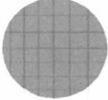


CREDOC

COMPARAISON DE DEUX POPULATIONS *de personnes âgées*
. L'UNE INSTITUTIONALISEE
. L'AUTRE FREQUENTANT UN CLUB DU 3^{EME} AGE

Sou1980-2191

 **1980**

Comparaison de deux populations
de personnes âgées- L'une
institutionnalisée - L'autre
fréquentant un club du 3^{ème} âge
/ Guy Le Maréchal. (Juin. 1980).

CREDOC•Bibliothèque

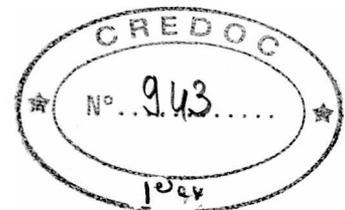


R 2 250

R² 250

CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ETUDE
ET L'OBSERVATION
— DES CONDITIONS DE VIE —

COMPARAISON DE DEUX POPULATIONS
. L'UNE INSTITUTIONALISEE,
. L'AUTRE FREQUENTANT UN CLUB DU 3EME AGE



A V A N T - P R O P O S

Où situer la frontière entre les différents modes de prise en charge des personnes âgées et tout particulièrement entre l'entrée en institution et le maintien à domicile ? Et comment cette frontière évolue-t-elle en fonction des progrès réalisés dans les différents domaines (médical, social, administratif et financier) ? Pour étudier le problème, appelé à prendre de plus en plus d'ampleur avec l'accroissement de la longévité, il est nécessaire de mettre sur pied un système d'observation de la situation des personnes âgées dans leurs différents lieux de résidence, et de son évolution.

Une étude de ce type comparant deux groupes de personnes âgées est présentée ici ; ce travail (1) reprend les concepts et les méthodes mis au point pour l'enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution, effectuée par le Credoc en 1976-77, et a été réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine soutenue à l'université René Descartes en Juin 1980 sous la présidence de Monsieur le Professeur H. Péquignot. Il s'agit des 90 pensionnaires d'une institution pour personnes âgées et des 63 personnes résidant à leur domicile et fréquentant un club du troisième âge, club ouvert par l'institution à ses pensionnaires ainsi qu'aux personnes âgées résidant dans le quartier.

Quoiqu'ayant disposé de moyens très réduits, ce travail fournit en même temps qu'une description extrêmement précise des deux groupes, la preuve de la validité d'une telle approche et de son intérêt pour l'analyse des problèmes étudiés.

1) *Le personnel de la maison de cure médicale Julie Siegfried, en particulier Madame Benoit et Mademoiselle Bertrand, a participé au recueil des données, ainsi naturellement que les pensionnaires et les habitués du club de 3e âge. A. Duprat a effectué les travaux informatiques, le secrétariat et la mise en page ont été assurés par J. Dumoulin et Y. Zouacui.*

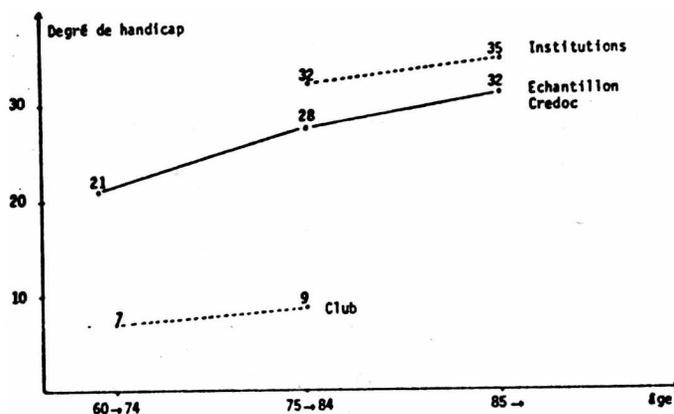
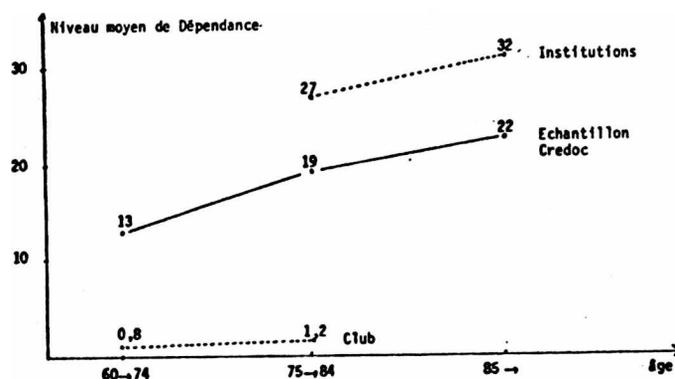
Chacun des deux groupes est excentrique par rapport à la population à laquelle il appartient : l'institution est relativement médicalisée, et ses pensionnaires sont relativement plus vieux, plus malades, plus handicapés et plus dépendants en moyenne (cf. graphique ci-contre) que l'ensemble des personnes âgées résidant en institution (France entière), et inversement du fait de leur participation à des activités organisées, on peut induire (mais cela n'est pas démontré) que les habitués du club sont en moyenne en meilleur état de santé que l'ensemble des personnes âgées résidant à leur domicile privé.

Les pensionnaires de l'institution sont nettement plus âgés que les habitués du club, et comprennent une plus grande proportion de femmes, ils sont plus isolés sur le plan familial, puisque la proportion de couples diminue avec l'âge alors que la proportion de veuves et de veufs augmente, les pensionnaires sont plus souvent célibataires que les personnes fréquentant le club, et en moyenne ils ont moins d'enfants : l'âge et l'isolement apparaissent donc comme des facteurs importants d'entrée en institution.

Sur le plan social, les pensionnaires sont d'origine plus modeste et leurs revenus sont nettement inférieurs.

Même à âge égal, les pensionnaires sont plus handicapés pour tous les gestes ou facultés qui ont été observés : gestuels, sensoriels et relationnels ; cependant, appartenant à des milieux moins défavorisés, les habitués du club utilisent plus fréquemment des prothèses lorsqu'il en existe pouvant compenser un handicap (lunettes, appareils dentaires, ...). Un pensionnaire sur quatre souffre, plus ou moins, d'incontinence, alors que les personnes résidant à leur domicile n'en souffrent jamais. Notons au passage, qu'en ce qui concerne l'ouverture d'une porte ou d'un robinet : dans l'institution, portes et robinets ont des poignées à bec, et le mouvement difficile (de rotation) étant éliminé, le handicap disparaît.

DEPENDANCE ET HANDICAP EN FONCTION DE L'AGE
(échantillon national, institution et club)



Pour toutes les activités élémentaires (manger, s'habiller, se laver, se lever, sortir) les pensionnaires sont très nettement plus dépendants ; cependant on perçoit un profil commun dans le vieillissement, qu'on avait déjà observé dans l'enquête nationale sur les personnes âgées résidant en institutions : rétrécissement de l'univers spatial d'abord, restriction d'autonomie dans les activités élémentaires en second ; les personnes résidant à leur domicile se situent à un moment plus précoce de ce processus que les pensionnaires des institutions pour personnes âgées, la relation entre handicap et dépendance étant la même dans les deux groupes.

Les activités organisées de loisir enfin sont naturellement fréquentées par les clients du club, mais ne le sont pratiquement pas par les pensionnaires ; plus précisément, il semble que le désir d'ouverture de l'institution (manifestée en particulier par l'ouverture du club) soit battue en brèche par une espèce de ségrégation entre les deux groupes, dont les causes sont à rechercher en partie dans les différences socio-démographiques, en partie dans la pathologie plus lourde des pensionnaires ; quoiqu'il en soit, une analyse approfondie de ce phénomène devrait être conduite si l'on désire prendre des mesures efficaces pour l'isolement des personnes âgées.

Sur le plan de la pathologie, certaines affections apparaissent manifestement comme des motifs d'entrée en institution : essentiellement (dans le cadre étroit de cette institution) l'athérosclérose et ses conséquences (artériopathies des membres inférieurs, suites neurologiques d'accidents vasculaires cérébraux) ; de même, on rencontre parmi les pensionnaires un plus grand nombre d'ulcères gastro-duodénaux, mais là, on peut se demander si ce résultat est cause ou effet de l'entrée en institution.

Les pensionnaires sont un peu plus souvent hospitalisés que les personnes résidant à leur domicile, mais les effectifs observés sont un peu faibles pour aller dans un plus grand détail ; il en est de même des autres consommations médicales, qui semblent, de plus, sous-estimées, lorsqu'on veut les relever sur une période couvrant l'année précédant le moment de l'observation.

Ce travail monographique, fait apparaître à quel point les deux groupes observés sont proches, le passage de l'un à l'autre se faisant généralement lorsque, avec une pathologie qui s'alourdit, le handicap va croissant, et entraîne (tout au moins dans les conditions actuelles) des difficultés d'adaptation au milieu extérieur. Pour vérifier les premières hypothèses, approfondir et détailler les analyses, il sera nécessaire de réunir une information fiable et représentative au niveau national de l'ensemble des personnes âgées, quel que soit leur lieu de résidence.

A. et A. MIZRAHI

Directeurs de Recherche
DIVISION D'ECONOMIE MEDICALE DU CREDOC

S O M M A I R E

CHAPITRE A : DESCRIPTION ET COMPARAISON DES DONNEES
DEMOGRAPHIQUES ET SOCIALES

CHAPITRE B : LES ACTIVITES

CHAPITRE C : LES HANDICAPS

CHAPITRE D : LES LOISIRS

CHAPITRE E : MORBIDITE, HOSPITALISATION,
CONSOMMATION MEDICALE

INTRODUCTION

COMPARAISON DE DEUX POPULATIONS DE PERSONNES AGEES

- . l'une institutionnalisée,
- . l'autre fréquentant un club du troisième âge.

Le but de cette étude :

Au delà des différences évidentes qui peuvent exister et que l'on constate subjectivement entre les personnes du 3ème âge qui vivent en institution et celles qui n'y vivent pas, il paraît intéressant d'essayer de quantifier cette comparaison afin de vérifier les idées que nous nous en faisons, et éventuellement de comprendre l'utilité des institutions du 3ème âge, au moins dans l'exemple que nous avons choisi.

Le cadre de cette comparaison :

Nous avons choisi la "Maison de cure médicale Julie Siegfried", 88, rue de Gergovie, 75014 Paris en raison de la coexistence en un même lieu de personnes qui vivent en institution et de personnes qui ne vivent pas en institution mais qui fréquentent un club du 3ème âge et aussi en raison de la connaissance que nous avons, sur le plan médical, du premier groupe et des relations que nous avons pu lier avec le second. Il faut remarquer que les personnes qui fréquentent le club, par ce fait même, ne sont pas assimilables à l'ensemble des personnes qui ne vivent pas en institution.

Les moyens

Le CREDOC, centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie a fait une enquête nationale, représentative, sur les personnes âgées vivant en maison de retraite ou en hospices et pour cela a mis au point un questionnaire que nous avons réutilisé à quelques variantes près.

L'utilisation de ce questionnaire nous permettait de faire, par ailleurs, une comparaison supplémentaire entre les résultats que nous obtenions et ceux de l'étude du CREDOC ce qui situe notre institution dans l'ensemble représentatif de la France.

L'enquête du CREDOC :

Elle porte sur les personnes âgées de 60 ans et plus qui résident :

- . dans les sections d'hospices des hôpitaux
- . dans les maisons de retraite et hospices autonomes du secteur public
- . dans les maisons de retraite du secteur privé, à but lucratif ou non.

Les renseignements relatifs aux pensionnaires ont été collectés auprès de la Direction, des services administratifs et du personnel soignant : aucun contact direct n'a eu lieu entre les pensionnaires et les enquêteurs. L'enquête s'est déroulée de novembre 1976 à janvier 1977. Les résultats portent sur 4845 pensionnaires. Un premier rapport a été établi en 1977 sur les caractères socio-démographiques, l'autonomie, les handicaps des personnes âgées qui vivent en institution, un deuxième, en 1978, sur les relations entre handicaps et autonomie, avec analyse des durées de séjours.

Le questionnaire :

Il comporte cinq grandes parties :

- 1) données générales permettant de situer le pensionnaire sur le plan démographique et social : âge, sexe, profession, motif et mode d'entrée dans l'institution, situation familiale et relations sociales, mode d'hébergement.
- 2) Situation financière : prix de séjour et modalité de paiement, conditions de paiement des soins médicaux.
- 3) Etat de santé considéré sous l'angle de l'invalidité : activités pratiquées et description des principaux handicaps.
- 4) Consommations médicales : hospitalisations, soins de médecins ou d'auxiliaires médicaux au cours des quinze derniers jours, produits pharmaceutiques quotidiennement consommés.
- 5) Etat de santé considéré sous l'angle de la morbidité : maladies rencontrées.

Nous avons modifié la quatrième partie pour nous intéresser à la consommation médicale annuelle.

Notre enquête :

- 1) dans l'institution : elle porte sur 90 pensionnaires. Les renseignements ont été obtenus directement auprès des pensionnaires, vérifiés auprès du personnel administratif, médico-social, des familles et des amis, aidé du dossier médical, seule source quand l'interrogatoire du pensionnaire était impossible
- 2) au club : nous avons utilisé le même questionnaire mais nous n'avions alors peu de moyens de vérifier les réponses et nous avons dû nous fier très souvent à ce qui nous était répondu.

Description de l'institution :

Nom : Maison de cure médicale Julie Siegfried

Adresse : 88, rue de Gergovie - 75014 Paris

Date d'ouverture : le 1er janvier 1977 sur l'emplacement d'une fondation dont elle a gardé le nom.

Mode de fonctionnement :

Il s'agit d'une institution gérée par le bureau d'aide sociale de la ville de Paris et qui dépend donc de son budget social.

Sont à sa charge : . les frais d'entretien et de fonctionnement de l'institution

. la rémunération du personnel administratif, ouvrier et médical

Les dépenses médicales sont couvertes par la sécurité sociale et par les familles, (si possible).

Les prix de journée ont été fixés comme suit pour l'année 1979 :

. invalide 1ère catégorie (chambre à un lit) : 208 F

. invalide 2ème catégorie (chambre à deux lits) : 182 F

. semi-invalide 1ère catégorie (chambre à un lit) : 151 F

. semi-invalide 2ème catégorie (chambre à deux lits) : 140 F

Le prix est couvert en partie par un prélèvement de 90% des pensions et retraites des pensionnaires (les 10% restant sont à leur disposition).

Le complément est à la charge de la famille, à défaut, à la charge du bureau d'aide sociale de la ville de Paris.

Ouverture des droits

L'institution est ouverte aux personnes du 14ème arrondissement de la ville de Paris qui y ont résidé et y ont payé leurs impôts.

Capacité et équipement

Le nombre total de lits est de 99 dont :

. au 4ème étage :

18 lits de semi-valides répartis en :

. 8 chambres à 1 lit (lavabo et WC)

. 10 chambres à 2 lits (dont deux sont équipées de baignoires en plus du lavabo et WC).

. aux 3ème, 2ème et 1er étages :

81 lits d'invalides répartis en :

. 9 chambres individuelles par étage (dont 8 avec lavabo et WC et une avec lavabo seul)

. 9 chambres à deux lits (avec un cabinet de toilette équipé d'un lavabo seulement)

soit au total : 35 chambres individuelles et 32 chambres à deux lits.

Quatre vingt neuf (89) lits sur 99 sont équipés :

- . porte bassin
- . roulettes
- . possibilité de redressement
- . barrières

Toutes les chambres ont une sonnette à la tête du lit. L'oxygène et un circuit à dépression, au mur, existe pour la quasi totalité des chambres. A cela s'ajoute une douche adaptée au 4ème étage, 2 baignoires et 4 douches adaptées à chacun des autres étages. La morgue, réfrigérée, a une capacité de deux places. A chaque étage, se situe : une salle de soins, une pièce avec table, dossiers médicaux et radiologiques des pensionnaires, un négatoscope, une tisanerie - office - non accessible aux pensionnaires.

Le matériel à la disposition du personnel médical est celui de base, que l'on peut trouver dans un service de médecine interne de l'assistance

publique, avec un seul électrocardiographe, pour les quatre étages.

Une surveillance médicale systématique est exercée auprès des pensionnaires par des visites quotidiennes le matin, une contre visite le soir, assurées par un étudiant en cinquième année du 2ème cycle qui assure, sur place, une permanence de garde.

Conditions de vie générales

- . Il existe un appareil de télévision, en couleurs, à chaque étage, situé dans une pièce qui sert de salle à manger pour les pensionnaires.
- . Les pensionnaires n'ont théoriquement et pratiquement pas le droit d'apporter de meubles sauf la télévision. Cette interdiction ne s'étend pas aux bibelots et petits meubles, au linge de maison (mais celui-ci est fourni par l'institution), au linge personnel.
- . Ils peuvent recevoir leurs invités à déjeuner dans la salle à manger mais pas dans leur chambre. Cette éventualité, à notre connaissance, ne s'est jamais produite.
- . Il n'y a pas de téléphone dans les chambres. Un téléphone public (toutes distances) est installé dans le couloir pour les trois premiers étages.
- . Il existe un petit jardin et une terrasse qui nécessite de monter un escalier d'un étage pour y accéder.
- . La bibliothèque, formée par des dons et de choix modeste, se situe au quatrième étage, ainsi qu'une chapelle.
- . Les commerçants les plus proches ne sont qu'à une cinquantaine de mètres de l'établissement, nécessitant de traverser (par un passage protégé mais en dehors d'un feu de signalisation routière) une rue très passante ce qui incite certains pensionnaires à aller faire leurs courses plus loin pour éviter cet écueil. Un marché se tient trois fois par semaine, en face du bâtiment.
- . Une station d'autobus et de taxis dessert, à moins de cent mètres, l'institution. La station de métropolitain la plus proche est à environ trois cents mètres. Seul le taxi, et rarement, est utilisé par les pensionnaires.

Le personnel médical et para-médical :

- Il se compose de :
- . un médecin généraliste, assurant un service de trois matinées par semaine, soit une douzaine d'heures, salarié
 - . deux étudiants hospitaliers de cinquième année du 2ème cycle des études médicales assurant les fonctions d'interne
 - . deux étudiants hospitaliers en stage
 - . un kinésithérapeute, à temps partiel, venant trois fois par semaine, soit une douzaine d'heures au moins, rémunéré à l'acte
 - . une surveillante générale
 - . deux surveillantes
 - . douze infirmières
 - . vingt huit agents hospitaliers
 - . vingt aides soignants

Le dispensaire :

Fonctionne au rez de chaussée du bâtiment.

- Il comprend :
- . une consultation de médecine générale 2 après-midi par semaine.
 - . une consultation d'otorhinolaryngologie une matinée par semaine.
 - . une consultation de rhumatologie une matinée par semaine.
 - . une consultation de cardiologie une matinée par semaine.
 - . une consultation de radiologie 2 jours par semaine
 - . une consultation d'ophtalmologie un après-midi/semaine
 - . une consultation de psychiatrie 1 matinée par semaine
 - . une consultation dentaire 2 jours par semaine
 - . kinésithérapie tous les jours
 - . pédicure 2 matinées par semaine
 - . soins tous les jours

Les rapports avec les pensionnaires ne sont que pour les soins dentaires, l'ophtalmologie, l'O.R.L, radiologie, pédicure,

Le personnel se compose de :

- . infirmière 1
- . aide soignant 1
- . agent hospitalier 1
- . secrétaire médicale 1
- . manipulatrice radio 1 (2 jours par semaine)
- . pharmacienne

Les locaux se distribuent en :

- . 1 cabinet de médecine générale
- . 1 cabinet de cardiologie
- . 1 cabinet d'ophtalmologie
- . 1 cabinet dentaire
- . 1 cabinet O.R.L.
- . 1 salle de radiologie
- . 1 salle d'hydrothérapie (qui ne fonctionne pas actuellement)
- . 1 salle de rééducation
- . 1 salle de soins
- . 1 bureau de secrétariat médical

Les locaux du club

se situent sur deux niveaux :

- . rez de chaussée : - un secrétariat
 - une salle de spectacle
 - deux salles de réunions
 - une cafetaria

- . à l'étage : - une salle de couture, vannerie, modelage
 - une bibliothèque avec un choix relativement important de livres très éclectiques
 - une salle de restaurant pour le personnel de l'établissement, les déjeuners des personnels d'autres collectivités, personnels de soins à domicile et qui sert une fois par mois de salle de bal à l'occasion des anniversaires

- un salon de coiffure ouvrant deux fois par mois et surtout fréquenté par les pensionnaires qui paient ce service.

Les activités du club

ouvert aux personnes de plus de 60 ans résidant dans le 14ème arrondissement (et donc y compris aux pensionnaires de la maison), les activités proposées sont classiques : excursions d'une journée dans les environs de Paris, visites de musées et d'expositions, soirées théâtrales, etc ..., un ouvroir (couture), un atelier de vannerie/modelage actuellement en relache, une salle de lecture attenante à la bibliothèque, des conférences (sur les voyages, les problèmes historiques). Tous les mois a lieu un bal avec orchestre pour fêter les anniversaires des gens nés dans le mois. Des séances de gymnastique sont organisées deux fois par semaine.

Les autres personnels

Ils servent au fonctionnement administratif, aux cuisines, maintenance et divers : il se compose de :

- . secrétaire administratif 1
- . concierge 1
- . adjoint administratif 1
- . agents de bureaux 3
- . maître ouvriers 2, ouvriers 7
- . magasinier 1
- . chauffeur BP 2, chaffeur auto 1

Remarques préliminaires

Pour alléger la rédaction, les "pensionnaires de la maison de cure médicale Julie Siegfried" sont regroupés sous le terme de "pensionnaire" qui leur est réservé. La maison de cure médicale est désignée sous le terme d'institution. "Echantillon institution" désigne les pensionnaires de la maison de cure médicale. "Echantillon club" désignent les personnes du 3ème âge qui fréquentent le club situé en annexe de la maison de cure médicale. Le terme de "personne" recouvre indifféremment les pensionnaires ou les personnes du troisième âge qui fréquentent le club et prend l'une ou l'autre signification selon le contexte.

C H A P I T R E A

A. DESCRIPTION ET COMPARAISON DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES
ET SOCIALES

Page 71, tableau 47, 3e ligne

lire au lieu de 90 : 63

Page 80, ligne 3

lire : "... habituelles, soit plus du quart des personnes incontinents
(25,7 %), ont des troubles ..."

Page 107, ligne 21

lire au lieu de réaisée : récusée

Page 109, ligne 4

lire au lieu de glaucerne : glaucome

Page 110, ligne 11

lire : "Soeurs Augustines ..."

Page 112, ligne 4

lire : "22 personnes, soit 24,4 %"

Page 113, avant dernière ligne

lire au lieu de 204 : 202

Page 155, 2è tableau, 1ère et 2e ligne du tableau

lire : diabète insulino dépendant
diabète non insulino dépendant

Comparaison de deux populations :
. l'une institutionnalisée,
.
l'autre fréquentant un club du 3ème âge.

ERRATUM

Page 9, ligne 1

lire : "les rapports avec les pensionnaires ne sont fréquents..."

Page 14, ligne 15

lire au lieu de 50 ans : 90 ans

ligne 21

lire : "... au delà de 75 ans, ces différences s'accroissent."

Page 21, ligne 4

lire : "... en fonction de l'âge, au sein de l'institution,..."

Page 28, ligne 8

lire : "... les personnes de l'institution sont assurées..."

Page 29, ligne 10

lire : "... les revenus connus le sont au centime près."

Page 34, tableau 16

lire au lieu de pensionnaire : personne

Page 45, ligne 2

lire : "Dans l'institution, 87,8 % des personnes ont la même autonomie..."

Page 48, ligne 3

lire au lieu d'aptitude : autonomie

Page 63, tableau 40

lire au lieu de 28 (31,1 %) : 27 (30 %)

Page 64, premier paragraphe

lire : "On note le même phénomène que précédemment. Les aides sont utilisées moins souvent, de manière plus occasionnelle que la canne et pour des difficultés plus graves de marche (ont des difficultés graves ou très graves de marche et utilisent une canne occasionnellement 3 personnes, soit 30 % des utilisateurs occasionnels. Ont des difficultés graves ou très graves de marche et utilisent canne ou déambulateur occasionnellement 6 personnes, soit 85,7 % des utilisateurs occasionnels).

I. LA STRUCTURE DEMOGRAPHIQUE

- 1) Selon l'âge
- 2) Selon le sexe
- 3) Selon l'âge et le sexe
- 4) Selon l'état matrimonial et le sexe
- 5) Selon l'état matrimonial et l'âge
 - a) les célibataires
 - b) les personnes mariées
 - c) les personnes veuves
 - d) les personnes divorcées ou légalement séparées

II. LES ORIGINES GEOGRAPHIQUES

III. LES ORIGINES SOCIALES

- 1) Les agriculteurs
- 2) Les patrons de l'industrie et du commerce
- 3) Les professions libérales et cadres supérieurs
- 4) Les cadres moyens
- 5) Les employés
- 6) Les ouvriers
- 7) Les personnels de service
- 8) Les personnes non actives

IV. LA PROTECTION SOCIALE ET LES REVENUS

La protection sociale

- 1) La protection par la sécurité sociale
- 2) Les régimes de la sécurité sociale
- 3) Les prises en charges à 100%
- 4) Les mutuelles médicales et/ou chirurgicales
- 5) L'aide médicale
- 6) L'aide sociale
- 7) Le fond national de solidarité
- 8) L'allocation logement

Les revenus

V. ENTOURAGE SOCIO FAMILIAL

- 1) Les enfants
- 2) Les visites
 - a) leur fréquence
 - b) relation entre les visites et l'existence d'enfants
- 3) La correspondance
- 4) Les absences

I. LA STRUCTURE DEMOGRAPHIQUE

1) Selon l'âge

- l'institution :
 - . âge moyen : 86.00 ans
 - . âge médian : 86.21 ans
 - . les plus fortes tranches d'âge se situent entre 83 et 91 ans, avec un maximum pour 91 ans.
- le club :
 - . âge moyen : 76.20 ans
 - . âge médian : 76.50 ans
 - . les plus fortes tranches d'âge se situent entre 70 et 80 ans avec un maximum pour 80 ans
- l'échantillon national :
 - . l'âge moyen se situe vers 81 ans (46.6% ont moins de 80 ans)
 - . les plus fortes tranches d'âge se situent entre 70 et 80 ans.

On constate :

- . un âge moyen partout élevé
- . un âge moyen pour l'échantillon club qui est le plus bas, avec 10 ans de différence avec l'âge moyen de l'échantillon institution et 5 ans environ avec l'échantillon national.
- . Pour les tranches d'âge plus élevé, au delà de 75 ans

TABLEAU 1 : répartition selon le sexe des personnes de plus de 75 ans pour les trois échantillons en nombre et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon.

	Homme de plus de 75 ans		Femme de plus de 75 ans		Total	
Institution	6	6.6%	79	87.8%	85	94.5%
Club	11	17.6%	28	44.5%	39	62.1%
Echantillon national		17.4%		54.9%		72.3%

L'importance du groupe des personnes de 75 ans et plus dans l'institution est à mettre en relation, en admettant que la pathologie et les handicaps augmentent, avec l'âge, avec une structure médicalisée. Cette hypothèse est confortée :

- par l'importance des transferts à l'origine de l'entrée des pensionnaires dans l'institution (65 personnes - 72.2%)
 - . 37 personnes soit 41.1% venant d'une autre institution,
 - . 23 personnes, soit 25.6% venant d'un établissement hospitalier (23.3% d'un service de médecine, 2.2% d'un service de chirurgie),
 - . 3 personnes, soit 3.3% venant d'un hopital de chronique.
- Par les motifs d'entrée qui sont, pour 80% des pensionnaires, des motifs médicaux.

(Dans la thèse en doctorat en médecine de Antoine MENGER, 1978, Cochin : "Aspect économique des soins délivrés aux personnes âgées", on trouve un âge moyen de 84.1 ans pour les pensionnaires de la maison de cure médicale LA ROCHEFOUCAULT, dont le service médical paraît comparable à celui de l'institution).

2) Selon le sexe

TABLEAU 2 : répartition des personnes selon le sexe en nombre et en pourcentage de la population totale pour les trois échantillons.

	Homme		Femme		Total	
Institution	6	6.7%	84	93.3%	90	100%
Club	12	19%	51	81%	63	100%
Echantillon national	906	32.4%	1896	67.6%	2802	100%

Les trois populations ont une très forte majorité de femmes. Cependant, la proportion d'hommes au sein de l'institution comme au sein du club, est particulièrement faible. Pour l'institution, l'âge moyen élevé n'est pas une cause suffisante pour expliquer ce phénomène, ni la structure médicalisée qui serait plus adaptée aux femmes, s'il est vrai, qu'à âge égal, elles sont plus handicapées. Le recrutement ne semble pas intervenir.

Pour le club, il n'existe pas non plus de raisons évidentes à cette proportion faible. Les activités proposées, un comportement différent selon le sexe, ne sont que des éléments de réponse, insuffisants à eux seuls.

3) Selon l'âge et le sexe

TABLEAU 3 : répartition des personnes selon l'âge et le sexe en nombre et pourcentage de la population totale pour chaque échantillon

	60/74 ans		75/84 ans		85 ans et plus		Total
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	
Institution	-	5 5.5%	3 3.3%	26 28.9%	3 3.3%	53 58.9%	90 100%
Club	1 1.6%	23 36.5%	7 11.1%	25 39.7%	4 6.3%	3 4.8%	63 100%
Echantillon nat.	15%	12.7%	11.8%	28.8%	5.6%	26.1%	

La comparaison par sexe et par âge confirme la prédominance de femmes d'autant plus flagrante que l'âge est plus élevé, pour l'institution et l'échantillon national, avec un phénomène inverse pour le club. Ceci est à rapprocher de l'âge d'entrée en institution qui est de 81.7 ans en moyenne dans l'échantillon national pour les femmes.

4) Selon l'état matrimonial et le sexe

TABLEAU 4 : répartition des personnes selon l'état matrimonial et le sexe en nombre et en pourcentage de la population totale pour l'échantillon institution

	Célibat	marié	veuf	divorcé ou léga- lement séparé	total
Hommes	-	2 2.2%	2 2.2%	2 2.2%	6 6.6%
Femmes	15 16.7%	5 5.6%	60 66.7%	3 3.3%	83 92.2%
Total	15 16.7%	7 7.8%	62 68.9%	5 5.5%	89 98.8%

TABLEAU 5 : répartition des personnes selon l'état matrimonial et le sexe en nombre et en pourcentage de la population totale pour l'échantillon club

	Célibat	Marié	Veuf	Divorcé ou léga- lement séparé	Total
Hommes	-	7 11.1%	4 6.3%	1 1.6%	12 19.2%
Femmes	2 3.2%	10 15.9%	34 54%	4 6.3%	50 80.8%
Total	2 3.2%	17 27%	38 60.3%	5 7.9%	62 98.4%

TABLEAU 6 : répartition des personnes selon l'état matrimonial et le sexe en pourcentage de la population totale pour l'échantillon national

	Célibat.	Marié	Veuf	Divorcé ou léga- lement séparé	total
Hommes	11.8%	3.6%	13.6%	3.3%	32.3%
Femmes	16.9%	2.7%	45.8%	2.2%	67.6%
Total	28.7%	6.3%	59.4%	5.5%	99.9%

Remarque : la situation matrimoniale n'étant pas toujours connue, explique que le total ne soit pas égal à l'effectif de l'échantillon.

5) Selon l'état matrimonial et l'âge

TABLEAU 7 : répartition des personnes selon leur état matrimonial et leur âge en nombre et en pourcentage de la population totale pour l'institution.

Etat Matrim. Age	Célibat.	Marié(e)s	Veufs Veuves	Divorcé (e)s ou légalement séparé(e)s	Total
50/74 ans	20% 1(1.1%) 6.7%	20% 1(1.1%) 14.3%	60% 3(3.3%) 4.8%		100% 5 5.5%
75/84 ans	18.5% 5(5.5%) 33.3%	22.2% 6(6.6%) 85.7%	55.5% 15(16.6%) 24.2%	3.7% 1(1.1%) 20%	100% 27 30%
85 ans et plus	15.8% 9(9.9%) 60%		77.2% 44(48.9%) 71%	7% 4(4.4%) 80%	100% 57 63.3%
Total	16.7% 15(16.6%) 100%	7.8% 7(7.7%) 100%	68.9% 62(68.9%) 100%	5.6% 5(5.5%) 100%	99% 89 100%

TABLEAU 8 : répartition des personnes selon leur état matrimonial et leur âge en nombre et en pourcentage de la population totale pour le club.

Etat Matrim Age	Célibat.	Marié(e)s	Veufs Veuves	Divorcé (e)s ou légalement séparé(e)s	Total
60/74 ans	4.2% 1(1.6%) 50%	29.1% 7(11.1%) 41.2%	62.5% 15(24%) 39.5%	4.2% 1(1.6%) 20%	100% 24 38.1%
75/84 ans	3.2% 1(1.6%) 50%	32.2% 10(16%) 58.8%	54.8% 17(27%) 44.7%	9.8% 3(4.8%) 60%	100% 31 49.2%
85 ans et plus			85.7% 6(9.6%) 15.8%	14.2% 1(1.6%) 20%	100% 7 11.1%
Total	3.2% 2 100%	27% 17 100%	60.3% 38 100%	7.9% 5 100%	98.4% 62 100%

Si l'on compare les tableaux de l'état matrimonial en fonction du sexe et de l'âge, on constate pour :

- a) les célibataires : les proportions de célibataires sont importantes et comparables pour l'institution et l'échantillon national en gardant en mémoire la différence d'âge moyen. Cette différence d'âge moyen peut expliquer aussi qu'il n'y ait pas de célibataires hommes dans l'institution. Cette proportion élevée en institution coïncide avec une proportion faible au niveau du club.
- b) Les personnes mariées : la plus grande proportion se trouve au niveau du club. Elle répond à des proportions faibles au sein des institutions. Pour les deux échantillons, on ne trouve pas de personnes mariées au delà de 85 ans.

c) Les personnes veuves : elles constituent le principal groupe au sein des trois échantillons, avec une prédominance des femmes qui augmente avec l'âge moyen. On note nettement l'accroissement de ce groupe en fonction de l'âge.

Au sein de l'institution, alors que la proportion de veuves au sein du club diminue (malgré la diminution - faible - du nombre de femmes mariées qui doit alimenter soit le groupe des décès soit le groupe de veuves), ce qui semble indiquer que l'isolement dû au veuvage est un facteur d'entrée en institution.

d) Les personnes divorcées ou légalement séparées : il ne semble pas que ce groupe suive l'évolution du groupe des célibataires. Son importance ne fait que décroître en fonction de l'augmentation de l'âge.

Il est à remarquer que pour la population du club, les hommes mariés ont un âge compris entre 75 et 84 ans pour 85.7% d'entre eux et que les veufs ont plus de 85 ans pour les trois quarts, le quart restant ayant entre 75 et 84 ans.

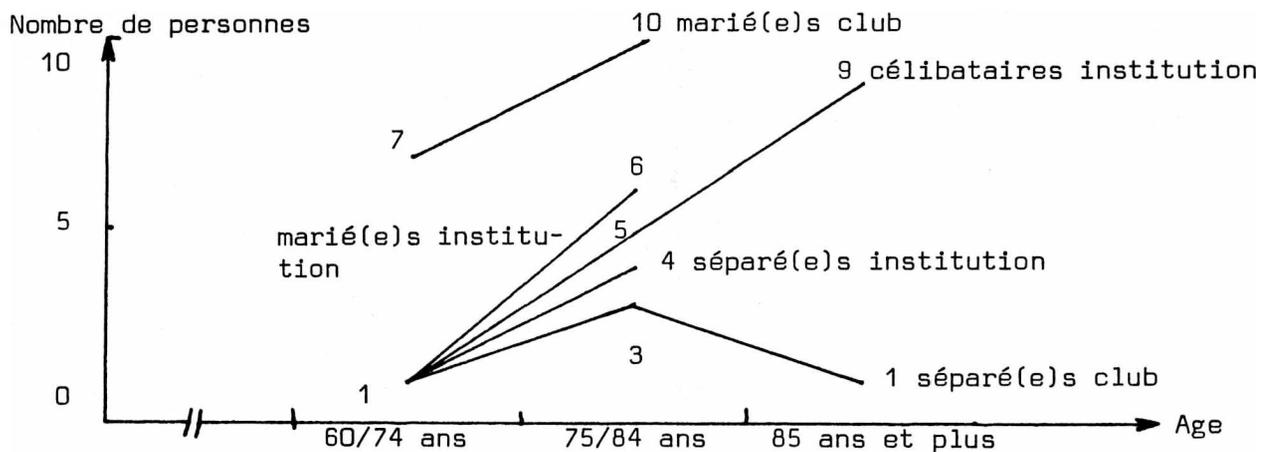
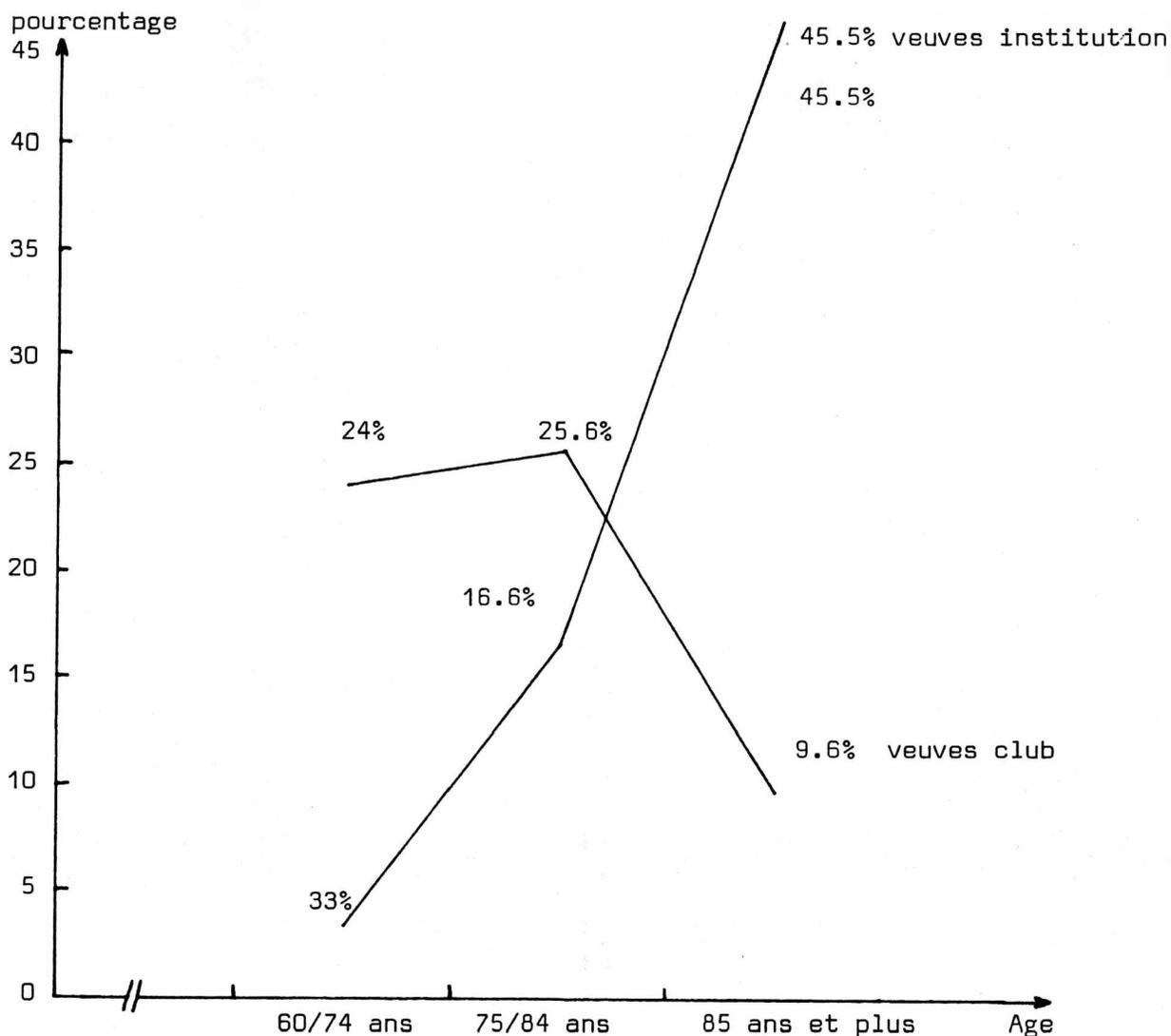
Par ailleurs, il n'existe pas de célibataires hommes (3.2% de célibataires femmes également réparties dans les deux tranches d'âge de 60 à 74 ans et de 75 à 85 ans).

Il semble que l'on puisse dire à partir de cette comparaison démographique que :

- pour les groupes :
 - . les célibataires entrent tôt en institution surtout les célibataires hommes,
 - . les personnes mariées entrent peu en institution,
 - . les veufs et les veuves entrent à tout âge avec un accroissement en nombre, passé 85 ans. (Il y a 24% de veufs et de veuves pour les tranches d'âge 75/85 ans et 71% pour les âges supérieurs à 85 ans dans l'institution),
- pour les règles :
 - . l'isolement est un facteur déterminant d'entrée en institution (célibataires et veufs),
 - . ainsi que l'âge grandissant.

Graphique 1 :

Evolution du groupe des femmes veuves de l'institution et du club en % de la population totale des échantillons respectifs, selon l'âge.



graphique 2 :

Evolution des autres groupes matrimoniaux en nombre de personnes selon l'âge, pour les deux échantillons.

II. LES ORIGINES GEOGRAPHIQUES

TABLEAU 9 : répartition des personnes selon leurs origines en nombre et en pourcentage de la population totale de l'institution et du club.

	Même Dpt	Dpt Limi- trophe	Autre Dpt	Etranger	Total
Institution	26 28.9%	10 11.1%	46 51%	6 7.6%	88 98.7%
Club	16 25.4%	3 4.8%	32 50.8%	12 19%	63 100%

	Europe	Afrique	Amérique Océanie	Total
Institution	1 1.1%	3 3.3%	2 2.2%	6 6.6%
Club	7 11.1%	4 6.3%	1 1.6%	12 19%

La mobilité géographique semble un peu moins importante pour les personnes de l'institution :

- 40% sont nés dans le même département ou un département limitrophe (Paris et les départements de la périphérie)
- 30% pour les personnes du club
- la proportion est égale pour les autres départements métropolitains (46 personnes - 51.1% - pour l'institution et 32 personnes - 50.8% - pour le club).
- La différence de mobilité géographique est plus forte si l'on considère les naissances à l'étranger.

III. LES ORIGINES SOCIALES

TABLEAU 10 : répartition des personnes selon leur groupe socio-professionnel en nombre et en pourcentage de la population totale de l'institution et du club.

	0	1	2	3	4	5
Institution	-	-	12 13.4%	2 2.2%	5 5.5%	15 16.7%
Club	-	-	4 6.4%	1 1.6%	9 14.3%	13 20.6%

	6	7	8	9	Total
Institution	12 13.3%	17 18.9%	1 1.1%	26 28.9%	90 100%
Club	16 25.5%	13 20.7%	-	7 11.1%	63 100%

- 0 = Agriculteurs exploitants
- 1 = Salariés agricoles
- 2 = Patrons de l'industrie et du commerce
- 3 = Professions libérales et cadres supérieurs
- 4 = Cadres moyens
- 5 = Employés
- 6 = Ouvriers
- 7 = Personnels de service
- 8 = Autre catégorie (armée, police)
- 9 = Personnes non actives (sans profession)

Pour les conjoints

TABLEAU 11 : répartition des conjoints selon leur groupe socio-professionnel en nombre et en pourcentage de la population totale de l'institution et du club.

	0	1	2	3	4	5
Institution	1 1.1%	1 1.1%	13 14.4%	7 7.8%	4 4.4%	9 10%
Club	-	-	6 9.5%	9 14.3%	7 11.1%	7 11.1%

	6	7	8	9	Total
Institution	15 16.6%	2 2.2%	5 5.5%	1 1.1%	58 64.4%
Club	18 28.6%	3 4.8%	3 4.8%	6 9.5%	59 93.7%

Remarque : 15 personnes sont célibataires dans l'institution. Il en reste 17 pour lesquelles le métier du conjoint est inconnu, en particulier d'eux-mêmes ce qui donne une mesure minimum de troubles graves de la mémoire.

1) Les agriculteurs :

ils n'existent dans aucun des échantillons, probablement pour des raisons géographiques (ils représentent 18.8% de l'échantillon national) et de mortalité (ce qui tendrait à confirmer la présence de 2.2% d'agriculteurs parmi les conjoints de l'institution).

2) Les patrons de l'industrie et du commerce :

ce sont en fait quasi exclusivement des artisans (travaillant parfois seuls) ou de petits commerçants pour les deux groupes. Ce groupe est plus nombreux au sein de l'institution qu'en dehors et on trouve un rapport semblable au niveau des conjoints.

3) Les professions libérales et cadres supérieurs :

peu nombreux pour les deux groupes, on les retrouve cependant avec une fréquence notable au niveau des conjoints et de façon plus sensible pour les conjoints des personnes du club.

4) Les cadres moyens :

plus fréquents au sein du club, qu'au sein de l'institution, ce rapport est semblable pour les conjoints.

5) Les employés :

groupe nombreux, plus nombreux en dehors de l'institution, la représentation au niveau des conjoints est nettement moins forte.

6) Les ouvriers :

groupe lui aussi nombreux, il est surtout représenté au niveau du club ; les proportions au niveau des conjoints sont plus fortes pour les deux groupes :

. institution : 13.3% (10% d'ouvriers qualifiés)

. club : 25.5% (15.9% d'ouvriers qualifiés

3.2% de contremaîtres et autant d'ouvriers spécialisés et de manoeuvres).

7) Les personnels de service :

c'est le 2ème groupe le plus important au niveau de l'institution (18.9% : gens de maison, femmes de ménage, concierges, etc ...). Dans l'échantillon national, il ne représente que 10% des personnes et 20% dans la population du club. Au niveau des conjoints, ces métiers sont beaucoup moins représentés. Il faut remarquer qu'étant donné la prépondérance féminine de nos échantillons, les conjoints sont surtout des hommes. Leur pourcentage faible dans les personnels de service rend ce fait prévisible.

8) Les personnes non actives :

il s'agit toujours dans nos échantillons de femmes sans profession. Leur importance est plus grande au sein de l'institution.

Classement par fréquence décroissante :

INSTITUTION	CLUB
9 - 28.9% sans profession	6 - 25.5% ouvriers
7 - 18.9% personnel de service	7 - 20.7% personnel de service
5 - 16.7% employés	5 - 20.6% employés
2 - 13.4% artisans et petits commerçants	4 - 14.3% cadre moyen
6 - 13.3% ouvriers	9 - 11.1% sans profession
4 - 5.5% cadres moyens	2 - 6.4% artisans et petits commerçants
3 - 2.2% professions libérales et cadres supérieurs	3 - 1.6% professions libérales et cadres supérieurs

Classement par fréquence décroissante pour les conjoints :

INSTITUTION	CLUB
6 - 16.6% ouvriers	6 - 28.6% ouvriers
2 - 14.4% artisans et petits commerçants	3 - 14.3% professions libérales et cadres supérieurs
5 - 10% employés	4 - 11.1% cadres moyens
3 - 7.8% professions libérales et cadres supérieurs	5 - 11.1% employés
8 - 5.5% armée et police	2 - 9.5% artisans et petits commerçants
4 - 4.4% cadres moyens	7 - 4.8% personnel de service
7 - 2.2% personnel de service	8 - 4.8% armée et police

Il est difficile de mettre en évidence des différences importantes sur le plan socio-professionnel entre les deux groupes.

IV. LA PROTECTION SOCIALE ET LES REVENUS

LA PROTECTION SOCIALE

1) La protection par la sécurité sociale :

- . 95.6% des personnes de l'institution sont protégées par la sécurité sociale (86 personnes),
- . 88.9% des personnes du club (56 personnes).

2) Le régime de la sécurité sociale :

dans trois quarts des cas les personnes sont assurées auprès du régime général et des régimes assimilés (66 personnes - 73.3%).

- . 3.3% des personnes de l'institution sont des assurés volontaires (3 personnes),
- . les autres se répartissent dans les régimes particuliers (5 personnes - 5.6% - au régime des artisans et commerçants, industriels et professions libérales, 1 personne à l'EDF/GDF, 11 personnes - 12.2% - ont un régime particulier non précisé).

3) Prise en charge à 100% :

- . 61.1% des personnes de l'institution sont prises en charge à 100% par la sécurité sociale, ce qui donne une idée du nombre de maladies ou longues et/ou coûteuses (55 personnes),
- . 46% des personnes du club sont prises en charge à 100% par la sécurité sociale (29 personnes).

4) Les mutuelles médicales et/ou chirurgicales :

- . seulement deux personnes ont une mutuelle complémentaire parmi les pensionnaires (2.2%) contre
- . 25 personnes du club (39.7%).

5) L'aide médicale :

elle n'est accordée qu'à une personne (1.1%) de l'institution et à 5 personnes du club (7.9%).

6) L'aide sociale :

elle est accordée à 9 personnes (14.3%) du club.

7) Le fond national de solidarité :

il est plus souvent accordé aux personnes de l'institution (20 personnes - 22.2%) qu'aux personnes du club (7 personnes - 11.1%).

8) L'allocation logement :

19 personnes (30.2%) du club en bénéficient, aucune personne de l'institution.

LES REVENUS

Ils n'ont pu être relevés pour 5 personnes (5.5%) de l'institution, pour des raisons techniques et de secret professionnel. Par contre, les revenus le sont au centime près.

La situation est différente pour les personnes du club ; 6 personnes (6.9%) interrogées n'ont pas voulu (ou pas su) nous répondre. Parmi les personnes qui ont répondu, certaines ont bien voulu nous apporter les papiers justificatifs, d'autres non, et nous avons dû nous fier à leur réponse.

TABEAU 12 : répartition des personnes selon leurs revenus (par tranches de 500 F) en nombre et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon.

	moins de 1000 F	de 1001 F à 1500 F	de 1501 F à 2000 F	de 2001 F à 2500 F
Institution	2 2.2%	38 42.2%	18 20%	11 12.2%
Club	5 7.9%	13 20.6%	10 15.9%	9 14.3%

	de 2501 F à 3000 F	plus de 3000 F	Inconnu	Total
Institution	4 4.4%	12 13.3%	5 5.5%	90 100%
Club	7 11.1%	13 20.6%	6 9.5%	63 100%

40 personnes, près de la moitié des personnes de l'institution (44.4%) ont moins 1500 F de revenus (retraites et pensions) par mois contre un peu plus d'un quart parmi les personnes du club (18 personnes soit 28.5%).

Les revenus des personnes du club sont donc plus élevés que les revenus des personnes vivant en institution. Cela est peut-être un facteur d'entrée en institution.

V. ENTOURAGE SOCIO-FAMILIAL

1) Les enfants :

TABLEAU 13 : répartition des personnes selon l'absence d'enfant actuellement vivant et le nombre d'enfants vivants en nombre et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon.

	Pas d'enf.	1 enf.	2 enf.	3 enf. et plus	inconnu	Total
Instit.	41 45.6%	28 31.1%	12 13.3%	7 7.7%	2 2.2%	90 100%
Club	16 25.4%	27 42.9%	13 20.6%	3 4.8%	4 6.3%	63 100%

TABLEAU 13 BIS : répartition des personnes ayant des enfants, selon qu'un des enfants au moins habite dans la même ville ou qu'aucun enfant n'habite la même ville en nombre et en pourcentage de la totalité de chaque échantillon.

	Enfants vivant ds la même ville		Enfants ne vivant pas dans la même ville		Total	
Institution	37	41.1%	8	8.9%	45	50%
Club	23	36.5%	19	30.2%	42	66.7%

45.6% des personnes de l'institution n'ont pas ou plus d'enfants vivants, contre 25.4% des personnes du club. L'importance du nombre des célibataires, le grand âge, rendent compte de cette différence qui met en relief, là encore, le facteur isolement des personnes qui vivent en institution.

Parmi les personnes qui ont des enfants, l'écart est moindre entre l'institution et les personnes du club, avec cependant toujours plus d'enfants vivants pour les personnes du club.

Par contre, lorsque les personnes ont des enfants, ils sont plus proches pour les gens de l'institution (41.1% habitent dans la même ville) que pour ceux de l'institution. Peut-être faut-il voir là l'effet de la prise en charge des parents par les enfants dans l'éventualité d'une entrée en institution.

Les différences sont notables entre l'institution et l'échantillon national sur le plan de la proximité des enfants où seulement 15.8% des personnes ont des enfants qui habitent la même ville.

Peut-être est-ce dû en partie à un effet géographique ; l'institution est située à Paris qui compte un pourcentage important de la population française ; les chances d'avoir un enfant à proximité sont majorées de ce fait. L'effet serait inverse en province.

2) Les visites :

a) leur fréquence :

TABLEAU 14 : répartition des personnes selon la fréquence des visites qu'ils reçoivent en nombre et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon.

	très fréquentes	fréquentes 1/semaine	Occasionnelles 1/mois	très rares	jamais	Total
Instit	45 50%	18 20%	16 17.8%	7 7.8%	4 4.4	90 100%
Club	12 19%	10 15.9%	20 31.7%	11 17.5%	10 15.9%	63 100%

Les personnes de l'institution reçoivent plus souvent des visites que les personnes du club (70% reçoivent des visites fréquentes, contre 34.9% au club) et plus souvent que ne l'expliquerait la présence d'enfants dans la même ville (41.1% des personnes de l'institution ont des enfants habitant la même ville qu'eux).

La quantité relativement moins grande de visites pour les personnes du club ne doit pas cependant être interprétée comme un indice d'isolement mais plus comme un mode de vie lié à une autonomie plus grande et qui leur permet entre autre, de se rendre à des invitations.

b) relation entre les visites et l'existence d'enfants

TABLEAU 15 : distribution croisée des personnes selon la fréquence des visites reçues et l'absence d'enfant, leur présence dans la même ville, ou leur présence dans une autre ville en nombre et pourcentage de la population totale de l'échantillon institution

TABLEAU 15

Visites Enfants	Très fréquentes	fréquentes 1/semaine	occasion- nelles 1/mois	rares	jamais	Total
pensionnaire sans enfant	33.3% 15 (16.7%) 33.3%	26.7% 12 (13.3%) 66.7%	22.2% 10 (11.1%) 62.5%	11.1% 5 (5.6%) 71.4%	6.7% 3 (3.3%) 75%	100% 45 (50%)
pensionnaire 1 enfant même ville	73% 27 (30%) 30%	13.5% 5 (5.6%) 27.8%	5.4% 2 (2.2%) 12.5%	5.4% 2 (2.2%) 28.6%	2.7% 1 (1.1%) 25%	100% 37 (41.1%)
pensionnaire enfant autre ville	37.5% 3 (3.3%) 6.7%	12.5% 1 (1.1%) 5.6%	50% 4 (4.4%) 25%	-	-	100% 8 (8.9%)
Total	50% 45 100%	20% 18 100%	17.8% 16 100%	7.8% 7 100%	4.4% 4 100%	100% 90

Ce sont les personnes ayant des enfants qui habitent la même ville qui sont les plus favorisées sur le plan des visites reçues : 86.5% de ces personnes (32 personnes soit 35.6% de l'échantillon) reçoivent des visites très fréquentes ou fréquentes.

Viennent ensuite, assez paradoxalement les personnes n'ayant pas d'enfants : 60% de ces personnes (27 personnes soit 30% de l'échantillon) reçoivent des visites très fréquentes ou fréquentes.

Les personnes ayant des enfants qui habitent une autre ville sont celles qui reçoivent le moins de visites très fréquentes ou fréquentes. Mais

la moitié de ces personnes reçoivent des visites occasionnelles et on ne trouve pas de personnes ne recevant que rarement ou jamais de visites.

TABLEAU 16 : distribution croisée des personnes selon la fréquence des visites reçues et l'absence d'enfants, leur présence dans la même ville ou leur présence dans une autre ville, en nombre et pourcentage de la population totale de l'échantillon club.

TABLEAU 16

Visites Enfants	très fréquentes	fréquentes 1/semaine	occasion- nelles 1/mois	rares	jamais	Total
pensionnaire sans enfant	23.8% 5(7.9%) 41.7%	19% 4(6.3%) 40%	14.3% 3(4.8%) 15%	4.8% 1(1.6%) 9.1%	38.1% 8(12.7%) 80%	100% 21(33.3%)
pensionnaire 1 enfant même ville	17.4% 4(6.3%) 33.3%	8.7% 2(3.2%) 20%	43.5% 10(15.9%) 50%	21.7% 5(7.9%) 45.5%	8.7% 2(3.2%) 20%	100% 23(36.5%)
pensionnaire enfant autre ville	15.8% 3(4.8%) 25%	21.1% 4(6.3%) 40%	36.8% 7(11.1%) 35%	26.3% 5(7.9%) 45.5%	-	100% 19(30.2%)
Total	19% 12 100%	15.9% 10 100%	31.7% 20 100%	17.5% 11 100%	15.9% 10 100%	100% 63

La situation pour les personnes du club est différente et semble plus complexe si l'on s'intéresse aux personnes qui reçoivent le plus de visites.

Les personnes qui reçoivent le plus de visites, fréquentes et très fréquentes sont les personnes sans enfants : 42.8% de ces personnes sont dans ce cas (9 personnes soit 14.2% de l'échantillon). Elles sont aussi les plus isolées : le même nombre ne reçoit de visites que rarement ou jamais.

26.1% des personnes ayant des enfants qui habitent dans la même ville (6 personnes soit 9.5% de l'échantillon) reçoivent des visites fréquentes ou très fréquentes, soit moins que les personnes dont les enfants n'habitent pas la même ville : 36.9% de ces personnes reçoivent des visites fréquentes ou très fréquentes (7 personnes soit 11.1% de l'échantillon). L'ordre est le même pour les visites occasionnelles.

Il s'agit de visites reçues dans les tableaux précédents et ont été comptabilisées toutes les visites dont celles des enfants. Il est imaginable cependant que les personnes qui ont des enfants dans la même ville leur rendent plus souvent des visites qu'ils n'en reçoivent ce qui expliquerait l'isolement apparent, sur les seules visites reçues, de ces personnes. Cependant, nous n'avons pas recueilli les éléments nécessaires à la vérification de cette hypothèse.

3) La correspondance

Elle comprend les lettres reçues et les appels téléphoniques de la famille ou des amis.

TABLEAU 17 : distribution des personnes selon la fréquence de la correspondance en nombre et en pourcentage de la totalité de chaque échantillon.

Lettres et/ ou appels téléphoniq.	très fréquents	fréquents	occasion- nels	rares	jamais	Total
Institution	4 4.4%	7 7.8%	26 28.9%	20 22.2%	33 36.6%	90 100%
Club	26 41.3%	17 27.3%	7 11.1%	11 17.5%	2 3.2%	63 100%

Nous avons vu que globalement, les personnes de l'institution reçoivent plus de visites que les personnes du club. On assiste à un phénomène inverse pour la correspondance. Les troubles de la vue et de l'audition, la difficulté de se déplacer (il n'existe pas de téléphones dans les

chambres), les difficultés de lecture (par quasi analphabétisme pour certains) explique en partie la faible fréquence de la correspondance pour les personnes de l'institution. Plus de un tiers (33 personnes soit 36.6%) ne reçoivent jamais de lettres et/ou d'appels téléphoniques.

(Voir en annexe la distribution croisée entre la fréquence de la correspondance et l'absence ou la présence d'enfants proches ou éloignés).

4) Les absences

a) Pour l'institution :

4 personnes, soit 4.4% de la totalité de l'échantillon se sont absentes durant l'année 1979 (du 1er janvier au 31 décembre) pour aller dans leur famille. La durée moyenne des séjours est de 26 jours et demi pour ces quatre personnes avec des extrêmes allant de 61 jours à 5 jours. La durée moyenne des séjours rapportée à la totalité de l'échantillon est de 1.17 jour.

b) Pour le club :

la situation est tout autre puisque 36 personnes (57.1% de la totalité de l'échantillon) sont parties en vacances et 2 personnes (3.2% de la totalité de l'échantillon) sont parties dans leur famille pour la même période.

C H A P I T R E B

B. LES ACTIVITES

I. L'AUTONOMIE PERSONNELLE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

- 1) Les distributions pour chacune des activités :
manger, s'habiller, se laver
 - a) manger
 - b) s'habiller
 - c) se laver
 - d) prendre un bain ou une douche
- 2) Autonomie des personnes vis-à-vis des activités :
manger, s'habiller, se laver, prises deux par deux

Pour l'institution

- a) s'habiller, manger
- b) se laver, manger
- c) se laver, s'habiller

Pour le club

- a') s'habiller, manger
 - b') se laver, manger
 - c') se laver, s'habiller
- 3) Autonomie pour sortir de son lit

II. L'UNIVERS SPATIAL ET LES SORTIES

- 1) Au niveau des personnes
- 2) Rôle de l'institution
- 3) Les séjours habituels

I. L'AUTONOMIE PERSONNELLE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Ce sont les activités réellement pratiquées, seul ou avec aide, ou jamais pratiquées, abordées dans ce chapitre et non pas les possibilités qui seront vues dans le prochain chapitre sur les handicaps.

L'autonomie minimum repose au moins sur trois activités fondamentales : manger, s'habiller, se laver. Une graduation de ces activités a été appréciée par six niveaux pour lesquels nous ne reproduisons dans les tableaux que la numérotation de 1 à 6 :

- 1) activité s'effectuant seule et sans difficulté
- 2) activité s'effectuant seule avec difficulté
- 3) activité s'effectuant avec une aide occasionnelle ou légère
- 4) activité s'effectuant avec une aide permanente
- 5) activité s'effectuant avec une prise en charge totale
- 6) activité ne s'effectuant jamais

La personne garde l'initiative de l'action jusqu'à l'aide permanente incluse. La prise en charge totale correspond à une perte de l'initiative de la personne.

1) Les distributions pour chacune des activités : manger, s'habiller, se laver.

a) manger :

TABLEAU 18 : distribution des personnes pour l'activité "manger" en nombre et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon.

	1	2	3	4	5	6	Total
Institution	62 68.9%	18 20%	6 6.7%	1 1.1%	3 3.3%	-	90 100%
Club	60 95.2%	3 4.8%	-	-	-	-	63 100%

b) s'habiller :

TABLEAU 19 : distribution des personnes pour l'activité "s'habiller" en nombre et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon.

	1	2	3	4	5	6	Total
Institution	30 33.3%	22 24.4%	5 5.6%	10 11%	23 25.6%	-	90 100%
Club	56 88.9%	7 11.1%	-	-	-	-	63 100%

c) se laver

TABLEAU 20 : distribution des personnes pour l'activité "se laver" en nombre et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon.

	1	2	3	4	5	6	Total
Institution	24 26.7%	22 24.4%	4 4.4%	10 11.1%	30 33.3%	-	90 100%
Club	54 85.7%	9 14.3%	-	-	-	-	63 100%

d) prendre un bain ou une douche

TABLEAU 21 : distribution des personnes pour l'activité "prendre un bain ou une douche" en nombre et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon.

	1	2	3	4	5	6	Total
Institution	4 4.4%	1 1.1%	12 13.3%	12 13.3%	59 65.5%	2 2.2%	90 100%
Club	45 71.4%	4 6.3%	1 1.6%	-	-	13 20.6%	63 100%

Remarque : ont été classées comme ne prenant jamais de bain ou de douche, 19.7% des personnes du club. Le pourcentage correspond aux personnes qui ne bénéficient pas d'une baignoire ou d'une douche à domicile et qui n'utilisent pas les bains-douches publics.

Si l'on ne considère que les autonomies maxima, (mange seul et sans difficulté, s'habille seul et sans difficulté, se lave seul et sans difficulté), on s'aperçoit que le nombre de personnes est régulièrement décroissant pour l'institution depuis "manger" (68.9%) jusqu'à "se laver" (26.7%), en passant par l'autonomie pour "s'habiller".

Ceci suggère une hiérarchie des activités qui a déjà été mise en évidence au niveau de l'échantillon national et que l'on retrouve ici.

Le pourcentage de personnes ayant besoin d'une prise en charge totale pour chacune de ces trois activités poursuit une progression inverse.

Bien que les écarts soient faibles on retrouve cette progression au niveau des gens du club.

Par ailleurs, la distribution pour chacune de ces trois activités, au niveau de l'institution, ne suit pas une allure régulièrement décroissante mais elle présente une ébauche de courbe en U pour "manger" qui se confirme pour "s'habiller" où elle est presque symétrique.

Cet aspect n'existe, dans l'échantillon national, que pour "sortir de sa chambre", s'accroissant ensuite pour être quasiment symétrique pour "sortir de l'établissement" ce qui semble indiquer que notre échantillon comporte en moyenne des personnes plus largement dépendantes.

La hiérarchie de ces trois activités apparaît mieux si l'on compare l'autonomie des personnes vis-à-vis de ces activités prises deux par deux.

2) Autonomie des personnes vis-à-vis des activités : manger, s'habiller, se laver, prises deux par deux

POUR L'INSTITUTION

a) s'habiller, manger :

TABLEAU 22 : distribution croisée des personnes de l'institution pour s'habiller et manger en nombre et en pourcentage de la population totale.

TABLEAU 22

s'habiller manger	1	2	3	4	5	Total
1	28 (31.1%) 42.5% 93.3%	14 (15.6%) 22.6% 63.6%	5 (5.6%) 8.1% 100%	6 (6.7%) 9.7% 60%	9 (10%) 14.5% 39.1%	62 (68.9%) 100%
2	1 (1.1%) 3.3% 5.6%	6 (6.7%) 27.3% 53.3%	-	3 (3.3%) 30% 16.7%	8 (8.9%) 34.8% 44.4%	18 (20%) 100%
3	1 (1.1%) 3.3% 16.7%	2 (2.2%) 9.1% 33.3%	-	1 (1.1%) 10% 16.7%	2 (2.2%) 8.7% 33.3%	6 (6.7%) 100%
4	-	-	-	-	1 (1.1%) 4.3% 100%	1 (1.1%) 100%
5	-	-	-	-	3 (3.3%) 13% 100%	3 (3.3%) 100%
Total	30 (33.3%)	22 (24.4%)	5 (5.6%)	10 (11.1%)	23 (25.6%)	90 (100%)

b) se laver, manger :

TABLEAU 23 : distribution croisée des personnes de l'institution pour se laver et manger en nombre et en pourcentage de la population totale.

se laver manger	1	2	3	4	5	Total
1	22 (24.4%) 91.7%	15 (16.7%) 56.2%	4 (4.4%) 100%	6 (6.7%) 60%	15 (16.7%) 50%	62 (68.9%) 100%
2	1 (1.1%) 4.2%	5 (5.6%) 22.7%	-	3 (3.3%) 30%	9 (10%) 30%	18 (20%) 100%
3	1 (1.1%) 4.2%	2 (2.2%) 9.1%	-	1 (1.1%) 10%	2 (2.2%) 6.7%	6 (6.7%) 100%
4	-	-	-	-	1 (1.1%) 3.3%	1 (1.1%) 100%
5	-	-	-	-	3 (3.3%) 10%	3 (3.3%) 100%
Total	24 (26.7%)	22 (24.4%)	4 (4.4%)	10 (11.1%)	30 (33.3%)	90 (100%)

c) se laver, s'habiller :

TABLEAU 24 : distribution croisée des personnes de l'institution pour se laver et s'habiller en nombre et en pourcentage de la population totale.

TABLEAU 24

se laver s'habiller	1	2	3	4	5	Total
1	24 (26.7%) 100%	2 (2.2%) 9.1%	1 (1.1%) 25%	1 (1.1%) 10%	2 (2.2%) 6.7%	30 (33.3%) 100%
2	-	20 (22.2%) 90.9%	-	-	2 (2.2%) 6.7%	22 (24.4%) 100%
3	-	-	3 (3.3%) 75%	-	2 (2.2%) 6.7%	5 (5.6%) 100%
4	-	-	-	9 (10%) 90%	1 (1.1%) 3.3%	10 (11.1%) 100%
5	-	-	-	-	23 (25.5%) 76.7%	23 (25.6%) 100%
Total	24 (26.7%)	22 (24.4%)	4 (4.4%)	10 (11.1%)	30 (33.3%)	90 (100%)

POUR LE CLUB

a') s'habiller, manger :

TABLEAU 25 : distribution croisée des personnes du club pour s'habiller et manger en nombre et en pourcentage de la population totale.

s'habiller manger	1	2	Total
1	91.7% 55 (87.3%) 98.2%	8.3% 5 (7.9%) 71.4%	100% 60 (95.2%)
2	33.3% 1 (1.6%) 1.8%	66.7% 2 (3.2%) 28.6%	100% 3 (4.8%)
Total	56 (88.9%)	7 (11.1%)	63 (100%)

b') se laver, manger :

TABLEAU 26 : distribution croisée des personnes du club pour se laver et manger en nombre et en pourcentage de la population totale.

se laver manger	1	2	Total
1	90% 54 (85.7%) 100%	10% 6 (9.5%) 66.7%	100% 60 (95.2%)
2	-	100% 3 (4.8%) 33.3%	100% 3 (4.8%)
Total	54 (85.7%)	9 (14.3%)	63 (100%)

c') se laver, s'habiller :

TABLEAU 27 : distribution croisée des personnes du club pour se laver et s'habiller en nombre et en pourcentage de la population totale.

se laver s'habiller	1	2	Total
1	96.4% 54(85.7%) 100%	3.6% 2(3.2%) 22.2%	100% 56(88.9%)
2	-	100% 7(11.1%) 77.8%	100% 7(11.1%)
Total	54(85.7%)	9(14.3%)	63(100%)

87.8% des personnes ont la même autonomie pour s'habiller et se laver ce qui indique que ces deux activités sont très liées entre elles.

La liaison est moins forte pour manger et s'habiller (41.1%) et pour manger et se laver (33%).

36.8% des personnes sont plus autonomes pour manger que pour s'habiller, l'inverse n'est vrai que pour 4.4% des personnes. La proportion de personnes plus autonomes pour manger que pour se laver est encore plus forte : 62.2%. Par ailleurs, il est plus facile de s'habiller que de se laver, 12.2% de personnes sont plus autonomes pour s'habiller que pour se laver, et il n'existe aucun cas inverse dans notre échantillon.

Bien que le niveau d'autonomie soit très supérieur pour les gens du club, on retrouve cependant cette même hiérarchie. L'autonomie est la même pour manger et se laver d'une part, manger et s'habiller d'autre part, (90.5%). La liaison est cependant encore plus forte pour s'habiller et se laver : on trouve 96.8% ayant la même autonomie.

9.5% des personnes ont une autonomie supérieure pour manger que pour se laver.

7.9% ont une autonomie supérieure pour manger que pour s'habiller, contre 1.6% à l'inverse.

3.2% ont une autonomie supérieure pour s'habiller que pour se laver.

Il est étonnant de constater cette similitude des deux échantillons. Cependant ce même profil recouvre des degrés d'autonomie très différents.

3) Autonomie pour sortir de son lit

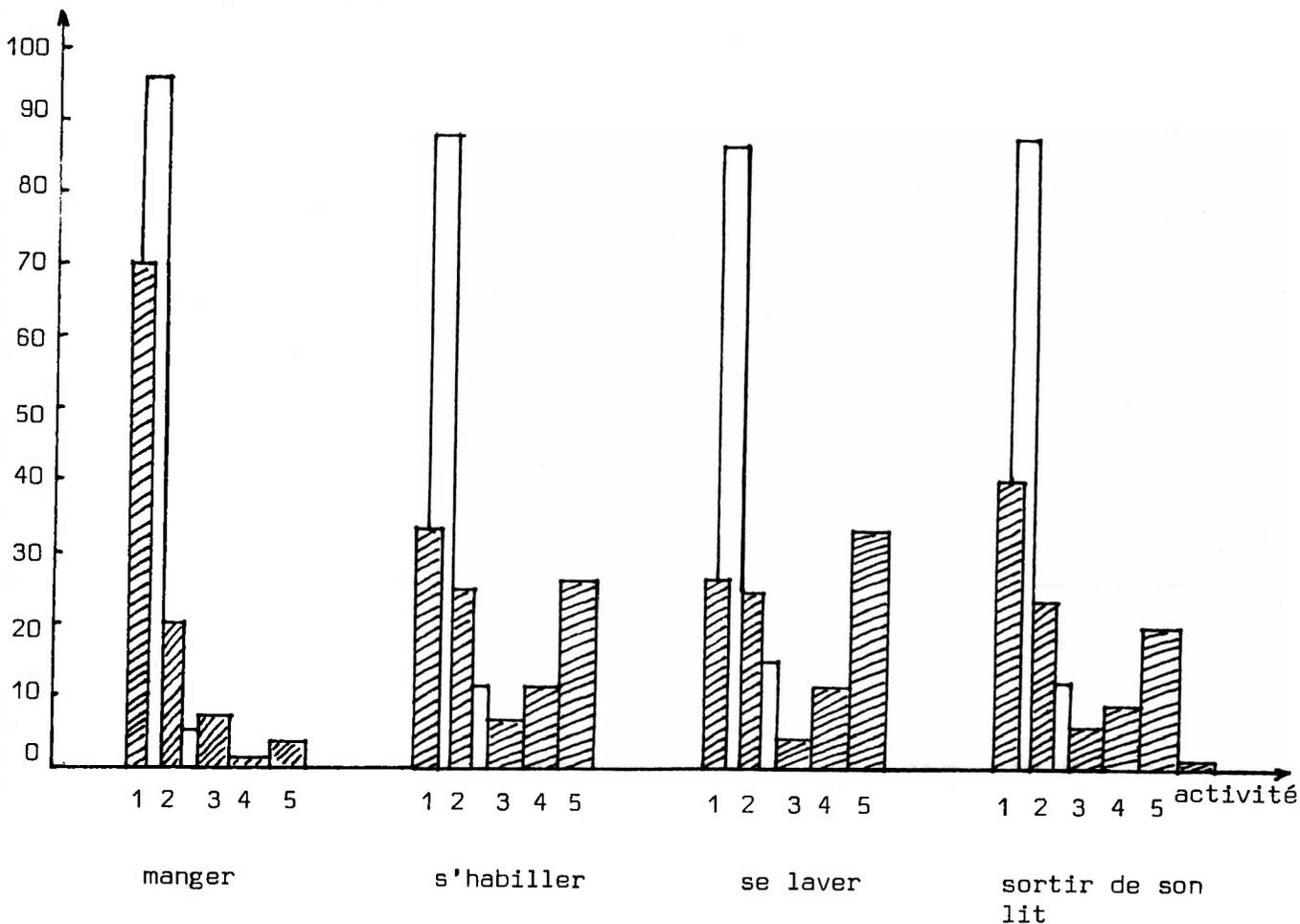
TABLEAU 28 : distribution des personnes pour l'activité sortir de son lit en nombre et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon.

	1	2	3	4	5	6	Total
Institution	36 40%	21 23.3%	5 5.6%	8 8.9%	18 20%	2 2.2%	90 100%
Club	56 88.9%	7 11.1%	-	-	-	-	63 100%

Graphique 2 : représentation graphique des distributions des personnes, en pourcentage pour les activités manger, s'habiller, se laver, sortir de son lit, selon qu'elles le font seules sans difficulté (1), seules avec difficulté (2), avec aide occasionnelle ou légère (3), avec aide permanente (4), avec une prise en charge totale (5) ou ne le font pas (6) pour l'institution et le club.

□ échantillon club
▨ échantillon institution

Pourcentage de personnes effectuant l'activité



II. L'UNIVERS SPATIAL ET LES SORTIES

1) Au niveau des personnes

Il est apprécié par l'aptitude à sortir de sa chambre, à sortir du bâtiment (se promener dans le jardin) et à sortir de l'établissement (aller dans la rue pour se promener, faire des courses, etc ...)

Nous avons négligé la dernière question pour les gens du club et nous avons assimilé "sortir du bâtiment" à sortir de chez soi. Par contre, nous avons maintenu la question "sortir de sa chambre" qui nous paraissait pouvoir être comparée pour les réponses à celles de l'institution. Il n'était pas évident au départ que les personnes de l'échantillon club n'aient pas de difficulté à sortir de leur chambre, soit pour des raisons de "dérrouillage matinal" soit pour d'autres raisons (difficulté de vision par exemple).

Les six gradations précédentes sont conservées.

Sort de sa chambre :

TABLEAU 29 : distribution des personnes pour l'activité "sort de sa chambre" en nombre et pourcentage de la totalité de chaque échantillon.

	1	2	3	4	5	5	Total
Institution	42 46.7%	19 21.1%	1 1.1%	6 6.7%	14 15.6%	8 8.9%	90 100%
Club	60 95.2%	3 4.8%	-	-	-	-	63 100%

Sort du bâtiment :

TABLEAU 30 : distribution des personnes pour l'activité "sort du bâtiment" en nombre et en pourcentage de chaque échantillon.

	1	2	3	4	5	6	Total
Institution	17 18.9%	9 10%	1 1.1%	15 16.7%	11 12.2%	37 41.1%	90 100%
Club	58 92.1%	3 4.8%	-	1 1.6%	1 1.6%	-	63 100%

Sort de l'établissement :

TABLEAU 31 : distribution des personnes pour l'activité "sort de l'établissement en nombre et en pourcentage du total de l'échantillon institution.

	1	2	3	4	5	6	Total
Institution	9 10%	4 4.4%	2 2.2%	17 18.9%	8 8.9%	50 55.6%	90 100%

L'univers spatial, ainsi que nous l'avons défini, apparaît très réduit pour les personnes de l'institution :

46.7% sortent seuls et sans difficulté de leur chambre ;

18.9% sortents seuls et sans difficulté du bâtiment.

Si l'on groupe les personnes qui peuvent sortir seules, avec ou sans difficulté, la décroissance de la distribution paraît encore plus forte, surtout entre sortir de sa chambre et sortir du bâtiment. En effet, 67.8% des pensionnaires sortent de leur chambre, avec ou sans difficulté, contre 28.9% qui sortent du bâtiment et 14.4% de l'établissement.

L'ébauche de distribution en U pour une même activité que nous avons remarquée pour les activités : manger, se laver, s'habiller, sortir de son lit, se confirme au fur et à mesure que l'on s'intéresse à des activités plus difficiles, qui demandent un appareil locomoteur fonctionnel ainsi que des capacités intellectuelles suffisantes, la proportion de personnes n'effectuant pas cette activité ou ayant besoin d'une prise en charge augmente.

Cette prise en charge est nécessaire pour 3.3% des pensionnaires pour manger, 25.6% pour s'habiller (soit plus du quart des pensionnaires), 33.3% pour se laver (soit le tiers).

24.5% ne sortent pas de leur chambre ou ont besoin d'une aide permanente pour le faire.

53.3% pour sortir du bâtiment (dont 41.1% qui ne le font jamais)

64.5% pour sortir de l'établissement (dont 55.6%, plus de la moitié, ne le font jamais).

On remarque que l'activité la plus difficile, sortir du bâtiment, que nous avons assimilée, pour les personnes du club, à sortir de chez soi, a une distribution, pour les gens du club qui se rapproche par sa forme à la forme de distribution, pour l'institution, de l'activité la plus facile.

Cet indice incite, là encore, à penser qu'il existe un mode commun de vieillissement et que nos deux échantillons, bien que très éloignés sur le plan de l'âge et des handicaps, ont une sorte de profil commun.

L'éloignement des deux échantillons se mesure, assez bien, sur ces activités : alors que les difficultés n'apparaissent qu'au niveau de sortir de chez soi pour les gens du club, la difficulté principale se situe au delà de sortir de sa chambre pour les gens de l'institution, comme l'indique la chute brutale des proportions de

personnes sortant de leur chambre seules et sans difficulté (46.7%) aux personnes sortant seules et sans difficulté du bâtiment (18.9%) à fortiori de l'établissement (10%).

2) Rôle de l'institution

Il peut être apprécié par la proportion de personnes n'effectuant pas une activité par rapport à ceux qui ne l'effectuent que moyennant une prise en charge totale ou une aide permanente. On ne trouve jamais de personnes qui ne soient jamais lavées ou habillées. Seulement 2.2% ne sortent jamais de leur lit contre 28.9% qui nécessitent une prise en charge pour cette activité (soit près d'un tiers).

La proportion de personnes qui ne sortent jamais de leur chambre est par contre relativement élevée (8.9%). Mais nous avons classé dans cette catégorie des personnes pouvant sortir de leur chambre et qui ne le font jamais ou exceptionnellement pour des raisons d'ordre psychologique. 22.9% nécessitent une prise en charge pour cette activité.

Par contre, les proportions augmentent très rapidement pour les personnes qui ne sortent jamais du bâtiment ou de l'établissement (41.1% et 55.6%). Il faut voir là les limites d'action géographique du personnel soignant.

Cependant, la proportion de prise en charge reste élevée (28.9% et 27.8%).

3) Les séjours habituels

Nous avons cherché à savoir quels étaient les séjours les plus courants entre le lit, le fauteuil, la chambre ce qui permet d'affiner l'appréciation de l'univers spatial entre sortir de son lit et sortir de sa chambre.

L'unité de temps adoptée est de plus de la moitié de la journée, dans son lit, dans un fauteuil, dans sa chambre assimilée à "chez soi" pour les personnes du club avec :

- cinq niveaux : 1) ne passe jamais plus de la moitié de la journée
 2) passe très rarement la moitié de la journée
 3) passe occasionnellement plus de la moitié de la journée
 4) passe souvent plus de la moitié de la journée
 5) passe toujours plus de la moitié de la journée

TABLEAU 32 : distribution des personnes pour "passe plus de la moitié de la journée au lit" en nombre et en pourcentage du total de chaque échantillon.

	1	2	3	4	5	Total
Institution	76 84.4%	6 6.6%	1 1.1%	3 3.3%	4 4.4%	
Club	62 98.4%	- -	1 1.6%	-	-	

TABLEAU 33 : distribution des personnes pour "passe plus de la moitié de la journée au fauteuil" en nombre et en pourcentage du total de chaque échantillon.

	1	2	3	4	5	Total
Institution	1 1.1%	4 4.4%	4 4.4%	41 45.6%	40 44.4%	
Club	6 9.5%	9 14.3%	29 46%	19 30.2%	-	

TABLEAU 34 : distribution des personnes pour " passe plus de la moitié de la journée dans sa chambre" ("chez soi" pour le club) en nombre et en pourcentage du total de chaque échantillon.

	1	2	3	4	5	Total
Institution	10 11.1%	10 11.1%	17 18.9%	28 31.1%	25 27.8%	
Club	2 3.2%	26 41.3%	34 54%	- -	1 1.6%	

La vie quotidienne des pensionnaires ne se passe que très rarement au lit. 84.4% ne passent jamais plus de la moitié de la journée et 4.4% passent toujours plus de la moitié de la journée au lit seulement (entre autres pour des raisons médicales qui incitent à lever les malades, à les mettre au fauteuil). La prédilection pour le fauteuil est plus marquée pour l'institution (90% passent souvent ou toujours plus de la moitié de la journée au fauteuil) que pour le club (76.2% passent occasionnellement ou souvent plus de la moitié de la journée au fauteuil). Le fauteuil n'est pas non plus une limite géographique puisque pour les personnes de cet échantillon club, il peut se situer dans n'importe quelle pièce de leur maison ou ailleurs, par exemple dans les locaux du club du troisième âge ou dans un fauteuil de jardin public comme c'est l'habitude pour une des personnes

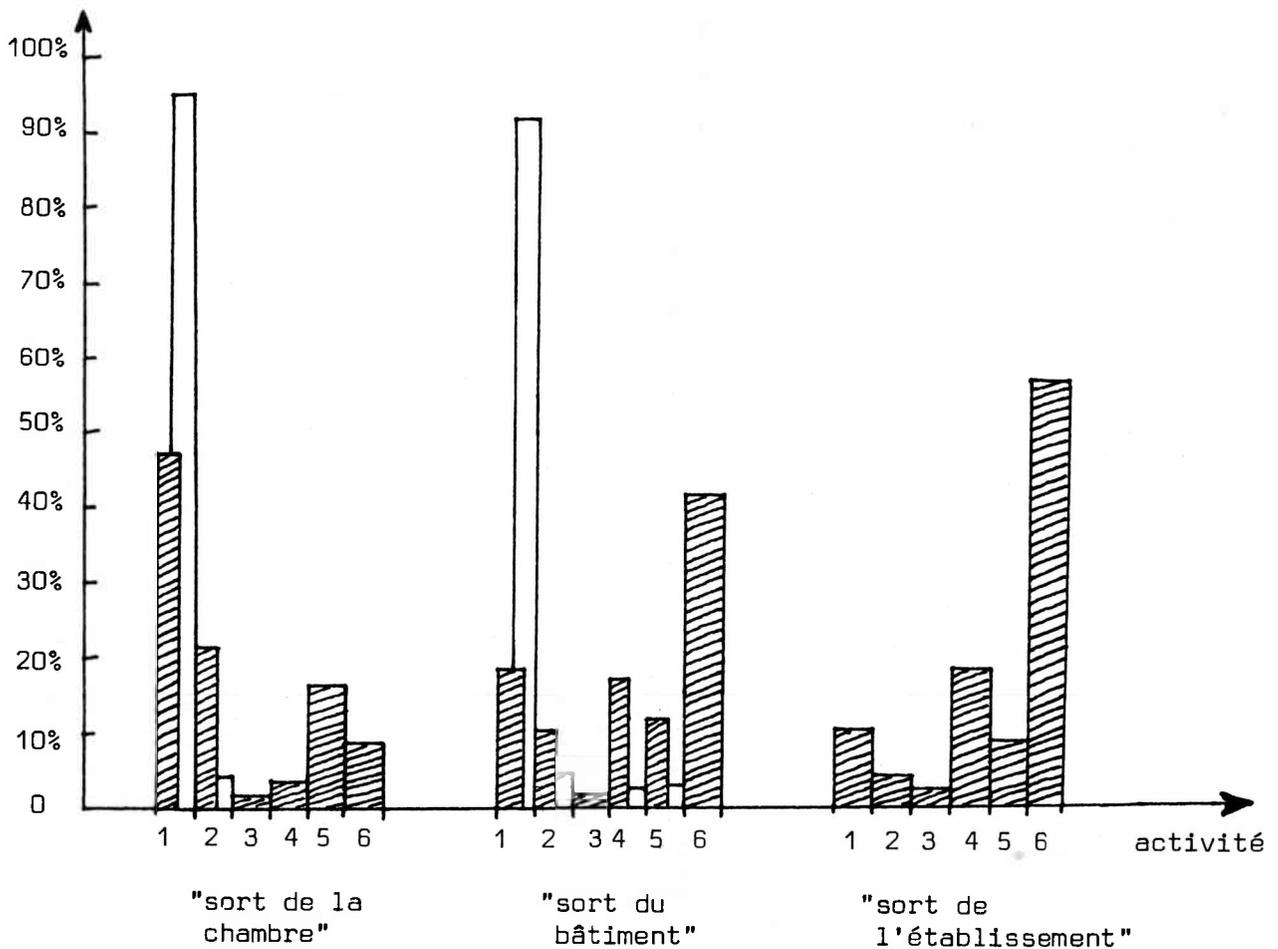
On retrouve ce décalage encore plus marqué vis-à-vis de la chambre (chez soi pour le club) 58.9% des pensionnaires passent souvent ou toujours plus de la moitié de la journée dans leur chambre alors que 95.3% des personnes du club ne passent que rarement ou occasionnellement plus de la moitié de la journée chez eux. Ce chiffre peut paraître élevé, il n'en n'est pas pour le moins inacceptable car entre les courses le matin volontiers prolongées par du bavardage ou rendues plus longues par des difficultés de marche, et une sortie l'après-midi, le temps passé chez soi s'avère très court.

Il ressort de cette comparaison que le lit est un lieu géométrique peu pratiqué, corroboré par l'activité "sortir de son lit". Le fauteuil et la chambre étant des pôles de fréquentation plus ou moins puissants suivant l'autonomie des personnes.

Graphique 3 : distribution des personnes en pourcentage pour les activités "sort de la chambre", "sort du bâtiment", "sort de l'établissement" selon que cette activité est effectuée seule sans difficulté (1), seul avec difficulté (2), avec une aide occasionnelle (3), avec une aide permanente (4), avec une prise en charge totale (5) ou n'est pas faite (6) pour l'institution et le club.

■ échantillon institution
□ échantillon club

pourcentage



C H A P I T R E C

C. LES HANDICAPS

I. LES HANDICAPS LOCOMOTEURS

- 1) Les difficultés à la marche
- 2) Utilisations de cannes, de déambulateurs ou de fauteuils roulants
- 3) Rapport entre la difficulté de marche et l'utilisation d'une aide matérielle
 - a) les difficultés à la marche et l'utilisation d'une canne
 - b) les difficultés à la marche et l'utilisation de 2 cannes ou de cannes anglaises ou de déambulateurs
 - c) les difficultés à la marche et l'utilisation d'un fauteuil roulant.

II. LES HANDICAPS GESTUELS

- 1) Les gestes et leur réalisation
- 2) Les résultats
 - a) pour l'institution
 - b) pour le club

III. LES HANDICAPS SENSORIELS

- 1) Troubles de la vision et port de lunettes
- 2) Troubles de l'audition

IV. LES HANDICAPS RELATIONNELS

- 1) Les troubles de la mémoire
- 2) Les troubles de l'élocution
- 3) Relation entre troubles de l'élocution et troubles de la mémoire
- 4) Les troubles du comportement
- 5) Les troubles de la compréhension

V. LES AUTRES HANDICAPS

1) L'incontinence

- a) son importance
- b) relation avec les troubles de la mémoire, de compréhension, de comportement et d'expression

2) Les troubles de la mastication

- a) leur distribution
- b) l'utilisation de prothèse dentaire

Les déficits fonctionnels sous-tendent les activités qui ont été vues dans le précédent chapitre et ils définissent les possibilités objectives mieux que ne le fait l'étude des activités, soumises au contexte psychosocial.

Cependant, ils n'en rendent pas totalement compte, les activités pouvant varier d'une personne à l'autre pour un même déficit fonctionnel.

A l'inverse, les activités ne sont pas sans influence sur les déficits fonctionnels qu'elles soient néfastes ou bénéfiques.

La description des handicaps, tels qu'ils seront définis, permet d'apprécier de façon globale les déficits fonctionnels.

I. LES HANDICAPS LOCOMOTEURS

1) Les difficultés à la marche

L'appréciation se fait à cinq niveaux que nous numérotions de 1 à 5 dans les tableaux :

- 1) pas de difficulté de marche
- 2) difficulté de marche légère, telle qu'elle n'empêche pas la personne d'aller où elle veut
- 3) difficulté à la marche grave au point d'empêcher la personne d'aller où elle veut, en particulier, pour l'institution, au point de l'empêcher de sortir seul de l'établissement.
- 4) difficulté très grave, qui nécessite l'aide d'une personne
- 5) la marche est impossible.

Cette appréciation s'est faite dans les meilleures conditions,

c'est-à-dire que si la personne avait besoin d'une canne pour marcher, elle est classée au niveau qu'elle peut atteindre avec une canne et non pas au niveau qu'elle aurait sans canne.

TABLEAU 35 : distribution des personnes selon les difficultés de marche en nombre et pourcentage de la population totale pour chaque échantillon.

	1	2	3	4	5	Total
Institution	7 7.8%	27 30%	29 32.2%	9 10%	18 20%	90 100%
Club	35 55.6%	26 41.3%	2 3.2%	-	-	63 100%
Echantillon national	44.5%	25.3%	13.8%	8.1%	8.3%	100%

37.8% de pensionnaires n'ont pas ou peu de difficulté à la marche. Un peu moins ont des difficultés telles qu'ils ne peuvent aller où ils veulent.

32.2% et 30% ne peuvent marcher qu'avec l'aide d'une autre personne ou ne peuvent pas. Au niveau de l'échantillon national, la validité des pensionnaires, sur ce plan, est très supérieure.

Il est à noter que 20% des pensionnaires de l'institution ne sortent pas de leur lit sans une prise en charge totale.

2) Utilisation de cannes, de déambulateur ou de fauteuil roulant

utilise une canne

TABLEAU 36 : distribution des personnes selon la fréquence d'utilisation d'une canne en nombre et pourcentage de la population totale pour chaque échantillon.

	Jamais	Occasion- nellement	Toujours	Total	Nbre et % d'uti- lisateurs perman- ents parmi les utilisateurs
Institution	50 55.6%	10 11.1%	30 33.3%	90 100%	30 75%
Club	56 88.9%	2 3.2%	5 7.9%	63 100%	5 71.4%

Utilise deux cannes ou des cannes anglaises ou un déambulateur

TABLEAU 37 : distribution des personnes selon la fréquence d'utilisation de cannes anglaises, de déambulateur ou de deux cannes en nombre et en pourcentage de la population totale pour chaque échantillon.

	Jamais	Occasion- nellement	Toujours	Total	Nbre et % d'uti- lisateurs perman- ents parmi les utilisateurs
Institution	80 88.9%	7 7.8%	3 3.3%	90 100%	3 30%
Club	63 100%	-	-	63 100%	-

utilise un fauteuil roulant

TABLEAU 38 : distribution des personnes selon la fréquence d'utilisation d'un fauteuil roulant en nombre et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon

	Jamais	Occasion- nellement	Toujours	Total	Nbre et % d'uti- lisateurs perman- ents parmi les utilisateurs
Institution	77 85.5%	6 6.7%	7 7.8%	90 100%	7 53.8%
Club	63 100%	-	-	63 63%	-

Le pourcentage d'utilisateurs permanents de fauteuil roulant est de 53.8% pour l'institution.

Les utilisateurs occasionnels ne l'utilisent donc qu'une fois sur deux environ et dans le cas précis de notre échantillon pour des distances plus longues.

L'aide à la marche utilisée le plus souvent est la canne. Un tiers des pensionnaires l'utilisent de façon constante et ils représentent les trois quarts des utilisateurs. La canne semble être une aide moins indispensable pour les gens du club, en dehors du fait que 11.1% seulement l'utilisent. Il n'y a que 71.4% d'utilisateurs permanents parmi les utilisateurs ; moins que pour l'institution (75%)

L'utilisation de deux cannes, de cannes anglaises, ou de déambulateurs (11% d'utilisateurs constants ou occasionnels) est moins fréquente que l'utilisation d'un fauteuil roulant (14.5%) et surtout elle est beaucoup plus souvent occasionnelle. Seulement 30% des utilisateurs le sont de façon permanente. Elle vient en relais de l'utilisation d'une canne qui s'avère parfois insuffisante.

3) Rapport entre la difficulté de marche et l'utilisation d'une aide matérielle :

Il peut être apprécié par la distribution des personnes en fonction de leur difficulté à la marche et de l'utilisation de chacune des aides.

a) les difficultés à la marche et l'utilisation d'une canne

TABLEAU 39 : distribution croisée des personnes selon les difficultés de marche et l'utilisation d'une canne en nombre et en pourcentage de la population totale de l'échantillon Inst.

Utilise une canne	Jamais	Occasion- nellement	Toujours	Total
Difficulté marche				
n'ont pas de difficulté	6 (6.7%) 12% 85.7%	1 (1.1%) 10% 14.3%	-	7 (7.8%) 100%
difficultés légères	10 (11.1%) 20% 37%	6 (6.7%) 60% 22.2%	11 (12.2%) 36.7% 40.7%	27 (30%) 100%
difficultés graves	11 (12.2%) 22% 37.9%	2 (2.2%) 20% 6.9%	16 (17.8%) 53.3% 55.2%	29 (32.2%) 100%
difficultés très graves	5 (5.6%) 10% 55.6%	1 (1.1%) 10% 11.1%	3 (3.3%) 10% 33.3%	9 (10%) 100%
marche impossible	18 (20%) 36% 100%	-	-	18 (20%) 100%
Total	50 55.6%	10 11.1%	30 33.3%	90 100%

La proportion des gens utilisant occasionnellement une canne augmente avec les difficultés de marche, jusqu'à des difficultés légères (de 10% à 60%) puis diminue (10%).

Le profil de la distribution est le même pour les pensionnaires utilisant toujours une canne mais il est décalé. Le pourcentage d'utili-

sateurs augmente jusqu'aux difficultés graves (36.7% puis 53.3%) et diminue ensuite (10%).

Ceci suggère que lorsque les difficultés à la marche augmentent, on passe d'une utilisation occasionnelle à une utilisation continue et que dépassé un certain seuil de difficulté, la canne n'est plus une aide suffisante.

b) les difficultés à la marche et l'utilisation de deux cannes ou de cannes anglaises ou de déambulateur :

TABLEAU 40 : distribution croisée des personnes selon les difficultés à la marche et l'utilisation de deux cannes, de cannes anglaises ou de déambulateurs, en nombre et en pourcentage de la population totale de l'institution.

Cannes et déambulateurs	Jamais	Occasionnellement	Toujours	Total
difficultés de marche				
Pas de difficultés	100% 7(7.8%) 8.8%	-	-	7(7.8%) 100%
difficultés légères	92.6% 25(27.8%) 31.3%	3.7% 1(1.1%) 14.3%	3.7% 1(1.1%) 33.3%	28(31.1%) 100%
difficultés graves	79.3% 23(25.6%) 28.8%	13.8% 4(4.4%) 57.1%	6.9% 2(2.2%) 66.7%	29(32.2%) 100%
difficultés très graves	77.8% 7(7.8%) 8.8%	22.2% 2(2.2%) 28.6%	-	9(10%) 100%
marche impossible	100% 18(20%) 22.5%	-	-	18(20%) 100%
Total	30 100%	7 100%	3 100%	40 100%

On note le même phénomène que précédemment. Ces aides sont utilisées occasionnellement, plus souvent que la canne et à partir de difficultés graves à la marche (3 personnes, soit 30% des utilisateurs occasionnels ont des difficultés graves ou très graves de marche et utilisent une canne occasionnellement pour 6 personnes, soit 85.7% des utilisateurs occasionnels qui ont des difficultés graves ou très graves de marche et qui utilisent cannes et déambulateurs occasionnellement).

Ceci indique probablement une efficacité plus grande bien que se prêtant peu à un usage constant : peu de personnes (3) l'utilisent toujours.

c) difficultés à la marche et l'utilisation d'un fauteuil roulant

TABLEAU 41 : distribution croisée des personnes selon les difficultés à la marche et l'utilisation d'un fauteuil roulant en nombre et pourcentage de la population totale pour l'institution.

Fauteuil roulant	Jamais	Occasion- nellement	Toujours	Total
Difficulté marche				
Pas de difficultés	7 (7.8%) 9.1%	-	-	7 (7.8%) 100%
difficultés légères	27 (30%) 35.1%	-	-	27 (30%) 100%
difficultés graves	27 (30%) 35.1%	2 (2.2%) 33.3%	-	29 (32.2%) 100%
difficultés très graves	6 (6.7%) 7.8%	2 (2.2%) 33.3%	1 (1.1%) 14.3%	9 (10%) 100%
Marche impossible	10 (11.1%) 13%	2 (2.2%) 33.3%	6 (6.7%) 85.7%	18 (20%) 100%
Total	77 (85.6%) 100%	6 (6.7%) 100%	7 (7.8%) 100%	90 100%

Le fauteuil roulant n'est effectivement utilisé que quand les difficultés à la marche deviennent graves, et même très graves, pour une utilisation constante, avec 85.7% d'utilisateurs pour lesquels la marche est impossible.

II. LES HANDICAPS GESTUELS

1) Les gestes et leur réalisation

Ils sont les indicateurs globaux des aptitudes fonctionnelles des individus. On a cherché à savoir si les personnes avaient des difficultés pour :

- . porter un verre plein d'eau
- . ouvrir un robinet ou une porte
- . monter ou descendre les escaliers
- . porter des objets lourds

avec chaque fois une gradation en cinq niveaux : aucune, légère, graves difficultés et ne peut pas le faire.

On s'intéresse donc à la possibilité de réaliser un mouvement complexe en mettant l'accent sur les mouvements fins pour porter un verre plein d'eau et sur la coordination et les aptitudes musculaires minimales pour ouvrir un robinet ou une porte.

Il faut remarquer que, dans l'institution, toutes les portes sont munies de poignée à bec, comme les commandes de la robinetterie, ce qui facilite d'autant le mouvement, la force de préhension étant moins sollicitée et surtout la faculté d'entraîner une rotation n'est pas testée alors que c'était l'objet de cette évaluation pour l'échantillon national. Sur ce plan, l'institution n'est pas comparable et il est remarquable que par une adaptation de l'environnement, on arrive à diminuer, voire supprimer, un facteur de perte d'autonomie.

Les personnes du club, placées dans d'autres situations qui sont semblables à celles de l'échantillon national ont des performances théoriquement comparables.

Pour "porter un verre d'eau" les difficultés légères correspondent à une impossibilité d'amener le verre plein à la bouche, les difficultés graves correspondent à la possibilité de saisir et de porter le verre mais sans pouvoir le porter à la bouche.

Pour ouvrir une porte ou un robinet la difficulté légère correspond à la difficulté pour faire manoeuvrer l'objet, la difficulté grave correspond à la difficulté de saisir l'objet, et à fortiori de le manoeuvrer.

La difficulté à monter ou à descendre un escalier recouvre des fonctions très diverses. L'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire, des troubles neurologiques, des troubles de l'équilibre, un défaut de vision, entre autres peuvent perturber cette aptitude.

La qualité des membres supérieurs intervient aussi, soit dans l'usage d'une canne, soit dans l'utilisation de la rampe.

Les escaliers de l'établissement ont des marches d'une hauteur plus faible que la hauteur standard, ce qui devrait faciliter leur usage.

Pour monter ou descendre l'escalier, la difficulté légère correspond à la nécessité de s'arrêter après un étage, la difficulté grave correspond à la nécessité de s'arrêter entre deux étages.

Porter un objet lourd est encore beaucoup plus difficile à réaliser que la montée d'un escalier ou la marche. Cela nécessite une bonne aptitude locomotrice avec une réserve de puissance musculaire d'autant que le seuil a été porté assez haut puisqu'il est de 5 Kg. Nous aurions pu fixer un poids moins lourd, plus à la portée des personnes de l'institution mais ce critère perdait alors une sélectivité qui était intéressante pour les personnes du club.

Les difficultés légères commencent avec la possibilité de porter un objet lourd mais l'impossibilité de se déplacer avec.

Les difficultés graves correspondent à l'impossibilité de porter un objet lourd.

Ne peut pas le faire correspond à l'impossibilité de porter un objet plus lourd qu'un verre, une assiette, un livre de petit format (10 x 18), un bol plein.

2) Les résultats

a) Pour l'institution

TABLEAU 42 : distribution des personnes selon la difficulté des handicaps gestuels en nombre et en pourcentage de la totalité de l'échantillon.

	Aucune diffic.	Légère diffic.	Grave diffic.	Ne peut le faire	Total
Porter un verre plein d'eau	71 78.9%	11 12.2%	1 1.1%	7 7.8%	90 100%
ouvrir un robi- net ou porte	52 57.8%	21 23.3%	4 4.4%	13 14.4%	90 100%
monter ou des- cendre escal.	5 5.6%	24 26.7%	18 20%	43 47.8%	90 100%
porter des objets lourds	3 3.3%	7 7.8%	21 23.3%	59 65.6%	90 100%

b) pour le club

TABLEAU 43 : distribution des personnes selon la difficulté des handicaps gestuels en nombre et pourcentage de la totalité de l'échantillon.

	Aucune diffic.	Légère diffic.	Grave diffic.	Ne peut pas le faire	Total
Porter un verre plein d'eau	61 96.8%	1 1.6%	1 1.6%	-	63 100%
ouvrir un robinet ou porte	59 93.7%	4 6.4%	-	-	63 100%
monter ou descendre escal.	31 49.2%	27 42.9%	5 7.9%	-	63 100%
porter des objets lourds	30 47.6%	19 30.2%	7 11.1%	7 11.1%	63 100%

On trouve une distribution semblable quoique beaucoup plus douteuse pour les personnes du club où les variations portent sur de petits nombres mais qui reste intéressante car elle suit celle de l'institution.

Porter un verre plein d'eau apparait être le geste le plus couramment effectué sans difficulté ou avec des difficultés légères puis vient ensuite la possibilité d'ouvrir un robinet ou une porte.

Cette hiérarchie est inverse de celle qui a été trouvée dans l'échantillon national où ouvrir une porte ou un robinet apparaissait comme l'activité la plus pratiquée sans difficulté et ceci assez paradoxalement dans le cas de l'institution où la robinetterie et les poignées de porte sembleraient d'un usage plus facile.

Il n'existe pas ou très peu de tremblements (sénile, éthyle) dans la pathologie de notre échantillon institution, alors

qu'elle semble plus fréquente au sein de l'échantillon national, pathologie propre à perturber le mouvement nécessaire pour porter un verre plein d'eau.

III. LES HANDICAPS SENSORIELS

1) Trouble de la vision et port de lunettes

Ils sont appréciés par la présence d'une difficulté ou non, et dans le cas d'une difficulté, elle est soit légère, la personne est gênée pour lire, soit grave et dans ce cas la lecture est impossible mais la personne peut se diriger seule. Très grave, elle ne permet qu'une vision des formes.

Les difficultés de vision ont été appréciées dans des conditions optima, avec port de lunettes si besoin.

TABLEAU 44 : distribution des personnes selon les difficultés de vision pour l'institution et pour le club en nombre et en pourcentage de la totalité de chaque échantillon.

	Pas de diffic.	Légère diffic.	Grave diffic.	Très grave diffic.	Total
Institution	16 17.8%	56 62.2%	11 12.2%	7 7.8%	90 100%
Club	45 71.4%	15 23.8%	2 3.2%	1 1.6%	63 100%

TABLEAU 45 : distribution des personnes selon la fréquence d'utilisation de lunettes pour l'institution et le club en nombre et en pourcentage de la totalité de chaque échantillon.

	Jamais	Occasionnellement	Toujours	Total	Nombre et % d'utilisateurs permanents parmi les utilisateurs
Institution	34 37.8%	33 36.7%	23 25.6%	90 100%	23 41.1%
Club	3 4.8%	35 55.6%	25 39.7%	63 100%	25 41.7%

Beaucoup plus de personnes ont des difficultés au sein de l'institution qu'au sein du club. Il y a aussi beaucoup plus de personnes qui ne portent pas de lunettes que de personnes qui n'ont pas de difficultés de vision (respectivement 17.8% et 37.8%) ce qui indique les limites de l'amélioration due aux lunettes.

2) Troubles de l'audition

Apprécies par la présence ou non d'un trouble et dans ce dernier cas sont distinguées les difficultés légères qui obligent l'interlocuteur à élever la voix ou à répéter ; les difficultés graves qui obligent l'interlocuteur à parler très fort et près de l'oreille.

Ni pour l'institution ni pour le club il n'existe de port d'appareil d'amplification. Il n'existe pas non plus de surdité totale.

TABLEAU 46 : distribution des personnes selon les difficultés d'audition pour l'institution et pour le club en nombre et en pourcentage de la totalité de chaque échantillon.

	Pas de diffic.	Légères diffic.	Graves diffic.	Total
Institution	42 46.7%	41 45.6%	7 7.8%	90 100%
Club	46 73%	17 27%	-	63 100%

Il semble que pour le club comme pour l'institution les troubles de l'audition soient beaucoup moins fréquents et beaucoup plus souvent moins graves que les troubles de vision.

IV. LES HANDICAPS RELATIONNELS

Ont été classées dans ce chapitre les difficultés qui perturbent les relations avec le monde extérieur.

Il s'agit des troubles de la mémoire, de l'élocution, de compréhension et dans une moindre mesure, de comportement.

1) Les troubles de la mémoire

Nous avons adopté une gradation plus pragmatique que pathologique afin de rester à un niveau très global et pratique.

Les troubles légers correspondent à des troubles de la mémoire immédiate qui gênent la personne, ou à des troubles modérés sur les faits anciens (par exemple : se rappelle bien s'être marié à tel âge sans se rappeler la date exacte).

Les troubles graves correspondent à une altération importante des souvenirs anciens avec altération de la mémoire immédiate et des faits récents.

Les troubles très graves correspondent à la désorientation tempéro-spatiale complète.

TABLEAU 47 : distribution des personnes selon les troubles de la mémoire pour l'institution, le club et l'échantillon national en nombre et en pourcentage de la population totale.

	Aucun trouble	Légers troubles	Graves troubles	Très graves troubles	Total
Institution	23 25.6%	31 34.4%	28 31.1%	8 8.9%	90 100%
Club	39 61.9%	22 34.9%	2 3.2%	-	90 100%
Echantillon national	55.6%	23.8%	14.3%	6.3%	100%

Les troubles de la mémoire sont loin d'être rares dans l'échantillon club.(34.9%) des personnes souffrent de problèmes de mémoire immédiate et deux personnes souffrent de troubles graves.

Cependant, c'est toujours au niveau de l'institution que l'on trouve la plus grande part de personnes ayant un trouble de la mémoire. Un quart seulement des personnes n'ont pas (ou de très discrets) troubles de la mémoire contre 61.9% au niveau du club et 55.6% au niveau de l'échantillon national.

Par contre il n'existe pas ou très peu de troubles graves ou très graves au niveau du club ce qui incite à penser qu'au delà d'un certain seuil de troubles, une vie très autonome n'est guère possible.

2) Les troubles de l'élocution

Ils ont été classés en 5 catégories :

- . aucun trouble
- . légers troubles n'empêchant pas la personne de se faire bien comprendre
- . expression pauvre par mots isolés ou courte phrase est notée trouble grave dans le tableau
- . à peine compréhensible
- . ne peut se faire comprendre.

Les troubles légers correspondent à des difficultés locales d'origine dentaire ou de prothèse dentaire mal tolérée, exceptionnellement à un polype des cordes vocales (1 personne) ou à des difficultés respiratoires (insuffisance respiratoire) mais aussi à des problèmes neurologiques isolés ou associés.

Les autres troubles ont une origine neurologique, soit séquelles d'accidents vasculaires cérébraux soit "insuffisance circulatoire cérébrale" ou encore dérérioration mentale. La liaison à la pathologie est dans ce cas assez univoque.

TABLEAU 48 : distribution des personnes selon les troubles de l'élocution pour l'institution et le club en nombre et en pourcentage de la population totale.

	Aucun trouble	Trouble léger	Trouble grave	A peine compréhensible	Ne peut se faire comprendre	Total
Institution	50 55.6%	21 23.3%	5 5.6%	9 10%	5 5.6%	
Club	61 96.8%	2 3.2%	-	-	-	

3) Relation entre trouble de l'élocution et trouble de la mémoire

Il paraît utile de comparer l'un à l'autre le substratum neuro-vasculaire pouvant être important de part et d'autre dans la genèse des troubles.

TABLEAU 49 : distribution croisée de personnes selon les troubles de la mémoire et de l'élocution en nombre et en pourcentage de la population totale de l'échantillon institution.

TABLEAU 49

Trouble de l'élocution	Aucun trouble	Troubles légers	Troubles graves	A peine compréhensible	ne peut se faire comprendre	Total
Aucun	78.3% 18 (20%) 36%	17.4% 4 (4.4%) 19%	-	4.3% 1 (1.1%) 11.1%	-	100% 23 (25.6%)
Léger	58.1% 18 (20%) 36%	25.8% 8 (8.9%) 38.1%	-	12.9% 4 (4.4%) 44.4%	3.2% 1 (1.1%) 20%	100% 31 (34.4%)
Grave	46.4% 13 (14.4%) 26%	32.1% 9 (10%) 42.9%	10.7% 3 (3.3%) 60%	7.1% 2 (2.2%) 22.2%	3.6% 1 (1.1%) 20%	100% 28 (31.1%)
Très grave	12.5% 1 (1.1%) 2%	-	25% 2 (2.2%) 40%	25% 2 (2.2%) 22.2%	37.5% 3 (3.3%) 60%	100% 8 (8.9%)
Total	100% 50 (55.6%)	100% 21 (23.3%)	100% 5 (5.6%)	100% 9 (10%)	100% 5 (5.6%)	

La liaison des deux troubles paraît forte et homogène puisque 78.3% des personnes n'ayant aucun trouble de la mémoire n'ont aucun trouble de l'élocution et 80% des personnes ne pouvant se faire comprendre ont des troubles graves ou très graves de la mémoire. Ces constatations portent sur 22 personnes et elles vont dans le sens de ce qui avait déjà été remarqué à propos de l'échantillon national.

47.7% des pensionnaires ont des troubles de la mémoire plus importants que des troubles de l'élocution, l'inverse n'est vrai que pour 14.3% des pensionnaires.

4) Les troubles du comportement

TABLEAU 50 : distribution des personnes selon les difficultés de comportement au sein de l'institution

	Aucune diffic.	Légère diffic.	Grave diffic.	Très grave diffic.	Total
Institution	51 56.7%	37 41.1%	1 1.1%	1 1.1%	90 100%

Très difficile à apprécier simplement, il se trouve qu'à deux exceptions près, les pensionnaires ont été classés comme ayant ou n'ayant pas de troubles du comportement.

Les troubles du comportement sont principalement du type dépressif (tendance ou dépression réelle, fréquente chez le vieillard) ou agressif se traduisant par des difficultés de cohabitation entre pensionnaires ou vis-à-vis du personnel soignant.

Les relations avec les troubles de la mémoire restent intéressantes à établir.

TABLEAU 51 : distribution croisée des personnes selon les troubles de la mémoire et les troubles du comportement au sein de l'institution.

Trouble de la mémoire	Aucun	Léger	Grave	Très grave	Total
Aucun trouble du comportement	39.2% 20 (22.2%) 87%	37.3% 19 (21.1%) 61.3%	23.5% 12 (13.3%) 42.9%	-	100% 51 (61.1%)
Trouble du comportement	8.1% 3 (3.3%) 13%	29.7% 11 (12.2%) 35.5%	43.2% 16 (17.8%) 57%	18.9% 7 (7.8%) 87.5%	88.8% 37 (41.1%)
Total	100% 23 (25.6%)	96.8% 30 (33.3%)	100% 28 (31.1%)	87.5% 7 (7.8%)	97.7% 88

87% des personnes n'ayant aucun trouble de la mémoire n'ont aussi aucun trouble du comportement alors que 60% des personnes ayant un trouble du comportement ont aussi un trouble grave ou très grave de la mémoire.

22.2% des pensionnaires ne souffrent ni de l'un ni de l'autre trouble, 34.4% en souffrent au même degré.

5) Les troubles de compréhension

Ils sont répartis en quatre niveaux suivant qu'ils n'existent pas, qu'ils sont légers, graves ou très graves.

TABLEAU 52 : répartition des personnes selon les troubles de compréhension pour l'institution en nombre et en pourcentage de la population totale

	Aucun	Léger	Grave	Très grave	Total
Institution	68 75.6%	14 15.6%	6 6.7%	2 2.2%	90 100%

Un quart des pensionnaires présentent des difficultés de compréhension. Ils sont plus de 1.3 (36%) au sein de l'échantillon national.

Il était intéressant de vérifier qu'ils n'étaient pas trop liés aux difficultés d'audition, d'une part, pour vérifier qu'il n'y ait pas de confusion possible, et d'autre part, au comportement pour évaluer ses rapports dans le sens le plus large de la compréhension.

TABLEAU 53 : distribution croisée des personnes selon les troubles d'audition et de compréhension en nombre et en pourcentage de la population totale de l'institution.

Trouble d'audition Trouble de compréhension	Aucun	Léger	Grave	Total
	45.6%	48.5%	5.9%	100%
Aucun	31(34.4%) 73.8%	33(36.7%) 80.5%	4(4.4%) 57.1%	68(75.6%)
Léger	7(7.8%) 16.7%	6(6.7%) 14.6%	1(1.1%) 14.3%	14(15.6%)
Grave	2(2.2%) 4.8%	2(2.2%) 4.9%	2(2.2%) 28.6%	6(6.7%)
Très grave	2(2.2%) 4.8%	-	-	2(2.2%)
	100%	100%	100%	100%
Total	42(46.7%)	41(45.6%)	7(7.8%)	90

On ne trouve pas de personne qui ayant un trouble très grave de compréhension ait aussi un trouble de l'audition et 70.4% des personnes ayant des troubles graves d'audition n'ont pas de trouble ou de légers troubles de compréhension. Plus de 1/3 (34.4%) n'ont de troubles ni d'audition ni de compréhension.

Il semble donc que ces deux troubles sont assez peu liés ce qui signifie aussi qu'il n'y a pas eu de confusion entre une surdité mal diagnostiquée et un trouble de la compréhension.

TABLEAU 54 : distribution croisée des personnes selon les troubles de compréhension et de comportement en nombre et en pourcentage de la totalité de l'échantillon institution.

Trouble de compréhension					
Trouble du comportement	Aucun	Léger	Graves	Très graves	Total
	92.2%	7.8%			100%
Aucun	47 (52.2%) 69.1%	4 (4.4%) 28.6%	-	-	51 (56.7%)
	54.1%	27%	16.2%	2.7%	100%
Léger	20 (22.2%) 29.4%	10 (11.1%) 71.4%	6 (6.7%) 100%	1 (1.1%) 50%	37 (41.1%)
	98.5%	100%	100%	50%	
Total	67 (74.5%)	14 (15.6%)	6 (6.7%)	1 (1.1%)	88 (97.8%)

(Nous n'avons pas reproduit la situation comme précédemment des deux pensionnaires ayant des troubles graves et très graves du comportement, qui dans cette distribution, ont pour l'un des difficultés graves de comportement mais pas de difficultés de compréhension et pour l'autre des difficultés graves de comportement et de compréhension).

92.2% des personnes n'ayant aucun trouble du comportement n'ont aussi aucun trouble de compréhension, l'inverse est vrai pour 69.1% des personnes 52.2% des personnes ne sont atteintes ni de l'un ni de l'autre. Il semble donc que ces troubles soient peu liés avec plus souvent des troubles du comportement que des troubles de compréhension.

La mémoire est impliquée dans les troubles de l'élocution et de la compréhension. C'est intéressant du fait que les troubles de la compréhension et de l'élocution sont des troubles qui peuvent être sous-tendus par une pathologie assez variée alors que les troubles de la mémoire semblent plus souvent dus, dans l'institution, à des troubles neuro-vasculaires.

V. LES AUTRES HANDICAPS

1) L'incontinence

a) son importance :

Ce symptôme a une valeur particulière tant sur le plan social que sur le plan médical et des soins qu'il implique de la part du personnel.

Il n'existe aucune personne de l'échantillon club qui souffre d'incontinence, sauf une incontinence d'urine discrète après adénomectomie prostatique récente. Par contre plus de 1/4 des personnes de l'institution présentent une incontinence, depuis l'incontinence urinaire d'effort jusqu'à l'incontinence ano-urétrale totale.

Il semble donc que ce soit un symptôme particulièrement invalidant qui ne soit que pas ou peu compatible avec une vie pleinement autonome en dehors d'une institution.

TABLEAU 55 : distribution de l'incontinence au sein des personnes de l'institution en nombre et en pourcentage de la population totale de l'échantillon.

61.1% (55 personnes)	: n'ont pas d'incontinence
21.1% (19 personnes)	: ont une incontinence urinaire occasionnelle
2.2% (2 personnes)	: ont une incontinence urinaire totale
6.6% (6 personnes)	: ont une incontinence urinaire totale et une incontinence anale occasionnelle
8.9% (8 personnes)	: ont une incontinence ano-urétrale totale.

b) Relation entre incontinence et troubles de la mémoire, de compréhension et de comportement.

. Incontinence et trouble de la mémoire

TABLEAU 55 BIS : (voir en annexe)

17 personnes, soit 18.5% de la totalité de l'échantillon ne souffrent ni de l'une ni de l'autre.

38 personnes, soit 42.2% n'ont pas de trouble de la continence mais présentent un trouble de la mémoire.

23 personnes, soit 25.5% de la population de l'échantillon et 65.7% des personnes présentant une incontinence, ont des troubles graves ou très graves de la mémoire alors qu'à l'inverse, 10 personnes (11.1% de l'échantillon), soit 28.6% des personnes présentant une incontinence urinaire occasionnelle n'ont pas ou de légers troubles de la mémoire.

. Incontinence et trouble de la compréhension

TABLEAU 56 : (voir en annexe)

49 personnes, soit 54.4% des personnes ne souffrent ni de l'un ni de l'autre. Ces deux symptômes sont donc beaucoup moins liés que les précédents et on ne trouve, et encore qu'en petit nombre, de difficulté grave de compréhension que pour des incontinenances importantes (perte d'urine habituelle plus perte de matière habituelle ou occasionnelle).

9 personnes ayant ces incontinenances, soit 25.7% des personnes incontinenantes, ont des troubles de la compréhension contre 4 personnes (11.4% des incontinenances), au même degré d'incontinence, n'ayant pas de trouble de compréhension.

. Incontinence et trouble du comportement

TABLEAU 57 : (voir en annexe)

38 personnes, soit 42.2% ne souffrent ni de l'un ni de l'autre. Comme pour la relation avec les troubles de la compréhension, il faut que le trouble de l'incontinence soit grave pour que l'association aux troubles du comportement soit plus nette.

9 personnes ayant des incontinenances importantes (incontinence urinaire habituelle plus incontinence pour les matièeres occasionnelles ou habituelles). Soit plus du quart des personnes incontinentes (25.7%) a des troubles du comportement contre 3 personnes (8.6% des personnes incontinentes) au même degré d'incontinence n'ayant pas de trouble du comportement.

. Incontinence et trouble de l'expression

TABLEAU 58 : (voir en annexe)

On assiste au même phénomène qu'à propos de la liaison des troubles de l'incontinence avec les troubles de la compréhension et du comportement.

L'association trouble de mémoire et trouble de l'incontinence est fréquente et d'autant plus fréquente que les troubles de la mémoire sont plus graves.

L'association avec les troubles de l'élocution, de comportement et de compréhension n'est sensible que lorsque ces troubles sont graves, à la réserve près, importante, qu'il s'agit de petits nombres.

2) Les troubles de la mastication

a) leur distribution

Ils ont été classés en trois niveaux :

- . 1 . pas de difficulté
- . 2 . difficulté légère gênant le malade mais n'ayant pas de retentissement sur l'alimentation
- . 3 . difficulté grave nécessitant une présentation particulière de l'alimentation.

TABLEAU 59 : distribution des troubles de mastication pour l'institution et le club en nombre de personnes et en pourcentage pour chaque échantillon.

	1	2	3	Edenté	Total
Institution	28 31.1%	46 51.1%	15 16.7%	1 1.1%	90 100%
Club	41 65.1%	21 33.3%	-	1 1.6%	63 100%

b) L'utilisation de prothèses dentaires

Un classement a été établi suivant qu'elles n'étaient jamais utilisées, occasionnellement ou toujours.

TABLEAU 60 : distribution de l'utilisation d'une prothèse dentaire pour l'institution et pour le club en nombre de personnes et en pourcentage de la population totale pour chaque échantillon.

	Jamais	Occasion- nellement	Toujours	Total
Institution	48 53.3%	2 2.2%	40 44.4%	90 100%
Club	18 28.6%	1 1.6%	44 69.8%	63 100%

Pour les deux échantillons, on remarque que les prothèses sont soit jamais utilisées soit presque toujours utilisées, les utilisateurs occasionnels étant rares, ce qui plaide en faveur du caractère indispensable d'une prothèse dentaire (se rapprochant en cela des taux d'utilisation des fauteuils roulants mais pas de l'utilisation d'une canne).

Remarque : il n'a pas été tenu compte dans ce tableau de la personne édentée qui, par ailleurs, porte toujours sa prothèse dentaire.

Il était intéressant de vérifier leur efficacité en établissant la distribution des troubles de mastication avec l'utilisation d'une prothèse dentaire.

TABLEAU 61 : distribution croisée des personnes selon les troubles de mastication et le port de prothèse dentaire pour l'institution, en nombre et en pourcentage de la population de l'échantillon.

Prothèse dentaire Difficulté de mastication	Jamais	Occasionnel- ment	Toujours	Total
Aucune	11 (12.2%) 39.3%	-	17 (18.9%) 60.7%	100%
Légère	25 (27.8%) 54.3%	1 (1.1%) 2.2%	20 (22.2%) 42.5%	100%
Grave	12 (13.3%) 52.1%	1 (1.1%) 5%	2 (2.2%) 6.7%	100%
Total	48 (53.3%) 100%	2 (2.2%) 5%	39 80%	98.2%

On retrouve ici une distribution qui se rapproche de celle que l'on avait déjà vue pour l'aide d'une canne, avec cependant des différences. Les prothèses dentaires sont très utiles :

- . leur pourcentage d'utilisateurs permanents est important
- . 92.5% des gens qui en portent toujours n'ont que peu de difficultés.

Mais par ailleurs, elles ne sont plus utilisées quand il existe des troubles graves de la mastication.

TABLEAU 62 : distribution croisée des personnes selon les troubles de mastication et le port de prothèse dentaire pour le club en nombre et en pourcentage de la population totale de l'échantillon.

Port de prothèse Difficulté de mastication	Jamais	Occasion- nellement	Toujours
Aucune	13(31.7%) 72.2%	1(2.4%) 100%	27(65.9%) 61.4%
Légère	4(19%) 22.2%	-	17(87%) 38.6%
Grave	1(100%) 1.6%	-	-

La distribution des personnes du club selon ces deux variables confirme ce qui apparaissait sur la distribution simple : les prothèses dentaires sont utiles (aucune difficulté grave pour les personnes qui les utilisent) et donc quasiment toujours utilisées en permanence.

Parmi les personnes qui ne portent jamais de prothèses, il n'y en a que 4 qui ont des difficultés légères de mastication, 1 personne des difficultés graves, et 1 personne ne porte de prothèse qu'occasionnellement ce qui incite à penser que par ailleurs et en règle générale, les prothèses sont bien supportées.

C H A P I T R E D

D. LES ACTIVITES

I. LES ACTIVITES ORGANISEES

II. LES ACTIVITES NON ORGANISEES

III. LES RELATIONS ENTRE LES LOISIRS

. Pour l'institution

a) promenades et courses

b) troubles de la mémoire, les promenades et
les courses

. Pour le club

I. LES ACTIVITES ORGANISEES

Elles consistent, rappelons le, en excursions d'une journée dans les environs de Paris, en visites de musées ou d'expositions, éventuellement, en soirées théâtrales d'une part, d'autre part, en activités manuelles (couture, tricot, vannerie, modelage) en séances de gymnastique et en une matinée dansante chaque mois pour fêter les anniversaires.

Lorsqu'elles sont pratiquées, ces activités le sont fréquemment (au moins une fois par semaine) par la quasi totalité des personnes du club (92.1%) alors que seulement trois personnes de l'institution (3.3%) approchent cette fréquence.

En fait la majorité des personnes de l'institution ne participe quasiment jamais à ces activités (91.2%) pour des raisons multiples, difficiles à apprécier toutes objectivement. L'âge, le degré plus grand d'invalidité, l'incontinence (qui provoque des réactions de rejets très fortes) sont probablement des facteurs prédominants.

L'architecture et la disposition des corps de bâtiments (plus ouvert et plus proche de la rue, donc de l'extérieur, pour la partie réservée au club) ne favorise probablement pas l'interpénétration des deux groupes. D'autres raisons d'ordre psychologique sont probablement aussi en cause mais difficiles à cerner.

Il n'apparaît pas, cependant, que le comportement psycho-social des gens âgés soit différent des autres groupes seulement peut-être plus accentué ou plus simplifié sur certains points particuliers.

II. LES ACTIVITES NON ORGANISEES

Elles sont répertoriées dans le tableau suivant qui est remarquable car il est complet : en effet, on ne trouve qu'une infime minorité de

de personnes (2 personnes pour le club et autant pour l'institution) qui ont des activités autres que celles étudiées dans le tableau (il s'agit de visites aux malades et d'activité artistique, peinture pour le club, d'aide aux pensionnaires pour l'institution).

Elles sont classées en cinq niveaux suivant leur fréquence de pratique.

TABLEAU 63 : distribution des personnes en nombre et en pourcentage de la totalité de chaque échantillon selon la fréquence des loisirs qu'elles pratiquent pour l'échantillon institution et club.

coudre, tricoter
participer aux
jouer aux cartes
broder, tapisser

	Jamais	Très rarement	Occasionnellement	Souvent	Toujours	Total
	Inst. Club	Inst. Club	Inst. Club	Inst. Club	Inst. Club	Inst. Club
Regarder la télévision	47 (52.2%) 7 (11.1%)	5 (5.6%) 3 (4.8%)	17 (18.9%) 14 (22.2%)	17 (18.9%) 39 (61.9%)	4 (4.4%) -	90 (100%) 63 (100%)
Ecouter la radio	45 (50%) 4 (6.3%)	5 (5.6%) 3 (4.8%)	19 (21.1%) 17 (27%)	20 (22.2%) 39 (61.9%)	1 (1.1%) -	90 (100%) 53 (100%)
Ecouter des disques	90 (100%) 50 (79.4%)	- 3 (4.8%)	- 6 (9.5%)	- 4 (6.3%)	- -	90 (100%) 63 (100%)
Lire	48 (53.3%) 15 (23.8%)	6 (6.7%) 6 (9.5%)	15 (17.8%) 17 (27%)	18 (20%) 25 (39.7%)	2 (2.2%) -	90 (100%) 63 (100%)
Coudre, tricoter broder, tapisser	68 (75.6%) 18 (28.6%)	10 (11.1%) 8 (12.7%)	5 (5.6%) 19 (30.2%)	7 (7.8%) 18 (28.6%)	- -	90 (100%) 63 (100%)
Jouer aux cartes Echecs, billard	86 (95.6%) 24 (38.1%)	- 3 (4.8%)	4 (4.4%) 11 (17.5%)	- 25 (39.7%)	- -	90 (100%) 63 (100%)
Se promener	51 (56.7%) 5 (7.9%)	6 (6.7%) 8 (12.7%)	23 (25.6%) 19 (30.2%)	10 (11.1%) 30 (47.6%)	- 1 (1.6%)	90 (100%) 63 (100%)
Faire des courses	64 (71.1%) 10 (15.8%)	4 (4.4%) 5 (7.9%)	16 (17.8%) 6 (9.5%)	5 (5.6%) 40 (63.5%)	1 (1.1%) 2 (3.2%)	90 (100%) 63 (100%)
participer aux trav. ent/ménage	68 (75.5%) 2 (3.2%)	2 (2.2%) 3 (4.8%)	10 (11.1%) 11 (17.5%)	7 (7.8%) 43 (68.3%)	3 (3.3%) 4 (6.3%)	90 (100%) 63 (100%)
Jardiner	90 (100%) 54 (85.7%)	- 5 (7.9%)	- 1 (1.6%)	- 1 (1.6%)	- 2 (3.2%)	90 (100%) 63 (100%)
Autres	88 (97.7%) 61 (96.8%)	- -	- -	2 (2.2%) 2 (3.2%)	- -	90 (100%) 63 (100%)

Remarque : la rubrique jardinage a été maintenue mais elle n'intéresse que les personnes du club qui ont des jardins en banlieue parisienne ou en province.

Se promener correspond à se promener dans le jardin, exclusivement, pour les personnes de l'institution. Les gens du club se promènent où ils veulent : la comparaison porte sur la nature du loisir et non sur la quantité dans ce cas.

Dans la rubrique "faire des courses", nous avons aussi rangé les personnes de l'institution qui se promenaient à l'extérieur : c'est moins la nature de l'activité qui compte ici que le périmètre de marche pour les personnes de l'institution.

Classement des loisirs qui ne sont jamais pratiqués par proportion décroissante.

INSTITUTION			CLUB		
Jardiner	90	100%	Jardiner	54	85.7%
Ecouter des disques	90	100%	Ecouter des disques	50	79.4%
jouer aux cartes	86	95.5%	jouer aux cartes	24	38.1%
Coudre ...	68	75.6%	Coudre ...	18	28.6%
Ménage entretien	68	75.6%	Lire	15	23.8%
Faire des courses	64	71.1%	Faire des courses	10	15.8%
Se promener	51	56.7%	Regarder la télévision	7	11.1%
Lire	48	53.3%	Se promener	5	7.9%
Regarder la télévision	47	52.2%	Ecouter la radio	4	6.3%
Ecouter la radio	45	50%	Ménage entretien	2	3.2%

Classement des loisirs qui sont souvent ou toujours pratiqués par proportion croissante.

INSTITUTION			CLUB		
Ecouter des disques	0	100%	Jardiner	3	4.8%
Jouer aux cartes	0	100%	Ecouter des disques	4	6.3%
Jardiner	0	100%	Coudre ...	18	28.6%
Coudre ...	4	7.8%	Jouer aux cartes	25	39.7%
Faire des courses	6	6.7%	Lire	25	39.7%
Se promener	10	11.1%	Se promener	31	49.2%
Ménage entretien	10	11.1%	Regarder la télévision	39	61.9%
Lire	20	22.2%	Ecouter la radio	39	61.9%
Regarder la télévision	21	23.3%	Faire des courses	42	66.7%
Ecouter la radio	21	23.3%	Ménage entretien	47	74.6%

Les loisirs les moins pratiqués sont les mêmes dans les 2 échantillons : le jardinage n'est pas possible au sein de l'institution, il est rare au sein du club ce que des raisons géographiques doivent suffire à expliquer.

Le peu d'intérêt pour l'écoute des disques, qui semblerait à priori proche de la lecture, de la radio et de la télévision mais qui en est loin par la fréquence au sein des deux échantillons, avec un phénomène identique pour l'échantillon national, ne paraît pas avoir d'explication évidente ou simple.

Les travaux d'aiguille et les jeux de société sont, également, peu prisés dans les deux échantillons avec cependant une préférence pour les jeux de société dans l'échantillon club.

La situation n'est pas semblable, entre les deux échantillons pour les activités les plus pratiquées alors que faire des courses, se promener, participer aux travaux ménagers et d'entretien, occupent une situation intermédiaire en fréquence au sein de l'institution (toutes activités nécessitant des aptitudes physiques suffisantes), la télévision, la radio et la lecture sont les loisirs les plus pratiqués.

C'est lire et se promener qui apparaissent comme les activités les plus occasionnelles de l'échantillon club. Dans les activités les plus pratiquées dans cet échantillon, on peut distinguer facilement deux groupes :

- . un premier groupe plus typiquement de loisir qui consiste à regarder la télévision et écouter la radio
- . un deuxième groupe qui vient en tête et qui consiste à faire des courses et des travaux de ménage et d'entretien rançon de l'autonomie. Cette prépondérance de ces activités met par ailleurs l'accent sur les aptitudes nécessaires à une vie pleinement autonome qui nécessite la possibilité de pouvoir accomplir les tâches quotidiennes nécessaires au bon fonctionnement de "l'intendance."

Si les différentes activités que nous venons de voir ont des fréquences qui s'expliquent assez bien dans leur contexte, il n'apparaît pas à l'évidence de hiérarchie entre les différents groupes. Cependant, le profil de distribution suivant la fréquence avec laquelle sont pratiqués ces loisirs est, pour certains groupes d'activités, très semblable d'un groupe à l'autre et très semblable d'un échantillon à l'autre.

Pour l'échantillon club seulement, on retrouve un profil semblable pour les jeux de société, la promenade, dans une moindre mesure, des courses et pour les activités de ménage/entretien. Toujours pour le club, on trouve des profils différents des précédents mais semblables entre eux pour le jardinage, l'écoute des disques et la couture.

III. LES RELATIONS ENTRE LES LOISIRS

POUR L'INSTITUTION

a) Promenade et courses

TABLEAU 64 : distribution croisée des personnes selon la fréquence des courses et des promenades en nombre de personnes.

Font des courses Se promènent dans le jardin	Jamais	Rarement	Occasion- nellement	Souvent	Total
Jamais	49	-	-	2	51
Rarement	5	1	-	-	6
Occsionnellement	7	1	14	1	23
Souvent	3	2	2	3	10
Total	64	4	16	6	90

67 personnes soit 74.4% ont le même degré d'activité pour les deux loisirs ce qui montre une liaison importante et prévisible.

3 personnes font souvent des courses et ne se promènent qu'occasionnellement ou jamais dans le jardin alors que 20 personnes (22.2%) se promènent mais ne font pas de courses ce qui montre une hiérarchie importante et prévisible entre les deux activités nécessitant un appareil locomoteur suffisamment fonctionnel pour la promenade (ou une aide) et des aptitudes supérieures pour faire des courses à l'extérieur du bâtiment.

(36 personnes), 40% des pensionnaires qui ne se promènent pas dans le jardin ont des difficultés au moins graves à la marche.

21.1% (19 personnes) n'ont pas ou de légères difficultés à la marche et se promènent occasionnellement ou souvent.

8.9% (8 personnes) ont des difficultés graves à la marche et se promènent dans le jardin occasionnellement ou souvent. Le même nombre de personnes (8.9%) ont des difficultés très graves à la marche ou bien la marche leur est impossible mais ils se promènent occasionnellement ou souvent. Il faut voir là aussi l'effort du personnel soignant.

La différence est importante quand on relie les difficultés à la marche et les sorties à l'extérieur du bâtiment. 18.9% (17 personnes) n'ayant pas ou de légères difficultés à la marche sortent occasionnellement ou souvent. 3 personnes (3.3%) ayant des difficultés graves à la marche sortent occasionnellement ou souvent. Il n'y a que deux personnes (2.2%) qui ne sortent qu'occasionnellement, ayant des difficultés très graves à la marche ce qui représente la performance maximum dans notre échantillon.

Ces chiffres soulignent la nécessité d'aptitude physique suffisante à la marche pour permettre des sorties en dehors de l'établissement.

b) Les troubles de la mémoire, les promenades et les courses

Ils semblent avoir une incidence très importante sur les sorties à l'extérieur des pensionnaires puisqu'il n'existe pas dans notre échantillon, de personnes qui ayant des troubles graves ou très graves de mémoire, sortent souvent. 5.5% (5 personnes) cependant sortent occasionnellement : c'est la performance maximum.

17.8% des pensionnaires n'ont pas de troubles ou de légers troubles de la mémoire et sortent souvent ou occasionnellement.

L'impact des troubles de la mémoire est moins grand sur les promenades dans le jardin. 11.1% (10 personnes, soit le double) bien qu'ayant des troubles graves ou très graves de mémoire se promènent dans le jardin de l'établissement.

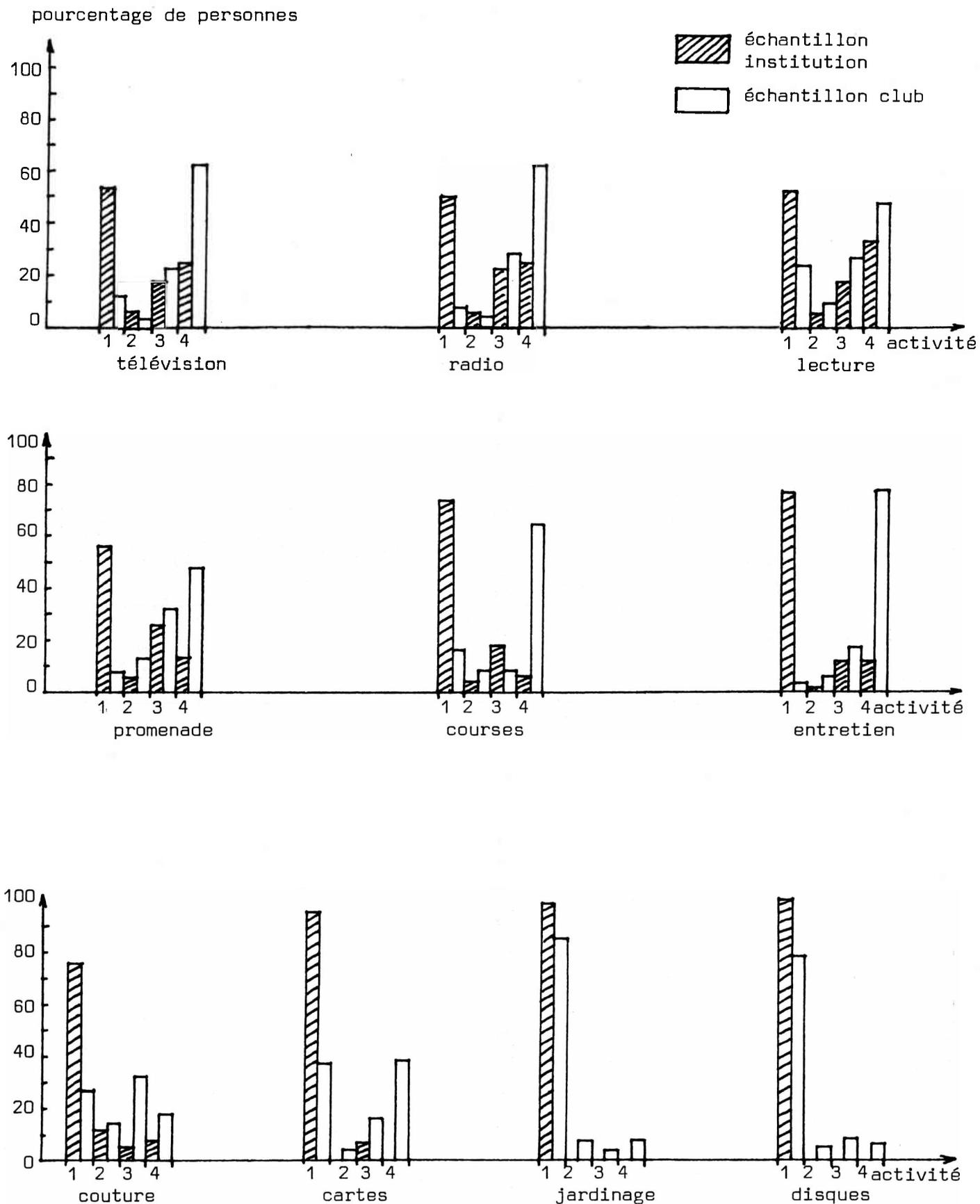
Il semblerait donc que la mémoire comme l'aptitude à la marche soient deux facteurs éloignés mais déterminants des possibilités de sorties en dehors de l'établissement pour se promener ou faire des courses.

POUR LE CLUB

La comparaison avec l'institution n'est pas possible, l'essentiel des personnes n'ayant que des troubles légers de la mémoire ou pas de troubles d'une part, et d'autre part les promenades ne sont pas limitées, comme nous l'avons vu pour l'institution, à un jardin.

Cependant, on trouve toujours une activité plus importante pour faire les courses que pour se promener quelles que soient les difficultés de marche ou de mémoire. Ceci met l'accent sur le caractère fondamental de la nécessité de pouvoir faire des courses qui apparaît comme un critère important d'une autonomie suffisante pour vivre de façon indépendante.

Graphique 4 : distribution des personnes en pourcentage pour les loisirs suivants suivant qu'ils ne sont jamais pratiqués (1), rarement (2), occasionnellement (3), souvent (4) ou toujours (5).



C H A P I T R E E

E. MORBIDITE, HOSPITALISATION, CONSOMMATION MEDICALE

I. LES MALADIES

- 1) Les maladies cardio-vasculaires
- 2) Les maladies ostéo-articulaires
- 3) Les maladies du poumon
- 4) Les maladies du foie et du tube digestif
- 5) Les maladies uronéphrologiques
- 6) Les maladies métaboliques et endocriniennes
- 7) Les maladies neurologiques et psychiatriques
- 8) Les maladies des yeux
- 9) Les autres maladies

II. LES HOSPITALISATIONS

- 1) Les hospitalisations des personnes de l'institution
- 2) Les hospitalisations des personnes du club

III. LES CONSOMMATIONS MEDICALES

1) Les consultations pour l'année 1979

- a) pour l'institution
- b) pour le club

2) La consommation médicamenteuse

- a) dépenses diverses pour l'institution pour l'année 1979
- b) les prescriptions médicamenteuses pour l'institution
- c) les prescriptions médicamenteuses pour le club

I. LES MALADIES

Ne sont relevées que les maladies que les malades présentaient le jour de leur observation et les antécédents lorsqu'ils ont paru être intéressants.

1) Les maladies cardio-vasculaires

a) INSTITUTION :

C'est l'hypertension artérielle qui vient en tête avec 22 pensionnaires (24.4%) qui présentent ou ont présenté des chiffres tensionnels tels qu'ils ont nécessité une thérapeutique allant du régime sans sel aux associations médicamenteuses (le plus souvent). L'insuffisance cardiaque touche 11 pensionnaires (12.2%).

Les artériopathies oblitérantes des membres inférieurs touchent 8 pensionnaires (8.9%). Il s'agit quasi exclusivement d'"artérites" des membres inférieurs qui ne se manifestent que très rarement par des signes fonctionnels. Les activités de ces pensionnaires sont le plus souvent en deçà de leur possibilité physique.

Les crises d'angine de poitrine qui ne sont jamais, ni fréquentes ni intenses, touchent 7 pensionnaires (7.7%).

Les varices qui entraînent une gêne fonctionnelle touchent 6 pensionnaires (6.6%). Les antécédents de phlébite avec séquelles résiduelles (oedèmes des membres inférieurs et troubles trophiques) ne concernent que 2 pensionnaires (2.2%) et on ne retrouve aucun ulcère des jambes.

On ne retrouve qu'un seul antécédent d'infarctus du myocarde prouvé dans notre échantillon. Il en est de même pour l'embolie pulmonaire.

Il existe aussi un appareillage par "pace maker" pour un seul malade.

b) CLUB

C'est aussi l'hypertension artérielle qui vient en tête des maladies cardio-vasculaires et elle concerne proportionnellement plus de personnes que dans l'institution (22 personnes interrogées - 34.9% - ont une hypertension artérielle) mais elle est plus souvent à un niveau moindre, dans certains cas, équilibrée seulement par des règles hygiénodietétiques.

L'insuffisance cardiaque est plus rare (5 personnes soit 7.9% de l'échantillon) .

5 personnes (7.9%) ont eu des crises d'angine de poitrine.

Les varices des membres inférieurs (18 personnes soit 28.6%) sont plus fréquemment trouvées qu'au niveau des personnes de l'institution.

Les "artérites" des membres inférieurs sont plus rares au sein du club. Elles se traduisent par une simple fatigabilité, des douleurs fugaces intermittentes, des extrémités froides. Elles touchent 6.3% des personnes du club.

Là encore les antécédents de phlébites avec séquelles sont très rares (1 personne soit 1.6%) et il n'existe pas d'ulcère de jambes.

Dans les pathologies les moins souvent retrouvées on note deux cas de tachycardie paroxystique et un cas d'hypotension artérielle un antécédent d'embolie pulmonaire chez deux personnes (3.2%).

2) Les maladies ostéo-articulaires

a) INSTITUTION

Elles concernent 43 pensionnaires (47.7%). Les arthroses sont très fréquentes : 30 personnes (33.3%) et il s'agit de poly-arthroses. Lorsqu'il existe une gêne douloureuse et/ou fonctionnelle plus marquée topographiquement, c'est l'articulation du genou qui est citée en premier : 10 personnes (11.1%), puis la hanche : 7 personnes (7.8%), enfin l'arthrose cervicale : 3 personnes (3.3%) et lombaire : 3 personnes (3.3%).

On trouve deux personnes ayant des antécédents d'ostéomalacie (2.2%), une personne souffrant de chondrocalcinose (1.1%) et une polyarthrite rhumatoïde évoluée (1.1%).

La maladie de Paget est relativement fréquente (3 personnes soit 3.3%) ainsi que les "ostéoporoses" (3 personnes soit 3.3%) et les "ostéoporoses" associées à une hystérectomie totale plus annexes (3 personnes soit 3.3%).

b) CLUB

Ces maladies sont encore plus souvent citées (43 personnes : 68.3%). Ce sont les arthroses qui forment là encore le plus fort contingent (37 personnes : 58.7%). Les localisations douloureuses ou les gênes fonctionnelles prédominantes ne sont pas les mêmes que pour l'institution. C'est l'arthrose lombaire qui vient en tête (11 personnes : 17.5%) puis la gonarthrose (7 personnes : 11.1%) et la coxarthrose (7 personnes : 11.1%). Les localisations aux mains (3 personnes : 4.8%) et aux épaules (6 personnes : 9.6%) viennent ensuite.

L'ordre dans lequel sont citées ces localisations symptomatiques est intéressant car il reflète plus probablement une différence d'activité qu'une différence de pathologie.

Les périarthrites scapulo-humérales ne sont pas rares dans cet échantillon (5 personnes : 7.9%) mais il n'est pas impossible que des diagnostics par excès aient été portés et qu'il s'agisse en partie d'arthroses scapulo-humérales. On trouve une polyarthrite rhumatoïde (1.6%). Deux personnes (3.2%) présentent l'association hystérectomie totale plus annexe et "ostéoporose".

3) Les maladies du poumon

a) INSTITUTION

Elles concernent 17.8% des pensionnaires (16 personnes) et elles sont constituées pour l'essentiel de bronchites chroniques, accessoirement d'emphysème ou d'asthme.

b) CLUB

Elles sont beaucoup plus fréquemment trouvées (20 personnes : 31.7%) mais elles n'entraînent jamais de gêne fonctionnelle importante. Il s'agit là aussi essentiellement de bronchites chroniques. On ne relève qu'une séquelle de pleurésie.

4) Les maladies du foie et du tube digestif

a) INSTITUTION

- . Les hernies hiatales : c'est aussi une pathologie fréquente (12 personnes : 13.3%) qui se limite souvent à une symptomatologie fonctionnelle discrète sauf chez une personne où elle a entraîné une sténose peptique serrée du bas oesophage.
- . Les ulcères gastriques et duodénaux sont trouvés dans les antécédents proches (moins de cinq ans) de 6 malades (6.6%) dont deux ulcères perforés bouchés (2.2% qui se sont révélés par une symptomatologie discrète. Ils ont bénéficié d'un traitement médical en service de chirurgie digestive.
- . Les lithiases vésiculaires touchent 8 pensionnaires (8.8%). Il n'existe aucune cirrhose.
- . Les constipations chroniques ne posent de difficultés médicales que pour 6 pensionnaires (6.6%).

b) CLUB

- . Les hernies hiatales : elles touchent 7 personnes (11.1%) et là aussi n'entraînent qu'une symptomatologie discrète.
- . On ne retrouve qu'un antécédent d'ulcère gastrique récent (1.6%) de moins de 5 ans et une gastrite (1.6%).
- . Les lithiases vésiculaires sont retrouvées chez 6 personnes (9.5%). Il existe une cirrhose mais post-hépatitique (1.6%)
- . Les constipations posent des difficultés médicales chez 6 personnes interrogées (9.5%).

5) Les maladies uro-néphrologiques

a) INSTITUTION

Les coliques néphrétiques sont rares : elles sont relevées pour 2 pensionnaires (2.2%) dans leurs antécédents et n'ont pas eu de conséquences dans un cas ; pour l'autre cas, il s'agit d'anomalie urétérale avec lithiase ayant entraîné une néphrectomie et une néphrectomie partielle avec néphrostomie.

Les infections urinaires à répétition sont retrouvées chez 5.5% des pensionnaires dans les antécédents éloignés (au delà de 1 an).

b) CLUB

Coliques néphrétiques : elles sont relevées dans les antécédents de 2 personnes (3.2%).

On trouve une néphrectomie (pour une cause inconnue de la personne) (1.6%) et une insuffisance rénale discrète chez une hyperuricémique (1.6%).

Les infections urinaires à répétition sont retrouvées dans les antécédents éloignés de 4 personnes (6.3%).

6) Les maladies métaboliques et endocriniennes

a) INSTITUTION

Le diabète insulino dépendant concerne 2 pensionnaires (2.2%) et le diabète non insulino dépendant 4 pensionnaires (4.4%), la goutte, 2 pensionnaires (2.2%).

On ne trouve pas d'anomalies des lipides.

Deux pensionnaires (2.2%) présentent une hypothyroïdie, 1 pensionnaire une hyperthyroïdie (1.1%).

b) CLUB

Aucune personne ne présente de diabète insulino dépendant mais 6 personnes (9.5%) ont des troubles de la régulation glycémique ayant nécessité un régime ou une thérapeutique médicamenteuse orale et 6 personnes (9.5%) des troubles lipidiques.

1 personne présente une hyperthyroïdie (1.6%).

7) Les maladies neurologiques et psychiatriques

a) INSTITUTION

Syndromes parkinsoniens : 4 pensionnaires (4.4%)(dont une maladie de parkinson).

Hémiplégie et paraplégie : 14 pensionnaires (15.6%) ont présenté des accidents vasculaires cérébraux avec séquelles motrices plus ou moins importantes et 9 personnes (10%) présentent une "insuffisance vasculaire cérébrale". On note une sclérose en plaque, un hématome cérébral interne congénital avec séquelles motrices ; un infirme moteur congénital (par accouchement traumatique) et 2 (2.2%) "insuffisances vertébrobasillaires" .

On trouve deux personnes ayant des délires constructifs sans gêne ni pour eux-mêmes ni pour la communauté.

b) CLUB

On trouve peu de pathologie neurologique en particulier aucun accident vasculaire cérébral sauf dans les antécédents d'une personne mais sans séquelle. La pathologie neurologique pourrait être un facteur d'entrée en institution.

Par contre on trouve deux agoraphobies (3.2%) et des antécédents de dépressions graves.

8) Les maladies des yeux

a) INSTITUTION

- . Cataracte : 20% (opérée ou pas) (18 personnes)
- . glaucome : 3.3% (3 personnes)
- . dégénérescence maculaire bilatérale : 2.2% (2 personnes)

b) CLUB

- . Cataracte : 19% (12 personnes)
- . glaucome : 3.2% (2 personnes)
- . dégénérescence maculaire bilatérale : 4.8% (3 personnes)

9) Les autres maladies

Elles sont nombreuses et diverses ; elle ne se prêtent pas à la comparaison. La liste a été reportée en annexe.

Cette comparaison semble pouvoir indiquer que certaines pathologies sont plus invalidantes que d'autres et pourraient être des facteurs d'entrée en institution.

L'hypertension artérielle semble être une pathologie assez neutre c'est-à-dire qui n'a pas d'incidence pour l'entrée en institution

quand elle ne s'accompagne pas de ses complications cardio-vasculaires ; elle est fréquente dans les deux groupes.

Par contre, l'insuffisance cardiaque est plus invalidante, beaucoup moins retrouvée au niveau du club qu'au niveau de l'institution, environ dans un rapport 1/4, 3/4.

A un moindre degré, les artériopathies oblitérantes des membres inférieurs paraissent aussi un obstacle à une vie pleinement autonome.

L'angine de poitrine, les troubles veineux, semblent être des pathologies assez neutres, comme l'hypertension artérielle. Il en va de même de l'arthrose, très courante dans les deux groupes, par contre, les maladies de Paget quand elles entraînent des déformations importantes, la polyarthrite rhumatoïde à un stade évolué, "l'ostéoporose", semblent être des maladies plus invalidantes.

Pour les maladies pneumologiques (bronchite chronique, emphysème, asthme), c'est plus le degré d'insuffisance respiratoire qu'elles peuvent entraîner, que leur présence qui serait un handicap à une vie indépendante. Elles sont en effet, très fréquemment signalées dans le groupe club.

Les ulcères gastro-duodénaux sont quasi inexistantes dans la population club alors que leurs fréquences et leurs conséquences sont loin d'être négligeables dans la population institution. N'est-ce là qu'un effet de hasard dû à des échantillons petits? Ou bien faut-il y voir soit un effet des différences psychologiques ou de stress de la vie en communauté ou encore une incidence de l'alimentation?

Les maladies uronéphrologiques paraissent neutres, à peu près également réparties dans les deux populations, ainsi que les maladies métaboliques sauf peut-être le diabète insulino-dépendant.

Par contre, les maladies neurologiques à type d'accident vasculaire cérébral ou d'"insuffisance vasculaire cérébrale", paraissent être probablement un facteur d'entrée en institution.

II. LES HOSPITALISATIONS.

Il s'agit dans ce chapitre des hospitalisations qui ont eu lieu du 1er janvier 1979 au 31 décembre de la même année pour les personnes des deux échantillons.

1°) LES HOSPITALISATIONS DES PERSONNES DE L'INSTITUTION.

15 personnes, soit 16,7 % de la totalité de l'échantillon, ont été hospitalisées pendant cette période.

Ces 15 personnes ont été hospitalisées 22 fois : soit un taux d'hospitalisation de 24,4 %.

- 16 hospitalisations en chirurgie soit 72,7 % des hospitalisations.
- 5 hospitalisations en médecine soit 22,7 % des hospitalisations.
- 1 hospitalisation en maison diététique soit 4,5 % des hospitalisations.

Les hospitalisations en chirurgie se répartissent en :

a) chirurgie digestive : 10 hospitalisations soit 45,5 % des hospitalisations.

dont :

- 2 hospitalisations pour hématomèse
- 1 hospitalisation pour occlusion sur bride
- 1 hospitalisation pour occlusion sur phytobezoard
- 1 hospitalisation pour syndrome occlusif
- 1 hospitalisation pour angiocholite
- 1 hospitalisation pour calcul vésiculaire fistulisé à la peau
- 1 hospitalisation pour cholecystectomie
- 1 hospitalisation pour ulcère du bulbe perforé, bouché.

b) chirurgie générale : 3 hospitalisations soit 13,6 % des hospitalisations.

- 1 hospitalisation pour soins d'escarres
- 1 hospitalisation pour pose d'un pace-maker

- 1 hospitalisation pour traumatisme cranien avec perte de connaissance.

c) chirurgie orthopédique : 2 hospitalisations soit 9,1 % des hospitalisations.

- 1 hospitalisation pour réintervention sur prothèse de fémur descellé

- 1 hospitalisation pour prothèse de MOORE après fracture du col du fémur.

d) Neurochirurgie : 1 hospitalisation pour exploration d'un syndrome pyramidal.

Les hospitalisations en médecine se répartissent en :

a) soins intensifs : 3 hospitalisations soit 13,6 % des hospitalisations.

- 2 hospitalisations pour décompensation respiratoire

- 1 hospitalisation pour syndrome de menace.

b) médecine interne : 1 hospitalisation pour confirmation du diagnostic de leucémie lymphoïde chronique et avis thérapeutique.

- 1 hospitalisation pour exploration de poussées d'HTA.

L'hospitalisation dans une maison diététique a été classée à part : elle avait pour but la réalimentation d'un pensionnaire qui présentait une sténose serrée du bas oesophage, d'origine peptique, réalisée par la chirurgie devant le mauvais terrain général et traité palliativement par dilatation.

Ces hospitalisations concernent surtout les femmes : 13 femmes pour 2 hommes, soit des proportions respectives de 86,7% et 13,3%. Mais la proportion d'homme au sein de l'échantillon est particulièrement faible.

L'âge moyen des femmes hospitalisées est de 86,77 ans

L'âge moyen des hommes hospitalisés est de 74 ans

10 pensionnaires ont été hospitalisés 1 fois, 3 pensionnaires ont été hospitalisés 2 fois, 1 pensionnaire 3 fois et un autre 4 fois.

La durée moyenne des séjours est de : 14 jours en chirurgie
21 jours en médecine (y compris le séjour en maison diététique de 37 jours).

Les hospitalisations se sont faites dans les hôpitaux de l'assistance publique de Paris : Broussais - Cochin - St-Antoine, sauf une hospitalisation dans le secteur privé pour pose d'un pace-maker.

2°) LES HOSPITALISATIONS DES PERSONNES DU CLUB.

12 personnes, soit 19 % de la totalité de l'échantillon, ont été hospitalisées pour la même période.

Ces 12 personnes ont été hospitalisées 13 fois soit un taux d'hospitalisation annuel de 20,6 %

- 7 hospitalisations en chirurgie soit 53,8 % des hospitalisations
- 6 hospitalisations en médecine soit 46,2 % des hospitalisations

Les hospitalisations en chirurgie se répartiront en :

- a) chirurgie digestive : 1 hospitalisation pour cholecystectomie sur lithiasse vésiculaire.
- b) chirurgie générale : 1 hospitalisation pour cure de hernie inguinale.
- c) chirurgie orthopédique : 3 hospitalisations soit 23,1 % des hospitalisations.

- 1 hospitalisation pour prothèse de genou
- 1 hospitalisation pour prothèse de hanche
- 1 hospitalisation pour hallux valgus

d) chirurgie de l'oeil : 2 hospitalisations soit 15,4 % des hospitalisations.

- 1 hospitalisation pour cure de cataracte
- 1 hospitalisation pour intervention sur glaucerne à angle ouvert

Les hospitalisations en médecine se répartissent en :

a) 4 hospitalisations pour pathologie cardiopulmonaire (30,8 % des hospitalisations).

- 1 hospitalisation pour bronchopneumopathie
- 1 hospitalisation pour bronchopneumopathie et décompensation cardiaque.
- 1 hospitalisation pour insuffisance respiratoire
- 1 hospitalisation pour angine de poitrine

b) 2 hospitalisations pour :

- rééducation après fracture du col du fémur.
- dépression.

Ces hospitalisations concernent là encore surtout les femmes : 10 femmes pour 2 hommes soit des proportions respectives de 83,3% et 16,7 %.

La proportion particulièrement faible d'homme implique la même prudence que pour l'échantillon institution.

L'âge moyen des femmes hospitalisées est de 72.4 ans

L'âge moyen des hommes hospitalisés est de 86 ans

11 personnes du club ont été hospitalisées une fois, une personne a été hospitalisée 2 fois.

La durée moyenne des séjours est de : 17 jours en chirurgie
18 jours en médecine

Les hospitalisations ont eu lieu :

- 3 fois dans un hôpital de l'assistance publique de Paris, soit :
23,1 % des hospitalisations :
 - 2 fois à Broussais
 - 1 fois à Cochin

- 8 fois dans des hôpitaux privés soit 61,5 % des hospitalisations
 - 4 fois à Saint-Joseph
 - 3 fois à Bon Secours
 - 1 fois à Léopold Belan

- 2 fois dans des cliniques soit 15,4 % des hospitalisations
 - Soeur Augustine (rue de la santé)
 - Clinique Labrousse (rue Labrousse)

La comparaison des deux échantillons dans le domaine des hospitalisations montre plus souvent des différences que des similitudes. Les âges moyens sont très différents, les durées de séjour sont plus proches.

Les causes d'hospitalisation les plus nombreuses ne sont pas les mêmes, avec une prédominance de pathologie digestive pour l'échantillon institution et, quoi que la pathologie cardiovasculaire et respiratoire ne soit pas négligeable au sein des deux échantillons, leurs fréquences relatives sont cependant assez éloignées.

III. LES CONSOMMATIONS MEDICALES.

1°) LES CONSULTATIONS pour l'année 1979 :

Remarque :

Les coûts moyens sont toujours rapportés au nombre de personnes ayant bénéficié d'un soin et non pas à la totalité de l'échantillon pour des raisons de difficulté de recueil des informations chiffrées qui ont pu faire que le recueil ne soit pas complet.

a) Pour l'Institution

Les consultations spécialisées diverses :

Leur nombre est relativement faible et représente une pathologie extrêmement diverse, qui va depuis la pose d'un plâtre pour fracture, la surveillance d'une leucémie lymphoïde chronique, d'une stenose oesophagienne ; la confirmation d'un diagnostic dermatologique, l'équilibration d'une maladie de Parkinson, une visite systématique à la Fondation CURIE, qui ne permet aucun classement ni par appareil ni par spécialités.

Elles intéressent 21 pensionnaires (23,3% de l'échantillon) et représentent un coût moyen de 64.06 frs par consultation.

Peuvent être individualisés les postes suivants :

La radiologie en externe :

Elle concerne aussi 23,3% des pensionnaires et représente un coût moyen de 231,78 frs par examen.

Il s'agit soit d'examen radiologiques qui ne peuvent être fait sur place (Urographie intraveineuse, lavement Baryté, transit oesophago gastro-duodenal), soit qui sont demandés en urgence les jours où il n'y a pas de technicienne radio sur place.

Les radiographies faites sur place, au dispensaire intéressent 45 pensionnaires (50%) : coût moyen par personne : 254,30 Frs.

Consultations ophtalmo :

22 personnes, soit environ 24.4%
coût moyen 83,59 Frs

Consultations ORL

12 personnes soit 13,3 %
coût moyen par personne 97,40 Frs

Consultations dentaires

1 personne soit 1,1 %
coût 1.764,75 frs

La Kinésithérapie

Son coût ne peut être évalué raisonnablement, le travail étant réparti entre un Kinésithérapeute libéral attaché à l'Etablissement et un Kinésithérapeute travaillant au dispensaire. Nous ne possédons seulement des informations chiffrées précises que pour ce dernier.

Dans ce cas, 14 pensionnaires sont suivis (16,7% de l'échantillon) et le coût moyen par personne est de 1.184,57 frs.

Les examens de laboratoire

Leur coût n'a pu être relevé que pour 35 pensionnaires. Pour ces 35 pensionnaires, le coût moyen par pensionnaire est de 103,40 Frs.

Il n'est pas évident qu'il soit représentatif du coût moyen des examens de laboratoire pour l'ensemble de l'échantillon. Il faut souligner ici que le recueil n'a pu être que partiel.

b) Pour le club

Médecin généraliste

On relève 265 visites pour l'année 1979 soit une moyenne de 4.2 visites par personne et par an pour l'ensemble de l'échantillon.

TABLEAU 65 : distribution en nombre et en pourcentage de la totalité des visites par tranches d'âge et sexe (les nombres entre parenthèses rappellent le nombre de personnes par sexe et par tranche d'âge).

	60/74 ans	75/84 ans	85 ans et plus	Total
Hommes	-	37(14%)	4(1.5%)	41(15.5%)
Nombre de visites/nb d'hommes	(1) -	(7)5.29	(4) 1	
Femmes	57(21.5%)	167(63%)	-	224(84.5%)
Nombre de visites/nb femmes	(23)2.48	(25)6.68	(3) -	

Si l'on compare ce tableau des consultations de médecin généraliste avec le tableau de l'âge par rapport au sexe, on s'aperçoit que pour les hommes comme pour les femmes les consommations sont maximum entre 75 et 85 ans et que les femmes seraient plus consommatrices que les hommes. (Il faut garder un mémoire que les effectifs sont faibles pour les hommes et pour les personnes de plus de 85 ans).

Médecin spécialiste

On relève 204 consultations soit en moyenne de 3.2 consultations par an et par personne.

TABLEAU 66 : distribution en nombre et en pourcentage de la totalité des visites par tranches d'âge et spécialités pour les hommes (les nombres entre parenthèses rappellent le nombre d'hommes par tranche d'âge).

Homme	60/74 ans	75/84	85 ans et plus	Total
Rhumato	12 (5.9%)	-	-	12 (5.9%)
Ophtalmo	-	4 (2%)	-	4 (2%)
Cardio	2 (1%)	2 (1%)	4 (2%)	8 (4%)
Sub-total	14 (6.9%)	6 (3%)	4 (2%)	24 (11.9%)
Nbre visites / Nbre hommes	(1) 14	(7) 0.86	(4) 1	

TABLEAU 66 BIS : distribution en nombre et en pourcentage de la totalité des visites par tranches d'âge et spécialités pour les femmes (les nombres entre parenthèses rappellent le nombre de femmes par tranche d'âge).

Femme	60/74 ans	75/84 ans	85 ans et plus	Total
Ophtalmo	37 (18.1%)	48 (23.5%)	2 (1%)	87 (42.6%)
Rhumato	33 (16.2%)	14 (6.9%)	-	47 (23%)
Pneumo- allergo	12 (5.9%)	-	-	12 (5.9%)
Cardio	3 (1.5%)	8 (4%)	-	11 (5.4%)
Hémato	2 (1%)	6 (3%)	-	8 (3.9%)
Psychiatrie	7 (3.4%)	-	-	7 (3.4%)
Gastro- entéro	3 (1.5%)	1 (0.5%)	-	4 (2%)
O.R.L	1 (0.5%)	1 (0.5%)	-	2 (1%)
Sub-total	98 (48%)	80 (39.2%)	2 (1%)	168 (88.2%)
Nbre visites / Nbre femmes	(23) 4.26	(25) 3.2	(3) 0.67	

La situation est différente, vis-à-vis des médecins spécialistes de celle vis-à-vis des médecins généralistes.

Globalement, les femmes consultent plus souvent le médecin spécialiste que les hommes : 168 consultations spécialisées pour 51 femmes, soit 3.29 consultations par femme et par an contre 24 consultations spécialisées pour 12 hommes soit deux consultations par homme et par an. ce qui confirme la tendance que l'on avait remarquée avec le médecin généraliste. Mais pour le médecin spécialiste, la consommation maximum se situe, pour les femmes, en-dessous de 75 ans (de façon plus marquée pour les hommes mais cette constatation ne repose que sur un cas!). Les femmes ont une consommation médicale vis-à-vis du médecin spécialiste telle que pouvait le faire prévoir leur fréquence entre 75 et 85 ans. (39.5% ont entre 75 et 84 ans "consommant" 39.2% des consultations de spécialistes).

Deux spécialistes viennent largement en tête : l'ophtalmologue (cataracte, glaucome, myopie) et le rhumatologue.

La diminution absolue des consultations de médecins spécialistes en fonction de l'âge, avec l'augmentation dans le même temps des consultations de médecin généraliste pourrait indiquer les limites du médecin spécialiste devant une personne caractérisée par une pathologie multiple ce qui plaide pour la médecine interne et la médecine générale en dehors du besoin psycho-sociologique.

2) LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE

a) Dépenses diverses pour l'institution pour l'année 1979 :

- . produit du sang
Le montant des transfusions sanguines est de 501.20 F
- . Vaccin contre la grippe
le montant est de 2 290.51 F pour l'année.
- . Fourniture de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris
elle se compose d'alcool, éther, solutés, seringues, aiguilles, gants stériles, thermomètres, bistouris jetables, compresses ...
d'une part et d'autre part, pour les médicaments, d'amiklin et de catapressan injectable. Son montant est de 30 324.28 F
- . Les dépenses de médicaments : le recueil n'a pu être total et ne porte que sur 69 personnes de l'institution. Il ne comprend que les médicaments remboursés par la sécurité sociale.

TABLEAU 67 : répartition des dépenses par personne en fonction des tranches d'âge et du sexe (les nombres entre parenthèses indiquent le nombre de personnes pour lesquelles les renseignements ont pu être obtenus et auquel la moyenne a été rapportée).

	60/74 ans	75/84 ans	85 ans et plus	Total
Hommes	-	(2)2 965.09 F	(2)510.15 F	(4)
Femmes	(4)1 279.86 F	(21)1 346.40 F	(40)1 176.68 F	(65)
Total				69

Bien que le recueil des données ne soit que partiel, on nota une dépense médicamenteuse croissante pour les femmes depuis la tranche d'âge 60-74 ans à la tranche d'âge 75-84 ans, ce qui est semblable à ce qui avait été vu pour la "consommation" de visite médicale du médecin généraliste pour les personnes du club.

La consommation médicamenteuse semble moins forte pour les femmes de plus de 85 ans.

b) Les prescriptions médicamenteuses pour l'institution

Sont pris en compte dans ce paragraphe, les médicaments que les personnes prenaient au moment de leur interrogatoire.

Les médicaments sont classés par catégorie thérapeutique plutôt que par spécialité.

Ce classement semblait avoir un double avantage : éviter la dispersion due aux multiples spécialités ayant une même action d'une part, d'autre part, préciser le but du médicament quand une même spécialité pouvait avoir plusieurs actions thérapeutiques. Ce dernier point n'a pas toujours pu être obtenu quand une drogue était utilisée dans deux buts thérapeutiques différents (par exemple l'utilisation de diurétique chez un insuffisant cardiaque hypertendu).

TABLEAU 68 : répartition des médicaments prescrits par classe thérapeutique en fonction des tranches d'âge, pour les femmes de l'institution.

REPARTITION DES SPECIALITES PRESCRITES.

FEMMES INSTITUTION	60 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
1 ANTI ANGOREUX		2	7
2 ANTI ARYTHMIQUE		1	3
3 TONI CARDIAQUE	1	1	3
4 B BLOQUANT		2	
5 DIURETIQUE	2	4	9
6 ANTI HYPERTENSEUR		2	6
7 ANTI AGREGANT PLAQUETTAIRE	1	3	6
8 ANTI COAGULANT		1	2
9 VASO REGULATEUR	1	9	16
10 PHLEBOTONIQUE	1		8
11 ANALEPTIQUE RESPIRATOIRE		2	2
12 ANTITUSSIF EXPECTORANT FLUIDIFIANT	1	2	1
13 ANTI INFLAMMATOIRE			1

FEMMES INSTITUTION	60 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
14 CORTICOTHERAPIE	1	1	2
15 ANTALGIQUE		2	9
16 ANTIGOUTTEUX			2
17 ANTI DIABETIQUE ORAL	1	3	1
18 ANTI DIABETIQUE INJECTABLE		1	2
19 NORMOLIPEMIANT			
20 NEUROLEPTIQUE	1	2	13
21 TRANQUILISANT HYPNOTIQUE		12	36
22 ANTIPARKINSONNIEN	1		2
23 ANTI ULCEREUX GASTRIQUE	1	2	5
24 LAXATIF			6
25 ANTI DIARRHEIQUE			2
26 ANTI ANEMIQUE			4
27 VITAMINES	2	3	7
28 ANTIBIOTIQUE		5	8
29 ANTI GLAUCOMATEUX		1	
30 ANTI SCLEREUX CRISTALLINIEN		2	8
31 DIVERS	1	8	10
TOTAL	15	71	181
Nbre de médicaments/ Nbre de femmes	(5) 3	(26) 2,73	(53) 3.42

Remarque : Ont été mis dans la rubrique divers les médicaments suivant :

- adjuvant
- du Chenodex
- un traitement antituberculeux
- des extraits pancréatiques
- des extraits thyroïdiens
- des anti hémorroïdaires
- des psychostimulants du type Encéphabol^R
- des antispastiques
- des anti histaminiques type Primperan^R

Le tableau fait apparaître une consommation de médicaments plus importante pour les personnes de plus de 85 ans que pour les autres tranches d'âge, ce qui n'apparaissait pas au niveau des coûts moyens des médicaments qui ne vient qu'en troisième position pour cette classe d'âge.

Regroupement des médicaments prescrits en nombre de médicaments selon le but thérapeutique pour les femmes de l'institution.

FEMMES

<u>Institution</u>	60 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
coeur & vaisseau	6	23	60
appareil respiratoire	-	4	3
maladies métaboliques	1	4	5
gastro-entérologie	-	2	5
ophtalmologie	-	3	8

<u>FEMMES</u>			
<u>Institution</u>	60 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
anti - inflam- matoire	-	1	3
Psycholeptique	1	14	49

Ce tableau montre que l'augmentation des médicaments prescrits pour les femmes de plus de 85 ans (même rapporté au nombre de personnes : le groupe de 85 ans et plus est d'environ le double du groupe de 75 à 84 ans) se fait au dépend de médicaments importants surtout à visée cardiovasculaire (anti-angoreux, anti-arythmiques, glucosides, cardiotoniques, de façon moins évidente, pour les diurétiques, de façon nette pour les anti hypertenseurs) et aussi au dépend des psycholeptiques.

TABLEAU 69 : Nombre de personnes et pourcentage de la totalité de l'échantillon selon le nombre de médicaments prescrits par personne pour les femmes de l'institution.

<u>FEMMES</u>			
<u>Institution</u>	60 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
ne prennent pas de médicaments	-	-	3 3.3 %
prennent 1 médicament	1 1.1%	9 10%	10 11.1%
prennent 2 médicaments	-	4 4.4%	6 6.6 %
prennent 3 médicaments	1 1.1%	3 3.3%	5 5.5 %
prennent 4 médicaments et plus	3 3.3%	10 11.1%	29 32.2%
Total	5 5.5%	26 28.9%	53 58.9%

On s'aperçoit que les prescriptions sont d'autant plus nombreuses par personne que l'âge augmente avec, curieusement, trois personnes de plus de 85 ans qui sont les seules à ne pas prendre de médicaments. En dehors du résultat des coûts moyens des médicaments par tranche d'âge, tout concourt à penser que la pathologie (et les handicaps) s'aggrave et se multiplie avec l'âge : l'âge moyen des hospitalisations pour l'institution est de 86.77 ans et le nombre de médicaments prescrits augmente avec l'âge.

Les consommations médicamenteuses des hommes sont renvoyées en annexe, leur intérêt étant moins grand du fait de leur petit nombre.

c) Les prescriptions médicamenteuses pour le club.

TABLEAU 70 : répartition des médicaments prescrits par classe thérapeutique en fonction des tranches d'âge, pour les femmes du club.

FEMMES CLUB	60 à 74 ans	74 à 75 ans	85 ans et plus
1 ANTI ANGOREUX	2		
2 ANTI ARYTHMIQUE		1	
3 TONI CARDIAQUE		2	
4 B BLOQUANTS	4	3	
5 DIURETIQUE	1	1	1
6 ANTI HYPERTENSEUR	1	4	1
7 ANTI AGREGANT PLAQUETTAIRE		1	
8 ANTI COAGULANT			
9 VASO-REGULATEUR	3	4	
10 PHLEBOTONIQUE	2	6	
11 ANALEPTIQUE RESPIRATOIRE	1	1	
12 ANTITUSSIF EXPECTORANT FLUIDIFIANT			
13 ANTI INFLAMMATOIRE		4	
14 CORTICOTHERAPIE	2		
15 ANTALGIQUE	1	5	

FEMMES	60 à 74 ans	74 à 75 ans	85 ans et plus
16 ANTIGOUTTEUX	1	1	
17 ANTI DIABETIQUE ORAL		4	
18 ANTI DIABETIQUE INJECTABLE			
19 NORMOLIPEMIAN	2	1	
20 NEUROLEPTIQUE	13	6	
21 TRANQUILISANT HYPNOTIQUE	7		
22 ANTIPARKINSONNIEN			
23 ANTI-ULCEREUX GASTRIQUE	1	2	
24 LAXATIF		3	
25 ANTI DIARRHEIQUE			
26 ANTI ANEMIQUE		1	
27 VITAMINES			
28 ANTIBIOTIQUES			
29 ANTI GLAUCOMATEUX	1	3	
30 ANTI SCLEREUX CRISTALINIEN	2	5	2
31 DIVERS	2	1	
TOTAL	46	59	4
Nbre de médicaments / Nbre de femmes	(23) 2	(25) 2.36	(3) 1.33

TABLEAU 71 : nombre de personnes et pourcentage de la totalité de l'échantillon selon le nombre de médicaments prescrits par personne pour les femmes du club.

	60/74 ans	75/84 ans	85 ans et plus
Ne prennent pas de médicaments	9.5%	1.6%	1.6%
Preennent 1 médicament	3.2%	4.8%	-
Preennent 2 médicaments	7.9%	12.7%	3.2%
Preennent 3 médicaments	3.2%	7.9%	1.6%
Preennent 4 médicaments	11.1%	12.7%	-

En passant de la tranche d'âge 60 à 74 ans, à la tranche d'âge 75/84 ans, on s'aperçoit que les femmes du club prennent des associations plus nombreuses de médicaments ce qui ajoute encore à l'idée qu'il existe une aggravation de la pathologie avec l'âge et/ou une diversification de cette pathologie. Cette progression n'apparaît pas nettement dans la population femme de l'échantillon institution.

On constate là encore une augmentation de la consommation de médicaments avec l'âge, sauf pour la dernière tranche d'âge (85 ans et plus) où il faut souligner le nombre faible de personnes (3 personnes).

Ce phénomène serait donc indépendant du mode de vie (institutionnalisé ou pas) et plus généralement lié simplement à l'âge.

On remarque cependant pour la tranche d'âge la plus comparable au point de vue nombre entre les deux échantillons (75 à 84 ans) que la consommation de médicaments serait supérieure au sein de l'institution.

L'augmentation de la consommation médicamenteuse ne se fixe pas sur des points particuliers, comme c'était le cas pour les femmes de l'institution.

C O N C L U S I O N

Deux populations ont été comparées :

Une population de personnes qui vivaient au sein d'une institution et une population de personnes qui fréquentaient un club du troisième âge.

Le choix de ces deux populations s'est fait selon un critère géographique qui les liait : le club du troisième âge fait partie intégrante des bâtiments de l'institution.

Le nombre de personnes qui constitue la population "club" est de 63. Il est de 90 personnes pour la population institution.

Ces deux populations ont été comparées sur les plans socio-démographiques et médicaux, sur les plans de leurs activités et de leurs handicaps en partie grâce à un questionnaire qui avait déjà été utilisé pour une enquête qui a porté sur un échantillon national considéré comme représentatif de la France et qui a été fait par le CREDOC. Cette enquête s'est déroulée de novembre 1976 à janvier 1977.

L'utilisation de ces questionnaires a permis, à chaque fois que cela était possible, une comparaison supplémentaire entre les échantillons "institution", "club" et "échantillon national".

Les résultats, sous réserve de la petite taille de nos échantillons mettent en évidence des différences importantes qu'il serait utile de vérifier sur des échantillons plus larges :

- . l'âge le plus élevé au sein de l'institution mais aussi un plus grand isolement, principalement dû au veuvage, une pathologie plus invalidante avec des handicaps plus marqués
- . et une activité bien moindre.

Cependant, au delà de ces différences, il est remarquable de trouver deux groupes de même nature, ce qu'attestent les relations entre handicaps et activités et leur hiérarchie, semblables dans les deux groupes.

Le passage d'un groupe à l'autre se fait, selon l'âge croissant, dans le sens d'une aggravation, avec une pathologie plus lourde et des difficultés fonctionnelles telles qu'elles nécessitent au delà d'un certain seuil une adaptation du milieu extérieur et en dernier recours le placement en institution.

A N N E X E S

Il avait été calculé un coefficient moyen de dépendance (l'inverse de l'autonomie) et un coefficient moyen de handicaps pour l'échantillon national.

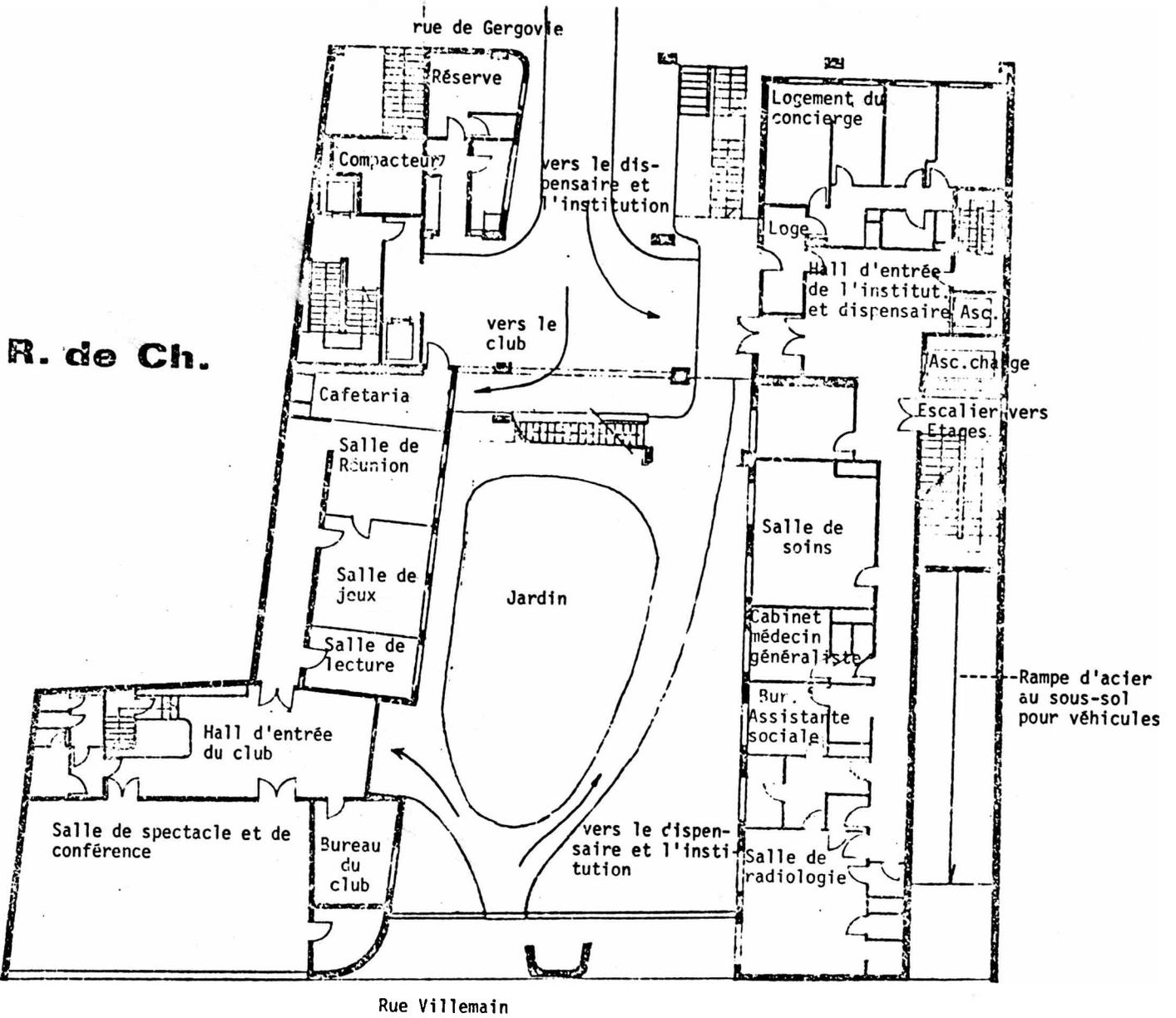
Les mêmes calculs pour les échantillons institution et club ont été fait pour les groupes les plus nombreux c'est-à-dire pour les femmes de 60 à 75 ans, 75 à 85 ans pour l'échantillon club, pour les femmes de 75 à 85 ans et plus de 85 ans pour l'échantillon institution.

Les résultats sont les suivants :

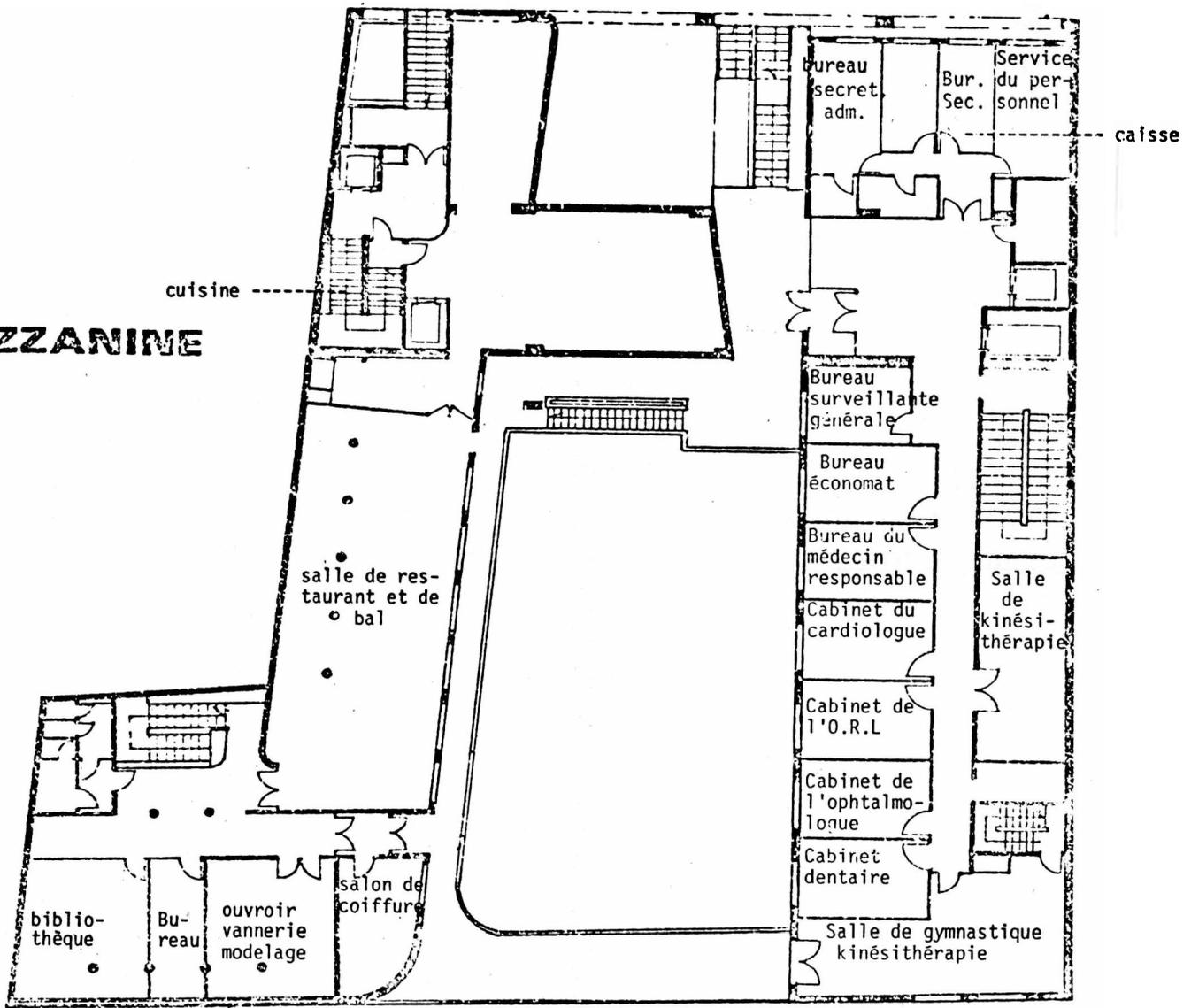
FEMMES

	ECHANTILLON NATIONAL	ECHANTILLON INSTITUTION	ECHANTILLON CLUB
Niveau moyen de dépendance			
60/74 ans	13.13	-	0.83
75/84 ans	19.31	27.00	1.20
85 ans et plus	22.47	31.53	-
niveau moyen de handicap			
60/74 ans	20.93	-	7.09
75/84 ans	27.67	32.08	9.36
85 ans et plus	31.62	34.55	-

Comme il avait été démontré, la dépendance et les handicaps augmentent avec l'âge. On remarque que les personnes de l'échantillon institution sont particulièrement handicapées et dépendantes par rapport à l'échantillon national. Les personnes du club sont bien sûr peu dépendantes et peu handicapées par rapport aux deux autres groupes. Ces chiffres soulignent les différences des échantillons institution et club ce qui donne plus de force encore aux similitudes et aux différences qui ont été mises en évidence.



MEZZANINE



1^{er} ETAGE

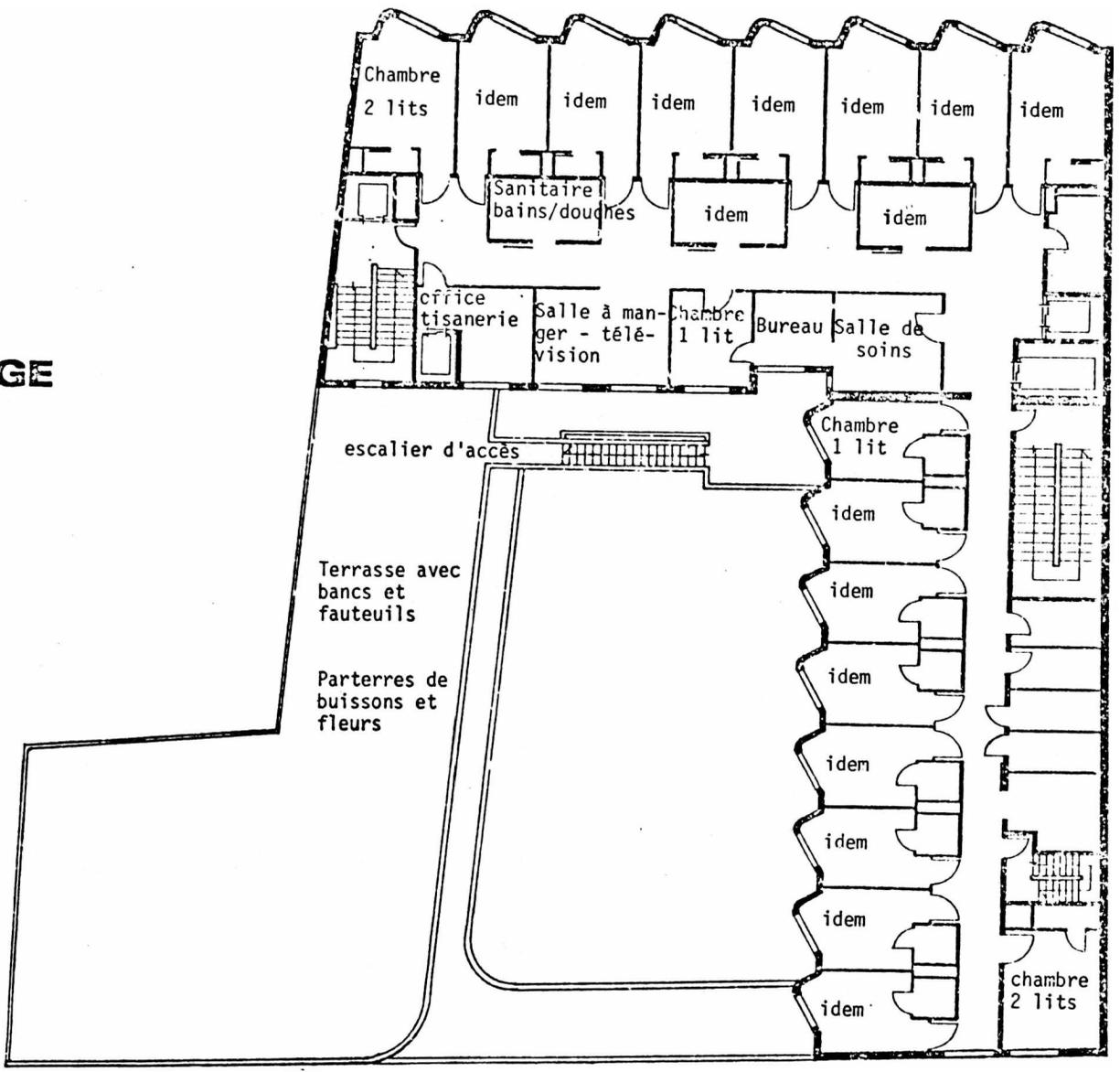


TABLEAU 72 : distribution croisée des personnes selon la présence et la proximité d'enfant et la fréquence de la correspondance (institution).

Corres- pondance	inconnu	Fréquente	très fréquente	Occasionnel	rare	jamais	total
Enfant							
pas d'en- fant	0 0.0 0.0 0.0	3 6.7 75.0 3.3	5 11.1 71.4 5.6	13 28.9 50.0 14.4	9 20.0 45.0 10.0	15 33.3 48.4 16.7	45 100.0 50.0 50.0
enfant dans la même ville	2 5.4 100.0 2.2	1 2.7 25.0 1.1	1 2.7 14.3 1.1	11 29.7 42.3 12.2	10 27.0 50.0 11.1	12 32.4 38.7 13.3	37 100.0 41.1 41.1
enfant dans une autre ville	0 0.0 0.0 0.0	0 0.0 0.0 0.0	1 12.5 14.3 1.1	2 25.0 7.7 2.2	1 12.5 5.0 1.1	4 50.0 12.9 4.4	8 100.0 8.9 8.9
Total	2 100.0 2.2	4 100.0 4.4	7 100.0 7.8	26 100.0 28.9	20 100.0 22.2	31 100.0 34.4	90 100.0

TABLEAU 73 : distribution croisée des personnes selon la fréquence de la correspondance et les difficultés de vision (pour l'institution)

	Aucun	Léger	Grave	très grave	Total
Inconnue	1	0	0	1	2
	50.0	0.0	0.0	50.0	100.0
	6.3	0.0	0.0	14.3	2.2
	1.1	0.0	0.0	1.1	2.2
Très fréquente	1	3	0	0	4
	25.0	75.0	0.0	0.0	100.0
	6.3	5.4	0.0	0.0	4.4
	1.1	3.3	0.0	0.0	4.4
Fréquente	2	4	0	1	7
	28.6	57.1	0.0	14.3	100.0
	12.5	7.1	0.0	14.3	7.8
	2.2	4.4	0.0	1.1	7.8
Occasionnelle	1	18	6	1	26
	3.8	69.2	23.1	3.8	100.0
	6.3	32.1	54.5	14.3	28.9
	1.1	20.0	6.7	1.1	28.9
Très rare	5	12	2	1	20
	25.0	60.0	10.0	5.0	100.0
	31.3	21.4	18.2	14.3	22.2
	5.6	13.3	2.2	1.1	22.2
Jamais	6	19	3	3	31
	19.4	61.3	9.7	9.7	100.0
	37.5	33.9	27.3	42.9	34.4
	6.7	21.1	3.3	3.3	34.4
Total	16	56	11	7	90
	100.0	100.0	100.0	100.0	
	17.8	62.2	12.2	7.8	100.0

TABLEAU 74 : distribution croisée des personnes selon la fréquence de la correspondance et les troubles de la mémoire pour l'institution

Mémoire Correspondance	Aucun	Léger	Grave	Très grave	Total
Inconnu	0	1	0	1	2
	0.0	50.0	0.0	50.0	100.0
	0.0	3.2	0.0	12.5	2.2
Fréquente	0.0	1.1	0.0	1.1	2.2
	3	1	0	0	4
	75.0	25.0	0.0	0.0	100.0
Occasionnelle	13.0	3.2	0.0	0.0	4.4
	3.3	1.1	0.0	0.0	4.4
	3	4	0	0	7
Rare	42.9	57.1	0.0	0.0	100.0
	13.0	12.9	0.0	0.0	7.8
	3.3	4.4	0.0	0.0	7.8
Jamais	8	8	8	2	26
	30.8	30.8	30.8	7.7	100.0
	34.8	25.8	28.6	25.0	28.9
Total	8.9	8.9	8.9	2.2	28.9
	7	5	8	0	20
	35.0	25.0	40.0	0.0	100.0
Total	30.4	16.1	28.6	0.0	22.2
	7.8	5.6	8.9	0.0	22.2
	2	12	12	5	31
Total	6.5	38.7	38.7	16.1	100.0
	8.7	38.7	42.9	62.5	34.4
	2.2	13.3	13.3	5.6	34.4
Total	23	31	28	8	90
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	25.6	34.4	31.1	8.9	100.0

TABLEAU 75 : distribution croisée des personnes selon la fréquence de la correspondance et les troubles du comportement pour l'institution.

Audition	Aucun	Léger	Grave	Total
Correspondance	1	1	0	2
inconnu	50.0	50.0	0.0	100.0
	2.4	2.4	0.0	2.2
	1.1	1.1	0.0	2.2
très fréquent	1	3	0	4
	25.0	75.0	0.0	100.0
	2.4	7.3	0.0	4.4
	1.1	3.3	0.0	4.4
fréquent	1	5	1	7
	14.3	71.4	14.3	100.0
	2.4	12.2	14.3	7.8
	1.1	5.6	1.1	7.8
occasionnel	14	9	3	26
	53.8	34.6	11.5	100.0
	33.3	22.0	42.9	28.9
	15.6	10.0	3.3	28.9
rare	10	10	0	20
	50.0	50.0	0.0	100.0
	23.8	24.4	0.0	22.2
	11.1	11.1	0.0	22.2
jamais	15	13	3	31
	48.4	41.9	9.7	100.0
	35.7	31.7	42.9	34.4
	16.7	14.4	3.3	34.4
Total	42	41	7	90
	100.0	100.0	100.0	100.0
	46.7	45.6	7.8	100.0

TABLEAU 76 : distribution croisée des personnes selon la fréquence des visites et les troubles du comportement pour l'institution.

	Aucun	Léger	Grave	très grave	Total
très fréquent	25	20	0	0	45
	55.6	44.4	0.0	0.0	100.0
	49.0	54.1	0.0	0.0	50.0
	27.8	22.2	0.0	0.0	50.0
fréquent	11	6	0	1	18
	61.1	33.3	0.0	5.6	100.0
	21.6	16.2	0.0	100.0	20.0
	12.2	6.7	0.0	1.1	20.0
occasionnel	11	5	0	0	16
	68.8	31.3	0.0	0.0	100.0
	21.6	13.5	0.0	0.0	17.8
	12.2	5.6	0.0	0.0	17.8
rare	4	2	1	0	7
	57.1	28.6	14.3	0.0	100.0
	7.8	5.4	100.0	0.0	7.8
	4.4	2.2	1.1	0.0	7.8
jamais	0	4	0	0	4
	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
	0.0	10.8	0.0	0.0	4.4
	0.0	4.4	0.0	0.0	4.4
Total	51	37	1	1	90
	100.0	100.0	100.0	100.0	
	56.7	41.1	1.1	1.1	100.0

TABLEAU 77 : distribution croisée des personnes selon les difficultés à la marche et la fréquence des courses à l'extérieur de l'institution

Courses	Jamais	Rare	Occasionnel	Souvent	Toujours	Total
Marche						
aucun	5 71.4 7.8 5.6	0 0.0 0.0 0.0	2 28.6 12.5 2.2	0 0.0 0.0 0.0	0 0.0 0.0 0.0	7 100.0 7.8 7.8
léger	11 40.7 17.2 12.2	1 3.7 25.0 1.1	10 37.0 62.5 11.1	4 14.8 80.0 4.4	1 3.7 100.0 1.1	27 100.0 30.0 30.0
grave	24 82.8 37.5 26.7	2 6.9 50.0 2.2	2 6.9 12.5 2.2	1 3.4 20.0 1.1	0 0.0 0.0 0.0	29 100.0 32.2 32.2
très grave	7 77.8 10.9 7.8	0 0.0 0.0 0.0	2 22.2 12.5 2.2	0 0.0 0.0 0.0	0 0.0 0.0 0.0	9 100.0 10.0 10.0
marche impossible	17 94.4 26.6 18.9	1 5.6 25.0 1.1	0 0.0 0.0 0.0	0 0.0 0.0 0.0	0 0.0 0.0 0.0	18 100.0 20.0 20.0
Total	64 100.0 71.1	4 100.0 4.4	16 100.0 17.8	5 100.0 5.6	1 100.0 1.1	90 100.0

TABLEAU 78 : distribution croisée des personnes selon les troubles de la mémoire et la fréquence des courses à l'extérieur pour l'institution.

Courses	Jamais	Rarement	Occasion- nellement	Souvent	Toujours	Total
Mémoire						
Aucun	11 47.8 17.2 12.2	1 4.3 25.0 1.1	7 30.4 43.8 7.8	3 13.0 60.0 3.3	1 4.3 100.0 1.1	23 100.0 25.6 25.6
léger	23 74.2 35.9 25.6	2 6.5 50.0 2.2	4 12.9 25.0 4.4	2 6.5 40.0 2.2	0 0.0 0.0 0.0	31 100.0 34.4 34.4
grave	23 82.1 35.9 25.6	1 3.6 25.0 1.1	4 14.3 25.0 4.4	0 0.0 0.0 0.0	0 0.0 0.0 0.0	28 100.0 31.1 31.1
très grave	7 87.5 10.9 7.8	0 0.0 0.0 0.0	1 12.5 6.3 1.1	0 0.0 0.0 0.0	0 0.0 0.0 0.0	8 100.0 8.9 8.9
Total	64 100.0 71.1	4 100.0 4.4	16 100.0 17.8	5 100.0 5.6	1 100.0 1.1	90 100.0

TABLEAU 79 : distribution croisée des personnes selon les troubles de vision et le port de lunettes pour l'institution

Port de lunette	Jamais	Occasion- nellement	Toujours	Total
Trouble de vision				
Aucun	1 6.3 2.9 1.1	12 75.0 36.4 13.3	3 18.8 13.0 3.3	16 100.0 17.8 17.8
Léger	25 44.6 73.5 27.8	17 30.4 51.5 18.9	14 25.0 60.9 15.6	56 100.0 62.2 62.2
Grave	4 36.4 11.8 4.4	3 27.3 9.1 3.3	4 36.4 17.4 4.4	11 100.0 12.2 12.2
Très grave	4 57.1 11.8 4.4	1 14.3 3.0 1.1	2 28.6 8.7 2.2	7 100.0 7.8 7.8
Total	34 100.0 37.8	33 100.0 36.7	23 100.0 25.6	90 100.0

TABLEAU 55 : distribution croisée des personnes selon la nature des incontinen-
bis et les troubles de la mémoire pour les personnes de l'institution.

Trouble de la mémoire	Nature de l'incontinence				Total
	Aucun	Léger	Grave	Très grave	
Aucune	17	25	11	2	55
	30.9	45.5	20.0	3.6	100.0
	73.9	80.6	39.3	25.0	61.1
	18.9	27.8	12.2	2.2	61.1
UO	5	5	9	1	20
	25.0	25.0	45.0	5.0	100.0
	21.7	16.1	32.1	12.5	22.2
	5.6	5.6	10.0	1.1	22.2
UH	0	0	2	0	2
	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
	0.0	0.0	7.1	0.0	2.2
	0.0	0.0	2.2	0.0	2.2
UH + MO	0	1	2	2	5
	0.0	20.0	40.0	40.0	100.0
	0.0	3.2	7.1	25.0	5.6
	0.0	1.1	2.2	2.2	5.6
UH + MH	1	0	4	3	8
	12.5	0.0	50.0	37.5	100.0
	4.3	0.0	14.3	37.5	8.9
	1.1	0.0	4.4	3.3	8.9
	23	31	28	8	90
	100.0	100.0	100.0	100.0	
	25.6	34.4	31.1	8.9	100.0

UO : urinaire occasionnelle

UH : urinaire habituelle

UH + MO : urinaire habituelle + matière occasionnelle

UH + MH : urinaire habituelle + matière habituelle

TABLEAU 56 : distribution croisée des personnes selon la nature de l'incontinence et les troubles de compréhension pour l'institution

Trouble de compréhension					
Nature de l'incontinence	Aucun	Léger	Grave	Très grave	Total
Aucun	49	4	1	1	55
	89.1	7.3	1.8	1.8	100.0
	72.1	28.6	16.7	50.0	61.1
	54.4	4.4	1.1	1.1	61.1
UO	15	5	0	0	20
	75.0	25.0	0.0	0.0	100.0
	22.1	35.7	0.0	0.0	22.2
	16.7	5.6	0.0	0.0	22.2
UH	0	2	0	0	2
	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
	0.0	14.3	0.0	0.0	2.2
	0.0	2.2	0.0	0.0	2.2
UH + MO	1	2	2	0	5
	20.0	40.0	40.0	0.0	100.0
	1.5	14.3	33.3	0.0	5.6
	1.1	2.2	2.2	0.0	5.6
UH + MH	3	1	3	1	8
	37.5	12.5	37.5	12.5	100.0
	4.4	7.1	50.0	50.0	8.9
	3.3	1.1	3.3	1.1	8.9
Total	68	14	6	2	90
	100.0	100.0	100.0	100.0	
	75.6	15.6	6.7	2.2	100.0

TABLEAU 57 : distribution croisée des personnes selon la nature de l'incontinence et les troubles du comportement pour l'institution

Trouble du comportement	Aucun	Léger	Grave	Très grave	Total
Nature de l'incontinence					
Aucune	38 69.1 74.5 42.2	17 30.9 45.9 18.9	0 0.0 0.0 0.0	0 0.0 0.0 0.0	55 100.0 61.1 61.1
UO	9 45.0 17.6 10.0	10 50.0 27.0 11.1	1 5.0 100.0 1.1	0 0.0 0.0 0.0	20 100.0 22.2 22.2
UH	1 50.0 2.0 1.1	1 50.0 2.7 1.1	0 0.0 0.0 0.0	0 0.0 0.0 0.0	2 100.0 2.2 2.2
UH + MO	1 20.0 2.0 1.1	4 80.0 10.8 4.4	0 0.0 0.0 0.0	0 0.0 0.0 0.0	5 100.0 5.6 5.6
UH + MH	2 25.0 3.9 2.2	5 62.5 13.5 5.6	0 0.0 0.0 0.0	1 12.5 100.0 1.1	8 100.0 8.9 8.9
Total	51 100.0 56.7	37 100.0 41.1	1 100.0 1.1	1 100.0 1.1	90 100.0

TABLEAU 58 : distribution croisée des personnes selon la nature des incontinences et les troubles de l'élocution pour l'institution

Trouble élocution	Nature incontinence					Total
	Aucun	Léger	Grave	Très grave	Incompréhensible	
Nature incontinence	37	11	0	5	2	55
Aucune	67,3	20,0	0,0	9,1	3,6	100,0
	74,0	52,4	0,0	55,6	40,0	61,1
	41,1	12,2	0,0	5,6	2,2	61,1
UO	10	6	3	1	0	20
	50,0	30,0	15,0	5,0	0,0	100,0
	20,0	28,6	60,0	11,1	0,0	22,2
	11,1	6,7	3,3	1,1	0,0	22,2
UH	1	1	0	0	0	2
	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	2,0	4,8	0,0	0,0	0,0	2,2
	1,1	1,1	0,0	0,0	0,0	2,2
UH + MO	0	1	0	2	2	5
	0,0	20,0	0,0	40,0	40,0	100,0
	0,0	4,8	0,0	22,2	40,0	5,6
	0,0	1,1	0,0	2,2	2,2	5,6
UH + MH	2	2	2	1	1	8
	25,0	25,0	25,0	12,5	12,5	100,0
	4,0	9,5	40,0	11,1	20,0	8,9
	2,2	2,2	2,2	1,1	1,1	8,9
Total	50	21	5	9	5	90
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	55,6	23,3	5,6	10,0	5,6	100,0

TABLEAU 80 : distribution croisée des personnes selon la présence d'enfant, leur proximité et la fréquence de la correspondance pour le club

Correspondance		Très fréquente	Fréquente	Occasionnelle	Rare	Jamais	Total
Enfant							
Aucun enfant	9	6	1	3	2	21	
	42.9	28.6	4.8	14.3	9.5	100.0	
	34.6	35.3	14.3	27.3	100.0	33.3	
Enfant dans la même ville	14.3	9.5	1.6	4.8	3.2	33.3	
	7	7	5	4	0	23	
	30.4	30.4	21.7	17.4	0.0	100.0	
Enfant dans une autre ville	26.9	41.2	71.4	36.4	0.0	36.5	
	11.1	11.1	7.9	6.3	0.0	36.5	
	10	4	1	4	0	19	
Total	52.6	21.1	5.3	21.1	0.0	100.0	
	38.5	23.5	14.3	36.4	0.0	30.2	
	15.9	6.3	1.6	6.3	0.0	30.2	
Total	26	17	7	11	2	63	
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
	41.3	27.0	11.1	17.5	3.2	100.0	

TABLEAU 8 : distribution croisée des personnes selon les troubles de la marche et la fréquence d'utilisation d'une canne pour le club

Utilisation canne	Jamais	Occasion- nellement	Toujours	Total
Trouble de la marche				
	35	0	0	35
Aucun	100.0	0.0	0.0	100.0
	62.5	0.0	0.0	55.6
	55.6	0.0	0.0	55.6
Léger	21	2	5	28
	75.0	7.1	17.9	100.0
	37.5	100.0	100.0	44.4
	33.3	3.2	7.9	44.4
Total	56	2	5	63
	100.0	100.0	100.0	100.0
	88.9	3.2	7.9	100.0

TABLEAU 82 : distribution des personnes selon les difficultés de vision et la fréquence d'utilisation des lunettes pour le club

TABLEAU : distribution des personnes selon les difficultés de vision et l'utilisation des lunettes pour le club.

Lunettes	Jamais	Occasion- nellement	Toujours	Total
Trouble de la vision				
	1	27	17	45
	2.2	60.0	37.8	100.0
	33.3	77.1	68.0	71.4
Aucun	1.6	42.9	27.0	71.4
	1	7	7	15
	6.7	46.7	46.7	100.0
Léger	33.3	20.0	28.0	23.8
	1.6	11.1	11.1	23.8
	0	1	1	2
Grave	0.0	50.0	50.0	100.0
	0.0	2.9	4.0	3.2
	0.0	1.6	1.6	3.2
Très grave	1	0	0	1
	100.0	0.0	0.0	100.0
	33.3	0.0	0.0	1.6
	1.6	0.0	0.0	1.6
Total	3	35	25	63
	100.0	100.0	100.0	
	4.8	55.6	39.7	100.0

TABLEAU DES PATHOLOGIES

non citées dans le texte en nombre de personnes atteintes et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon.

	INSTITUTION		CLUB	
fracture du col du fémur avec séquelles résiduelles (opérée ou pas)	11	12.2%	2	3.2%
fracture de côte	-	-	1	1.6%
lésion méniscale	-	-	1	1.6%
luxation de l'épaule	2	2.2%	-	-
luxation congénitale de hanche	-	-	1	1.6%
pseudarthrose de l'odontoïde	1	1.1%	-	-
genu varum	1	1.1%	-	-
hallux valgus	-	-	2	3.2%
amputation d'un membre inférieur	2	2.2%	-	-
maladie de Dupuytren	-	-	1	1.6%
prolapsus rectal	2	2.2%	-	-
tumeur du caecum	1	1.1%	-	-
colite spasmodique	-	-	1	1.6%
insuffisance pancréatique par pancréatectomie totale	1	1.1%	-	-
phytobezoard	1	1.1%	-	-
taeniasis	-	-	1	1.6%
hernie inguinale	-	-	3	4.8%
prolapsus vaginal	2	2.2%	-	-
fibrome utérin	-	-	1	1.6%
néocarcinome du col utérin irradié avec une métastase pulmonaire	1	1.1%	-	-
séquelle motrice après inter- vention de Halstedt	1	1.1%	-	-
tremblement sénile	-	-	2	3.2%
vertiges	-	-	1	1.6%
Maladie de Alzheimer	1	1.1%	-	-

TABLEAU DES PATOLOGIES .../...

cancer du poumon	-	-	1	1.6%
sinusite chronique	1	1.1%	-	-
otite chronique	1	1.1%	-	-
polypes des cordes vocales	1	1.1%	-	-
maladie de Vaquez	-	-	1	1.6%
anémie macrocytaire	1	1.1%	-	-
anémie hypochrome	1	1.1%	2	3.2%
leucémie lymphoïde chronique	1	1.1%	-	-
obésité très importante	4	4.4%	1	1.6%
sténose de l'artère centrale de la rétine	1	1.1%	-	-
iridocyclite	1	1.1%	-	-
décollement de la rétine	-	-	2	3.2%
rétinopathie diabétique	1	1.1%	-	-
myopie majeure	-	-	2	3.2%
sténose du canal lachrymal	-	-	1	1.6%
uvéite chronique		-	1	1.6%
allergie à l'iode	1	1.1%	-	-
prurit sénile	-	-	1	1.6%
psoriasis	2	2.2%	-	-
eczéma	2	2.2%	-	-
escarres	1	1.1%	-	-

TABLEAU RECAPITULATIF

des maladies cardio-vasculaires en nombre de personnes atteintes et en pourcentage de la population totale pour l'institution et le club

	INSTITUTION		CLUB	
hypertension artérielle	22	24.4%	22	34.4%
insuffisance cardiaque	11	12.2%	5	7.9%
artériopathie oblitérante des membres inférieurs	8	8.9%	4	6.3%
Angor	7	7.7%	5	7.9%
varices des membres inférieurs	6	6.6%	18	28.6%
antécédent d'infarctus du myocarde	1	1.1%	-	-
antécédent d'embolie pulmonaire	1	1.1%	-	-
bloc auriculo-ventriculaire appareillé	1	1.1%	-	-
antécédents de phlébites des membres inférieurs	2	2.2%	1	1.6%
tachycardie paroxystique	-	-	1	1.6%
hypotension orthostatique	-	-	1	1.6%

TABLEAU RECAPITULATIF

des maladies rhumatologiques en nombre de personnes atteintes et en pourcentage de la population totale pour l'institution et le club.

	INSTITUTION		CLUB	
polyarthrose	7	7.8%	2	3.2%
polyarthrose avec symptomatologie prédominante :				
- au genou	10	11.1%	7	11.1%
- à la hanche	7	7.7%	7	11.1%
- cervicale	3	3.3%	1	1.6%
- lombaire	3	3.3%	11	17.5%
- à l'épaule	-	-	6	9.5%
- à la main	-	-	3	4.8%
sub-total	30	33.3%	37	58.8%
ostéomalacie	2	2.2%	-	-
chondrocalcinose	1	1.1%	-	-
poly-arthrite rhumatoïde	1	1.1%	1	1.6%
maladie de Paget	3	3.3%	-	-
"ostéoporose"	3	3.3%	-	-
"ostéoporose" avec antécédant d'hystérectomie totale, plus annexes	3	3.3%	2	3.2%
péri-arthrite scapulo-humérale	-	-	5	7.9%
TOTAL	43	47.7%	45	71.5%

TABLEAU RECAPITULATIF

des maladies gastro-entérologiques et hépatologiques en nombre de personnes atteintes et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon

	INSTITUTION		CLUB	
hernies hiatales	12	13.3%	7	11.1%
antécédants d'ulcères gastroduodénaux	6	6.6%	1	1.6%
antécédants de gastrite	-	-	1	1.6%
lithiases vésiculaires	8	8.8%	6	9.5%
cirrhose post hépatitique	-	-	1	1.6%

TABLEAU RECAPITULATIF

des maladies uronéphrologiques en nombre de personnes atteintes et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon.

	INSTITUTION		CLUB	
antécédants de coliques néphrétiques	2	2.2%	2	3.2%
antécédant de néphrectomie	1	1.1%	1	1.6%
insuffisance rénale (chez un hyperuricémique)	-	-	1	1.6%
antécédant d'infection urinaire à répétition	5	5.5%	4	6.3%

TABLEAU RECAPITULATIF

des maladies neurologiques et psychiatriques en nombre de personnes atteintes et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon.

	INSTITUTION		CLUB	
syndromes parkinsoniens	4	4.4%	-	-
hémiplégie et paraplégie	14	15.6%	-	-
"insuffisance vasculaire cérébrale"	9	10%	-	-
sclérose en plaque	1	1.1%	-	-
hématome cérébral interne congénital	1	1.1%	-	-
"insuffisance vertébrobasilaire infirme moteur congénital"	2	2.2%	-	-
délires	1	1.1%	-	-
agoraphobie	2	2.2%	-	-
	-	-	2	3.2%

TABLEAU RECAPITULATIF

des maladies métaboliques et endocrinologiques en nombre de personnes atteintes et en pourcentage de la population totale de chaque échantillon

	INSTITUTION		CLUB	
diabète insulo dépendant	2	2.2%	-	-
	4	4.4%	6	9.5%
goutte	2	2.2%	-	-
hyperthyroïdie	1	1.1%	1	1.6%
hypothyroïdie	2	2.2%	-	-

TABLEAU 83 : répartition des médicaments prescrits par classe thérapeutique en fonction des tranches d'âge pour les hommes de l'insitution.

	75/84 ans	85 et plus
1 anti-angoreux	1	
7 anti-agrégant plaquettaire	2	3
15 antalgique		1
9 vasorégulateur	2	2
11 analeptique respiratoire	2	
12 antitussif expectorant fluidifiant	1	
13 anti-inflamatoire	1	
14 corticothérapie	-	-
22 anti-parkinsonien	1	
21 tranquillisant hypnotique	3	2
23 anti-ulcéreux	2	1
26 anti-anémique	1	
27 vitamine		1
28 anti-biotique	1	1
31 divers	2	
Total	19	11
nombre de médicaments /		
nombre de personnes	(3) 6.33	(3) 3.66

TABLEAU 84 : répartition des médicaments prescrits par classe thérapeutique en fonction des tranches d'âge pour les hommes du club.

	60/74 ans	75/84 ans	85 et plus
1 anti-angoreux	2	2	1
4 b bloquant	-	1	-
7 anti-agrégant	1	-	-
9 vasorégulateur	-	3	-
13 anti-inflamatoire	2	-	-
15 antalgique	1	-	-
16 anti-goutteux	-	1	-
19 anxiolitique	-	1	-
	6	8	1
nombre de médicaments / nombre de personnes	(1) 6	(7) 1.14	(7) 0.25

TABLEAU 85 : nombre de personnes et pourcentage de la totalité de chaque échantillon selon le nombre de médicaments prescrits par personne pour les hommes de l'institution et du club.

HOMMES

	Institution			Club		
	60/74 ans	75/84 ans	85/plus	60/74 ans	75/84 ans	85/plus
Ne prennent pas de médicaments	-	-	-	-	2(3.2%)	3(4.8%)
Preignent 1 médicament	-	-	1(1.1%)	-	-	1(1.6%)
Preignent 2 médicaments	-	-	-	-	2(3.2%)	-
Preignent 3 médicaments	-	-	1(1.1%)	-	2(3.2%)	-
Preignent 4 médicaments et plus	-	3(3.3%)	1(1.1%)	1(1.6%)	1(1.6%)	-

B I B L I O G R A P H I E

A et A MIZRAHI, D. MOYSE

Les personnes âgées vivant en institution : caractères socio-démographiques, autonomie et handicaps.

CREDOC, juin 1977.

A et A MIZRAHI

Relation entre handicaps et autonomie et analyse des durées de séjours des personnes âgées vivant en institution.

CREDOC, décembre 1978.

18 JUN 1980

2 x . 101

30 JUN 1980

20 JUN 1980

