
- Autre : _____

33. Sorties régulières hors du domicile ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

34. Fréquence des sorties ?

Une seule réponse possible.

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Plusieurs fois par mois
- Très rarement
- Rien
- Autre : _____

35. Voiture ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

36. Fréquence d'utilisation ?

Une seule réponse possible.

- Tous les jours
 Plusieurs fois par semaine
 Plusieurs fois par mois
 Très rarement
 Rien
 Autre : _____

37. Courses, approvisionnement :

Plusieurs réponses possibles.

- Seul
 Accompagné
 Tiers
 Autre : _____

38. Préparation des repas :

Plusieurs réponses possibles.

- Seul
 Tiers
 Portage des repas
 Autre : _____

Santé : _____

39. Fréquence du suivi par médecin

Une seule réponse possible.

- Aucun
 A la demande
 Tous les mois
 Autre : _____

40. Où ?

Une seule réponse possible.

- Au domicile
 Au cabinet
 Autre : _____

Gestion de l'administratif :

41. Par qui ?

Plusieurs réponses possibles.

- Seul
- Aidé
- Par un tiers
- Autre : _____

Aides en nature :

(ménage, portage des repas, toilette, etc..)

42. Quelles aides en place ?

Plusieurs réponses possibles.

- Ménage
- Toilette
- Portage des repas
- Pilulier
- Autre : _____

Évaluation globale :

(Évaluation des ≈ 5 dernières années passées dans l'ancien domicile)

43. Évaluation du confort :

Une seule réponse possible.

- Très insatisfait
- Plutôt insatisfait
- Satisfait
- Très satisfait

44. Évaluation du confort :

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Médiocre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parfait

45. Évaluation de la sécurité :

Une seule réponse possible.

- Très insatisfait
- Plutôt insatisfait
- Satisfait
- Très satisfait
- Autre : _____

46. Sentiment de sécurité :

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Peur, insécurité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Serein

Démarche de l'installation :

Initiative : _____

47. Par qui ?

Une seule réponse possible.

- Personnelle
- Médecin
- Famille
- Proche
- Autre : _____

48. Raisons et motivations du déménagement ?

49. Connaissance dans ce logement ou similaire ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

50. Visite préalable dans un logement similaire ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

Démarches administratives :

51. Par qui ?

Une seule réponse possible.

- Seul
 Aidé
 Par un tiers
 Autre : _____

52. Difficultés des démarches ?

Craintes, appréhensions ?

53. Craintes avant de déménager ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non, aucune
 Autre : _____

54. Si oui, lesquelles ?

55. Ces craintes ont-elles représentées un retard, délai au déménagement ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

Délai entre décision d'installation et déménagement final : _____

56. Délai approximatif :

Une seule réponse possible.

< 2 mois

2 à 4 mois

4 à 6 mois

6 à 8 mois

8 à 10 mois

10 à 12 mois

> 12 mois

Autre : _____

Depuis l'installation :

Lieu de vie actuel : _____

57. Type de logement :

Une seule réponse possible.

Studio individuel (F1)

Studio couple (F2)

58. Appréciation de sa taille :

Une seule réponse possible.

Trop petit

Satisfaisant

Trop grand

Autre : _____

59. Animal de compagnie ?

Une seule réponse possible.

Oui, conservé

Oui, adopté par la suite

Non, non conservé

Non, aucun auparavant

Autre : _____

60. Avez vous pu décorer votre intérieur comme vous le souhaitez ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Autre : _____

Prestations, équipements du logement :

(cuisine, salle de bain, toilette, rangements, alarme)

61. Commentaires divers :

Tissu familial :

62. Modification globale de la distance avec votre famille :

Une seule réponse possible.

- Neutre
 Plus proche
 Plus loin

63. Modification de la fréquence des visites :

Une seule réponse possible.

- Neutre
 Plus fréquentes
 Moins fréquentes

Tissu social :

64. Visite des anciens amis dans votre nouveau logement ?

Une seule réponse possible.

- Non
 Plus fréquentes
 Neutre
 Moins fréquentes

65. Si non ou moins fréquentes, motifs :

Plusieurs réponses possibles.

- Décédés
 Malades, âgés
 Distance plus importante
 Téléphone
 Autre : _____

66. Rencontre de nouveaux amis au foyer résidence ?

Une seule réponse possible.

- Oui, bons amis
- Oui, connaissances simples
- Non
- Autre : _____

67. Qualité du tissu social par rapport à avant :

Une seule réponse possible.

- Meilleur (ex: plus de rencontres, plus d'amis que les dernières années dans mon ancien domicile)
- Neutre (ex: j'en ai perdu autant d'amis que je m'en suis fait ici)
- Neutre - zéro (ex: je n'avais pas d'amis, je ne m'en suis pas fait ici)
- Amolndri (ex: j'ai perdu plus d'amis que je m'en suis fait ici)
- Autre : _____

Activités culturelles : _____

68. Nouvelles activités ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

69. Si oui, lesquelles ? collectives ? fréquence ?

70. Activités physiques ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

71. Si oui, lesquelles ?

72. Évaluation des activités par rapport à avant :

Une seule réponse possible.

- Meilleure (ex: je fais plus de choses que je n'en faisais à mon domicile)
- Neutre (ex: je fais les mêmes choses qu'à mon domicile)
- Médiocre (ex: je fais moins de choses ici que je n'en faisais à mon domicile)
- Autre : _____

Religion : _____

73. Fréquentation du lieu de culte du foyer ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non (croyant)
- Non (athée)
- Autre : _____

Autonomie actuelle : _____

74. Aide à la marche

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

75. Type d'aide

Plusieurs réponses possibles.

- Canne
- Déambulateur / rollator
- Fauteuil roulant
- Autre : _____

76. Sorties hors de l'enceinte du foyer ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

77. Fréquence des sorties ?

Une seule réponse possible.

- Tous les jours.
- Plusieurs fois par semaine
- Plusieurs fois par mois
- Très rarement
- Rien

78. Voiture personnelle conservée ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

79. Fréquence d'utilisation ?

Une seule réponse possible.

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Plusieurs fois par mois
- Très rarement
- Rien

80. Réalisations des courses :

Plusieurs réponses possibles.

- Seul
- Accompagné
- Par un tiers
- Autre : _____

81. Repas :

Plusieurs réponses possibles.

- Seul
- Portage des repas personnels
- Repas en collectivité au foyer quasiment systématiques
- Repas en collectivité occasionnels
- Autre : _____

Suivi médical : _____

82. Modification du suivi médical ?

Une seule réponse possible.

- Moins fréquent
 Non modifié
 Plus fréquent
 Autre : _____

83. Quelle fréquence ?

Une seule réponse possible.

- Aucun
 A la demande
 Tous les mois
 Autre : _____

84. Où ?

Une seule réponse possible.

- A domicile
 Au cabinet
 Autre : _____

85. Gestion de l'administratif ?

Plusieurs réponses possibles.

- Seul
 Aidé
 Par un tiers
 Autre : _____

Aides en place

(ménage, portage des repas, toilette, etc..)

86. Quelles types d'aides en place ?

Plusieurs réponses possibles.

- Ménage
 Toilette
 Portage des repas
 Pilulier
 Autre : _____

Évaluation globale, comparativement à la situation antérieure :

87. Evaluation de la qualité de vie :

Une seule réponse possible.

- Moins bonne
- Identique
- Meilleure
- Autre : _____

88. Sensation d'être chez soi ?

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout chez soi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Complètement chez soi

89. Modification du sentiment de confort ?

Une seule réponse possible.

- Moins confortable
- Identique
- Plus confortable
- Autre : _____

90. Modification du sentiment de sécurité ?

Une seule réponse possible.

- Moins en sécurité
- Identique
- Plus en sécurité
- Autre : _____

91. Regrets :

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

92. Si oui, lesquels ?

93. Retour sur les craintes initiales :

94. Avec le recul, estimez-vous que vous auriez du déménager plus tôt ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Pistes d'améliorations :

95. Confort, logement individuel, équipement :

96. Personnel encadrant (nombre, relations, compétence) :

97. Structure, foyer dans son ensemble :

98. Activités collectives et individuelles proposées:

99. Commentaires libres :

Fourni par
 Google Forms

Annexe D : Activités proposées en 2016

GRANDES ACTIVITES DE L'ANNEE 2016

DATES	ACTIVITES	LIEUX	ORGANISATEURS
Mardi 12 Janvier 2016	Vœux des Présidents Galettes des Rois	Foyer d'Autonomie	Noëlle M. LAGUERRE
Mardi 16 Février 2016	Carnaval Personnes du spectacle	Foyer d'Autonomie	LEBIGOT Sylvie Mme MICHEL
Mardi 15 Mars 2016	Chandeleur/Beignets Chorale	Foyer d'Autonomie	FORCINITI Céline M. POIROT
V endredi 1 ^{er} Avril 2016	Pâques/ Chasse aux œufs Goûter	Foyer d'Autonomie EHPAD	Noëlle M. PUCHE
Lundi 30 Mai 2016	Fête des mères/Roses offertes Thé dansant	Foyer d'Autonomie	Noëlle M. POIROT
Mardi 21 Juin 2016 <i>RÉPORTÉE au 13/7 (Satie Longeau)</i>	Fête de la musique	Extérieur	LEBIGOT Sylvie GAND Michèle Mme MICHEL
Dimanche 3 Juillet 2016 <i>ANNULÉ</i>	Kermesse Brocante interne (ouverte à tous)	Jardin de l'EHPAD	GAND Michèle LEBIGOT Sylvie M. LAGUERRE
Août	*****	*****	*****
V endredi 9 Septembre 2016	Concours de Pétanque	Foyer d'Autonomie EHPAD	Noëlle M. PUCHE
Du 3 au 9 Octobre 2016	Semaine bleue	EHPAD Foyer d'Autonomie	LEBIGOT Sylvie
Mardi 4 Octobre 2016	Vendanges/Ecomusée	Extérieur	LEBIGOT Sylvie
Mercredi 16 Novembre 2016	Concours de belotte Jeux (ouvert à tous)	Foyer d'Autonomie	DERVAUX Nathalie Mme MICHEL M. PUCHE
Samedi 17 Décembre 2016	Repas de Noël Thé dansant	Foyer d'Autonomie	Noëlle

Lundi 14 Mars : Atelier chocolat au foyer à 14h00 (ILCG)

- ⊛ Marché de Noël : samedi 26 Nov.
- ⊛ Laurette et sa guitare : 13 juin

Bibliographie

1. INSEE. Espérance de vie en 2014 [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 15]. Available from: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749#tableau TCRD_050_tab1_regions2016](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749#tableau_TCRD_050_tab1_regions2016)
2. Eurostat. Healthy life years [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 18]. Available from: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-235955_QID_-3DDA2AD1_UID_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;INDIC_HE,L,Z,0;INDICATORS,C,Z,1;&zSelection=DS-235955INDIC_HE,M_0_DFLE;DS-235955INDICATORS,OBS_FLAG;&rankName1=INDIC-HE_1_2_-1
3. INED. Espérance de vie à la naissance et à 60 ans [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 13]. Available from: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>
4. INSEE. Espérance de vie à 60 ans, par genre. 2011;2010–1.
5. Piralla S, INSEE. Espérance de vie des Lorraines : deux ans de plus entre 2000 et 2012. Insee Flash Lorraine [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 13];(12). Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285331>
6. INSEE. Bilan démographique 2015 [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 13]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
7. Blanpain N, Chardon O, INSEE. Projections de population à l'horizon 2060 [Internet]. Insee Première. 2010 [cited 2016 Dec 13]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151#titre-bloc-3>
8. Toulemon L, Robert-Bobée I. Population française: vers une stabilisation à 70 millions d'habitants. Popul Sociétés. 2006;(429).
9. Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projection des populations âgées dépendantes. DREES. 2013.
10. Bouvier G, Lincot L, Rebiscoul C. Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge , de santé , mais aussi d'entourage familial. Fr portrait Soc. 2011;125–34.
11. Sondage - Les Français et la fin de vie. 2010.
12. ONFV.org. Vivre la fin de sa vie chez soi. 2013.
13. OMS. Vieillesse et santé. WHO. World Health Organization; 2015;
14. Gentric A. Fragilité de la personne âgée et et évaluation gériatrique globale. Fédération de gériatrie. 2009;
15. MDPH.fr. Définition du handicap [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 21]. Available from: http://www.mdph.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=111&Itemid=82
16. Collège de gériatrie. Autonomie et dépendance. 2008;

17. Pennec S, Gaymu J, Riou F, Morand E, Pontone S, Aubry R, et al. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. *Popul Sociétés*. 2015;(524).
18. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles - Article L312-1 [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 22]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000020892821>
19. Gouvernement. Les SSIAD [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 21]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-soigne-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-domicile>
20. FEHAP.fr. Quels services proposent les SSIAD ? 2014;
21. Bertrand D. Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. *DREES*. 2008;(739).
22. Gouvernement. L'hospitalisation à domicile [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 22]. Available from: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had>
23. AMELI.fr. Hospitalisation à domicile [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 22]. Available from: http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/hospitalisation/l-8217-hospitalisation-a-domicile_maine-et-loire.php
24. INPES. Accidents de la vie courante: Chutes [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 28]. Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/accidents/chutes.asp>
25. INPES. Chute des personnes âgées [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 28]. Available from: <http://www.prevention-maison.fr/accidents/accessible/risques/chute-seniors>
26. Bérardier M. Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement. *DREES*. 2012;(823).
27. Soullier N, Weber A. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. *DREES*. 2011;(771).
28. Bucki B. LA CAPABILITÉ DE SANTÉ DES AIDANTS FAMILIAUX : ANALYSES DU PARADIGME ET PISTES D'OPÉRATIONNALISATION. 2014.
29. Soullier N. Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie. *DREES*. 2012;(799).
30. Fondation de France. Les Solitudes en France. 2014;
31. Toulemon L, Pennec S. Combien de personnes résident seules en France ? *Popul Sociétés*. 2011;(484).
32. AgeVillage. Entre le domicile et la maison de retraite médicalisée : des habitats, résidences, béguinages intermédiaires [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 29]. Available from: <http://www.agevillage.com/actualite-10068-1-entre-le-domicile-et-la-maison-de-retraite-medicalisee-des-habitats-residences-beguinaiges-intermediaires.html>
33. VeB. Vivre en béguinage [Internet]. VeB. 2015 [cited 2016 Dec 29]. Available from: <http://www.vivre-en-beguinaige.fr/>

34. Gouvernement. Les béguinages [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 29]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independant-et-beneficier-de-services/les-beguinaages>
35. Gouvernement. L'habitat regroupé [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 29]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independant-et-beneficier-de-services/lhabitat>
36. Gouvernement. Familles d'accueil pour personnes âgées : tout savoir sur l'accueil familial | Pour les personnes âgées [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 13]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-en-accueil-familial>
37. FAMIDAC. Loyers Accueil Familial [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 13]. Available from: <https://www.famidac.fr/?Comment-calculer-le-montant-du-loyer>
38. Gouvernement. Les résidences services [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 29]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independant-et-beneficier-de-services/les-residences>
39. Volant S. 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. DREES. 2014;(899).
40. MARPA. La Vigne Seguin [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 30]. Available from: http://www.marpa.fr/annuaires/fiche-marpa/?tx_marpa%5BmarpaUid%5D=155&cHash=6ce3dbbc283c1f77933352ebacb059c1
41. MARPA. Les Grands Jardins [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 30]. Available from: http://www.marpa.fr/annuaires/fiche-marpa/?tx_marpa%5BmarpaUid%5D=97&cHash=89cd75abc77e2cb0468c5c83d49dea8b
42. Gouvernement. Les USLD [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-usld-unites-de-soins-de-longue>
43. Delattre A, Paul S. Les unités de soins de longue durée. *Insp générale des Aff Soc.* 2016;
44. EHPA. Tarification des séjours en EHPA - convention tripartite [Internet]. 1999 [cited 2017 Jan 1]. Available from: <http://papidoc.chic-cm.fr/36tarifehpa.html>
45. Morin L. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine en 2014. *Revue Geriatr.* 2015;(40).
46. Gouvernement. Le coût des soins en EHPAD et en USLD [Internet]. 1. Gouvernement. Le coût des soins en EHPAD et en USLD [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/le-cout-des-soins-en-ehpad-et-en-usld>. 2016 [cited 2017 Jan 10]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/le-cout-des-soins-en-ehpad-et-en-usld>
47. Gouvernement. Comprendre sa facture en EHPAD [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/comprendre-sa-facture-en-ehpad>

48. AMELI. EHPAD : forfait de soins et formalités [Internet]. AMELI. 2015 [cited 2017 Jan 10]. Available from: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/votre-caisse-main-et-loire/vous-informer/ehpad-forfait-de-soins-et-formalites_main-et-loire.php
49. Gouvernement. L'HAD (hospitalisation à domicile) [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 12]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-soigne-domicile/lhad-hospitalisation-domicile>
50. INPES. Soins palliatifs et accompagnement. 2009.
51. Legifrance. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs [Internet]. 1999 [cited 2017 Jan 22]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121>
52. SFAP.fr. Soins palliatifs - en quelques chiffres [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 22]. Available from: <http://www.sfap.org/rubrique/en-quelques-chiffres>
53. DREES. Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. 2013 [cited 2017 Jan 11]; Available from: <http://www.social-sante.gouv.fr/>
54. Handidroit. Prestation spécifique dépendance [Internet]. 2004 [cited 2016 Dec 20]. Available from: <http://www.handroit.com/prestationdependance.htm>
55. INSEE. Bénéficiaires de différentes allocations en 2015 [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 10]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2387796#tableau-Tableau3>
56. Gouvernement. Données concernant l'allocation personnalisée d'autonomie [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 11]. Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/handicap-et-dependance/le-handicap-et-la-dependance/article/donnees-concernant-l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa#Donnees-trimestrielles-sur-les-beneficiaires-les-montants-moyens-e>
57. INSEE. Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 11]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2513082>
58. DREES. Les bénéficiaires de l'APA et de l'ASH fin 2011. 2014;
59. Bérardier M. Aide sociale à l'hébergement et allocation personnalisée d'autonomie en 2011 : profil des bénéficiaires en établissement. DREES. 2015;(909).
60. DRESS. Bénéficiaires de l'APA: données détaillées 2013 [Internet]. Drees. 2013 [cited 2017 Jan 16]. Available from: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,371,377,780
61. Debout C. La durée de perception de l'APA : 4 ans en moyenne. 2010;
62. Gouvernement. Adaptation de la société au vieillissement. 2014;
63. Gouvernement. Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 20]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillissement>

64. Gouvernement. Les nouvelles mesures de la loi [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 14]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/les-nouvelles-mesures-de-la-loi>
65. Gouvernement. Prestation de compensation du handicap [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 13]. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>
66. Laroque M, Zeggar Hayet, Amghar Y-G, Geffroy L. Modalité de mise en oeuvre de l'ASH. Inspection générale des affaires sociales. 2011.
67. Gouvernement. Aide sociale hébergement [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 11]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/laide-sociale-lhebergement-ash>
68. Gouvernement. Les aides au logement [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 12]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-au-logement>
69. Gouvernement. Aide personnalisée au logement [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 12]. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12006>
70. Gouvernement. Allocation de logement sociale [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 12]. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1280>
71. Gouvernement. Aménager le logement des personnes âgées pour favoriser le maintien à domicile [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 13]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/amenager-son-logement>

Crédits photo

Figure 3 – photo n°1 : <http://www.maison-retraite-selection.fr/maison-de-retraite/foyer-logement/4075-residence-des-cotes-de-meuse.html&pc=2>

Figure 3 – photos n°2 et 3 : David Maisonobe

Figures 5, 6, 7, 8 et 9 : David Maisonobe

Figure 4 : Capture d'écran - *Google Map*©

VU

NANCY, le **23 octobre 2017**
Le Président de Thèse

NANCY, le **24 octobre 2017**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur C. PERRET-GUILLAUME

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10096

NANCY, le **30 octobre 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Enquête descriptive transversale quantitative et qualitative par entretiens semi-dirigés au sein de la résidence autonomie d'Hannonville sous les Côtes, auprès des 41 résidents, de novembre 2016 à janvier 2017. Étude des craintes, espoirs et attentes entourant leur déménagement, ainsi que du rôle du médecin généraliste dans la modification de la prise en charge de leur perte d'autonomie.

TITRE EN ANGLAIS :

Elderly residence : an alternative to home-based care.
Between hopes, fears and realities.

The opinion of the residents of the structure of Hannonville sous les Côtes.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS-CLÉS : Dépendance, pratique rurale, maintien à domicile, foyer résidence, résidence autonomie, médecine générale.

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
