

DUI Coordination en gérontologie
DIU Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'EHPAD
DU d'Infirmier(ière) Référent(e) et coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD

Les EHPAD se ressemblent-ils?

La différence entre les EHPAD selon la population
accueillie



PRÉSENTÉ PAR : Laetitia FINIANOS, Luciany DEPORCQ SERVA, Meriama KIRAD,
Julien BOLLON

DIRECTEUR DE MÉMOIRE : Pr Serge REINGEWIRTZ

Remerciements

Tout d'abord nous tenons à remercier notre directeur de mémoire, le professeur Serge REINGEWIRTZ ; merci pour vos conseils avisés, votre disponibilité et votre bienveillance, vous avez su nous donner l'envie de nous dépasser pour la réalisation de ce projet.

Merci à l'équipe pédagogique de ce DU pour la qualité des enseignements dispensés.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Enfin, nous remercions nos familles et nos proches qui nous ont soutenu tout au long de notre formation, merci pour le soutien et l'amour indéfectible que vous nous portez.

Table des matières

Remerciements	1
Introduction	3
Cadre conceptuel.....	3
Objectifs de l' étude:.....	4
I. Cadre théorique	5
1. Profils de Soins et PATHOS	5
2. Importance de ces critères et implications pour la gestion des EHPAD	7
II. Méthodologie.....	9
1. Méthodes de collecte des données	10
2. Les indicateurs sélectionnés	10
III. Résultats	11
IV. Discussion.....	20
1. Profils de soins	20
1.1. Discussion	20
1.2. Interprétation	21
2. Etats pathologiques.....	22
2.1. Discussion	22
2.2. Interprétation	23
3. Implications pour les établissements	24
4. Limites de l' étude	25
Conclusion	27
Résumé	28
Abstract.....	28
Bibliographie	29

Introduction

Dans un contexte de vieillissement de la population française, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont devenus des structures essentielles dans le système de soins et d'accompagnement des personnes âgées en France. Ces structures, dédiées à l'accueil des personnes âgées en situation de dépendance, se caractérisent par une multitude d'aspects qui reflètent la diversité des besoins et des conditions de vie des résidents.

Cependant malgré cette mission commune, les EHPAD présentent une grande diversité en termes de fonctionnement, de service et de qualité de soins.

Cadre conceptuel

On peut examiner la diversité des EHPAD sous différents angles, notamment en ce qui concerne leur capacité d'accueil, leur localisation géographique (rural, urbain, périurbain), le type de prise en charge proposé et la population qu'ils accueillent ou encore par leur orientation ; en effet certains établissements se spécialisent dans l'accueil de résidents présentant des troubles cognitifs, comme la maladie d'Alzheimer, tandis que d'autres se concentrent sur des soins gériatriques plus généralistes ou des soins palliatifs.

En effet, l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) effectuée tous les 4 ans par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) met en évidence la diversité des EHPAD. Cette enquête dresse un bilan des activités des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les personnes âgées qui y résident. Les établissements se différencient également par leur statut (public, privé à but lucratif ou non, associatif), par les activités et caractéristiques des structures (le mode d'accueil tel hébergement permanent et/ou

temporaire, accueil de jour, accueil de nuit, la présence ou pas de conventions signées avec d'autres unités telles que les équipes mobiles ou dispositifs de coordination, la présence de places dédiées à l'habilitation à l'aide sociale départementale), les caractéristiques des établissements et du bâti par exemple selon la présence ou pas de certains équipements au sein de leurs espaces collectifs.

Cette diversité peut également être déterminée par des critères comme le niveau de dépendance des résidents, souvent évalué grâce au Groupe Iso-Ressources (GIR), ou encore les profils de soins associés à l'état pathologique des résidents.

Cette approche nous semblait intéressante, en effet elle nous permettrait de mettre en lumière la diversité des EHPAD à travers le prisme des états pathologiques et profils de soins des résidents afin de mieux comprendre comment ces facteurs interagissent pour influencer l'expérience de vie des personnes âgées accueillies. Ainsi nous pourrions découvrir si à travers certains états pathologique et profils de soins les EHPAD se différencient en termes d'aide à la vie.

Au travers d'une approche descriptive et analytique, nous chercherons à répondre à la problématique suivante : Les EHPAD se ressemblent-ils vraiment ? Est-il possible de les différencier en fonction de la complexité de leurs pathologies et leur prise en charge ?

Objectifs de l'étude:

Objectif principal :

- Déterminer si les EHPAD se différencient en fonction de certains états pathologiques et profils de soins.

Objectif secondaire :

- Mettre en évidence des sous-groupes d'EHPAD à travers ces critères : états pathologiques et profils de soins

I. Cadre théorique

Pour aborder cette question de la diversité des EHPAD en fonction des profils de soins et des états pathologiques des résidents, il est essentiel de s'appuyer sur un cadre théorique solide qui permet de comprendre les concepts clés et les interactions entre les différents facteurs influençant la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

La typologie, en gérontologie, se réfère à la classification des établissements en fonction de caractéristiques spécifiques des résidents et des structures elles-mêmes. Cette approche permet de mieux comprendre les divers besoins des résidents et les stratégies de gestion des EHPAD. Selon cette perspective, les EHPAD peuvent être classés en fonction de plusieurs critères, tels que :

- Les profils de soins
- La complexité des pathologies des résidents, évalués par des outils comme le PATHOS

1. Profils de Soins et PATHOS

Il s'agit d'un outil élaboré en partenariat par le Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNGC) et le service médical de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS). Le modèle "PATHOS" consiste à identifier sur un thésaurus de 50 états pathologiques, toutes les pathologies dont souffre la personne âgée le jour de l'évaluation. Cependant, l'état pathologique seul ne suffit pas pour indiquer les moyens à mobiliser pour sa prise en charge. En effet il doit être caractérisé par sa forme clinique, décrite par son profil de soins ou profil de stratégie thérapeutique.

Chaque état pathologique présenté sera donc qualifié par un des 12 profils de soins possibles indiquant les soins requis par l'état pathologique compte tenu du contexte clinique. À un état pathologique particulier ne correspond qu'un nombre limité de profils plausibles. Ainsi, 238 couples «état pathologique – profil» décrivent l'ensemble des situations pouvant être rencontrées en gériatrie.

In fine, le modèle mesure pour l'ensemble des couples état pathologique – profils présentés par une personne, les niveaux de soins requis à sa prise en charge dans huit postes de ressources représentant les huit «acteurs» des soins : gériatre, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie.

Ces huit indicateurs, calculés pour une population sur la base de niveaux moyens de soins requis par personne, sont exprimés en points, correspondant à des unités différentes selon les postes de soins (rapportés à une valeur maximale 100).

Le niveau de soins pour les professionnels correspond au temps requis près du malade. Par exemple, ne sont pas compris les temps de préparation des actes, les transmissions, les réunions de synthèse, les temps de déplacement, les temps d'échanges avec les familles. ¹

Le soin utile qui devrait être fait pour chaque état pathologique selon les recommandations de bonnes pratiques cliniques de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) ou de la Haute Autorité de santé (HAS) par exemple chaque état pathologique repéré étant caractérisé par un profil et un seul :

- T1 Soins importants et multiples avec surveillance médicale quotidienne. Pronostic vital en jeu dans l'immédiat. Ce profil n'est utilisé qu'exceptionnellement dans les EHPAD, lorsqu'une hospitalisation d'urgence est nécessaire.
- T2 Équilibration et surveillance rapprochée. Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24H sur 24H requise le plus souvent.
- P1 Soins de prise en charge psychiatrique de crise, mais aussi de rechutes fréquentes.
- P2 Soins de prise en charge psychothérapeutique continue, gestion médicamenteuse et non médicamenteuse des symptômes psycho-comportementaux accompagnant un trouble neurocognitif majeur.
- R1 Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle.
- R2 Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinuée ou allégée chez un résident ne pouvant supporter une rééducation intensive, parfois collective après évaluation individuelle.
- CH Plaies, soins locaux complexes et longs (opérés récents, plaies importantes, dermatose), mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les deux jours
- DG Démarche médicale en cours pour définir une conduite à tenir.
- M1 État terminal soins techniques lourds continus et/ou relationnels plurijournaliers : la prise en charge pluriprofessionnelle en soins palliatifs est actée.

¹ · Ducoudray JM, Yannick, Christine E, Cléach G, Le Provost C, Leroux R, et al. Le modèle « PATHOS » Guide d'utilisation 2022, CNSA:https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-05/modele_pathos_2022.pdf

- M2 État terminal d'accompagnement sans soins techniques lourds conduisant au décès à plus ou moins longue échéance
- S1 Surveillance programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements.
- S0 Absence de toute surveillance ou de traitement (pathologie séquellaire, traitement inutile ou inefficace)

L'article D. 312-158 du code l'action sociale et des familles qui encadre le rôle du médecin coordonnateur d'EHPAD précise qu'il incombe dans ses missions la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée à l'admission puis en tant que de besoin.

Dans ce cadre, il peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le résident.

La traçabilité du refus argumenté par le médecin traitant de suivre les recommandations du médecin coordonnateur (expert gériatrique de proximité) peut conduire à ne pas reconnaître le soin comme requis.²

2. Importance de ces critères et implications pour la gestion des EHPAD

Les EHPAD hébergent de façon permanente environ 600 000 personnes âgées nécessitant une assistance pour les activités de la vie quotidienne. Près des deux tiers des dépenses publiques annuelles liées à la perte d'autonomie sont destinés aux résidents d'établissements, dont 80 % vivent dans des EHPAD³.

Le financement de ces établissements repose sur trois sections : soins, dépendance et hébergement.

² Ducoudray JM, Leroux R, Prévost P, Vétel JM, LES ALGORITHMES DU MODÈLE PATHOS, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés ,Syndicat National de Gériologie Clinique, Mars 2006

³ Fiche 3.1 Financement des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. Les comptes de la sécurité sociale, Juin 2020.

L'autorité de tarification des sections soins et dépendances sont respectivement l'agence régionale de santé (ARS) et le Conseil Départemental (CD). L'hébergement est principalement à la charge des résidents avec par défaut à titre de l'aide social s'il en relève.

Deux indicateurs se sont révélés centraux dans les équations tarifaires qui visent à objectiver les financements versés aux EHPAD définis dans le Code de l'action sociale et des familles:

Le GIR moyen pondéré (GMP) et le Pathos moyen pondéré (PMP).

Pour calculer le GIR moyen pondéré on fait la somme des scores GIR des patients que l'on divise par le nombre de personnes âgées présentes dans l'établissement. Le GMP correspond au niveau moyen d'autonomie des résidents de l'établissement.

Pour calculer le PMP il faut multiplier la somme du score PATHOS de chaque résident par le nombre de résidents présents. Le PATHOS Moyen Pondéré (PMP) sert ainsi à mesurer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge des polypathologies pour un public spécifique.

Ces procédures AGGIR et PATHOS sont conduites simultanément sous la responsabilité du médecin coordinateur lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen (CPOM) entre le gestionnaire de l'EHPAD, l'ARS et le conseil départemental (CD).

Les deux évaluations sont actualisées une fois au cours des 5 années de l'exécution de la convention. Ces évaluations font l'objet d'une validation conjointe de la part de l'ARS et du CD.

Ainsi la typologie des EHPAD en fonction des profils de soins et des états pathologiques influence directement sur la gestion des établissements.

Elle influence les décisions en matière de recrutement et de formation du personnel, la planification des soins, l'organisation des services et la répartition des ressources. Une compréhension fine de cette typologie permet aux gestionnaires d'EHPAD de mieux répondre aux attentes des résidents et de leurs familles, tout en optimisant l'efficacité et la qualité des services offerts.

Donc, établir une corrélation entre le profil de soins, et l'état pathologique des résidents en EHPAD est essentiel pour mettre en évidence les différentes charges de travail et de soins dans les établissements. Cela permet de définir une tarification spécifique, adaptée à la complexité des soins requis.

II. Méthodologie

Pour réaliser cette étude, nous avons choisi de nous baser sur des données statistiques. Il nous semblait approprié de nous baser sur la base de données de la CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) qui est une institution reconnue pour son expertise rigoureuse et ses collectes de données fiables en ce qui concerne l'autonomie des personnes âgées et handicapées, et ce à l'échelle nationale. Cette richesse de données nous permettrait ainsi d'effectuer notre analyse et de répondre à notre problématique. Pour se faire, avec l'aide de notre directeur de mémoire, nous avons pris contact avec la CNSA.

Pour avoir accès aux fichiers nécessaires, nous avons signé un accord de confidentialité relatif à l'utilisation des données transmises. Ainsi conformément à cet accord nous nous engageons à faire usage de ces données uniquement pour les finalités pour lesquelles les droits nous ont été attribués.

Les données transmises traitent les coupes Pathos de la base de données « GALAAD » (Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision) ; Seule base de données qui évalue les états pathologiques et les différents profils de soins. Il s'agit d'un logiciel utilisé par les médecins des ARS et des médecins coordonnateurs de différents EHPAD pour renseigner des informations sur les besoins en soins des résidents afin d'établir les budgets « dépendance et soins » de ces différents établissements. Après avoir évalué le niveau de perte d'autonomie et les besoins en soins médicaux et techniques des résidents à l'aide des outils AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) et Pathos, les médecins coordonnateurs vont saisir ces données dans le logiciel.

Une fois la saisie validée, le fichier est déposé sur une plateforme de partage sécurisée de fichiers pour une intégration a posteriori dans la base nationale de « GALAAD ».

Dans cette base de données collectée de 2020-2023 nous retrouvons les items suivants (liste non exhaustive) : « ID établissement », « fiche personne » (âge, sexe, année d'entrée et de sortie de l'établissement) ; « département » ; « région » ; les tables « AGGIR » ; les tables « PATHOS » (ordonnée selon les profils de soins, et les états pathologiques)

1. Méthodes de collecte des données

Ce recueil de données étant trop important au niveau national, tant en termes de données, qu'en termes de risque de biais statistique, nous avons choisi de limiter notre analyse à la région Ile-de-France et de ne traiter que quelques indicateurs.

Nous avons donc choisi d'analyser au travers d'une enquête descriptive 92 EHPAD d'Ile-de-France comptant pour la plus grande « 322 résidents » et pour la plus petite « 18 résidents ».

2. Les indicateurs sélectionnés

- Les profils de soins, nous en avons sélectionné trois :

-M2 : Etat terminal d'accompagnement sans soins techniques lourds conduisant au décès à plus ou moins longue échéance.

-T2 : Equilibration et surveillance rapprochée, surveillance médicale pluri hebdomadaire et permanence infirmière 24h/24h.

-CH : Plaies, soins locaux complexes et longs

Ces derniers nous ont semblé être les plus chronophages en effet ils exigent selon nous une attention plus importante de la part des soignants, nécessitant ainsi une charge de travail plus importante.

- Les états pathologiques qui nous semblaient les plus pertinents pour notre analyse à savoir :

-La démence, et les troubles du comportement qui sont des pathologies fréquemment retrouvées dans les EHPAD, elles nécessitent une approche spécifique et individualisée centrée sur la sécurité des résidents et le maintien de leur qualité de vie.

-La dénutrition ; souvent lié à une diminution de l'appétit, des difficultés à mastiquer et ou à avaler, nécessite, elle une aide à l'alimentation et une surveillance accrue de l'état nutritionnel des résidents.

-L'insuffisance cardiaque ; qui nécessite un suivi médical rigoureux, les équipes de soins doivent être attentives aux signes de décompensation cardiaque et adapter leurs soins en conséquence.

Une fois tous ces indicateurs sélectionnés, nous avons calculé la prévalence en pourcentage de chacun d'eux pour les 92 établissements d'Ile-de-France.

Notre objectif étant d'obtenir le pourcentage des résidents présentant une pathologie ou un profil de soin pour un établissement donné.

Cette nouvelle étude statistique faite, nous nous sommes rendus sur le logiciel Excel, afin de recouper nos différentes données et ainsi établir/comparer les prévalences entre elles pour les 92 établissements d'Île-de-France.

III. Résultats

Tableau 1: Prévalence des profils de soins en Ile-de-France sur 92 EHPAD 2020 -2023

<i>PREVALENCE_CH</i>		<i>PREVALENCE_T2</i>		<i>PREVALENCE_M2</i>	
Moyenne	4,71%	Moyenne	11,99%	Moyenne	1,64%
Erreur Standard	0,57%	Erreur Standard	0,82%	Erreur Standard	0,24%
Mediane	3,49%	Mediane	10,98%	Mediane	0,96%
Ecart-type	5,45%	Ecart-type	7,83%	Ecart-type	2,32%
Variance de l'echantillon	0,30%	Variance de l'echantillon	0,61%	Variance de l'echantillon	0,05%
Kurtosis	15,39	Kurtosis	0,87	Kurtosis	3,59
Asymétrie	3,39	Asymétrie	0,75	Asymétrie	1,89
Etendue	36,84%	Etendue	36,84%	Etendue	10,53%
Minimum	0,00%	Minimum	0,00%	Minimum	0,00%
Maximum	36,84%	Maximum	36,84%	Maximum	10,53%

La **moyenne** de la prévalence du profil de soin **T2** est plus élevée que celle de **CH**. La moyenne pour celui **M2** (1.64%) est plus faible par rapport aux deux autres groupes.

La **médiane** dans la prévalence **CH** (3,49) est légèrement inférieure à la moyenne. La médiane dans prévalence **M2** (0.96%) est particulièrement basse, ce qui reflète une distribution asymétrique.

Le profil de soin **T2** présente une plus grande dispersion que **M2**, qui est plus concentrée autour de la moyenne.

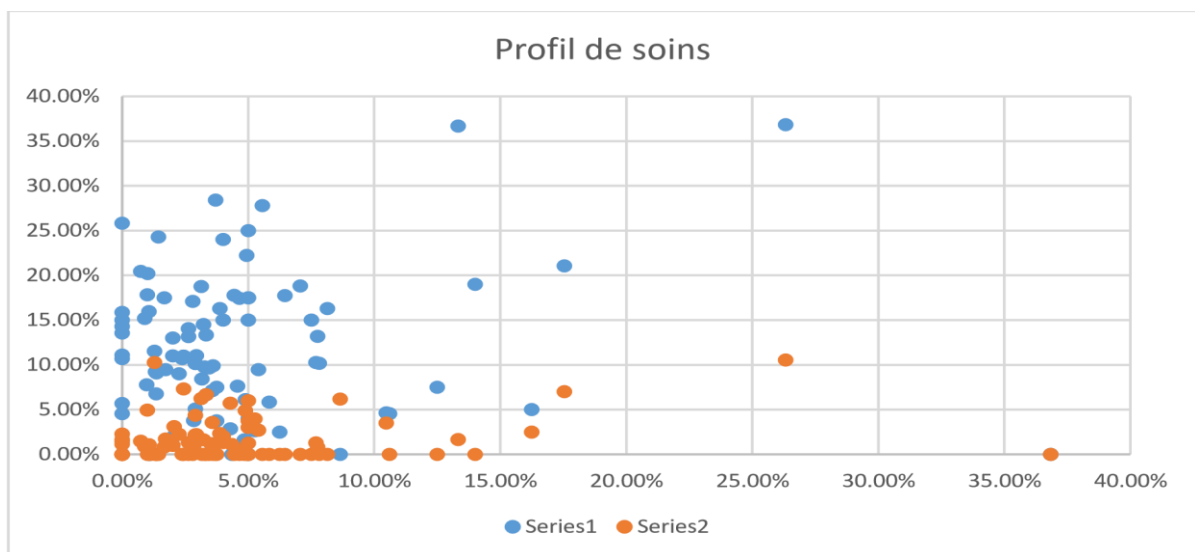
La **variance** est plus grande pour T2 (0,61%) que pour les deux autres.

La **kurtosis** très élevée de la prévalence profil de soin **CH** (15,385) montre que cette distribution est fortement concentrée autour de la moyenne avec des valeurs extrêmes, et une distribution modérément concentrée pour **M2**(3,588).

Pour la prévalence **CH** on a une forte asymétrie (3,39) à droite, suggérant que la majorité des valeurs sont concentrées à gauche avec quelques valeurs élevées. Une **asymétrie** positive modérée a été mise en évidence pour la prévalence de **T2** (0,75) et pour la prévalence **M2** une forte asymétrie à droite (1,89), mais plus faible pour la prévalence **CH**.

Pour l'**Étendue** : **CH** et **T2** ont une étendue de 36,84%, et 10.53% pour **M2**. Cela montre une plus grande dispersion pour **CH** et **T2**.

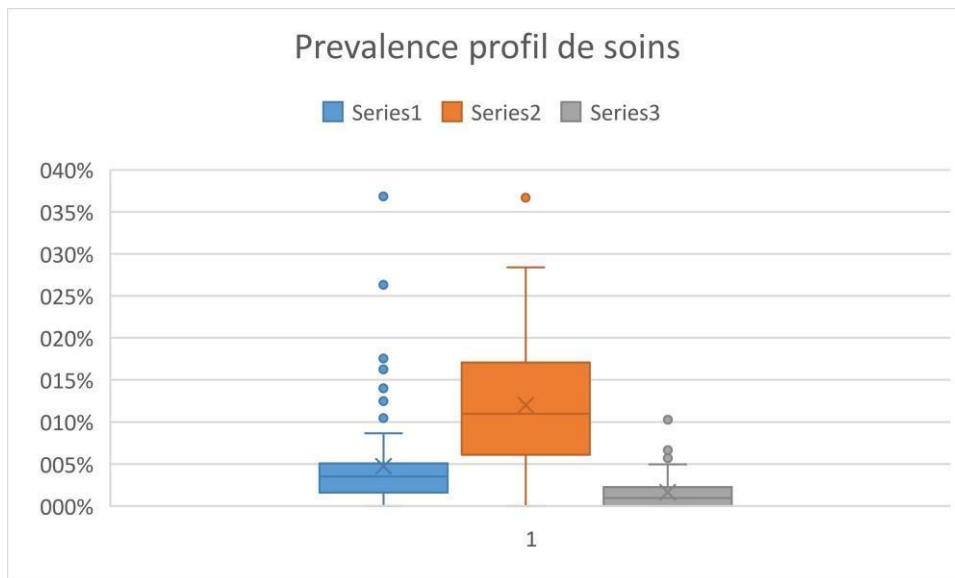
Graph 1: Dispersion des prévalences des profils de soins



Série 1 : Distribution de la **prévalence CH** et de la **prévalence T2**. On remarque une dispersion relativement importante.

Série 2 : Distribution de la **prévalence CH** et de la **prévalence M2**. On voit que **M2** a une prévalence généralement plus faible, tandis que **CH** reste plus dispersée.

Graphe 2: Diagramme à boîte de la prévalence des profils de soins



Série 1 : CH, Série 2 : T2, Série 3 : M2

Série 1 prévalence CH : La majorité des valeurs de prévalence sont concentrées dans un intervalle plus réduit, environ entre 0,5 % et 1 %.

Série 2 prévalence T2 : Les valeurs s'étendent de 0 % à 3,5 % environ, ce qui montre une grande variation de la prévalence.

Série 3 prévalence M2 : Les valeurs sont majoritairement concentrées, proche de 0%.

Tableau 2: dispersion quartile des prévalences profil de soins

	CH	T2	M2
Q1	1,68%	6,39%	0,00%
Q2	3,49%	10,98%	0,96%
Q3	5,00%	16,68%	2,26%

CH : Faible dispersion, car les valeurs des quartiles restent relativement faibles (1,68 % à 5,00 %).

T2 : Grande dispersion avec des valeurs plus élevées et plus éloignées entre Q1 (6,39 %) et Q3 (16,68 %).

M2 : Très faible prévalence avec un Q1 à 0 % et une faible médiane, mais un certain nombre d'établissements avec une prévalence plus élevée dans le quartile supérieur (Q3 = 2,26 %)

Tableau 3: Etude ANOVA

SUMMARY

<i>Groups</i>	<i>Compte</i>	<i>Somme</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Variance</i>
Prevalence CH	90	4,2399	0,04711	0,002968
Prevalence T2	91	10,9146	0,119941	0,00613
Prevalence M2	92	1,5063	0,016373	0,000538

ANOVA

<i>Source de Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
					3,43E-	
Entre les groupes	0,516724	2	0,258362	80,66406	28	3,029218
Dans les groupes	0,864793	270	0,003203			
Total	1,381516	272				

Tableau 4 : Prévalence états pathologiques en Ile-de-France sur 92 EHPAD 2020 -2023

<i>Dénutrition</i>		<i>TDC</i>		<i>IC</i>		<i>Démence</i>	
Moyenne	31,98%	Moyenne	26,72%	Moyenne	14,90%	Moyenne	54,03%
Erreur Standard	1,98%	Erreur Standard	1,74%	Erreur Standard	1,06%	Erreur Standard	2,26%
Median	29,07%	Median	23,29%	Median	12,95%	Median	56,31%
Ecart-type	19,02%	Ecart-type	16,70%	Ecart-type	10,18%	Ecart-type	21,68%
Variance	3,62%	Variance	2,79%	Variance	1,04%	Variance	4,70%
coefficient d'aplatissement (Kurtosis)	0,766174158	coefficient d'aplatissement	4,272932289	coefficient d'aplatissement	5,024184639	coefficient d'aplatissement	-0,654225487
Asymétrie	0,64517251	Asymétrie	1,417060289	Asymétrie	1,753759172	Asymétrie	-0,238479223
Etendue	100%	Etendue	105,26%	Etendue	63,16%	Etendue	94,74%
Minimum	0	Minimum	0	Minimum	0	Minimum	0
Maximum	100%	Maximum	105,26%	Maximum	63,16%	Maximum	94,74%

La moyenne de la prévalence de la **démence** est la plus élevée (54,03 %) parmi les autres critères.

Pour la **dénutrition**, la moitié des établissements ont une prévalence inférieure à 29,07 % et l'autre moitié supérieure.

Démence a une médiane de 56,31 %, ce qui montre que la moitié des valeurs de prévalence sont en dessous de ce pourcentage.

L'écart-type pour la **démence** est de 21,68 %, indiquant que les valeurs de prévalence de la démence sont relativement dispersées autour de la moyenne. En revanche, **IC** a un écart-type plus faible (10,18 %), ce qui montre une dispersion moindre des prévalences d'IC dans les différents établissements.

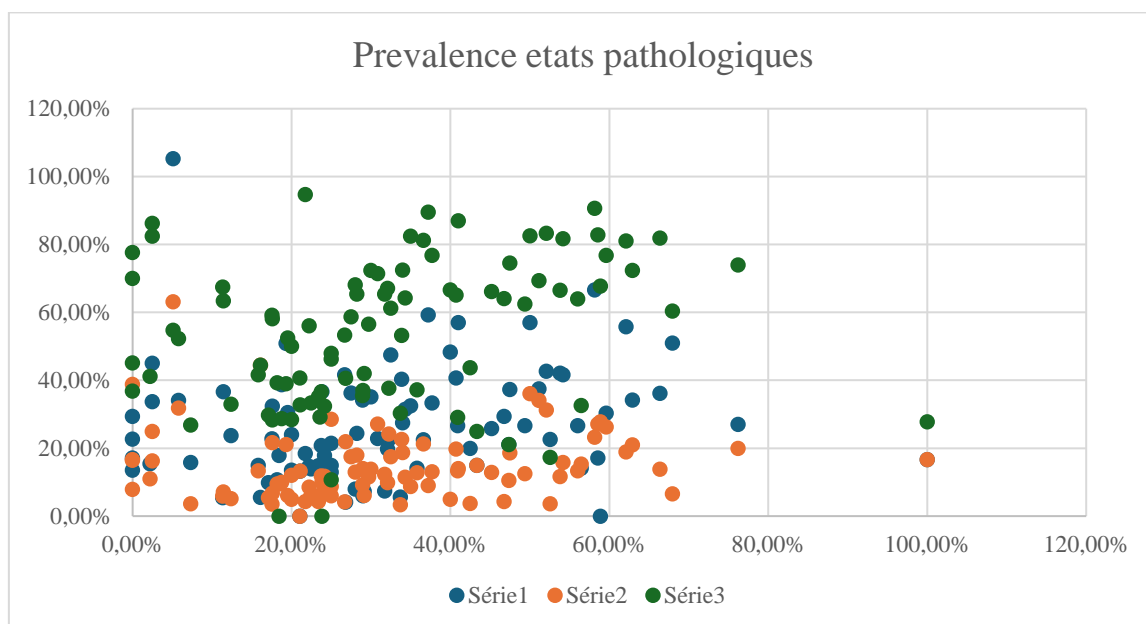
La variance pour la **démence** est relativement élevée (4,70 %), ce qui montre que la prévalence varie beaucoup entre les établissements.

Démence a une kurtosis légèrement négative (-0,65), indiquant une distribution plus aplatie. **IC** et **TDC** ont des kurtosis élevées, montrant des distributions avec des valeurs extrêmes.

Dénutrition a une asymétrie positive (0,64), ce qui signifie qu'il y a plus de valeurs faibles, mais quelques établissements avec des valeurs très élevées. **Démence** a une asymétrie négative (-0,23), indiquant que les prévalences sont plus concentrées vers les valeurs élevées.

Pour la **dénutrition**, l'étendue est de 100 %, ce qui montre que certains établissements n'ont aucun cas de dénutrition (minimum 0 %) alors que d'autres ont des taux de 100 %. **TDC** a une étendue similaire, alors que l'**IC** et la **démence** ont des étendues plus faibles, indiquant que la variation est un peu moins importante.

Graph 3 : Dispersion de la prévalence des états pathologiques

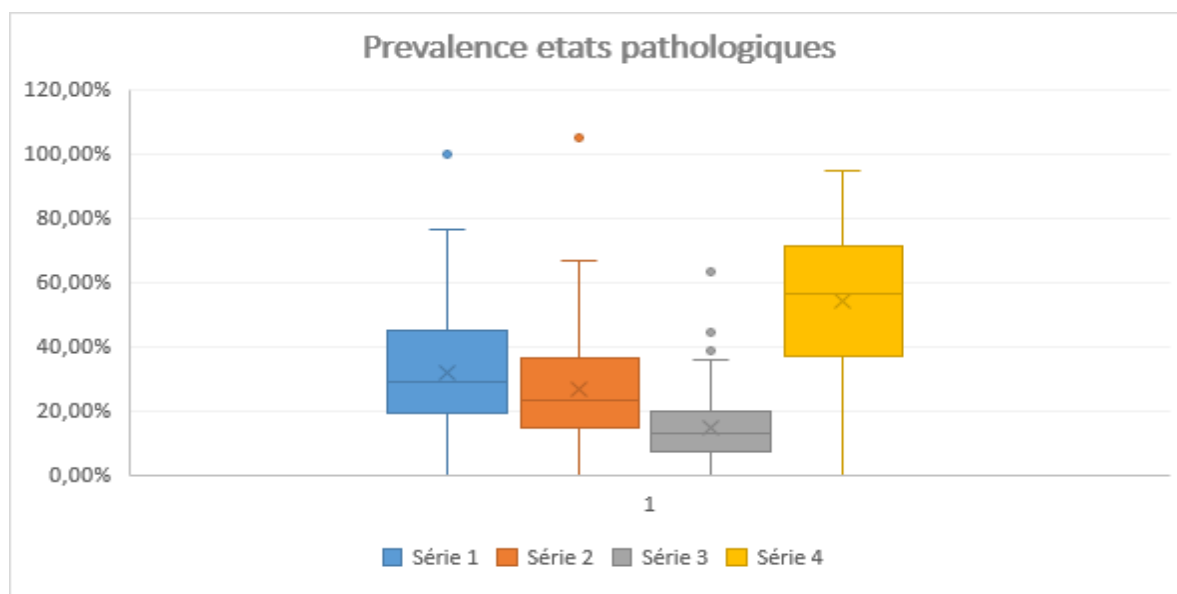


Série 1 (Distribution de la prévalence **dénutrition** et **TDC**) : On peut observer que la prévalence des TDC est généralement plus concentrée, mais il y a une certaine dispersion.

Série 2 (Distribution de la prévalence **dénutrition** et **insuffisance cardiaque**) : on observe une concentration de la prévalence dans des valeurs plus faibles.

Série 3 (Distribution de la prévalence **dénutrition** et **démence**) : La prévalence de la démence est plus étalée. Il y a une dispersion plus large, ce qui indique une plus grande variabilité de la prévalence entre les établissements.

Graph 4 : Diagramme à boîte de la prévalence des états pathologiques



Série 1 : **Dénutrition**, Série 2 : **TDC (Troubles du comportement)**, Série 3 : **IC (Insuffisance cardiaque)**, Série 4 : **Démence**

Observations sur le graphique 4:

Série 1 Dénutrition : Montre une grande dispersion des données dont la moyenne est assez proche de la médiane.

Série 2 TDC : Montre une distribution de prévalence plus concentrée.

Série 3 Insuffisance cardiaque : La prévalence est beaucoup moins dispersée avec une médiane basse, et plusieurs petites valeurs aberrantes, objectivant une tendance plus homogène.

Série 4 Démence : On observe une grande dispersion des données avec un moyenne et un médiane proche. On observe que les données s'étalent jusqu'à environ 100%, témoignant d'une prévalence souvent élevée pour la démence dans ces établissements.

Tableau 5 : Dispersion quartile des états pathologiques

	Dénutrition	TDC	IC	Démence
Q1	19,46%	14,83%	7,70%	36,79%
Q2	29,07%	23,29%	12,95%	56,31%
Q3	43,79%	36,22%	19,16%	70,36%

Dénutrition: Les écarts sont assez larges entre Q1 (19,46%) et Q3 (43,79%), ce qui signifie une dispersion significative et l'existence d'une variation notable de la prévalence de la dénutrition dans les établissements.

TDC : La différence entre Q1 (14,83%) et Q3 (36,22%) est également importante, indiquant là encore une dispersion notable.

IC: La dispersion est plus faible dans ce cas, avec des valeurs allant de 7,70 % (Q1) à 19,16 % (Q3), ce qui signifie que la prévalence de l'insuffisance cardiaque est plus homogène entre les différents établissements.

Démence: Les écarts sont également importants pour la démence, entre Q1 (36,79%) et Q3 (70,36%), témoignant d'une grande variation de la prévalence de la démence.

Tableau 6 : ANOVA (Analyse de la variance) :

SUMMARY

<i>Groups</i>	<i>Compte</i>	<i>Somme</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Variance</i>
<i>Dénutrition</i>	92	29,4186	0,319767	0,036181
<i>TDC</i>	92	24,5803	0,267177	0,027891
<i>IC</i>	92	13,7066	0,148985	0,010371
<i>Demence</i>	92	49,7084	0,540309	0,046997

ANOVA

<i>Source</i>	<i>de</i>					
<i>Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
					2,62E-	
<i>Entre les groupes</i>	7,412338	3	2,470779	81,38195	40	2,629433
<i>Dans les groupes</i>	11,05114	364	0,03036			
Total	18,46348	367				

IV. Discussion

1. Profils de soins

Pour rappel nous avons sélectionné trois profils de soins qui sont :

T2 : Prise en charge d'un équilibre thérapeutique et surveillance rapprochée.

CH : Prise en charge des soins locaux complexes et longs.

M2 : Prise en charge de soins terminaux d'accompagnement.

1.1. Discussion

Le tableau 1, intitulé « Prévalence profil de soins en Ile-de-France sur 92 EHPAD 2020 -2023 » montre des différences notables dans les mesures de **dispersion** et **d'asymétrie** entre les trois groupes de prévalence. Les résultats montrent que la prévalence moyenne du profil de soin **T2** est la plus élevée (11,99%) par rapport à **CH** (4,71%) et **M2** (1,64%). Cela prouve que les patients nécessitant des soins T2, potentiellement plus complexes ou intensifs, sont plus nombreux dans ces établissements alors que le profil M2 est le type de soins le moins fréquent. L'écart-type du profil de soin **T2** est le plus élevé (7,83%), indiquant une plus grande dispersion par rapport aux autres profils. Cela suggère une hétérogénéité importante dans les besoins de soins T2 parmi les EHPAD. La forte kurtosis du profil **CH** (15,39) montre une concentration importante des valeurs autour de la moyenne, avec des valeurs extrêmes, traduisant une dispersion éparse.

Le graphe 1, intitulé « Dispersion des prévalences des profils de soins » illustre que la **prévalence de CH** a une dispersion plus large, avec des variations importantes entre les EHPAD, tandis que les prévalences de **T2** et **M2** sont plus concentrées autour de valeurs plus basses. La **prévalence M2** est particulièrement faible et homogène, comparée à **CH** et **T2**.

Le Graphe 2 intitulé « Diagramme à boîte de la prévalence des profils de soins » montre que La prévalence T2 a une distribution beaucoup plus large que les autres séries, ce qui pourrait indiquer une plus grande variation entre les EHPAD.

Le Tableau 2, « Dispersion quartile des prévalences profil de soins » représentant la dispersion en fonction des quartiles montre que pour M2, beaucoup d'établissements ont peu ou pas de cas, alors que pour T2, il y a une répartition plus large de la prévalence. La grande dispersion entre les différents profils de soins suggère que les établissements ne sont pas uniformes dans leur prise en charge des patients selon les critères T2 et M2.

Les résultats présentés dans le tableau 3, « Etude ANOVA » montrent une différence statistiquement significative entre les moyennes des groupes CH, T2 et M2. Cela indique que les prévalences des profils de soins diffèrent de manière significative entre les établissements.

1.2. Interpretation

Analyse des moyennes et dispersions :

La plus forte prévalence de T2 évoque d'importants besoins en soins complexes chez les personnes âgées en EHPAD. La faible prévalence de M2 pourrait refléter des soins terminaux plus limités dans les EHPAD.

Analyse dispersions et asymétrie :

La forte dispersion du profil T2 est probablement expliquée par des disparités dans la prise en charge des patients nécessitant des soins avec surveillance rapprochée, ou des différences dans l'évaluation des résidents ce qui constituerait un biais potentiel.

Analyse ANOVA :

Il existe des différences marquées dans les besoins en soins selon les profils dans les différents EHPAD.

Graphiques et variabilité entre établissements :

La variabilité entre les EHPAD pour CH et T2 peut être en lien avec les différences dans les ressources disponibles, le type d'accompagnement des résidents et la population dans les différents établissements.

Le profil M2 plus homogène pourrait refléter une meilleure standardisation des soins, ou peu de patients nécessitant ce profil de soin dans les EHPAD.

2. Etats pathologiques

2.1. Discussion

Le tableau 4, intitulé « prévalence états pathologiques en Ile-de-France sur 92 EHPAD 2020 - 2023 » montre les différences dans la prévalence de différents critères médicaux dans les établissements étudiés. La démence semble être le critère avec la prévalence moyenne la plus élevée, tandis que l'IC a la plus faible prévalence. Les variations d'un établissement à un autre sont aussi importantes, notamment pour la dénutrition et la démence, qui ont des écarts-type relativement dispersées autour de la moyenne.

Le graphique 3 « Dispersion de la prévalence des états pathologiques » met en évidence que la prévalence de la dénutrition semble assez dispersée dans toutes les séries, avec des établissements ayant une prévalence faible et d'autres des prévalences plus élevées. La démence semble avoir une prévalence plus élevée en général, comparée aux TDC et à l'IC. Les TDC et l'IC semblent avoir des prévalences basses, suggérant que, dans la majorité des établissements, la prévalence est faible pour ces états par rapport à la dénutrition.

Cela montre que les pathologies (la dénutrition, les TDC, l'insuffisance cardiaque et la démence) coexistent dans ces établissements avec des prévalences variées, mais la démence est l'état qui semble le plus fréquent. Ce graphique met en relief la dispersion et illustre à quel point les prévalences de ces états pathologiques varient d'un établissement à l'autre.

Le graphique 4, « Diagramme à boîte de la prévalence des états pathologiques » montre visuellement la variabilité de la prévalence de ces pathologies dans les établissements. La démence semble avoir une prévalence plus élevée et dispersée, tandis que l'IC est plus concentrée autour de valeurs faibles.

Le tableau 5, intitulé « Dispersion quartile des états pathologiques » montre bien une grande dispersion des états pathologiques, en particulier pour la démence, la dénutrition et les TDC.

Ces pathologies ne sont pas uniformément réparties dans les établissements ; certains ont des taux très faibles, tandis que d'autres font face à des taux très élevés. Cependant, l'insuffisance cardiaque semble présenter une prévalence plus homogène dans les établissements.

Le tableau 6 « ANOVA (Analyse de la variance) » présente la dispersion des données dans chaque groupe mesurée par la variance, dont la plus élevée est celle de la démence. Les résultats de cette ANOVA montrent qu'il y a une différence significative entre les moyennes des prévalences de Dénutrition, TDC, IC et Démence. La p-value ($p=2.62E-40$) extrêmement faible indique que la prévalence de ces pathologies varie considérablement entre les établissements.

2.2. Interprétation

La démence est l'état pathologique avec la prévalence la plus élevée avec une grande variabilité entre les établissements. On observe une prévalence élevée et irrégulière de la démence, qui est liée à la différence des populations résidentes dans chaque établissement.

La prévalence de la dénutrition montre une grande dispersion (étendue de 100 %), reflétant une forte hétérogénéité entre les établissements et pouvant être en rapport avec des pratiques alimentaires différentes, différents protocoles dans le suivi et l'évaluation de la dénutrition. La majorité des établissements ont des taux de dénutrition en dessous de la moyenne.

La dispersion des troubles du comportement est également importante, avec une distribution concentrée autour de valeurs plus faibles comparée aux autres états pathologiques. Ce qui peut refléter un taux plus faible de ces troubles dans les EHPAD ou leur gestion.

On remarque que la prévalence de l'insuffisance cardiaque est la plus faible parmi les états pathologiques étudiés, avec une distribution plus homogène dans les EHPAD, pouvant être en rapport avec une prise en charge adéquate de cette pathologie.

Relations entre les pathologies

La dispersion entre les différentes pathologies sélectionnées montre une grande dispersion, particulièrement pour la démence, pouvant refléter des interactions complexes entre tous les états pathologiques. En revanche L'IC est moins dispersée, pouvant être en rapport avec une

prise en charge uniforme. Qui peut être influencée par les ressources disponibles ou la gestion interne des établissements.

3. Implications pour les établissements

On constate des différences significatives dans la distribution des profils de soins, particulièrement pour T2, qui paraît plus hétérogène. Ce qui exige une réévaluation des besoins de ressources selon le profil de soins dominant dans chaque institution, avec une réflexion sur l'attribution des soins.

Les prévalences très différentes de pathologies induisent à une gestion hétérogène des soins. Les résultats que nous obtenons peuvent s'expliquer : soit par une sélection des résidents en fonction de certains états pathologiques soit d'un défaut de repérage ou de diagnostic.

Les différents responsables administratifs auront tendance à penser que chaque établissement est semblable à un autre, et estimeront qu'une comparaison entre ces derniers est pertinente. Or, cela ne reflète pas la réalité ; en effet chaque établissement se distingue par son organisation et par la qualité des soins. Cependant ces aspects ne suffisent pas à eux seuls à justifier une différenciation entre les établissements. En effet, les caractéristiques de la population accueillie varient d'un établissement à l'autre, influençant ainsi le travail des soignants et, par conséquent, l'ensemble du fonctionnement de l'établissement.

4. Limites de l'étude

Ce travail, comme toute étude, comporte des limites que nous allons lister. Au cours de la réalisation de cette étude, nous avons rencontré plusieurs obstacles qui ont influencé le déroulement et les résultats de notre travail. Ces défis ont principalement concerné le traitement des données, la maîtrise des logiciels utilisés et la qualité des informations disponibles.

Tout d'abord, le temps disponible pour traiter les données a été une contrainte significative. En effet les données nous ont été transmises tardivement, en raison de la nécessité de signer des documents de confidentialité et de réclamer des tableaux Excel spécifiques. De plus, nous avons dû nous assurer que notre matériel informatique était adéquat pour gérer une base de données de grande taille, ce qui a également contribué à des retards dans le traitement des données.

En effet, le traitement de ces données d'une taille et d'un volume conséquent nécessitait des puissances de calcul important, ce qui nous a obligé à découper, segmenter, plusieurs tableaux en de plus petites unités afin de pouvoir les traiter au mieux.

Ensuite, l'utilisation du logiciel Excel a représenté un défi majeur. En raison de notre niveau de maîtrise, et de l'obligation d'utiliser des fonctionnalités avancées du logiciel dont nous n'avions pas connaissance, ni la maîtrise, nous avons mis un temps considérable à trier les informations, en distinguant les éléments pertinents pour notre étude de ceux qui ne l'étaient pas. Ce processus de tri et de calcul de la prévalence de chaque état pathologique et de chaque profil de soins a été complexe, en raison de la quantité importante de données à analyser.

Enfin, nous avons rencontré des incohérences au cours de nos calculs, notamment lors de l'étude des Groupes Iso-Ressources (GIR) où nous trouvions quasi systématiquement des prévalences inférieures à celles attendues. Après enquête, nous avons découvert que notre base de données pour les GIR était détériorée et, par moment, non exploitable. Ces incohérences relevées dans les données ont nécessité des investigations supplémentaires, ce qui a également impacté notre capacité à mener une analyse exhaustive.

Ainsi avec l'aval de notre directeur de mémoire nous avons choisi de ne plus analyser le GIR, comme initialement prévu, et limiter notre étude uniquement à l'exploration des profils de soins et des états pathologiques des régions d'Ile-de-France.

Conclusion

À travers cette étude nous avons pu mettre en évidence des différences significatives entre les EHPAD en fonction des profils de soins et de l'état pathologique des résidents qu'ils accueillent. Ces distinctions suggèrent que la prise en charge des patients varie selon ces critères, ce qui est essentiel pour garantir des soins adaptés aux besoins spécifiques de chacun.

Ces résultats soulignent l'importance d'adapter les pratiques en fonction des caractéristiques des populations accueillies, afin d'optimiser la qualité de vie des résidents et de répondre plus efficacement à leurs besoins spécifiques. Ainsi, il est crucial de reconnaître que tous les EHPAD ne se ressemblent pas, mais qu'ils sont façonnés par les particularités des résidents qu'ils accueillent, rendant chaque établissement unique dans son approche de prise en charge de la personne âgée.

Ce constat fait, il serait pertinent de s'interroger sur la manière dont les politiques de santé publique pourraient favoriser une meilleure personnalisation des soins en EHPAD. Afin que ces établissements, désormais essentiels dans le système de soins et d'accompagnement des personnes âgées en France, puissent évoluer pour répondre aux besoins diversifiés de leurs résidents tout en tenant compte des contraintes de ressources et de formation du personnel.

Résumé

L'objet de cette étude est de voir si les EHPAD se ressemblent, en fonction des profils de soins et des états pathologiques de la population qu'ils accueillent.

Ce travail s'appuie sur une base de données de la CNSA; GALAAD 2024 ou les EHPAD d'Île-de-France ont été étudiés.

L'étude met en évidence des variations significatives entre les établissements, en fonction de critères prédéfinis.

Ces résultats mettent en lumière que tous les établissements d'hébergement d'Île-de-France pour personnes âgées dépendantes ne se ressemblent pas mais qu'ils sont façonnés par les particularités des résidents qu'ils accueillent.

Mots clés : EHPAD/ Etude GALAAD 2024/ profils de soins/ états pathologiques/

Abstract

The purpose of this study is to determine whether nursing homes for dependent elderly are comparable based on the care profiles and pathological conditions of their residents.

This work is based on data from the CNSA database, GALAAD 2024, focusing on nursing homes in Île-de-France region.

The study highlights significant variations between facilities according to predefined criteria.

These results indicate that not all nursing homes people in Île-de-France are alike, as they are shaped by the specific characteristics of the residents they house.

Keywords: EHPAD/GALAAD 2024 study/care profiles/pathological conditions/

Bibliographie

- Ducoudray JM, Yannick, Christine E, Cléach G, Le Provost C, Leroux R, et al. Le modèle « PATHOS » Guide d'utilisation 2022, CNSA:https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-05/modele_pathos_2022.pdf
- Ducoudray JM, Leroux R, Prévost P, Vétel JM, LES ALGORITHMES DU MODÈLE PATHOS, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Syndicat National de Gériatrie Clinique, Mars 2006
- Fiche 3.1 Financement des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. Les comptes de la sécurité sociale, Juin 2020.
- Angélique Balavoine (DREES), Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Gouv.fr. 2019 :<https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/des-residents-de-plus-en-plus-ages-et>
- L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). DRESS. Janvier 2024.
- Piveteau D. Le financement de la "perte d'autonomie." Les Tribunes de la santé. 2009 Oct 26 n°24(3):23–8
https://www.securitesociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-SEPT_2019_FINANCEMENT%20PUBLIC%20PERTE%20AUTONOMIE.pdf