



**Faculté de Médecine**

**Année universitaire**

**2023-2024**

Mémoire pour l'obtention du

**Diplôme Inter-Universitaire de Coordination en Gériatrie**

**Diplôme Universitaire de Formation à la fonction de Médecin**

**Coordonnateur d'EHPAD**

Titre :

**DESCRIPTION DE LA POPULATION D'EHPAD EN  
TERMES DE PATHOLOGIES ET DE PROFILS DE SOINS  
A PARTIR DES COUPES PATHOS 2020-2023**

Par: AKIMANA Audrey, ASKEUR Nadia, DIALLO Mamadou, GUERZA Salah,  
HADDADJ Kahina, MAKHLOUF Mahfoud, RAHIMY Rifkath, YIGANZA Anne

Coordinateur pédagogique : Dr Serge REINGEWIRTZ

Directrice des enseignements : Pr Anne-Sophie RIGAUD

Directeur de Mémoire : Dr Serge REINGEWIRTZ

## **Remerciements**

Au Docteur REINGEWIRTZ Serge, directeur du mémoire et coordinateur pédagogique du diplôme,

Au Professeur RIGAUD Anne-Sophie, directrice des enseignements,

A la commission pédagogique et aux enseignants du DIU,

A la CNSA,

A monsieur ASKEUR Mimoune, monsieur GUERZA Ala et monsieur MAKHLOUF Aris.

## Liste des abréviations

**AGGIR** : Autonomie Gérontologie Groupe iso-ressources

**APA** : Allocation personnalisée d'Autonomie

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CNAMTS** : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

**CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**GALAAD** : Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision

**GMP** : GIR moyen pondéré

**HAS** : Haute autorité de santé

**HTA** : Hypertension artérielle

**IDF** : Ile-de-France

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**PACA** : Provence - Alpes - Côte d'Azur

**PASA** : Pôle d'activités et de soins adaptés

**PMP** : PATHOS moyen pondéré

**UCC** : Unité cognitivo-comportementale

**UHR** : Unités d'hébergement renforcé

**USLD** : Unité de soins de longue durée

## Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Répartition des personnes de plus de 60 ans par tranches d'âge et par sexe .....	8
Figure 2 : Cartographie nationale des moyennes GMP et PMP de 2020 à 2023. ....	13
Tableau 1 Répartition nationale de la prévalence des états pathologiques des 147 429 résidents entre 2020-2023. ....	10
Tableau 2 : Répartition nationale des profils de soins de 147 429 résidents entre 2020-2023. ....	11
Tableau 3 : Répartition des moyennes et des écarts type des GMP et PMP, par région en France métropolitaine et par année. ....	12
Tableau 4 : Répartition des états pathologiques de 23650 résidents en IDF entre 2020-2023. ....	15
Tableau 5: Répartition des états pathologiques des 16 455 résidents en région PACA entre 2020-2023.....	16
Tableau 6 : Répartition des états pathologiques des 6 011 résidents en région Grand Est entre 2020-2023.....	17

# Table des matières

<b>1. INTRODUCTION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE</b> .....	1
<b>1.1. Introduction</b> .....	1
<b>1.2. La grille AGGIR et l’outil PATHOS</b> .....	2
<b>2. CONTEXTE ET JUSTIFICATIF</b> .....	4
<b>3. OBJECTIFS</b> .....	5
<b>3.1. Objectif principal</b> .....	5
<b>3.2. Objectifs secondaires</b> .....	5
<b>4. MATERIEL ET METHODES</b> .....	6
<b>4.1. Type d’étude et population</b> .....	6
<b>4.2. Données</b> .....	6
<b>4.2.1. Source</b> .....	6
<b>4.2.2. Critères d’inclusion et de non-inclusion</b> .....	6
<b>4.2.3. Extraction</b> .....	6
<b>4.2.4. Variables d’intérêt</b> .....	6
<b>4.2.5. Analyses statistiques</b> .....	6
<b>4.2.6. Considérations éthiques</b> .....	7
<b>5. RÉSULTATS</b> .....	8
<b>5.1. Age et sexe</b> .....	8
<b>5.2. Etats pathologiques au niveau national</b> .....	9
<b>5.3. Profils de soins</b> .....	11
<b>5.4. Moyennes GMP et PMP</b> .....	11
<b>5.5. Etats pathologiques selon les régions</b> .....	14
<b>6. DISCUSSION</b> .....	18
<b>CONCLUSION</b> .....	26
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	27
<b>ANNEXES</b> .....	30
<b>RESUME</b> .....	34
<b>ABSTRACT</b> .....	35

# 1. INTRODUCTION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

## 1.1.Introduction

Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) faisaient état de 6 519 114 personnes âgées de plus de 75 ans en France. Fin septembre 2022, 7 333 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) étaient recensés en France métropolitaine, pour un nombre de lits installés de 596 763 contre 595 982 un an plus tôt, soit une hausse de 1.3%, selon les données de la base EHPAD Uni Santé (1). Malgré ces chiffres, l'offre disponible semble diminuer car insuffisante pour compenser l'évolution démographique (+ 4% chez les plus de 75 ans), avec un ratio de lit/ sujet de plus de 75 ans de 9,15% en 2023 contre 9,49% en 2022.

En outre, l'offre est très inégale en fonction des départements (avec seulement 4,07 places pour 100 personnes de plus de 75 ans à Paris, contre 16,44 places pour 100 personnes en Lozère par exemple) mais également au niveau des régions (taux d'équipement inférieur ou égal à 8 places pour 100 personnes de plus de 75 ans en Ile-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), versus un taux d'équipement de près de 12% en Bretagne ou en Pays de la Loire) (1).

L'amélioration dans la prise en charge des personnes âgées, notamment en soins, contribue à une augmentation des besoins médico-sociaux. Le renforcement des dispositifs d'aides à domicile retarde l'entrée en EHPAD avec un âge moyen des résidents de 85 ans et 8 mois (2), des résidents de plus en plus dépendants, 50% d'entre eux classés GIR 1 et 2 et polypathologiques (2,3). Les établissements médico-sociaux sont donc soumis aux besoins croissants de leurs résidents et à des contraintes budgétaires fixées par l'État à l'échelle nationale notamment dans le secteur public (4). La répartition de financements est définie en fonction de l'état de santé et de la dépendance de la personne accueillie. Les dépenses en soins sont prises en charge par l'Assurance Maladie, celles de la dépendance par le Conseil Départemental via l'octroi d'une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en établissement dont le montant dépend de l'état de dépendance du résident et de ses ressources (5).

Pour une meilleure gestion financière, des outils successifs ont été mis en place.

## **1.2. La grille AGGIR et l'outil PATHOS**

En France, les deux outils d'évaluation de la dépendance et de la pathologie des personnes âgées sont respectivement la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) et l'outil PATHOS, nés dans les années 80 du besoin de l'ensemble de la gériatrie de disposer de données quantifiées permettant de décrire l'état de santé des personnes âgées et ainsi de mettre en évidence les besoins liés à leur prise en charge, à l'aide et aux soins nécessaires.

La grille AGGIR est un outil informatisé, qui décrit la perte d'autonomie physique et psychique des personnes âgées avec ses conséquences sur les actes essentiels de la vie domestique et sociale, et qui les répartit en six groupes homogènes de charge de travail.

En application de la loi du 24 Janvier 1997, le décret 99-316 a prévu le recours à la grille AGGIR afin de déterminer la dépendance moyenne des personnes accueillies dans un établissement, c'est-à-dire le GIR moyen pondéré (GMP) de l'établissement et ainsi attribuer aux établissements la dotation « soins », financée par l'Assurance Maladie, dans le cadre de la convention tripartite signée par l'établissement (6).

À partir de 1997, la création de l'outil PATHOS a répondu à une demande de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de disposer d'un outil complémentaire à AGGIR, centré sur les pathologies les plus fréquentes en gériatrie et les projets de soins, afin de permettre la comparaison des établissements. L'élaboration de PATHOS a requis environ trois années, entre la commande de la CNAMTS et l'élaboration du logiciel Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision (GALAAD) (6).

L'outil PATHOS, publié en 2001 par le syndicat national de gérontologie clinique et le service médical de la CNAMTS, est un modèle qui permet d'évaluer, à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour leur prise en charge. Cet outil consiste à identifier, sur un thésaurus de 50 états pathologiques, les pathologies dont souffre un résident le jour de l'évaluation. Cette coupe PATHOS est la photographie d'une population de personnes âgées à un moment donné. Chaque état pathologique est qualifié par un seul profil de soins sur un référentiel qui en compte 12. A 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 (7). Les états pathologiques et les profils de soins sont répertoriés dans les annexes 1 et 2 respectivement.

Les niveaux de soins requis des pathologies des résidents sont déclinés en huit postes de ressources que sont : gériatre, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie.

Le niveau de dotation au sein d'un établissement est déterminé par une équation tarifaire, qui tient compte du GMP et du PATHOS moyen pondéré (PMP). Cette équation permet de définir la dotation budgétaire pour les cinq prochaines années.

Le résultat d'une coupe PATHOS est donc crucial pour un établissement car il doit correspondre au mieux aux besoins en soins de l'établissement, afin que la dotation soit au plus près des dépenses de l'établissement nécessaires pour l'accompagnement des résidents dans leur prise en charge médico-soignante (4).

La coupe PATHOS est réalisée par le médecin coordonnateur de l'établissement, formé par le biais des formations obligatoires organisées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et les Agences Régionales de Santé (ARS) dans toutes les régions, et assurées par un médecin de l'ARS et un médecin gériatre formateurs. Le médecin coordonnateur formé saisit son évaluation sur le logiciel GALAAD de la CNSA. Les données sont ensuite analysées par les médecins valideurs de l'ARS et du Conseil Départemental. Les formations organisées par d'autres organismes ne peuvent être validantes.



## 2. CONTEXTE ET JUSTIFICATIF

La France, comme de nombreux pays, est confrontée au vieillissement de sa population, auquel contribue l'allongement de l'espérance de vie. Au 1er janvier 2013, les 11,5 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus représentaient 17,6 % des 65,6 millions d'habitants. Si les tendances actuelles se poursuivent, près d'une personne sur trois sera âgée de plus de 60 ans en 2060 (8). Parallèlement, le nombre de personnes âgées dépendantes augmente. Elles étaient 1,2 million (7,8 % des 60 ans ou plus) à percevoir l'APA en France métropolitaine en 2010 et seraient 2,3 millions en 2060 (9).

Il est important d'accorder un intérêt particulier aux caractéristiques des personnes âgées en EHPAD, qui représenteront dans un proche avenir une proportion conséquente de la population française, afin d'anticiper sur des stratégies de prise en charge efficace et de se préparer à l'immense défi de leur hébergement dans des structures adaptées à leur profil ou à leur maintien au domicile dans le cadre du virage domiciliaire (10). Cette couche de la population est souvent confrontée à des problématiques psycho-sociales, aux pathologies chroniques susceptibles d'être décompensées par des événements aigus, et à l'impact de ces pathologies sur l'autonomie.

De ce fait, il nous est paru crucial de mettre en exergue les pathologies prépondérantes en EHPAD entre 2020 et 2023, en les décrivant dans les différents profils de soins qui peuvent leur être associés, ainsi que les éventuelles disparités géographiques. Ceci permettra d'évaluer l'adéquation de l'offre de soins aux bénéficiaires, afin de suggérer des axes d'amélioration et prévoir des politiques qui puissent répondre à l'enjeu majeur de santé publique qui est la prise en charge globale du sujet âgé.

### **3. OBJECTIFS**

#### **3.1. Objectif principal**

Décrire la prévalence et la répartition des états pathologiques et profils de soins des personnes âgées en EHPAD évaluées entre 2020 et 2023 au niveau national.

#### **3.2. Objectifs secondaires**

- Comparer les données obtenues avec celles de la période de 2015-2019 et avec celles de la littérature.
- Analyser la répartition des moyennes GMP et PMP par région en France métropolitaine.
- Comparer les résultats dans trois régions : IDF, PACA et Grand Est, en termes des états pathologiques par rapport aux données nationales.

## **4. MATERIEL ET METHODES**

### **4.1.Type d'étude et population**

Nous avons mené une étude descriptive transversale, portant sur les personnes âgées de 60 ans et plus, résidant dans les EHPAD en France métropolitaine.

### **4.2.Données**

#### **4.2.1. Source**

Les données ont été obtenues auprès de la CNSA, au moyen de l'exploitation de la base de données GALAAD fournie par les différents EHPAD, concernant la période allant de 2020 à 2023.

#### **4.2.2. Critères d'inclusion et de non-inclusion**

A partir de notre source de données, sur une population initiale de 2989 EHPAD et unités des soins de longue durée (USLD) pour la période de 2020 -2023, et qui a concerné 2890 établissements et 1,2 millions de résidents, nous avons inclus dans notre étude uniquement :

- les données issues des EHPAD, excluant donc les USLD,
- les données concernant les personnes âgées de plus de 60 ans,
- les données portant sur les années 2020, 2021, 2022 et 2023.

La taille de notre population, après application des critères ci-dessus, était de 147 429 résidents.

#### **4.2.3. Extraction**

Les données ont été extraites à partir de la base de données GALAAD au moyen du logiciel Access de Microsoft.

#### **4.2.4. Variables d'intérêt**

Les variables retenues pour notre étude étaient l'âge, le sexe, les états pathologiques des résidents, les profils de soins, le GMP, le PMP, aussi bien sur l'ensemble du territoire de la France métropolitaine que par région, en particulier celles d'Ile-de-France, PACA et Grand Est.

#### **4.2.5. Analyses statistiques**

Pour analyser les données, le logiciel Excel de Microsoft a été utilisé. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs ou pourcentages, et les variables quantitatives en moyenne et écart-type.

#### **4.2.6. Considérations éthiques**

Les données des évaluations PATHOS et AGGIR nous ont été fournies gracieusement par la CNSA en partenariat avec le CEN Stimco, après signature d'une convention suivie d'un engagement individuel de la part de chacun des co-rédacteurs de ce mémoire au respect de la confidentialité.

Toutes les données des résidents étaient anonymisées.

## 5. RÉSULTATS

### 5.1. Age et sexe

En répartissant les hommes et les femmes en EHPAD par tranche d'âge (figure 1), nous retrouvons 3,5% d'hommes et 3% de femmes dans la tranche d'âge des moins de 70 ans, puis les femmes sont plus nombreuses (8,4% contre 5,8%) dans la tranche d'âge des 70 ans à 80 ans, avec jusqu'à 62% de femmes au-delà de 80 ans contre 16% d'hommes (annexe 3).

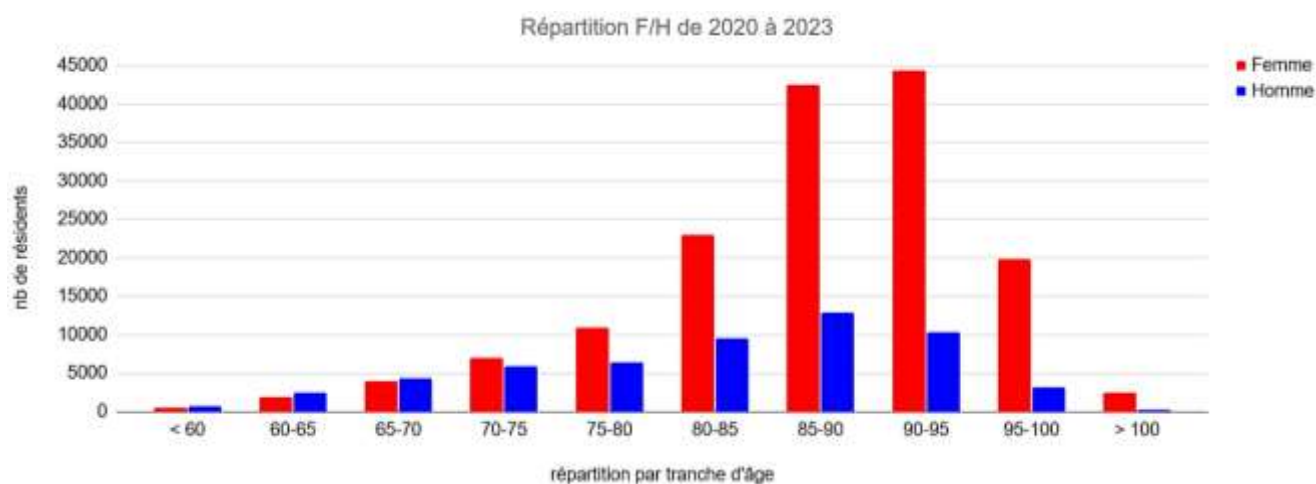


Figure 1 : Répartition des personnes de plus de 60 ans par tranches d'âge et par sexe

## **5.2. Etats pathologiques au niveau national**

Les prévalences des états pathologiques au niveau national entre 2020 et 2023 sont présentées dans le tableau 1.

Les pathologies neuropsychiatriques représentent 39,8% de l'ensemble des états pathologiques, avec 71% de résidents souffrant de syndrome démentiel, un peu plus de la moitié des résidents présentant des troubles du comportement (soit 57,3%), les états dépressifs retrouvés dans 40,8% des cas et les états anxieux autour de 37,7%.

Les pathologies cardio-vasculaires quant à elles représentent 19,4% de l'ensemble des états pathologiques. L'hypertension artérielle (HTA) est retrouvée dans 62,9% des cas, suivie de l'insuffisance cardiaque aux alentours de 24,5%, l'artériopathie a pour sa part une prévalence de 10%.

Les résidents présentent dans 44,3% des cas une perte d'autonomie fonctionnelle locomotrice, et la dénutrition est retrouvée chez 42% des résidents. D'autres états pathologiques sont moins fréquemment observés avec en ordre décroissant l'anémie à une prévalence de 20%, l'insuffisance rénale à 17,5%, le diabète à 17%, l'infection urinaire basse à 5,9%, et l'état terminal touchant 3,1% des résidents.

Tableau 1 Répartition nationale de la prévalence des états pathologiques des 147 429 résidents entre 2020-2023.

Groupe Pathologique	Etat pathologique	Nb d'états pathologiques étude 2020-2023	Prévalence 2 [2020-2023]	Prévalence 1 [2015-2019]	Variation Prévalence (2-1)
Cardio-vasculaire	Insuffisance cardiaque	36 101	24,5%	22,0%	2,5%
	Coronaropathie	22 391	15,2%	15,0%	0,2%
	Hypertension artérielle	92 748	62,9%	61,0%	1,9%
	Artériopathies chroniques	15 182	10,3%	1,0%	9,3%
	Hypotension orthostatique	8 048	5,5%	4,6%	0,9%
Neuro-psychiatrique	Accidents vasculaires cérébraux	26 976	18,3%	17,7%	0,6%
	Comitialité focale et généralisée	11 129	7,5%	7,3%	0,2%
	Syndrome parkinsonien	13 462	9,1%	8,5%	0,6%
	Syndrome confusionnel aigu	250	0,2%	0,1%	0,1%
	Troubles chroniques du comportement	84 499	57,3%	55,0%	2,3%
	Etats dépressifs	60 186	40,8%	39,0%	1,8%
	Etats anxieux	55 647	37,7%	35,0%	2,7%
	Syndrome démentiel	104 770	71,1%	65,9%	5,2%
Broncho-pulmonaire	Broncho-pleuro-pneumopathies	21 162	14,4%	12,0%	2,4%
	Insuffisance respiratoire	11 581	7,9%	6,8%	1,1%
	Embolies pulmonaires	2 737	1,9%	1,5%	0,4%
Infectieux	Syndromes infectieux généraux	3 574	2,4%	1,0%	1,4%
	Syndromes infectieux locaux	8 715	5,9%	3,7%	2,2%
	Infections urinaires basses	8 177	5,5%	4,7%	0,8%
Gastro-entérologique	Dénutrition	62 624	42,5%	36,7%	5,8%
Endocrinien	Diabète	25 053	17,0%	15,5%	1,5%
	Dysthyroïdie	25 834	17,5%	15,9%	1,6%
Uro-néphrologique	Rétention urinaire	12 877	8,7%	6,8%	1,9%
	Insuffisance rénale	25 813	17,5%	14,5%	3,0%
Autres	Anémies	29 544	20,0%	16,0%	4,0%
	Etats cancéreux	20 228	13,7%	12,6%	1,1%
	Hémopathies malignes	3 501	2,4%	2,0%	0,4%
	Pathologies oculaires évolutives	34 482	23,4%	22,0%	1,4%
	État grabataire et troubles de la marche	65 300	44,3%	38,2%	6,1%
	Etat terminal	4 519	3,1%	2,3%	0,8%

### 5.3. Profils de soins

Dans notre étude, les quatre profils de soins le plus fréquemment retrouvés sont S1, S0, R2, et P2, comme présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition nationale des profils de soins de 147 429 résidents entre 2020-2023.

Profil de soin	Nb de résidents	Prévalence 2 [2020-2023]	Prévalence 1 [2015-2019]	Variation Prévalence (2-1)
T1	56	0,0%	0,1%	0,0%
T2	23 849	16,2%	9,5%	6,7%
P1	6 390	4,3%	2,5%	1,8%
P2	108 195	73,4%	59,8%	13,6%
R1	3 157	2,1%	1,9%	0,2%
R2	60 830	41,3%	3,2%	38,1%
CH	9 398	6,4%	4,6%	1,8%
DG	4 058	2,8%	3,3%	-0,5%
M1	1 086	0,7%	0,5%	0,2%
M2	3 486	2,4%	1,8%	0,6%
S1	1 067 434	724,0%	99,0%	625,0%
S0	185 680	125,9%	62,5%	63,4%

### 5.4. Moyennes GMP et PMP

Le tableau 3 présente les moyennes GMP et PMP et les écarts-types par région et par année en France métropolitaine, qui sont illustrés en cartographie dans la figure 2.



Tableau 3 : Répartition des moyennes et des écarts type des GMP et PMP, par région en France métropolitaine et par année.

Province	2020				2021				2022				2023			
	Moy. GMP	□ GMP	Moy. PMP	□ PMP	Moy. GMP	□ GMP	Moy. PMP	□ PMP	Moy. GMP	□ GMP	Moy. PMP	□ PMP	Moy. GMP	□ GMP	Moy. PMP	□ PMP
Auvergne Rhône Alpes	756	53,5	233,8	22,7	768,9	47,9	234,8	24,6	777,2	63,3	238,3	23,9	775	42,2	253,4	30,3
Bourgogne Franche Comté	732,5	<b>80,9</b>	221,6	22,1	725,3	55,1	215,3	29,2	749,3	64,4	224,5	39,8	744,2	51,2	224,4	34,4
Bretagne	738,6	78,6	223,2	24,7	752,6	71,2	234,2	30,4	755,3	52,4	232	24,5	739,6	52,3	231	17,2
Centre Val-de-Loire	704,7	66,4	217,6	44	738,7	70,8	239,4	45,9	740,9	55,3	229,6	31,4	747,3	61,3	224,5	32,5
Corse	<b>802,1</b>	64,8	216,8	28,2	759	49,8	<b>203,3</b>	<b>48,5</b>	<b>849</b>	<b>13,9</b>	<b>291,5</b>	<b>92,4</b>	<b>787,1</b>	62,5	233,6	22
Grand-Est	733,4	63,9	227	<b>45,9</b>	741,7	60,6	239,5	36,5	752,1	53,7	247	34,5	733,8	64,7	254	<b>40,5</b>
Hauts de France	747,9	51,7	233,1	39,6	749,3	64,5	220,8	33,1	762	54,5	235,6	27,9	751,4	<b>42</b>	234,4	26,6
Île-de-France	760,5	<b>47</b>	234,8	33,3	741,5	33,6	235,3	28	724,8	64	231	23,6	745,6	<b>67,5</b>	<b>255,4</b>	26,5
Normandie	731	49,7	218,4	27,3	733,6	57,9	226,5	33,1	728,5	57,4	230,8	39,9	<b>722,2</b>	62,7	245,6	37,5
Nouvelle Aquitaine	742,3	56,3	<b>234,9</b>	23,5	730	59,3	236,7	32,3	730,7	50,8	242,6	31,6	746,6	55,9	249	26,8
Occitanie	748,8	61,5	230,3	27,5	752,9	62,8	<b>245</b>	31,1	748,5	44,6	238,3	26,6	760,5	51,1	247,7	30,8
Pays de la Loire	<b>693,4</b>	65,1	<b>201,2</b>	26,3	<b>714,9</b>	<b>71,7</b>	204,9	29,3	<b>713,4</b>	<b>72,8</b>	<b>214,7</b>	28,1	736,2	53,4	<b>218,2</b>	26,7
Provence Alpes Côte d'Azur	774,7	48,1	226,2	<b>11,5</b>	<b>791,1</b>	<b>27,8</b>	226,7	<b>8,2</b>	780,9	51,8	234,8	<b>9,9</b>	767,6	53,7	232,5	<b>15,6</b>
<b>Min.</b>	693,4	47	201,2	11,5	714,9	27,8	203,3	8,2	713,4	13,9	214,7	9,9	722,2	42	218,2	15,6
<b>Max.</b>	802,1	80,9	234,9	45,9	791,1	71,7	245	48,5	849	72,8	291,5	92,4	787,1	67,5	255,4	40,5
<b>Moyenne</b>	743,5	60,6	224,5	29,0	746,1	56,4	227,9	31,6	754,8	53,8	237,7	33,4	750,5	55,4	238,7	28,3

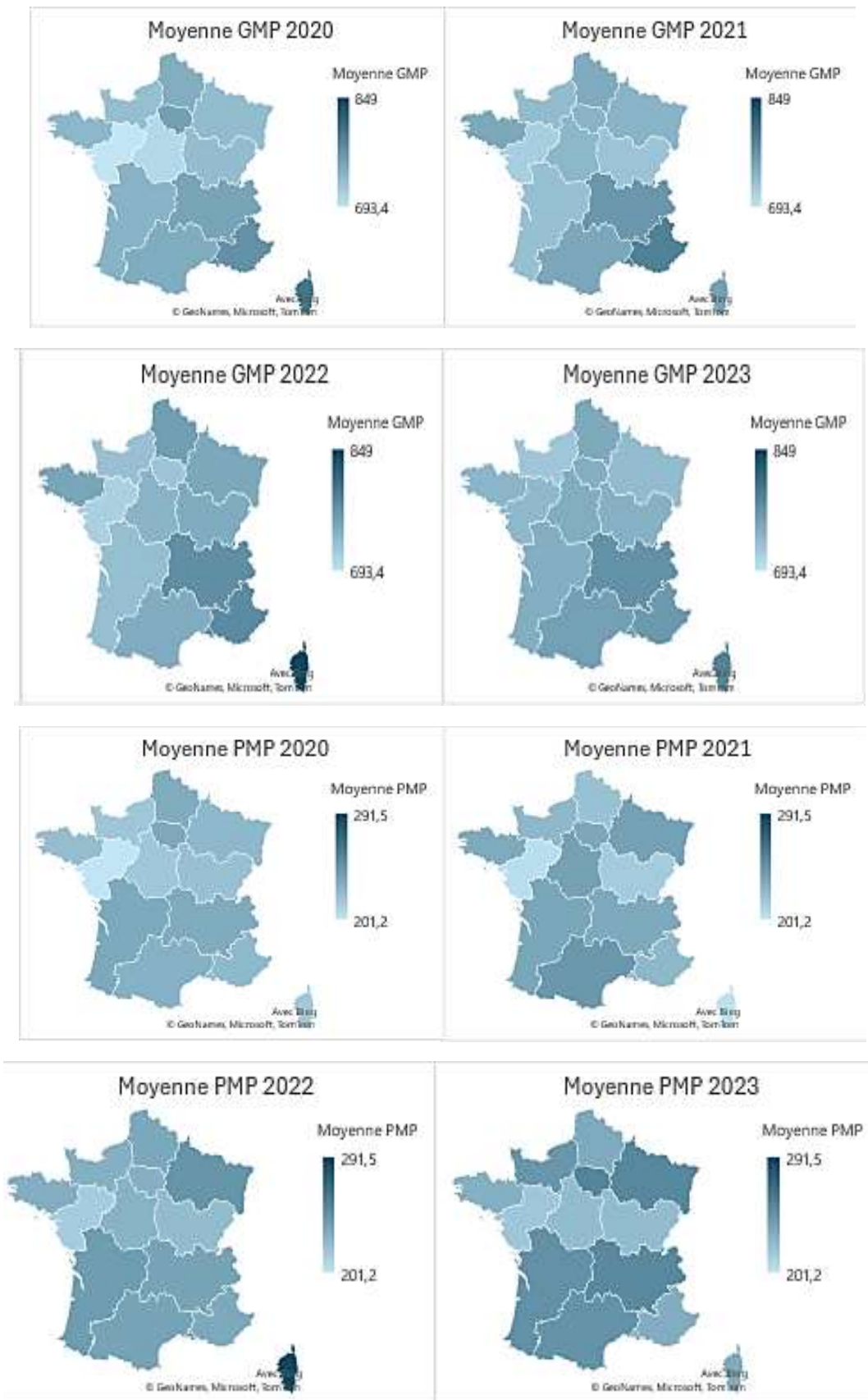


Figure 2 : Cartographie nationale des moyennes GMP et PMP de 2020 à 2023.

### **5.5. Etats pathologiques selon les régions**

Les tableaux 4, 5 et 6 présentent les prévalences des états pathologiques par région, respectivement en Ile-de-France, PACA et Grand Est, et les comparent aux prévalences retrouvées au niveau national.

Tableau 4 : Répartition des états pathologiques de 23650 résidents en IDF entre 2020-2023.

Groupe Pathologique	Nbre état pathologique	Prévalence régionale 2020-2023	Prévalence nationale 2020-2023	Variation Prévalence
Insuffisance cardiaque	514	21,7%	24,5%	-2,8%
Coronaropathie	332	14,0%	12,2%	1,8%
HTA	1 629	68,8%	62,9%	5,9%
Artériopathies chroniques	220	9,3%	10,3%	-1,0%
Hypotension orthostatique	140	5,9%	5,5%	0,4%
AVC	458	19,3%	18,3%	1,0%
Epilepsie, comitialité focale ou généralisé	158	6,7%	7,5%	-0,8%
Syndrome Parkinsonien	238	10,0%	9,1%	0,9%
Syndrome confusionnel	7	0,2%	0,2%	0,0%
Troubles chroniques du comportement	1 272	53,7%	57,3%	-3,6%
Etats dépressif	1 199	50,7%	40,8%	9,9%
Etats anxieux	1 041	44,0%	37,7%	6,3%
Syndrome démentiel	1 918	81,1%	71,1%	10,0%
Broncho-pleuro-pneumopathies	386	16,3%	14,4%	1,9%
Insuffisance respiratoire	164	6,9%	7,9%	-1,0%
Embolies pulmonaires	532	2,2%	1,9%	0,3%
Syndrome infectieux généraux	58	2,5%	2,4%	0,1%
Syndromes infectieux locaux	101	4,3%	5,9%	-1,6%
Infections urinaires basses	136	5,8%	5,5%	0,3%
Dénutrition	1 141	48,2%	42,5%	5,7%
Diabète	415	17,5%	17,5%	0,0%
Dysthyroïdie	465	19,7%	17,0%	2,7%
Rétention urinaire	228	9,6%	8,7%	0,9%
Insuffisance rénale	490	20,7%	17,5%	3,2%
Anémies	521	22,0%	20,0%	2,0%
Etats cancéreux	338	16,4%	13,7%	2,7%
Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique	74	3,1%	2,4%	0,7%
Pathologies oculaires évolutives	554	23,4%	22,0%	1,4%
Etat terminal	47	2,0%	3,1%	-1,1%
Etat grabataire troubles de la marche	1 120	47,4%	44,3%	3,1%

Tableau 5: Répartition des états pathologiques des 16 455 résidents en région PACA entre 2020-2023

Groupe Pathologique	Nbre état pathologique	Prévalence régionale 2020-2023	Prévalence nationale 2020-2023	Variation Prévalence
Insuffisance cardiaque	4 420	26,9%	24,5%	2,4%
Coronaropathie	2 620	15,9%	15,2%	0,7%
HTA	10 840	65,9%	62,9%	3,0%
Artériopathies chroniques	1 840	11,2%	10,3%	0,9%
Hypotension orthostatique	800	4,9%	5,5%	-0,6%
AVC	2 910	17,7%	18,3%	-0,6%
Epilepsie, comitialité focale ou généralisé	890	5,4%	7,5%	-2,1%
Syndrome Parkinsonien	1 280	7,8%	9,1%	-1,3%
Syndrome confusionnel	3	0,0%	0,2%	-0,2%
Troubles chroniques du comportement	8 670	52,7%	57,3%	-4,6%
États dépressif	6 830	41,5%	40,8%	0,7%
Etats anxieux	460	45,3%	37,7%	7,6%
Syndrome démentiel	13 360	81,2%	71,1%	10,1%
Broncho-pleuro-pneumopathies	2 740	16,7%	14,1%	2,6%
Insuffisance respiratoire	1 450	8,8%	7,9%	0,9%
Embolies pulmonaires	340	2,1%	1,9%	0,2%
Syndrome infectieux généraux	500	3,0%	2,4%	0,6%
Syndromes infectieux locaux	620	3,8%	5,9%	-2,1%
Infections urinaires basses	900	5,5%	5,5%	0,0%
Dénutrition	7 230	43,9%	42,5%	1,4%
Diabète	2 940	17,9%	17,0%	0,9%
Dysthyroïdie	3 070	18,7%	17,5%	1,2%
Rétention urinaire	1 180	7,2%	8,7%	-1,5%
Insuffisance rénale	2 730	16,6%	17,5%	-0,9%
Anémies	3 210	19,5%	20,0%	-0,5%
Etats cancéreux	2 570	15,6%	13,7%	1,9%
Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique	480	2,9%	2,4%	0,5%
Pathologies oculaires évolutives	3 740	22,7%	23,4%	-0,7%
Etat terminal	680	4,1%	3,1%	1,0%
Etat grabataire troubles de la marche	9 120	55,4%	44,3%	11,1%

Tableau 6 : Répartition des états pathologiques des 6 011 résidents en région Grand Est entre 2020-2023.

Groupe Pathologique	Nbre état pathologique	Prévalence régionale 2020-2023	Prévalence nationale 2020-2023	Variation Prévalence
Insuffisance cardiaque	1 294	21,5%	24,5%	-3,0%
Coronaropathie	761	12,7%	12,2%	0,5%
HTA	3 758	62,5%	62,9%	-0,4%
Artériopathies chroniques	547	9,1%	10,3%	-1,2%
Hypotension orthostatique	174	2,9%	5,5%	-2,6%
AVC	884	14,7%	18,3%	-3,6%
Epilepsie, comitialité focale ou généralisé	278	4,6%	7,5%	-2,9%
Syndrome Parkinsonien	429	7,1%	9,1%	-2,0%
Syndrome confusionnel	8	0,1%	0,2%	-0,1%
Troubles chroniques du comportement	3 062	50,9%	57,3%	-6,4%
États dépressif	2 061	34,3%	40,8%	-6,5%
Etats anxieux	1 674	27,8%	37,7%	-9,9%
Syndrome démentiel	3 957	65,8%	71,1%	-5,3%
Broncho-pleuro-pneumopathies	660	11,0%	14,4%	-3,4%
Insuffisance respiratoire	472	7,9%	7,9%	-0,1%
Embolie pulmonaire	95	1,50%	1,9%	-0,4%
Syndrome infectieux généraux	89	1,5%	2,4%	-0,9%
Syndromes infectieux locaux	195	3,2%	5,9%	-2,7%
Infections urinaires basses	245	4,1%	5,5%	-1,4%
Dénutrition	2 137	35,6%	42,5%	-7,0%
Diabète	1 101	18,3%	17,5%	0,8%
Dysthyroïdie	949	15,8%	17,0%	-1,2%
Rétention urinaire	571	9,5%	8,7%	0,8%
Insuffisance rénale	920	15,3%	17,5%	-2,2%
Anémies	1 024	17,0%	20,0%	-3,0%
Etats cancéreux	758	12,6%	13,7%	-1,1%
Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique	115	1,9%	2,4%	-0,5%
Pathologies oculaires évolutives	953	15,9%	22,0%	-6,2%
Etat terminal	69	1,1%	3,1%	-2,0%
Etat grabataire troubles de la marche	2 124	35,3%	44,3%	-9,0%

## 6. DISCUSSION

▪ **Comparaison des résultats nationaux de notre étude avec les données de l'étude Etats des lieux 2015-2019 faite par la CNSA (données de recherche universitaire non publiées) et avec les données de la littérature.**

Selon les données de l'observatoire des EHPAD de 2013, la population vivant en institution représentait plus de 500 000 personnes en France. L'âge moyen des résidents était de 85,8 ans (11). Associée à la dépendance, la polypathologie est prégnante en EHPAD avec en moyenne plus de 7 pathologies chroniques diagnostiquées, associées à une polymédication avec la prise de plus de 6 médicaments par jour (12). L'accroissement de la longévité s'accompagne de la multiplication et de l'aggravation des pathologies propres aux personnes âgées. Les résidents en EHPAD sont en majorité âgés de plus de 80 ans et sont polypathologiques (13).

Ces observations concordent parfaitement avec les résultats et analyses de notre étude, avec un âge prédominant compris entre 85 et 95 ans.

Notre analyse de la **répartition des hommes et des femmes en EHPAD par tranche d'âge** retrouve une prédominance des hommes dans la tranche d'âge des moins de 70 ans, et des femmes dans la tranche d'âge des plus de 70 ans, avec une nette prédominance des femmes au-delà de 80 ans, ceci peut être expliqué par ces hypothèses :

- Le veuvage des hommes qui étaient dépendants de leur compagne dans le quotidien génère un maintien à domicile compliqué et déclenche un recours plus précoce à l'institution, contrairement aux femmes qui arrivent à maintenir plus longtemps leur autonomie.
- Une espérance de vie plus élevée chez la femme par rapport à l'homme, liée à certains facteurs : la protection hormonale contre les maladies cardio-vasculaires, le mode de vie, le comportement à risque des hommes.
- Une perte d'autonomie en lien avec des troubles neurocognitifs à un âge avancé, rendant l'institutionnalisation impérative.

L'analyse des **prévalences des états pathologiques pour la période 2020-2023**, en comparaison avec les **résultats de l'étude 2015-2019**, retrouve respectivement pour le syndrome démentiel une prévalence de 71,1% contre 65,9%, pour la dénutrition 42,5% contre 36,7%, pour les anémies 20% contre 16%, pour les artériopathies 10% contre 1%.

Cette différence entre notre étude et celle de 2015-2019 pourrait être expliquée par une certaine amélioration du dépistage et de la traçabilité, la formation et sensibilisation des médecins et des soignants en EHPAD avec un meilleur accompagnement des enquêteurs lors de la saisie des données, le développement des filières gériatriques et des réseaux d'accès aux soins, l'augmentation des pathologies liées au vieillissement de la population, l'allongement de l'espérance de vie de la population, l'institutionnalisation plus tardive dans un état plus précaire, l'amélioration de la politique des aides et du maintien au domicile, entre autres.

Dans le travail de ATRAMONT et collaborateurs (2017), il a été constaté qu'avant l'admission en EHPAD, près d'une personne sur deux avait été prise en charge pour une pathologie cardio-neurovasculaire (48 %), 23 % pour trouble du rythme ou de la conduction cardiaque, 15 % pour maladie coronaire chronique, 15 % pour insuffisance cardiaque et 13 % pour accident vasculaire cérébral. Environ 17 % avaient été prises en charge pour diabète. Un recours aux soins pour démence était retrouvé pour plus d'un tiers des entrants en EHPAD (34 %). Environ 14 % de la population avait été prise en charge pour une maladie psychiatrique, 18 % pour cancer, 13 % pour une maladie respiratoire chronique et 10 % pour une autre ALD (9).

Notre étude a pu retrouver une plus grande prévalence des **pathologies neurocognitives** en institution comparativement aux autres pathologies, ce qui a été décrit également dans plusieurs articles notamment celui de PETIT et collaborateurs (2016) qui estimaient que 42 à 72 % des personnes institutionnalisées présentent une démence (14). Ceci est également corroboré par les estimations de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui relèvent qu'à l'échelle nationale, une pathologie démentielle était diagnostiquée chez 42 % des résidents en EHPAD (15). Dans une étude monocentrique datant de 2015, sur 492 résidents accueillis, 65,6% présentaient des antécédents de troubles cognitifs mais pour 40 % d'entre eux aucune hypothèse diagnostique n'était posée (16).

Comme également cité dans la littérature, les personnes institutionnalisées atteintes de troubles cognitifs n'ont pas toutes des troubles psycho-comportementaux, mais requièrent une prise en charge humaine en adéquation avec leur situation (17). Ceci corrobore les résultats retrouvés notre étude.

En ce qui concerne les **pathologies cardio-vasculaires**, le pourcentage d'**HTA** (62,9%) dans notre étude était similaire à celui de 2015-2019 (61%), mais reste inférieur aux chiffres



énoncés dans la littérature (18), la prévalence de l'HTA augmentant fortement avec l'âge, pour dépasser 70 % après 60 ans. Ceci devrait attirer l'attention pour plus d'efforts dans le repérage de cette pathologie.

Dans notre étude, l'**insuffisance cardiaque** avait une prévalence de 24,5%. Dans l'étude de FRIOCOURT et collaborateurs (2020), l'âge moyen des personnes âgées présentant une insuffisance cardiaque est proche de 80 ans. À 55 ans, le risque de développer une IC au cours de sa vie est de 33 % pour les hommes et 28 % pour les femmes. Toutefois, le nombre de cas touchant les femmes âgées est beaucoup plus élevé que celui touchant les hommes âgés du fait des différences d'effectifs entre hommes et femmes très âgés : 68 % des insuffisants cardiaques de plus de 85 ans sont des femmes (19). Dans une étude menée aux Pays-Bas par DAAMEN et collaborateurs (2015), la prévalence globale de l'insuffisance cardiaque chez les résidents des maisons de retraite était de 33 %. Pour 54% de ces sujets, le diagnostic d'insuffisance cardiaque n'était pas connu auparavant. Chez 31 % des personnes ayant des antécédents d'insuffisance cardiaque, ce diagnostic n'a pas été confirmé par un panel d'experts. Les résultats de cette étude montrent que l'insuffisance cardiaque est très répandue chez les résidents des maisons de retraite, et que de nombreux cas passent méconnus ou faussement diagnostiqués comme telle (20).

En ce qui concerne l'**artériopathie chronique**, elle est probablement sous diagnostiquée dans les EHPAD, avec une prévalence de 7,8 % en 2022 dans le travail de RATSIMBARILALA RAVEL et collaborateurs (21) car non recherchée dans les antécédents, non évaluée par la recherche d'une claudication intermittente à l'interrogatoire ou par la réalisation d'une mesure de l'index de pression systolique. La prévalence de 10% que nous retrouvons dans notre travail, comparée à celle de ces auteurs et à celle des données de la CNSA de 2015-2019 suggère une possible amélioration dans le repérage de cette pathologie. Le faible intérêt pour le dépistage des artériopathies en EHPAD peut être en lien avec les limitations sur le plan thérapeutique ou encore d'ordre financier avec une faible plus-value.

Pour la **dénutrition**, la prévalence varie dans les études en fonction des critères diagnostiques utilisés et de la population âgée étudiée. Elle dépend également des maladies associées et du statut fonctionnel. En institution, 30 à 35 % des résidents sont dénutris, en lien avec la polyopathie et la dépendance (22). L'étude de CHAOUI et collaborateurs (2015) (23) retrouvait une évolution de 17% à 27%, entre 2007 et 2013, soit un gain de 10

points sur 7 années. Notre étude a retrouvé une prévalence plus importante de la dénutrition à 42% en rapport avec l'augmentation de la prévalence des démences, de la polypathologie, de la perte d'autonomie et de la grabatisation. Cette augmentation du dépistage de la dénutrition pourrait aussi être en lien avec la révision des critères diagnostiques HAS 2021 de la dénutrition du sujet de 70 ans et plus (24). En comparaison avec l'étude de 2015-2019 où la prévalence de la dénutrition était de 36,7%, la variation s'élève à 5,8%,

L'**anémie** est courante chez les personnes âgées, et sa prévalence augmente avec l'âge. Pour ceux de 85 ans et plus, elle est de l'ordre de 20 à 25 %. Chez les patients âgés en institution, la prévalence de l'anémie est encore plus élevée, estimée à 40 % en secteur hospitalier et 50 % en institution gériatrique (25). Dans notre étude, il ressort un chiffre inférieur de presque la moitié avec une moyenne nationale de 20%, devant attirer l'attention sur le repérage de cette pathologie en EHPAD, d'autant plus qu'elle grève le pronostic des résidents.

Selon le recensement d'Institut de veille sanitaire, 60% des **cancers** sont diagnostiqués à partir de 65 ans et 30 % à partir de 75 ans. Ainsi, à titre d'exemple chez l'homme, l'augmentation de l'incidence des cancers est liée à l'accroissement de cette population pour 30,8 % et au phénomène de vieillissement de cette partie de la population pour 33,7 %, ainsi qu'aux changements d'incidence spécifiques par âge (26). Notre étude constate une prévalence des cancers de seulement 13,7% en institution, probablement sous-diagnostiqués dans cette population, en lien avec l'espérance de vie limitée des résidents qui entrent de plus en plus tardivement en EHPAD, le non-souhait d'explorations complémentaires par les personnes âgées elles-mêmes ou les professionnels ; et les limitations thérapeutiques liées à la fragilité, à la polypathologie et à sa corollaire polymédication. Dans l'étude de 2015-2019, les cancers étaient tout de même sous-diagnostiqués avec une prévalence de 12.6%.

Pour ce qui est du **diabète** en institution, nous avons retrouvé une prévalence de 17%. En fonction des études, la prévalence du diabète s'y situe entre 20 et 34 % (27).

La discussion reste ouverte pour beaucoup d'autres pathologies qui n'ont pas été prises en compte dans notre étude mais qui restent fréquentes, telles que les **apnées du sommeil** avec une prévalence chez la personne âgée institutionnalisée estimée à 45 % environ (28).

Un point de vigilance est à apporter sur la **santé buccodentaire** en EHPAD, cette dernière étant encore un défi majeur de santé publique. En effet, 65 % des résidents de 65

ans ou plus souffrent de caries, ont des problèmes de plaque dentaire et/ou de tartre, et 75 % un état buccodentaire limitant une alimentation de qualité (29).

Concernant les **troubles de la déglutition**, ils constituent une problématique majeure, notamment chez les personnes âgées, pouvant entraîner un état de dénutrition, avec une prévalence estimée entre 15 et 38 % en institution (30).

Les **escarres** au sein des EHPAD ont une fréquence très variable, allant de 3 à 54 % pour les services de soins prolongés, comme cité notamment dans l'article de MALLAY et collaborateurs (2005) (31).

Par ailleurs, il est important de parler de la **fin de vie** qui fait partie intégrante de la vie en EHPAD. En 2018-2019, près de 550 000 personnes résidaient chaque mois en EHPAD ou en USLD. Parmi elles, selon la période de l'année, entre 11 000 (2 %) et 15 000 (2,8 %) personnes y sont décédées tous les mois.(32).

Pour ce qui est de l'analyse des **profils de soins**, nous retrouvons :

- Le profil T1 avec une proportion négligeable, similaire à celle de 2015-2019. Ceci est accord avec l'absence d'indication d'un tel profil en EHPAD, ce dernier devant plutôt relever d'une prise en charge hospitalière urgente.

- Le profil T2 à 16%, comparé à celui de 9,5% retrouvé en 2015-2019 ; suggérant une augmentation des orientations de résidents plus fragiles ou avec davantage de pathologies vers les structures de soins pour rééquilibre thérapeutique.

- Pour le profil S0, la valeur de 125,9% retrouvée est justifiée par le fait qu'il concerne des résidents en EHPAD souvent polypathologiques avec des pathologies chroniques et stabilisées, ne nécessitant pas de surveillance particulière.

- Le profil S1 à 724 % suggère que chaque résident peut avoir en moyenne sept états pathologiques avec des soins courants, cotés, nécessitant surveillance, dispensation médicamenteuse et actes de prévention, et témoignant donc d'une augmentation de la consommation médicamenteuse et du travail infirmier.

- Pour le profil P1, les valeurs sont de 4,3% en 2020-2023 et 2,5% en 2015-2019. Cette prévalence de soins requis P1 pourrait être interprétée comme élevée pour un EHPAD, car ce profil relève plus des unités de soins psychiatriques ou d'unités cognitivo-comportementales (UCC).

- Le profil P2 avec plus de 73 % des résidents nécessitant des soins psychologiques et relationnels, comparés aux 59,8% de 2015-2019, témoignant de l'augmentation de la

prévalence des troubles neuropsychiatriques, en lien avec le vieillissement des résidents et le développement des unités spécialisées telles que les Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les Unités d'hébergement renforcé (UHR).

- Une proportion de moins de 2 % pour le profil R1, quasi identique à celle retrouvée en 2015-2019 (1,9%), les résidents en EHPAD ne relevant que rarement de rééducation intensive vue la dépendance et les comorbidités.

- Pour le profil R2, 41,3 % des résidents de notre étude nécessitent des soins rééducatifs d'entretien, variation notable de 38,1% par rapport au pourcentage retrouvé en 2015-2019 (3,2%) pouvant s'expliquer par le recrutement des professionnels de rééducation autre que les kinésithérapeutes (psychomotriciens, ergothérapeutes) et l'émergence des enseignants en activité physique adaptée.

- Les profils CH et DG ne varient pas beaucoup entre les deux périodes. Pour le profil DG il n'y a pas plus d'acte diagnostique posé en EHPAD, corroborant le constat que les personnes sont maintenant admises en EHPAD à un âge avancé et fragiles, avec un intérêt limité pour les actes diagnostiques.

- Le profil M1 avec le même pourcentage bas, autour de 0,5%, chez des résidents relevant plutôt d'unités de soins palliatifs.

- Pour ce qui est du profil M2, un pourcentage de 2.4%, sensiblement plus élevé que celui de 1.8% sur la période 2015-2019. Il est probable que le profil M2 soit sous-évalué dans les EHPAD, en fonction des conditions symptomatiques et des critères utilisés pour le repérer. Dans la littérature, en EHPAD et USLD, la prévalence du profil M2, donc des états crépusculaires, peut s'élever au-delà de 7% (33). Ce pourcentage pourrait augmenter dans les années à venir avec le déploiement des équipes mobiles de soins palliatifs extra-hospitalières et le recours de plus en plus fréquent à l'hospitalisation à domicile en EHPAD.

L'analyse des **moyennes GMP et PMP en France métropolitaine** montre une augmentation au fil des années. Cela peut s'expliquer par une population qui est de plus en plus âgée, polypathologique, institutionnalisée tardivement et donc nécessitant de plus en plus d'aides et de soins techniques.

L'analyse des **écarts type des moyennes GMP et PMP** montre une variation entre les régions en France métropolitaine, en première approche nous pouvons distinguer 2 groupes :

- Les régions avec des écarts type en dessous de la moyenne, ce qui reflète une homogénéité des GMP/PMP dans les établissements ;

- Les régions avec des écarts type au-dessus de la moyenne, ce qui reflète une disparité des GMP/PMP dans les établissements ;

Ceci pourrait être en lien avec la répartition inégale de la démographie médicale au niveau du territoire national, ou encore avec la politique régionale d'interprétation du PATHOS par les médecins valideurs.

▪ **Comparaison des prévalences des états pathologiques des régions IDF, PACA et Grand Est avec les prévalences nationales**

L'analyse des **prévalences des états pathologiques en région IDF** en comparaison avec les chiffres nationaux pour la période 2020-2023, fait remarquer des pourcentages plus élevés du syndrome démentiel (81,1% contre 71,1%), des états dépressifs (50,7% contre 40,8%), des états anxieux (44% contre 37,7%), de la dénutrition (48,2% contre 42,5%), de l'HTA (68,8% contre 62,9%), des états grabataires et troubles de la marche (47,4% contre 44,3%), et des états cancéreux (16,4% contre 13,7%). A l'inverse, la tendance est à la baisse en ce qui concerne la prévalence de l'insuffisance cardiaque (21,7% contre 24,5%), et celle des troubles du comportement (53,7% contre 57,3%). Ceci peut être expliqué par un important effort en région IDF sur le diagnostic et la prise en charge précoce des insuffisances cardiaques, et le développement des établissements psycho-gériatriques. La disparité des moyens techniques entre les régions ainsi que la proximité ou non des centres de référence pourraient également contribuer à expliquer les chiffres constatés.

En analysant les **prévalences des états pathologiques en région PACA** pour la période 2020-2023, nous constatons des pourcentages plus élevés, en comparaison aux chiffres nationaux sur la même période, avec 81% de démences, 45% d'états anxieux et 55% et d'états de perte d'autonomie fonctionnelle locomotrice. Ces valeurs plus élevées peuvent être expliquées par un meilleur dépistage et diagnostic et une démographie médicale plus importante. Par ailleurs, nous remarquons que les troubles du comportement et la dénutrition ne suivent pas cette tendance.

L'analyse des **prévalences des états pathologiques en région Grand Est** pour la période 2020-2023 retrouve un chiffre plus faible de démence (65%), de dépression (34%), état anxieux (25%), dénutrition (35%), états grabataires et troubles de la marche (35%) par rapport aux chiffres sur le plan national pour cette même période. Cette baisse peut être

expliquée probablement par une plus faible démographie médicale, un défaut de dépistage et de codage.

Au premier janvier 2023, la densité des médecins était de 409 pour 100 000 habitants en PACA, 383 pour 100 000habitants en Ile-de-France, et 321 pour 100 000 habitants dans le Grand Est (34).

#### ▪ **Limites**

Les limites dans la réalisation de ce mémoire tiennent des difficultés concernant :

- l'exploitation de la base de données, de l'ampleur de l'échantillon,
- les critères d'extraction ayant conduit à une réduction importante de la taille de l'échantillon, à des données manquantes ,
- le temps limité pour l'extraction et l'analyse des données.

## CONCLUSION

A travers notre étude, il est possible de constater l'augmentation de la prévalence des états pathologiques au fil des années, notamment en ce qui concerne les pathologies neurodégénératives, cardio-vasculaires, la dénutrition, l'anémie. L'augmentation des besoins en soins et de la dépendance reflètent l'évolution de cette population en termes de fragilité et de polypathologie.

Ceci présage donc non seulement du grand enjeu que sera l'accueil, l'hébergement et la prise en soins optimale des résidents, dans un projet de vie qualitatif et valorisant, mais aussi du défi relatif au financement des EHPAD.

Le rôle de l'équipe de coordination prend toute son importance au sein des EHPAD, dans le recensement, la description fidèle et l'actualisation régulière des états pathologiques des résidents, afin de garantir des services à la personne s'inscrivant dans une démarche qualitative.

Des facteurs liés au personnel ou à la situation géographique des EHPAD pouvant impacter les coupes PATHOS, un des axes d'amélioration serait de promouvoir des politiques en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge aussi bien sur le plan national que local, le recrutement et la formation continue du personnel médical et soignant.

Cette première analyse des données GALAAD de la CNSA entre 2020 et 2023 que nous avons réalisée devra être complétée par des études subséquentes plus précises, s'intéressant entre autres aux particularités des résidents entre 60 et 75 ans, aux caractéristiques des durées moyennes de séjour avec leur impact sur la charge de travail, afin de décrire au plus près la population des EHPAD en termes de pathologies, profils de soins et de l'autonomie.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Etude Uni Santé 2023. Panorama des EHPAD 2023: Quelle est l'offre en 2023 en France ? [Internet]. 2023. p. 15. Disponible sur: [https://www.conseildependance.fr/wp-content/uploads/2023/02/2023-02-21\\_panorama-ehpad-2022\\_PDF.pdf](https://www.conseildependance.fr/wp-content/uploads/2023/02/2023-02-21_panorama-ehpad-2022_PDF.pdf)
2. Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015. 1015. 2017. p. 8.
3. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 [Internet]. 2020. p. 112. Disponible sur: [https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-04/PUB-cnsa-situation\\_ehpad\\_2017-2018\\_vf.pdf](https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-04/PUB-cnsa-situation_ehpad_2017-2018_vf.pdf)
4. Guillaume E. La coupe pathos en EHPAD : un enjeu stratégique à piloter [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://documentation.ehesp.fr/memoires/2019/dessms/Eve\\_GUILLAUME.pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2019/dessms/Eve_GUILLAUME.pdf)
5. Legifrance. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000406361/>
6. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS: Rapport du 2 août 2012 [Internet]. 2012. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_final-Pathos-MEP-BAT-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final-Pathos-MEP-BAT-2.pdf)
7. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Le modèle « PATHOS » Guide d'utilisation 2022. 2022;1-61. Disponible sur: [https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-05/modele\\_pathos\\_2022.pdf](https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-05/modele_pathos_2022.pdf)
8. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans [Internet]. division Enquêtes et études démographiques, Insee. 2010. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151#consulter>
9. Atramont A, Rigault A, Chevalier S, Leblanc G, Fagot-Campagna A, Tuppin P. Caractéristiques, pathologies et mortalité des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) admis au cours du premier trimestre 2013 en France. Rev Epidemiol Sante Publique [Internet]. juin 2017;65(3):221-30. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762016308446>
10. Carrère A, Roy D, Toulemon L. Rapport IPP No 41 - 16/03/2023. Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives [Internet]. 2023. Disponible sur: [https://www.ipp.eu/wp-content/uploads/2023/03/Rapport\\_IPP\\_41\\_vieillir\\_a\\_domicile\\_synthese.pdf](https://www.ipp.eu/wp-content/uploads/2023/03/Rapport_IPP_41_vieillir_a_domicile_synthese.pdf)
11. KPMG. Observatoire des EHPAD [Internet]. 2013. p. 72. Disponible sur: [https://www.lagazettedescommunes.com/telechargements/Observatoire-EHPAD\\_2013-KPMG.pdf](https://www.lagazettedescommunes.com/telechargements/Observatoire-EHPAD_2013-KPMG.pdf)
12. Salles N, Torressan C. Prévalence des escarres en ambulatoire en Ehpad. Rev



- Francoph Cicatrisation [Internet]. avr 2017;1(2):54-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S246891141730350X>
13. Dossiers Solidarité et Santé. Les personnes âgées en institution [Internet]. 22. 2011. p. 32. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dss22.pdf>
  14. Petit A-E, Mangeard H, Chazard E, Puisieux F. Évolution de la prise en charge médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer en EHPAD : impact de la campagne médiatique contre les médicaments spécifiques de la maladie d'Alzheimer. *Encephale* [Internet]. févr 2017;43(1):21-6. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700616000452>
  15. Chazal J. Les pathologies démentielles (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) des personnes âgées vivant en établissement. Dossiers Solidarité et Santé Les personnes âgées en institution [Internet]. 2011;16-23. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dss22.pdf>
  16. Morin L, Aubry R. Fin de vie et démence dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique* [Internet]. juin 2015;14(3):191-202. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1636652215000343>
  17. Thubert B, Kechiche C, Moretti L, Clarindo C, Chevrier C. Adaptation du sujet âgé dans les diverses institutions. *EMC- Psychiatr.* 2024;40(3).
  18. Bénétos A. Les hypertendus de plus de 80 ans vivant en EHPAD : sont-ils sur-traités? *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie.* 2015;15(86):89-93.
  19. Friocourt P, Belmin J, Hanon O. Insuffisance cardiaque de la personne âgée. *EMC.* 2020;23(1).
  20. Daamen MAMJ, Hamers JPH, Gorgels APM, Brunner-La Rocca H-P, Tan FES, van Diejen-Visser MP, et al. Heart failure in nursing home residents; a cross-sectional study to determine the prevalence and clinical characteristics. *BMC Geriatr* [Internet]. 16 déc 2015;15(1):167. Disponible sur: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0166-1>
  21. Ratsimbarilala Ravel V, Bah M, Moltchanova Rothé E. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs chez les personnes vivant en EHPAD. Une pathologie sous-diagnostiquée. Intérêt de la mesure de l'IPS. Université Paris Cité; 2022.
  22. Raynaud-Simon A. Dénutrition. In: *Gériatrie: pour le Praticien.* 2023. p. 104-10.
  23. Chaoui C, Planchat-Fely P. Repérage et Prévalence de la dénutrition en EHPAD / Base PATHOS [Internet]. Université Paris Descartes Faculté Cochin – Port-Royal; 2015. Disponible sur: <https://ehpad.org/wp-content/uploads/2022/06/CHAOUI-BOUDGHANE-FELY-PLANCHAT-2015.pdf>
  24. Haute Autorité de Santé (HAS). Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus • novembre 2021 [Internet]. 2021. p. 19. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368\\_recommandations\\_denutrition\\_pa\\_cd\\_20211110\\_v1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf)
  25. Prochaska MT, Artz A. Anémie. In: *Soins Primaires en Gériatrie.* 2024. p. 333-339e2.

26. Fossey-Diaz V. Cancers et sujets âgés. EMC- Trait Médecine Akos. 2018;13(3):1-8.
27. Verny C, Merlin É, Masseboeuf N. Particularités de la prise en charge des diabétiques âgés en EHPAD. Médecine des Mal Métaboliques [Internet]. déc 2023;17(8):8S32-7. Disponible sur:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1957255723002948>
28. Soyeux L, Grosjean J, Onen S-H. Troubles respiratoires du sommeil en EHPAD : étude de prévalence réalisée avec l’outil ONSI. Médecine du Sommeil [Internet]. janv 2012;9(1):11-6. Disponible sur:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1769449312000040>
29. Mangeney K, Barthélémy H, Vogel T, Rappin B, Sokolakis S, Lang P-O. La santé buccodentaire en Ehpapad : état des lieux et suivi des recommandations de soins. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie [Internet]. avr 2017;17(98):93-9. Disponible sur:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483016300344>
30. Seynhaeve E, Galllouedec V, Monti L, Leboulanger C, Trivin F, Tessier C. Télé-hôpital de jour de déglutition du patient résidant en EHPAD. Nutr Clin Métabolisme [Internet]. mai 2023;37(2):e47-8. Disponible sur:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0985056223001127>
31. Mallay D, Champion L, Manckoundia P. Le financement de la prise en charge des escarres par PATHOS est-il suffisant en EHPAD ? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie [Internet]. oct 2013;13(77):267-79. Disponible sur:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483013000895>
32. Mathieu-Nicot F, Trimaille H, Chopard Dit-Jean A, Bonnet M, Godard-Marceau A, Bondier M, et al. Vers la compréhension des demandes d’aide à mourir de résidents d’EHPAD. Une étude qualitative multicentrique. Ann Médico-psychologiques, Rev Psychiatr [Internet]. déc 2023;181(10):855-62. Disponible sur:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448722003808>
33. Jeandel C, Guerin O. Unités de Soins de Longue Durée et EHPAD (Etablissements d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). RAPPORT de MISSION. 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux [Internet]. 2021. Disponible sur:  
[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_jeandel-guerin.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_jeandel-guerin.pdf)
34. INSEE. Professionnels de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2023. Comparaisons régionales et départementales. [Internet]. 2023. Disponible sur:  
[https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#graphique-TCRD\\_068\\_tab1\\_regions2016](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#graphique-TCRD_068_tab1_regions2016)

## ANNEXES

### Annexe 1 : Les états pathologiques

Groupe Affections	Etats pathologiques
<b>Affections cardio-vasculaires</b>	1 Insuffisance cardiaque
	2 Coronaropathie
	3 Hypertension artérielle
	4 Troubles du rythme
	5 Phlébites
	6 Embolie et thrombose artérielle, amputation
	7 Artériopathies chroniques
	8 Hypotension orthostatique
<b>Affections neuro-psychiatriques</b>	9 Malaises, vertiges, P d C, chutes
	10 Accidents vasculaires cérébraux
	11 Comitialité focale et généralisée
	12 Syndrome parkinsonien
	13 Syndrome confusionnel aigu
	14 Troubles chroniques du comportement
	15 Etats dépressifs
	16 Etats anxieux
	17 Psychose, délires, hallucinations
18 Syndrome démentiel	
<b>Affections broncho-pulmonaires</b>	19 Broncho-pleuro-pneumopathies
	20 Insuffisance respiratoire
	21 Embolies pulmonaires
<b>Pathologies infectieuses</b>	22 Syndromes infectieux généraux
	23 Syndromes infectieux locaux
	24 Infections urinaires basses
<b>Affections dermatologiques</b>	25 Escarres
	26 Autres lésions cutanées
<b>Affections ostéo-articulaires</b>	27 Pathologie de la hanche
	28 Pathologie de l'épaule

	29	Pathologie vertébro-discale
	30	Autres pathologies osseuses
	31	Polyarthrite et pathologies articulaires
<b>Affections gastro-entérologiques</b>	32	Syndromes digestifs hauts
	33	Syndromes abdominaux
	34	Affection hépatique, biliaire, pancréatique
	35	Dénutrition
<b>Affections endocriniennes</b>	36	Diabète
	37	Dysthyroïdie
	38	Troubles de l'hydratation
<b>Affections uro-néphrologiques</b>	39	Rétention urinaire
	40	Insuffisance rénale
	41	Incontinence
<b>Autres domaines</b>	42	Anémies
	43	Etats cancéreux
	44	Hémopathies malignes
	45	Syndrome inflammatoire, fièvre inexplicée
	46	Pathologies oculaires évolutives
	47	Etat grabataire et troubles de la marche
	48	Etat terminal

## **Annexe 2 : Les profils de soins**

**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 24 h sur 24 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

**M 1 :** État terminal soins techniques lourds continus et/ou relationnels plurijournaliers : la prise en charge pluriprofessionnelle en soins palliatifs est actée.

**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...)

**Annexe 3 : Tableau de répartition âge et sexe**

		<b>Tranche d'âge</b>									
	<b>Genre</b>	< 60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90-95	95-100	> 100
212695	<b>Femme</b>	502	1925	3939	7039	10934	22986	42520	44363	19817	2522
	<b>Homme</b>	705	2518	4373	5975	6432	9549	12909	10302	3151	234
			F3% ; H 3.5%		F 8.4% ; H5.8%		F 62% ; H16%				

## RESUME

**Introduction :** Avec l'augmentation de l'espérance de vie, en 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans en France métropolitaine. Se posent alors des questions relatives au virage domiciliaire, ou à l'institutionnalisation pour des résidents de plus en plus dépendants et polypathologiques.

**Objectifs :** Le but de notre étude était d'une part de décrire les prévalences des états pathologiques et des profils de soins de la population des EHPAD en France métropolitaine durant la période 2020 à 2023, et d'autre part de les comparer aux données des quatre années précédentes et à celles de la littérature, afin de relever des points d'alerte en termes de repérage des pathologies et estimation des besoins en soins.

**Matériel et méthodes :** Les logiciels Access et Excel de Microsoft ont été utilisés pour extraire et analyser la base de données de 2020 à 2023 du logiciel GALAAD de la CNSA.

**Résultats :** Notre étude retrouve une augmentation de la prévalence de l'insuffisance cardiaque, des syndromes démentiels, de la dénutrition, de l'anémie, de la perte d'autonomie fonctionnelle locomotrice par rapport aux quatre dernières années, avec des variations de 2,5%, 5,2%, 5,8 %, 4% et 6,1%, respectivement. Malgré cette apparente augmentation, les prévalences restent en-deçà de celles attendues lorsqu'on les compare aux données de la littérature, témoignant d'un probable sous-diagnostic de ces dernières ou d'un défaut de traçabilité. Les mêmes raisons pourraient expliquer les disparités retrouvées dans les prévalences des états pathologiques entre les régions d'Ile-de-France, PACA et Grand Est, auxquelles pourrait s'ajouter les politiques régionales en matière d'interprétation du PATHOS par les médecins valideurs.

**Conclusion :** Notre étude fait ressortir l'importance et le rôle d'une équipe de coordination de qualité, formée et formatrice, au sein de chaque EHPAD, afin de recenser, repérer, et tracer fidèlement les états pathologiques des résidents, garantissant une offre de soins au plus près de la réalité des résidents.

**Mots-clés :** EHPAD, PATHOS, AGGIR, Profil de soins, autonomie, dépendance, GMP, PMP, gériatrie, gérontologie.

## ABSTRACT

**Background:** With the increase in life expectancy, in 2060, one person in three will be over 60 years old in metropolitan France. Questions then arise regarding the domiciliary shift, or institutionalization for increasingly dependent and polypathological residents.

**Aim:** The aim of our study was, on the one hand, to describe the prevalence of pathological conditions and care profiles of the nursing home residents in metropolitan France during the period 2020 to 2023, and on the other hand to compare them with data from the previous four years and with those in the literature, in order to identify warning points in terms of screening pathologies and estimating care needs.

**Materials and methods:** Microsoft Access and Excel software were used to extract and analyze the 2020 to 2023 database from CNSA's GALAAD software.

**Results:** Our study found an increase in the prevalence of heart failure, dementia syndromes, malnutrition, anemia, loss of functional locomotor autonomy, compared to the last four years, with variations of 2.5%, 5.2%, 5.8%, 4% and 6.1%, respectively. Despite this apparent increase, the prevalences remain below those expected when compared to data from the literature, indicating a probable underdiagnosis or a lack of traceability. The same reasons could explain the disparities found in the prevalence of pathological conditions between the regions of Ile-de-France, PACA and Grand Est, to which could be added regional policies regarding the interpretation of PATHOS by validating physicians.

**Conclusion:** Our study highlights the importance and role of a quality, trained and training coordination team within each nursing home, to identify, search and trace the pathological conditions of residents, guaranteeing a provision of care as close as possible to the reality of the residents.

**Keywords:** EHPAD, nursing home, PATHOS, AGGIR, Care profile, autonomy, dependency, GMP, PMP, geriatrics, gerontology.