

COORDINATION GERONTOLOGIQUE POUR LE SOUTIEN A DOMICILE
EN MILIEU RURAL :
QUATRE ANS D'EXPERIENCE
BILAN

Docteur H. SCHNEIDER

Groupe Médical

13, rue du Meilet

27000 EVREUX.

Historique :

L'instance de Coordination Gériatologique des quatre cantons d'Evreux, de Saint-André, de Conches et de Vernon a été créée en Juin 1983 sous forme d'une association Loi 1901 regroupant en son sein les différents partenaires de l'Action Gériatologique, qu'ils viennent du milieu sanitaire ou du milieu social. L'un de ses buts était de promouvoir le soutien à domicile.

Après une phase de tâtonnement, il est apparu très clairement qu'une méthode de travail devait être élaborée pour rendre ce soutien efficace et durable, méthode maintenant bien rodée et qui repose sur cinq éléments :

- un langage commun qui est l'analyse de l'autonomie du vieillard à travers la grille " GERONTE "
- étude de l'environnement
- la mise en place de l'équipe pluridisciplinaire, en général médico sociale
- la concertation avec fixation de l'objectif thérapeutique
- le suivi

L'introduction de la grille d'autonomie " géronte " s'est faite pour des raisons très pratiques qui sont d'une part sa maniabilité ne nécessitant pas de connaissances spécialisées et d'autre part à ses possibilités d'exploitation informatique.

BILAN :

- méthodologie : nous sommes adressés à la possibilité qu'offre GERONTE et le programme d'exploitation informatique GERIATRIX de réaliser des études de groupe. Ces études de groupe consistent dans un premier temps à calculer la moyenne d'autonomie d'une population donnée, item par item : c'est le GERONTE BARYCENTRE qui est visualisé par la silhouette de géronte où la densité des points représente graphiquement la moyenne d'autonomie du groupe (rappelons que la cotation sur chaque item d'autonomie va de :

0 - ne fait pas

à 2 - fait tout seul

en passant par la cotation 1 - fait en partie ou avec aide

Dans un deuxième temps, à l'aide de la méthode de calcul statistique KHI2, il est possible de comparer deux groupes, de mesurer leurs différences (en l'occurrence, il s'agit ici des différences d'autonomie) et de dire si ces différences sont significatives, c'est-à-dire indépendantes du hasard : on admet qu'une différence est significative lorsque sa probabilité d'être liée au hasard P est $< 5 \%$, et hautement significative si cette probabilité est $< 1 \%$.

Nous avons de cette manière constitué quatre groupes barycentriques :

– dans le premier groupe appelé PREM ont été repris les gérontes de tous les vieillards pris en charge par l'Instance Locale de Coordination Gériatologique (ILCG) en 1984 : la moyenne d'âge de ce groupe est de 82 ans et 9 mois.

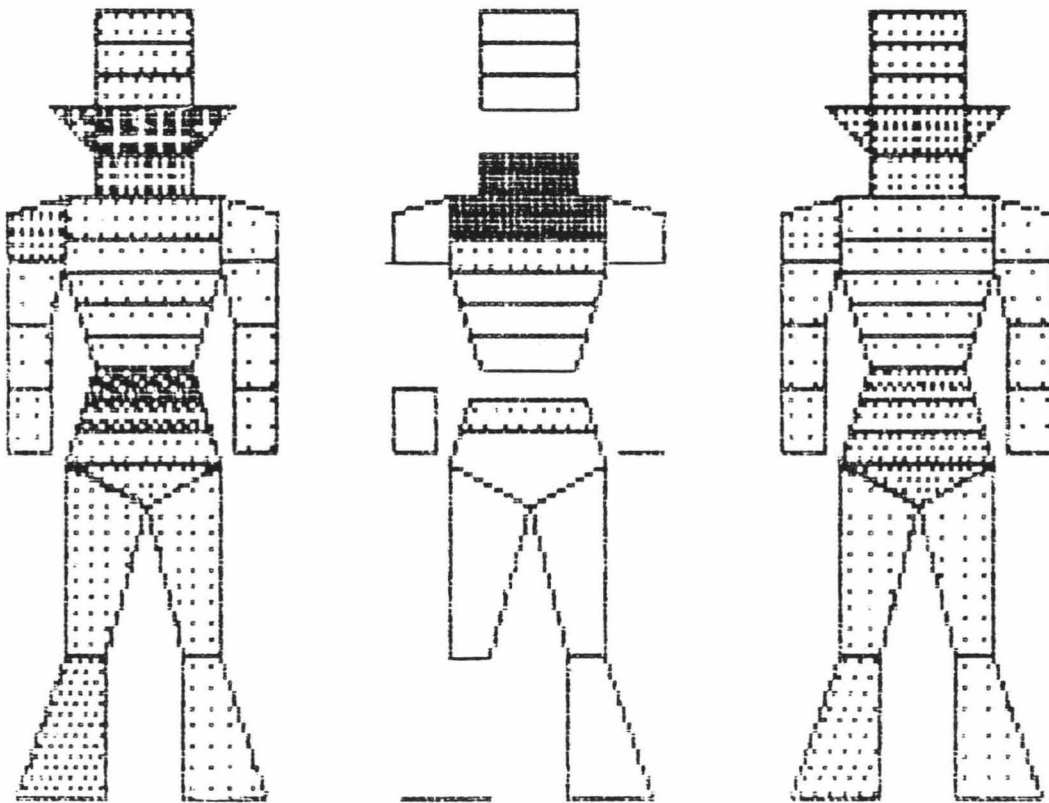
– dans le deuxième groupe DEUX, il s'agit des gérontes recueillies en 85 lors des interventions de ILCG : la moyenne d'âge de ce groupe est de 82 ans et 5 mois.

– dans le troisième groupe appelé TROI, il s'agit des gérontes de 1966 : la moyenne d'âge de ce groupe est de 80 ans et 8 mois.

– dans la quatrième groupe appelé QUAT, il s'agit des gérontes de 1987 et du premier semestre 1988 : la moyenne d'âge de ce groupe est de 82 ans et 5 mois.

Ces quatre groupes ont ensuite été comparés dans le test du KHI 2 au même groupe témoin constitué par les résidents de Long Séjour du Centre Hospitalier Général d'Evreux, groupe constitué en 1985 et dont la moyenne d'âge est de 82 ans et 6 mois.

La représentation graphique de cette comparaison fournie par ordinateur avec le logiciel GERIATRIX permet de **visualiser** d'un côté le groupe barycentrique **Long Séjour**, de l'autre le groupe barycentrique du **domicile** et au milieu le GERONTE KHI 2 où s'affichent, item par item, les différences **significatives**, en **pointillés pour $P < 5 \%$** et en **plein pour $P < 1 \%$** . Les items **restés blancs** sont ceux pour lesquels le calcul KHI 2 n'a **pas mis en évidence** de **différences** entre les deux groupes et les **cases manquantes** représentent les items pour lesquels les tableaux **ne permettent pas de conclure**.



KHI 2

Barycentre du groupe long séjour hospitalier 32 personnes. La densité des points est fonction de la moyenne d'autonomie sur chaque item qui peut varier de 0 à 2.

Barycentre du groupe maintien à domicile 46 personnes maintenues à domicile par coordination en 1984.

Les items significativement différents s'affichent en noir par $P < 0,01$ et en pointillé par $P < 0,05$.
Les items manquants sont ceux sur lesquels la conclusion n'est pas possible.

RESULTATS

1/ Comparaisons entre domicile 1984 et Long Séjour :

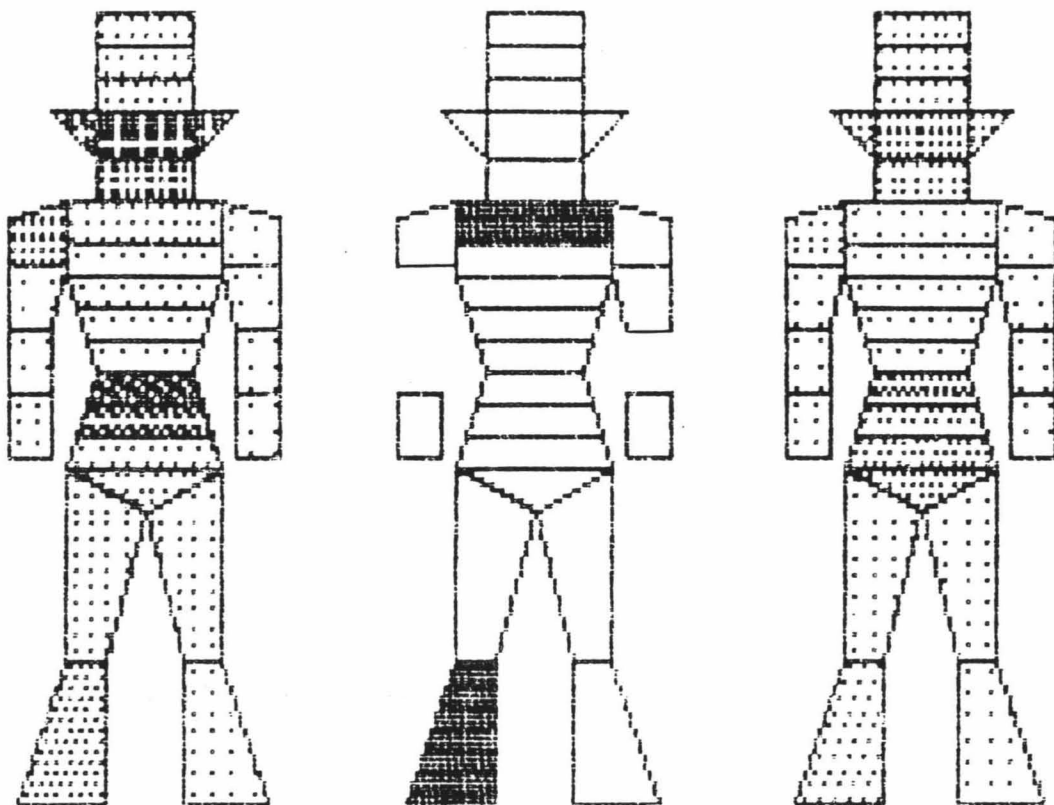
Il n'apparaît aucune différence sur 13 items, en particulier ni sur les items PSYCHIQUES (cohérence, orientation, insertion sociale) ni sur les items d'HABILLAGE, de CONTINENCE ni enfin sur l'item de validité globale. Sur les items " VOIR ", " ENTENDRE ", " TYPE D'ALIMENTATION ", les termes du tableau ne permettent pas de conclure, le nombre de sujets concernés n'étant pas suffisant : dans ce cas, nous avons regroupé les sujets côtés 0 et 1 et procédé à un nouveau KHI 2 qui n'affiche aucune différence entre les deux groupes.

Sur les items " MENAGE ", " ACHATS ", " VISITE " et " ACTIVITES ", les tableaux ne permettent pas de conclure non plus : dans ce cas en opérant en regroupement des sujets côtés 2 et 1 (c'est-à-dire les sujets totalement valides sur ces items et les sujets pour lesquels l'autonomie sur ces items est seulement réduite), la comparaison devient possible et le KHI 2 n'affiche là encore aucune différence.

Par contre, des différences hautement significatives apparaissent sur les items " PARLER " et " TOILETTE HAUTE ", ces différences sont à l'avantage du Long Séjour dont la moyenne d'autonomie est meilleure à ces niveaux.

Quant à la différence sur l'item " CUISINE " (hautement significative) pour être interprétable, elle a nécessité le regroupement 1 et 2 ; elle est bien sur à

REGROUPEMENT ITEMS 0 + 1



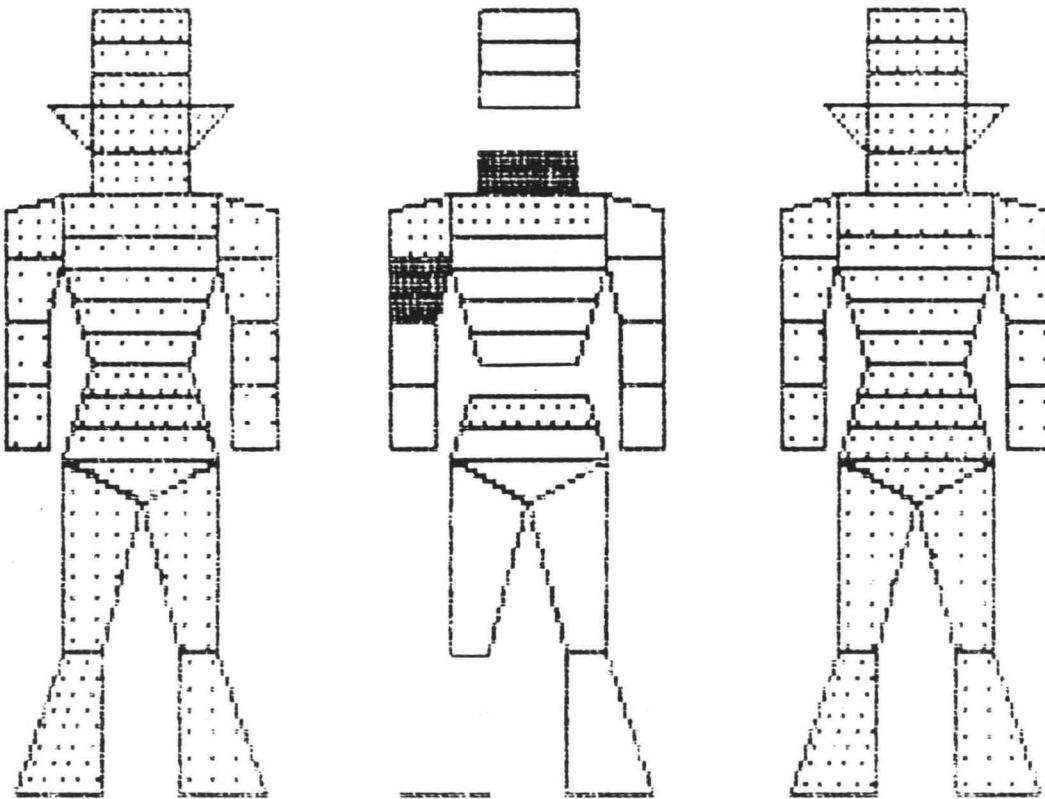
KI2 0+1

Barycentre long séjour
après regroupement des
cotations 0 ou 1
32 personnes.

Barycentre domicile
après regroupement des
cotations 0 ou 1
46 personnes.

Après regroupement des sujets
cotés 0 ou 1 sur le même item,
on voit qu'il n'existe aucune
différence sur les items " voir " et
" entendre " ininterprétables
auparavant.

REGROUPEMENT ITEMS 1 + 2



KI2 1+2

Barycentre du groupe long séjour après regroupement des sujets cotés 1 ou 2 sur chaque item. La moyenne apparaît moins bonne du fait du remplacement de la cotation 2 par la 1.

Barycentre du groupe domicile après regroupement des sujets cotés 1 ou 2.

Le remplacement d'une cotation 2 par 1 et le regroupement permet de mettre en évidence les différences significatives sur les items "objets usuels" et "cuisine".

l'avantage du domicile, l'hébergement en Long Séjour entraînant ipso facto, des repas tout préparés, servis par l'institution.

En ce qui concerne la " TOILETTE BASSE ", " L'AIDE A L'ALIMENTATION " et " LA VALIDITE A L'INTERIEUR " une différence significative ($P < 5 \%$) existe à l'avantage du Long Séjour, moins handicapé sur ces items (la validité interne, pour être interprétable, a nécessité le regroupement 0 et 1 et la différence devient alors hautement significative).

Ainsi donc, la comparaison du groupe maintenu à domicile en 1984 par le système de Coordination Gériatologique et le groupe hospitalisé en Long Séjour hospitalier permet d'affirmer que la population maintenue à domicile était aussi handicapée que celle prise en charge en Long Séjour et même plus handicapé sur 5 des 27 items de GERONTE.

2/ Comparaisons entre 1985 et Long Séjour :

Une première remarque s'impose : le nombre de sujets aidés en 1985 est nettement plus important. Ceci est dû à l'impact produit par la Coopération, suscitant de ce fait une demande accrue notamment de la part des structures installées d'aide à domicile (Aide Ménagère).

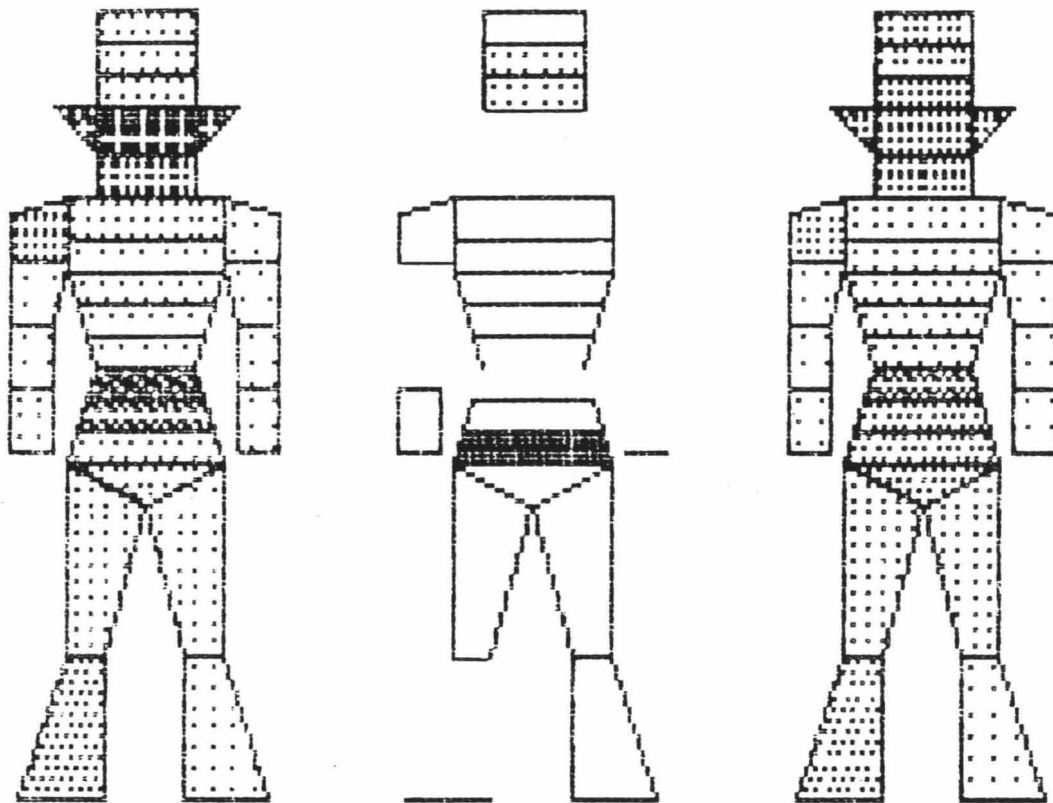
La comparaison met alors en évidence une différence sur trois items : significative en ce qui concerne l'**orientation temporo spatiale** et l'**insertion sociale**, hautement significative en ce qui concerne la **continence urinaire**.

Ces items sont d'ailleurs liés : on comprend aisément qu'une personne, désorientée et mal insérée dans son environnement (hospitalier) trouve moins facilement les toilettes. La différence est donc à l'avantage du maintien à domicile et là aussi l'explication est simple : la transplantation d'un sujet âgé de son domicile en institution va perturber son orientation et son insertion ce qui soit dit en passant démontre le caractère pathogène du placement non demandé par la personne elle-même.

Un fait est à signaler : il n'y a aucune différence en ce qui concerne la **cohérence**, c'est-à-dire que l'incidence de la démence est la même dans les deux groupes mais que l'expression de la démence s'aggrave en institution avec ses troubles d'orientation et de continence.

En ce qui concerne la validité globale, il faut souligner, là encore qu'il n'y a pas de différence et que la **grabatisation est la même dans les deux populations**.

COMPARAISON ENTRE " LONG SEJOUR " ET " MAINTIEN A DOMICILE 1985 "



KH12

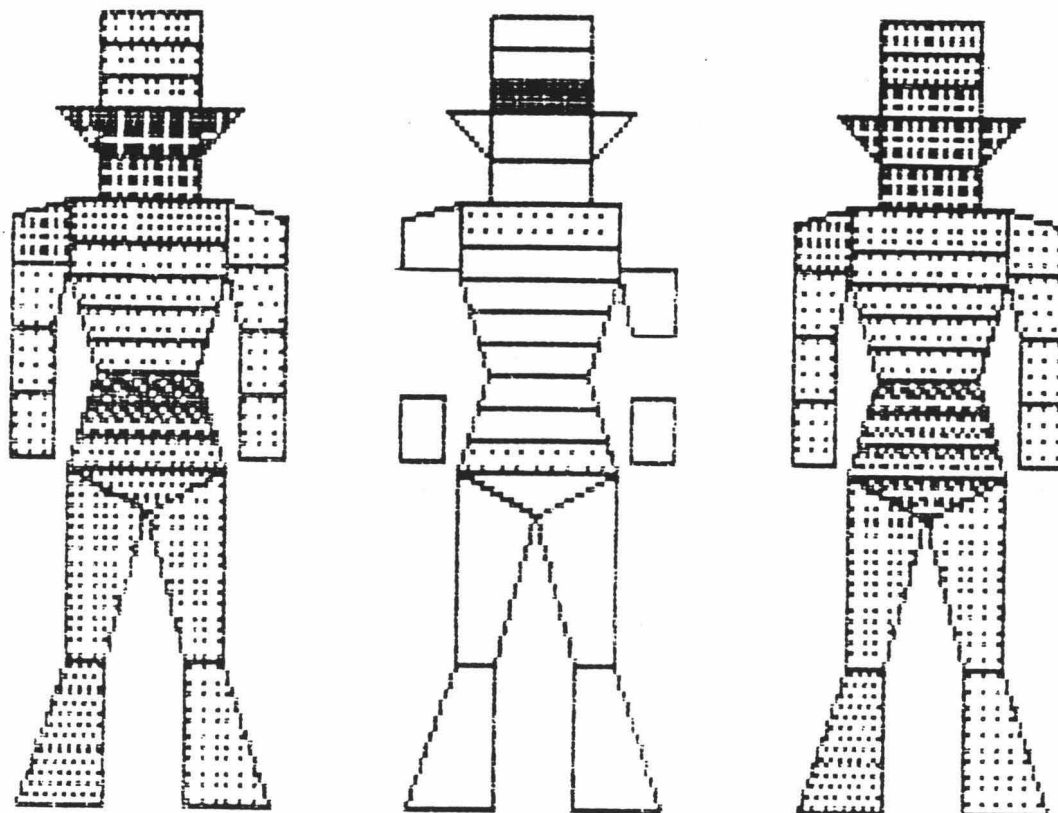
Barycentre du groupe long
séjour hospitalier,
32 personnes.

Barycentre du groupe
maintien à domicile coordonné 1
86 personnes.

Différence significative
sur les items " orientation
T.S. " et " insertion sociale "
est hautement significative sur
l'item " continence urinaire ".
Le placement en institution
décompense la démence.

COMPARAISON ENTRE " LONG SEJOUR " ET MAINTIEN A DOMICILE 1985 "

REGROUPEMENT ITEMS 0 + 1



KI2 0+1

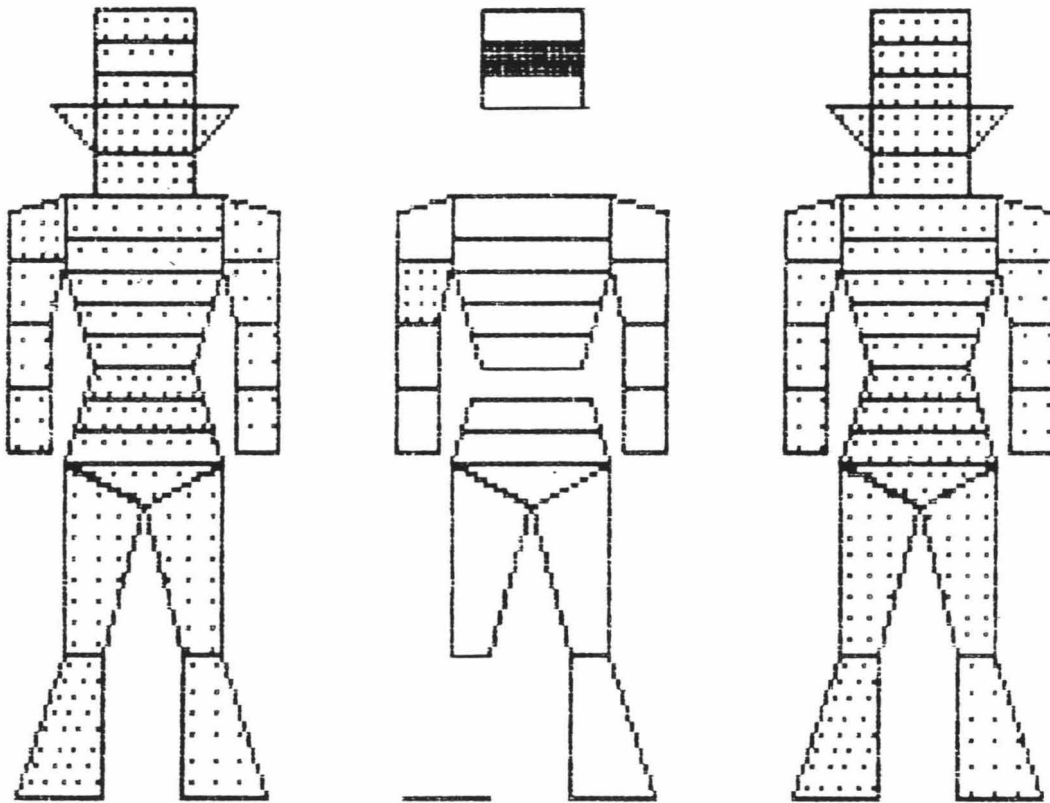
Barycentre du groupe
long séjour 32 personnes
après regroupement des
cotations 0 et 1.

Barycentre du groupe à domicile
86 personnes
après regroupement des
cotations 0 et 1.

Pas de différence après regroupement
sur les items sensoriels.
Le côté "stimulation" du long séjour
est mis en évidence sur l'item "toilette"
et "facilité d'alimentation".

COMPARAISON ENTRE " LONG SEJOUR " ET " MAINTIEN A DOMICILE 1985 "

REGROUPEMENT ITEMS 1 + 2

**KI2 1+2**

Barycentre du groupe
long séjour 92 personnes
après regroupement des
cotations 2 et 1.

Barycentre du groupe domicile
86 personnes
après regroupement des
cotations 2 et 1.

Il s'agit ici d'analyser les
items explorant la vie domestique
et la vie extérieure, une
différence apparaît sur l'item "cuisine".

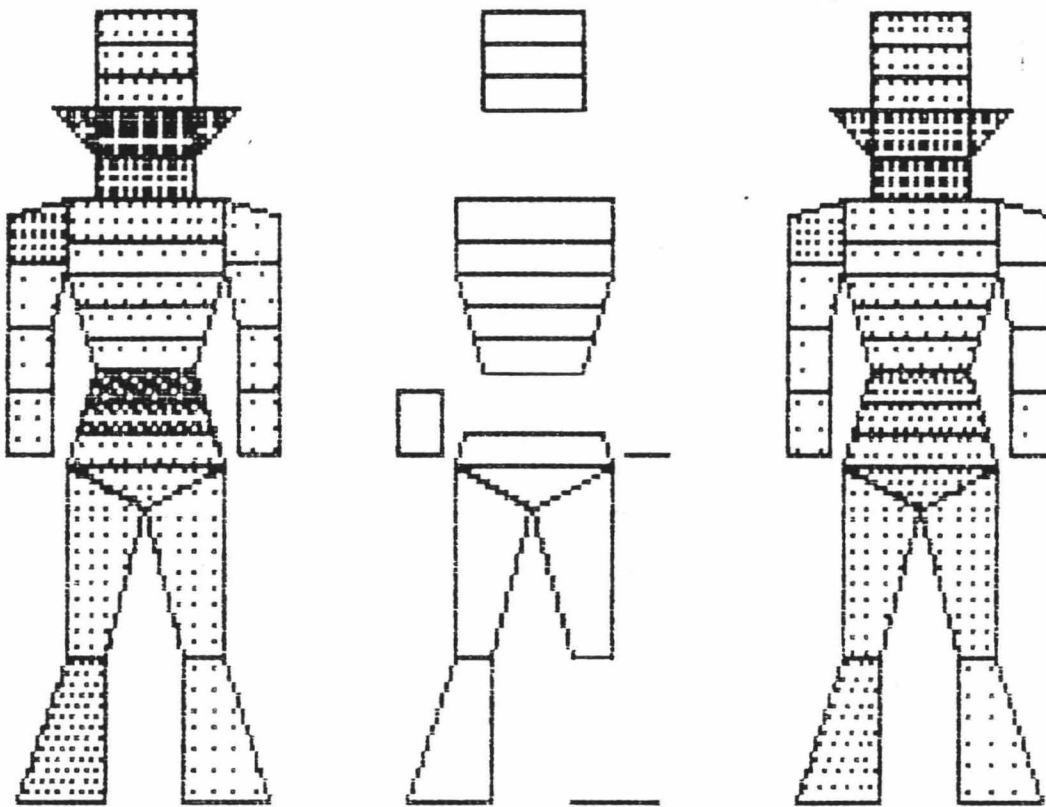
A la vue des tableaux de calcul, il apparaît cependant que certains KHI 2 pour être valables nécessitent des regroupements ainsi, nous avons regroupés les sujets côtés 0 et 1 pour les items " VOIR ", " ENTENDRE ", " PARLER ", " TYPE D'ALIMENTATION ", " DEPLACEMENT INTERNE ". On stipule dans ces conditions qu'il n'y a pas de différences entre semi-valide et invalide pour les items considérés.

De ce fait on constitue dans chaque population étudiée un nombre suffisant d'individus permettant la comparaison par test KHI 2. Le même procédé de regroupement en deux sous groupes a été appliqué en réunissant les sujets côtés 2 et 1 pour les items " CUISINE ", " MENAGE ", " TRANSPORT ", " ACHATS ", " VISITE " et " ACTIVITES ", ce qui permet là encore de valider statistiquement la comparaison. Le regroupement dans ce cas là constitue deux sous groupes, les totalement invalides et les autres.

Au total, en reprenant pour les éliminer tous les KHI2 non interprétables et en procédant aux regroupements précédemment cités, la comparaison entre le groupe domicile 1985 et Long Séjour confirme la différence significative sur l'orientation et l'insertion sociale et la différence hautement significative sur la continence urinaire, différence dont l'explication a déjà été donnée.

La Coordination a donc pu maintenir en 1985, à domicile, un groupe tout à fait comparable au Long Séjour mais moins perturbé du fait de sa non transplantation.

COMPARAISON ENTRE " LONG SEJOUR " ET " MAINTIEN A DOMICILE 1986 "

**KHI2**

Barycentre du groupe
long séjour 32 personnes
en long séjour .

Barycentre du groupe domicile
31 personnes maintenues à
domicile en 1986 par
coordination.

Pas de différence significative
sur les items mentaux, corporels
et de validité.

3/ Comparaisons entre domicile 1986 et Long Séjour :

Une première remarque s'impose, le nombre de cas pris en charge est nettement inférieur à 1984 et 1985. Pourquoi ?

L'explication pourrait être la suivante : après l'explosion de la Coordination en 85 et la familiarisation de la méthodologie, les responsables des structures traditionnelles (aide-ménagère, soins à domicile) ont pris l'habitude de mobiliser les moyens existants sans recourir à l'aide de l'Association de Coordination. Restaient alors à prendre en charge deux types de cas :

- les cas " à problèmes " sur le terrain
- les cas hospitalisés et en voie d'institutionnalisation

(la Coordination a vu son rôle changé et être amenée à préparer des sorties de Long Séjour).

Après vérification des tableaux et regroupement, les résultats de la comparaison sont les suivants :

Il est impossible de conclure sur deux items " CUISINE " et " ACHATS ".

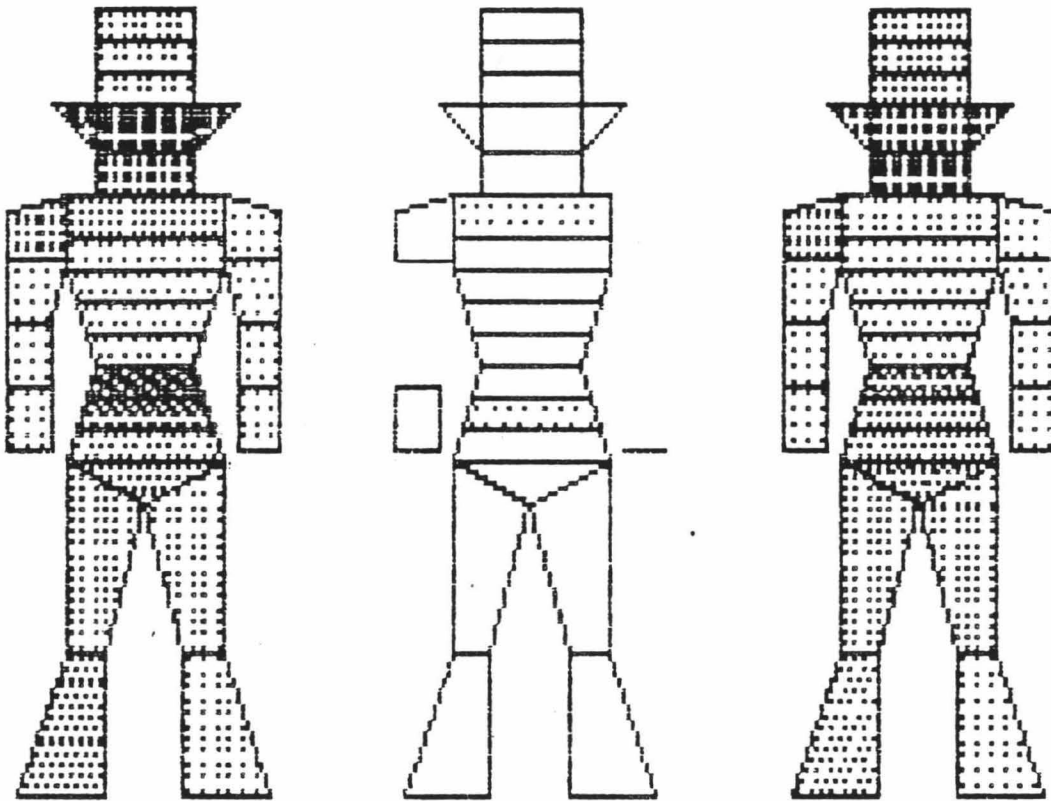
Il n'y a aucune différence sur 22 ITEMS DONT LES ITEMS PSYCHIQUES ET DE VALIDITES.

Il existe une différence significative sur l'item " FACILITE D'ALIMENTATION " : les sujets en Long Séjour sont moins aidés que les sujets maintenus à domicile. C'est ici le côté stimulation de l'autonomie de Long Séjour qui est mis en évidence.

Enfin, il existe une différence hautement significative sur les deux items suivants " TRANSPORT " et " VISITE " où le Long Séjour est en moyenne plus autonome.

COMPARAISON ENTRE " LONG SEJOUR " ET " MAINTIEN A DOMICILE " 1986.

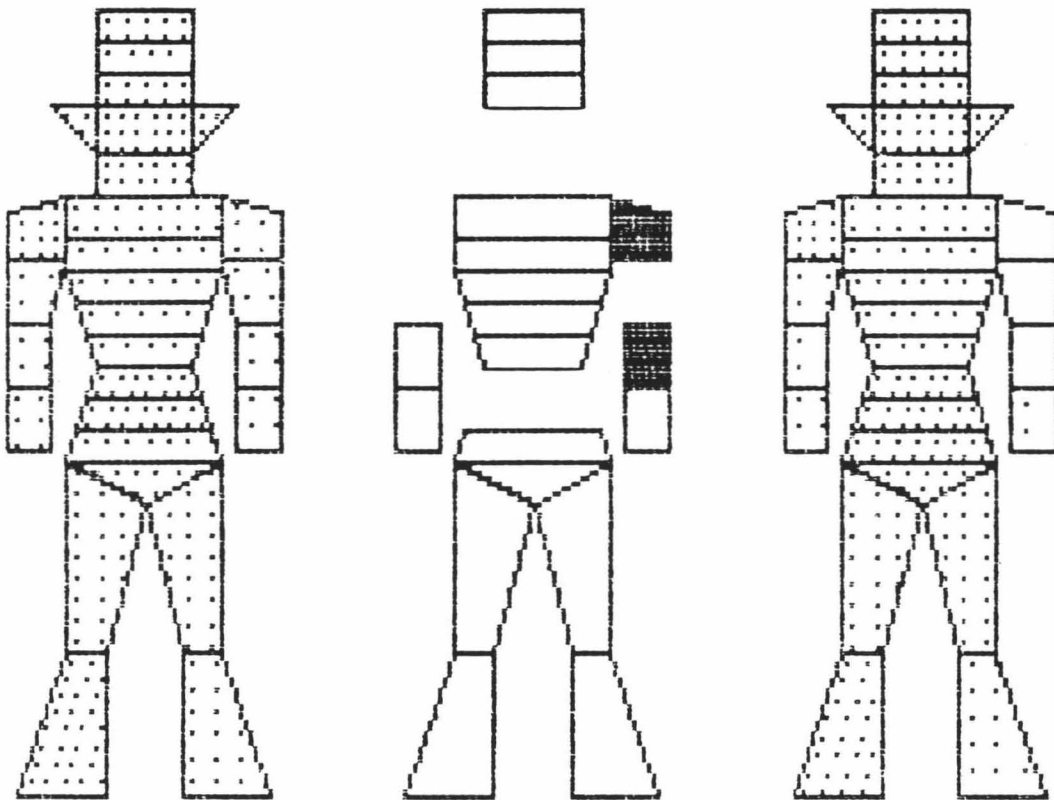
REGROUPEMENT ITEMS 0 + 1

**K12 0+1**Barycentre groupe
long séjour.Barycentre groupe
domicile.

KHI 2 après regroupement
des items cotés 0 et 1 : il
s'agit essentiellement
de comparer les items sensoriels
et aucune différence n'est
mise en évidence.

COMPARAISON ENTRE " LONG SEJOUR " ET " MAINTIEN A DOMICILE 1986 "

REGROUPEMENT DES ITEMS 1 + 2



KI2 1+2

Barycentre du groupe
long séjour 32 personnes
en long séjour.

Barycentre du groupe domicile
31 personnes maintenues à
domicile en 1986 par coordination

Le regroupement des cotations 1 et 2
sont en évidence l'isolement social
des patients maintenus à domicile
en milieu rural.

Cela veut dire qu'en coordination ont été pris en charge des sujets beaucoup plus handicapés sur le plan des relations sociales. En fait cela traduit, puisqu'au niveau de la grabatisation (validité globale et validité interne) il n'y a pas de différence, la progression de l'incidence de la démence (ou plus généralement des handicaps mentaux) dans la population maintenue à domicile. Cela n'a d'ailleurs rien d'étonnant car on sait très bien que les démences touchent davantage les gens de plus 80 ans et que c'est cette tranche d'âge dont le nombre va doubler dans les prochaines décénies.

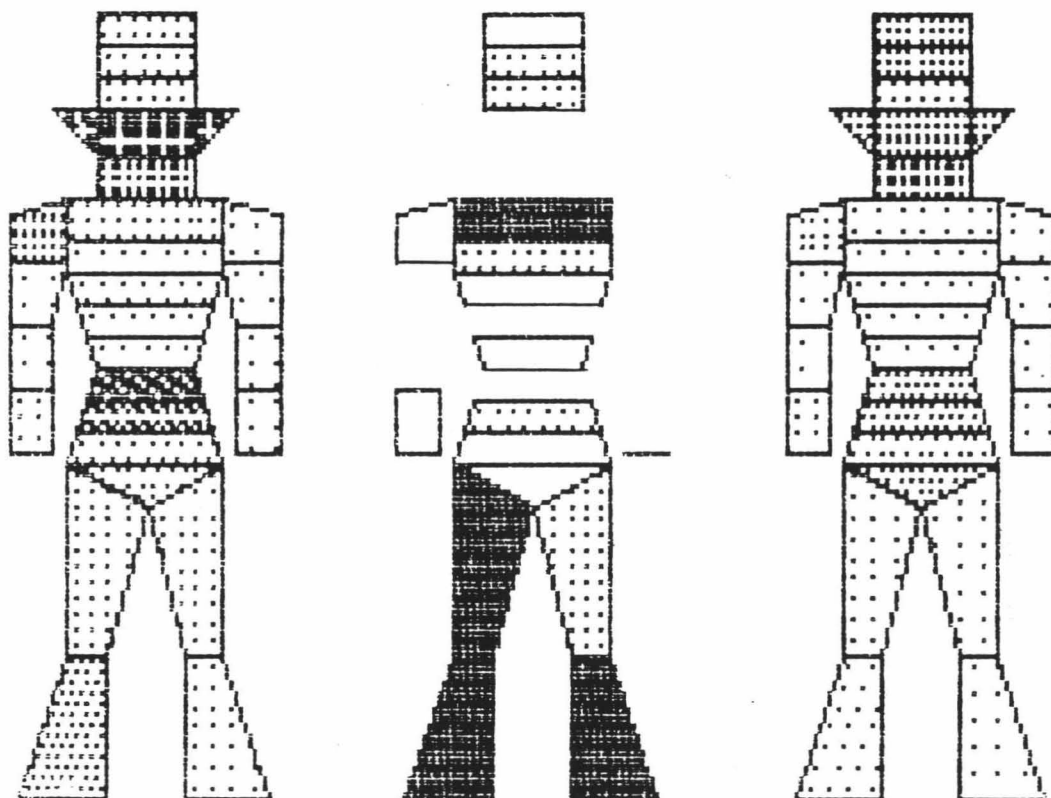
4/ Comparaisons entre domicile 1987 - premier semestre 1988 et Long Séjour :

Nous assistons maintenant à un alourdissement quant aux handicaps de la population prise en charge à domicile.

En effet, les trois items de VALIDITE (LEVER - COUCHER, DEPLACEMENT INTERNE ET VALIDITE A L'EXTERIEUR) montrent une différence hautement significative avec des gens moins handicapés en Long Séjour. L'item " MODE DE DEPLACEMENT " affiche lui aussi une différence significative, à l'avantage du Long Séjour. Par contre en Long Séjour, ils restent toujours plus perturbés dans L'ORIENTATION et L'INSERTION SOCIALE pour les raisons que nous avons déjà évoquées.

Enfin, pour la TOILETTE il existe une différence significative entre le Long Séjour et le domicile, différence à l'avantage du Long Séjour. Si l'on essaie d'expliquer ces différences, on pourrait évoquer l'hypothèse de l'environnement hospitalier où la toilette devient un objectif en soi avec la stimulation qu'elle entraîne. Il se pourrait donc que l'objectif d'hygiène de l'institution se traduise à ce niveau dans le bilan d'autonomie d'un Long Séjour.

COMPARAISON ENTRE " LONG SEJOUR " ET " MAINTIEN A DOMICILE " 1987/88 "



KHI 2

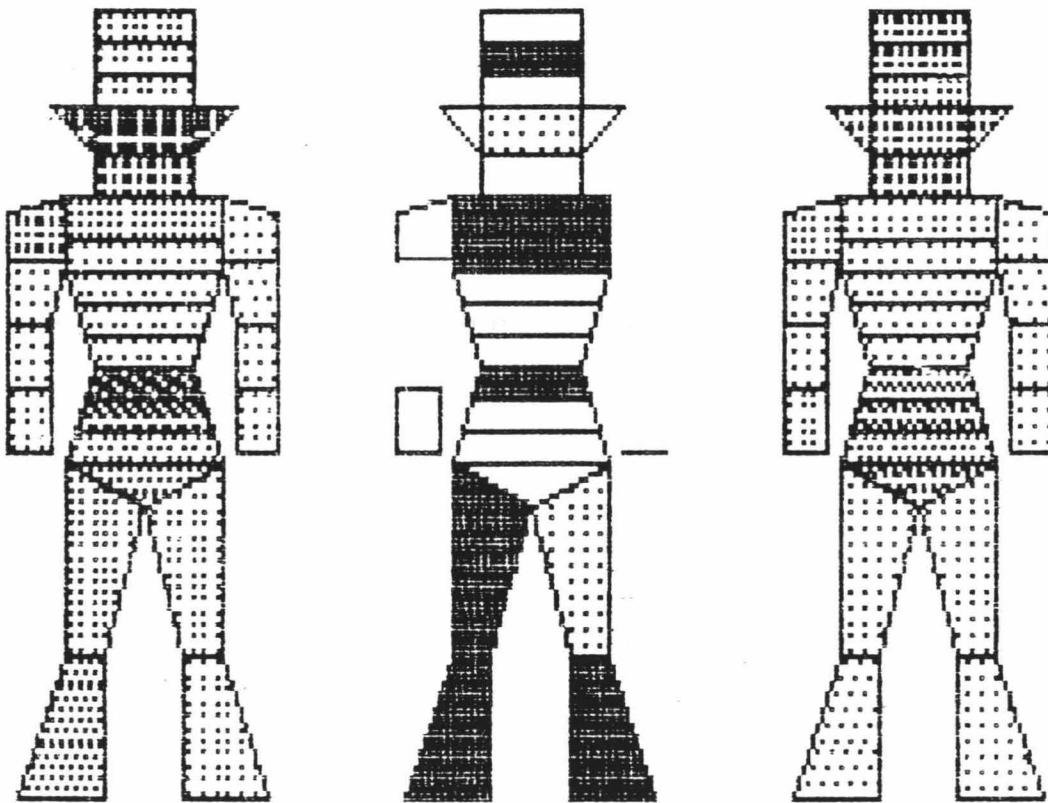
Barycentre du groupe long
séjour 32 personnes.

Barycentre du groupe 51 personnes
maintenues à domicile en
1987/88.

On assiste à l'aboutissement
du maintien à domicile avec une
perte d'autonomie significativement
plus importante qu'en long séjour.
La perte d'autonomie ne peut donc
être le vrai motif du placement.

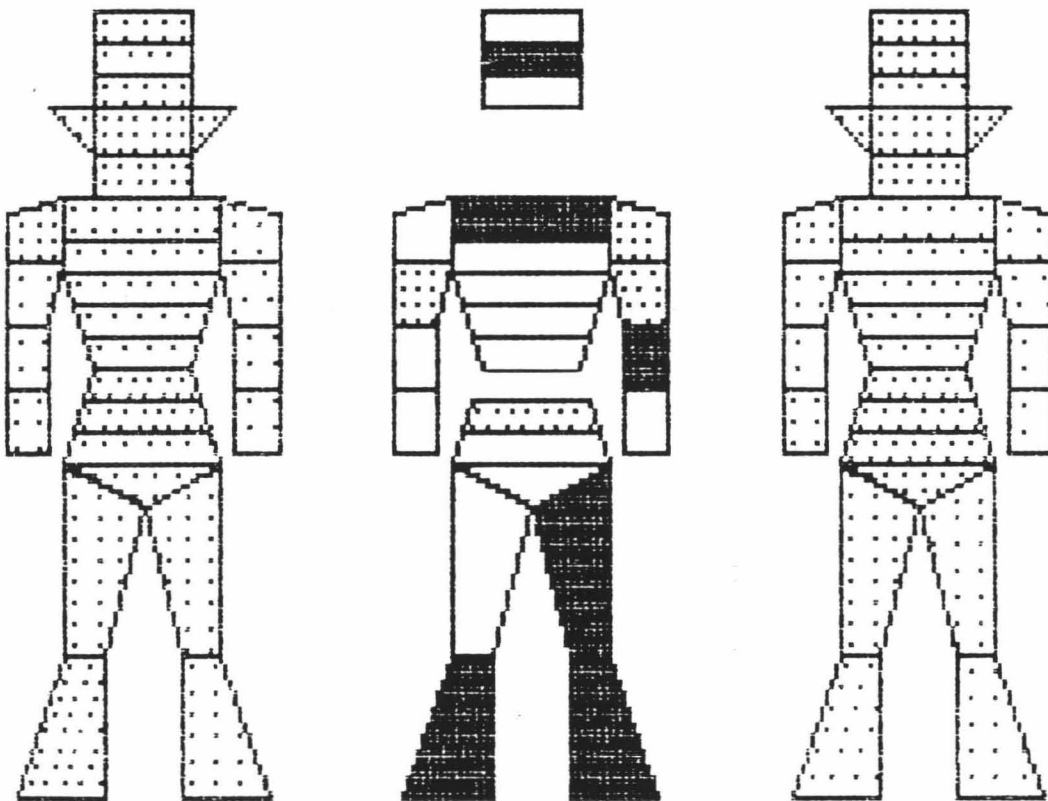
COMPARAISON ENTRE " LONG SEJOUR " ET " MAINTIEN A DOMICILE 1987/88 "

REGROUPEMENT DES ITEMS 0 + 1

**KI2 0+1**Barycentre du
groupe long séjour .Barycentre du
groupe domicile .

Même sur les items sensoriels,
le handicap est plus important à domicile.

COMPARAISON ENTRE " LONG SEJOUR " ET " MAINTIEN A DOMICILE 1987/88 "
 REGROUPEMENT DES ITEMS 1 + 2



KI2 1+2

Barycentre du
groupe long séjour.

Barycentre du
groupe domicile .

Le regroupement des cotations
1 et 2 confirme la
perte d'autonomie majeure de
la population maintenue à domicile.

En ce qui concerne les items " CUISINE ", " MENAGE ", " TRANSPORTS ", " ACHATS ", " VISITES " et " ACTIVITES ", pour les rendre interprétables on doit recourir au groupement des sujets côtés 1 et 2, c'est-à-dire confondre dans le même groupe les semi-valides et les valides : dans ce cas la différence devient effectivement hautement significative entre le Long Séjour et le domicile sur l'item " VISITES " et significative sur les items " TRANSPORTS " et " ACHATS ", ce qui veut dire qu'à domicile les gens sont nettement plus isolés et grabataires que ceux placés en Long Séjour.

Enfin, après regroupement des sujets totalement invalides avec les semi-valides, on met en évidence une différence sur LA VISION, à l'avantage du Long Séjour.

Il apparaît donc que la population maintenue à domicile s'est alourdie quant aux handicaps ce qui fait qu'en 87 et au cours du premier semestre 88 les gens maintenus à domicile ont été plus dépendants que ceux placés en Long Séjour.

CONCLUSION :

En quatre ans de coordination du soutien à domicile, après avoir mis au point une méthode de travail centrée sur l'utilisation de la grille visualisée d'autonomie GERONTE, grille dont l'informatisation permet un travail rigoureux de comparaison de population, nous avons pu créer sur un secteur de sept cantons du département de l'Eure l'équivalent de 214 lits de LONG SEJOUR TEMPORAIRE. Il peut paraître curieux d'additionner les cas individuels, mais chaque prise en charge nouvelle se fait en un lieu nouveau et nécessite la mobilisation d'une équipe de terrain nouvelle, suscitant de ce fait des problèmes spécifiques même si les responsables administratifs sont les mêmes.

Il apparaît donc que le discours traditionnel avec les limites du maintien à domicile est dépassé. En effet, si comme on le sait d'expérience le maintien à domicile dépend bien de l'autonomie du patient, ce travail démontre clairement la dépendance lourde des gens maintenus à domicile, dépendance qui dépasse parfois celle des sujets placés en Long Séjour. La mobilisation des partenaires médicaux et sociaux permet la prise en charge des gens âgés quelque soit leur dépendance, mais cette mobilisation doit être organisée et maintenue.

H. SCHNEIDER.

RESUME

Le présent travail évalue les résultats du maintien à domicile des gens âgés et handicapés en les comparant à une population témoin de Long Séjour à travers la grille visualisée d'autonomie appelée GERONTE. Il met en évidence la similitude des deux populations, apportant la démonstration qu'un soutien coordonné à domicile évite le placement en Long Séjour quelque soit le handicap.

BIBLIOGRAPHIE

1 - ATTALLI (G)

Informatisation de GERONTE

Symbiose - Revue des Professions de Santé, N° 20

2 - ATTALLI (G), LEROUX (R)

Traitement de l'information dans un service de Gériatrie

La Revue de Gériatrie, 1982.

3 - LEROUX (R), ATTALLI (G)

Programme informatique dans un service de Gériatrie

La Revue de Gériatrie, 1979, IV.

4 - LEROUX (R), VIAU (G)

Elaboration d'une échelle d'environnement pour les Personnes Agées.

VIERZON : Centre Hospitalier, 1986.

5 - SCHNEIDER (H), FAVRY (M)

Vieillards invalides : placement inéluctables ?

Années - Documents C.L.E.I.R.P.P.A., 1985, 156.

6 - SCHNEIDER (H), FAVRY (M)

Comparaison entre le maintien à domicile, le Long Séjour et la Section de Cure Médicale.

Gérontologie et Société, 1985, 34.

7 - SCHNEIDER (H), FAVRY (M)

Contribution à l'étude du vieillissement dans le Département de l'Eure, O.R.S.

de

Haute-Normandie, 1986.