



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**L'allocation personnalisée d'autonomie dans le Nord :
caractéristiques des primo-demandes**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 15 décembre 2016 à 17h
au Pôle Formation

Par Dorothée GOARANT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François Puisieux

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Eric Boulanger

Monsieur le Docteur Firmin Bikouta

Madame le Docteur Brigitte Heudel-Bonnet

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

**Travail du Département de Médecine Générale et de la cellule d'aide
méthodologique ; fédération de recherche clinique ; CHRU de Lille.**

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AGGIR	Autonomie gérontologique groupes iso-ressources
GIR	Groupe iso-ressource
CD	Conseil départemental GIR CD Groupe iso-ressource obtenu à partir de la grille AGGIR par le conseil départemental
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

Table des matières

INTRODUCTION	5
MATERIELS ET METHODE	7
I/ Conception du recueil de données	7
II/ Dispositions réglementaires	9
RESULTATS	10
I/ Caractéristiques de la population bénéficiant pour la première fois de l'APA.....	10
II/ Comparaison de l'échantillon à la population des primo-demandes d'APA dans le Nord hors contexte d'urgence sur l'année 2015	16
III/ Comparaison par territoires	17
IV/ Lien entre isolement, GIR et montant du plan d'aide	19
DISCUSSION	21
I /Analyse descriptive	21
Caractéristiques sociodémographiques	21
Types d'aides	21
II/ Comparaison de l'échantillon à la population du CD en 2015	22
III/ GIR, montant du plan d'aide et territoires	23
IV/ Isolement, GIR et montant du plan d'aide	23
V/ Limites	24
CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE.....	25
Annexes.....	26

INTRODUCTION

Début 2015, en France, 1.250 million de personnes de plus de 60 ans ont des difficultés à accomplir les actes de la vie quotidienne et bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Elles sont 60% à domicile et 40% en établissement.

La dépendance est un état dans lequel une personne est dans l'impossibilité de satisfaire un ou plusieurs des actes de la vie courante, sans avoir recours à une aide technique ou humaine. Elle est la conséquence d'une ou plusieurs incapacités, conséquences de déficiences ou maladies conduisant à des limitations d'activité ou à des restrictions de participation.

L'évaluation des aides nécessaires en cas de dépendance chez les personnes âgées repose, en France, sur la grille AGGIR. En fonction de sa capacité à effectuer les activités mentales, corporelles, motrices, domestiques et sociales, qui définissent les activités de la vie quotidienne, une personne est classée dans un Groupe Iso-Ressource (GIR). Les personnes classées en GIR 1, les plus dépendantes, sont confinées au lit tandis que les personnes en GIR 6 sont autonomes. Être classé en GIR 1 à 4 rend éligible à l'APA. Le montant de cette allocation est plafonné en fonction du GIR et sert à financer un plan d'aide à domicile. La personne âgée participe au financement de ce plan d'aide selon ses revenus.

Dans le département du Nord, le service de solidarité aux personnes âgées et aux personnes handicapées du Conseil Départemental (CD) gère l'attribution de l'APA. Le service centralise et traite les demandes venant de 8 territoires, que sont les Flandres Maritimes, les Flandres Intérieures, Lille, Roubaix et Tourcoing, le Valenciennois, le Douaisis, le Cambrésis et l'Avesnois.

Dans chacun de ces territoires, le médecin généraliste concourt à l'évaluation de la dépendance de ses patients et de leur éligibilité à l'APA en remplissant un questionnaire médical qui est joint au dossier de demande d'APA. Ce questionnaire n'est pas une grille AGGIR mais un document créé par le CD. L'évaluation finale est réalisée au domicile du patient par une équipe médico-sociale du CD qui utilise la grille AGGIR afin de procéder au GIRage du patient. Dans les situations délicates, l'évaluateur peut consulter l'évaluation du médecin traitant afin de conforter son choix.

Aucun état des lieux de l'attribution de l'APA n'a été réalisé à ce jour dans le département du Nord. Pourtant, dans le contexte actuel de vieillissement de la société, il semblait intéressant pour un médecin généraliste et le CD de mieux connaître la population concernée par cette allocation et les conditions de son obtention.

Pour cette raison, deux travaux de recherche ont été mis sur pied. Le premier vise à caractériser la population qui bénéficie pour la première fois de cette allocation. Le second vise à cerner les critères d'éligibilité à l'APA, afin d'en réaliser la demande au bon moment.

L'objectif principal de la première étude était de définir les principales caractéristiques de la population bénéficiant pour la première fois de l'APA à domicile, hors contexte d'urgence, dans le Nord. Les objectifs secondaires étaient de comparer ces données selon les territoires et plus finement, de rechercher l'existence d'un lien entre isolement de la personne âgée, son GIR et le montant de son plan d'aide.

La deuxième étude est l'objet d'un travail complémentaire réalisé par Tiphaine Briand.

MATERIELS ET METHODE

I/ Conception du recueil de données

Une étude épidémiologique quantitative a été réalisée après accord de la responsable du pôle gestion du Département de Solidarité aux Personnes Âgées et aux Personnes Handicapées du CD du Nord rencontrée le 4 décembre 2015. L'étude a été réalisée sur les dossiers de premières demandes d'APA à domicile dans le département du Nord, hors contexte d'urgence, contenant un questionnaire médical. Les dossiers qui ne contenaient pas le questionnaire médical étaient exclus par les soins du personnel du CD.

Les dossiers ont été inclus au fil de l'eau, de façon rétrospective après leur acceptation en commission qui avait lieu tous les jeudis. En ce qui concerne le jeudi 5 mai 2016, jour férié, la commission a eu lieu le vendredi 6 mai 2016. Le recueil de données a été mené au sein des locaux du CD où étaient centralisés les dossiers. Sur l'avis de la cellule d'aide méthodologique de la fédération de recherche clinique du CHRU de Lille, le recueil de données s'est fait sur cinq semaines complètes, soit du 2 mai au 5 juin 2016. Au total, 699 dossiers ont été inclus.

Les informations du dossier de demande d'APA ont été collectées à partir de documents papiers et informatisés. Un tableau Excel de recueil a été conçu par les investigateurs. Il comprenait les items du questionnaire médical de la grille AGGIR, le montant et le détail du plan d'aide ainsi que les caractéristiques démographiques de l'échantillon.

Les caractéristiques sociodémographiques de la population de l'étude étaient le territoire de résidence, l'âge, le sexe, la notion d'isolement, et le numéro de dossier.

Le questionnaire médical renseignait les activités corporelles telles que la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'élimination, et les activités motrices comme les transferts, les déplacements intérieurs et extérieurs, monter l'escalier ou gérer son appareillage. L'usage d'une aide technique était précisé grâce aux items canne, appuis, déambulateur ou autres. Le profil cognitif était caractérisé par la coopération,

la cohérence et l'orientation spatio-temporelle. Les activités domestiques étaient illustrées par le ménage, les courses, la cuisine, la préparation des repas et la gestion du traitement. Les activités sociales comportaient l'utilisation d'un moyen de communication et de transport, la gestion des ressources et les activités de temps libre. A partir de ce questionnaire médical, a été calculé un GIR médecin grâce à l'application « AggiNet ».

La grille AGGIR comportait dix-sept items que sont cohérence (communication et comportement), orientation temporo-spatiale, toilette, habillage, alimentation, élimination, transfert, déplacements intérieurs et extérieurs, communication à distance, ménage, cuisine, transport, gestion des ressources, achats, suivi d'un traitement et activités de temps libre. Le GIR qui en découlait était relevé et appelé dans l'étude GIR CD.

Le tableau Excel comportait également le montant total du plan d'aide accepté par le patient, la somme à charge du patient et le détail du plan d'aide. Les différents types d'aide proposés étaient les gestes au corps, les aides à la vie courante, les changes et la téléalarme. Les gestes au corps étaient déclinés sous la forme aide à la prise des repas, aide à la toilette, aide à l'habillage, aide au lever/coucher, aide aux changes, aide aux transferts et accompagnements extérieurs. Les aides à la vie courante comprenaient la préparation des repas, le réchauffage des repas, l'entretien du logement, les courses, l'accueil de jour, la garde à domicile de jour et l'aide aux changes.

Enfin, la raison d'un éventuel rejet de la demande a été relevée. Les motifs étaient le fait d'être classé en GIR 5 ou 6, l'annulation à la demande de l'utilisateur, l'entrée en EHPAD, le décès du patient ou une raison autre non précisée.

Les analyses bio statistiques nécessaires ont été effectuées grâce aux logiciels R et RStudio (1).

Les paramètres quantitatifs ont été décrits en termes de médiane, de moyenne et d'étendue (minimum et maximum). Les paramètres qualitatifs ont été présentés en effectif et pourcentage. La normalité de la distribution des paramètres quantitatifs a été vérifiée graphiquement (histogramme et courbe de densité).

Dans ce travail de recherche, une analyse descriptive a permis de décrire les caractéristiques de l'échantillon. La comparaison de l'échantillon et de la population des primo bénéficiaires de l'APA en 2015 a été réalisée à l'aide du test de Fischer pour les proportions, et du test de Student pour les effectifs. La répartition des GIR et des sommes allouées en fonction du territoire a été étudiée à l'aide d'un test d'analyse de variance (ANOVA) et celle de l'isolement en fonction du territoire grâce à un test de Chi 2. L'évaluation du lien entre isolement de la personne âgée, son GIR et le montant total du plan d'aide a été réalisée à l'aide d'un test de Student.

Le niveau de significativité a été fixé à 5%.

II/ Dispositions réglementaires

Une procédure d'anonymisation des dossiers s'est faite automatiquement grâce au numéro du dossier créé par le CD et recueilli dans le tableur Excel. L'étude des dossiers était rétrospective, non interventionnelle et ne nécessitait pas l'accord du Comité de Protection des Personnes. Une étude semblable avait été faite en 2014 auprès du Conseil Général du Pas de Calais et une demande d'autorisation globalisant les deux études avait été obtenue auprès de la CNIL sous le numéro 1783922, le 23 juillet 2014.

RESULTATS

I/ Caractéristiques de la population bénéficiant pour la première fois de l'APA

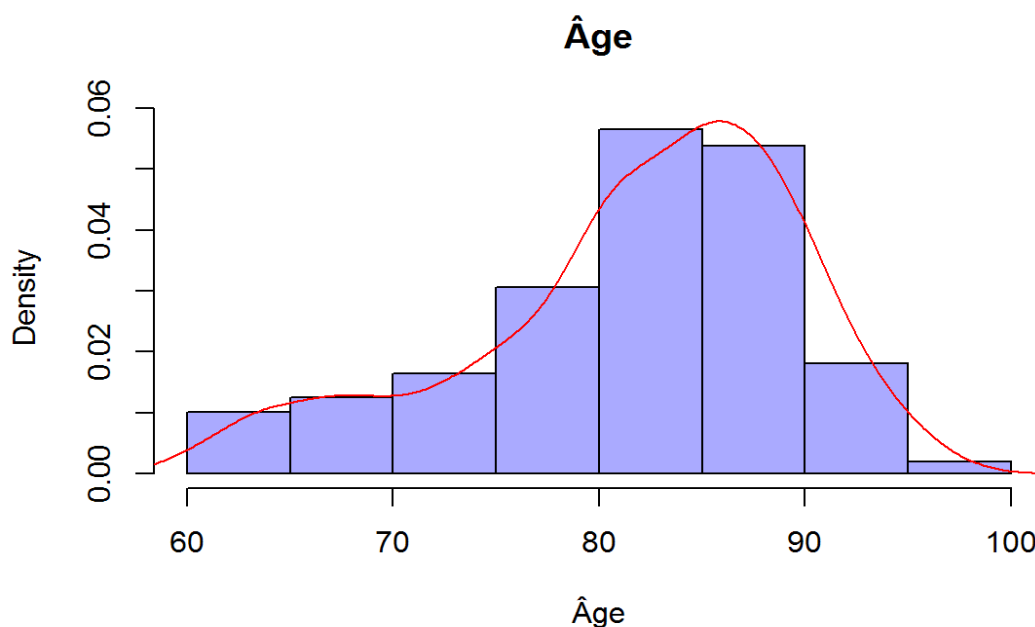
Les patients de l'échantillon étaient davantage des femmes (71,96% ; n=367- Tableau 1) et l'âge moyen était de 81.82 ans (Tableau 2). La distribution de la population suivait une courbe de densité en forme de cloche (Figure 1).

Tableau 1 : répartition par sexe.

Sexe	Effectif	Proportion (%)	IC95%
Féminin	367	71,96	[67,84% ; 75,82%]
Masculin	143	28,04	[24,18% ; 32,16%]
Total	510	100	

Tableau 2 : répartition par âge.

	Moyenne [IC95%]	Minimum	Médiane	Maximum
Âge	81,82 [81,13 ; 82,51]	60	83	97

Figure 1 : distribution de la population de l'étude

Les patients classés en GIR 4 étaient les plus nombreux (67.06% ; n= 342 - Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition par GIR

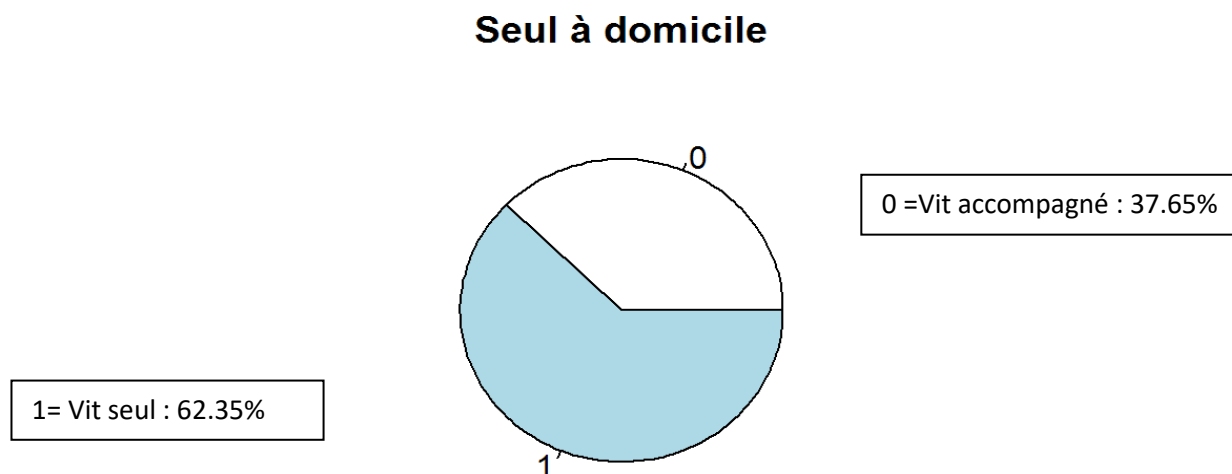
GIR	Effectifs	Proportion	IC95%
1	2	0.39%	[0.05% ; 1.41%]
2	64	12.55%	[9.8 % ; 15.74%]
3	102	20%	[16.61% ; 23.74%]
4	342	67.06%	[62,79 %; 71.13%]

Les trois secteurs de Lille, Roubaix-Tourcoing et Valenciennes représentaient 58,04% des accords de primo-demandes hors APA d'urgence.

Tableau 4 : Répartition par territoire

Territoire	Effectif	Proportion (%)	IC95%
Avesnes	24	4.71	[3.04% ; 6.92%]
Cambrai	52	10.2	[7.71% ; 13.16%]
Douai	50	9.8	[7.36% ; 12.72%]
Flandres Intérieures	34	6,67	[4.66% ; 9.19%]
Flandres Maritimes	54	10,59	[8.05% ; 13.59%]
Lille	112	21.96	[18.44% ; 25.81%]
Roubaix Tourcoing	72	14,12	[11.21% ; 17.45%]
Valenciennes	112	21.96	[18.44% ; 25.81%]
Total	510	100	

Les patients vivant seuls représentaient 62.35% (n= 318 – Figure 2) de la population, contre 37.65% (n= 192 – Figure 2) vivant accompagnés.

Figure 2 : Répartition selon l'isolement

Dans le questionnaire rempli par le médecin traitant, les patients avaient le plus souvent besoin d'aide à la toilette, à l'habillage, au ménage, à la réalisation des courses et à l'utilisation d'un moyen de transport (Tableau 5). La prévalence des troubles cognitifs dans la population était peu importante, puisque moins de 25% des patients présentaient une gestion de l'orientation temporo-spatiale, de la cohérence et/ou du comportement très diminuée ou abolie.

Tableaux 5 et 6 : Répartition des aides nécessaires selon le questionnaire médical rempli par le médecin traitant

Questionnaire médical	<u>Fait seul et normalement</u>	<u>Fait seul et difficilement</u>	<u>Ne fait pas seul</u>	<u>Impossible</u>
Se lever / Se coucher	19,02 (n=97)	52,94 (n= 270)	25,29 (n= 129)	2,75 (n=14)
Marcher	10,65 (n=54)	45,56 (n=231)	37,48 (n=190)	6,31 (n= 32)
Monter les escaliers	5,92 (n=30)	20,51 (n= 104)	30,18 (n=153)	43,39 (n=220)

Questionnaire médical	<u>Fait seul et normalement</u>	<u>Fait seul et difficilement</u>	<u>Ne fait pas seul</u>	<u>Impossible</u>
Hygiène de l'élimination	23,18 (n=118)	49,51 (n=252)	22,4 (n=114)	4,91 (n=25)
Toilette haut	12,23 (n=62)	30,97 (n=157)	47,53 (n=241)	9,27 (n=47)
Toilette bas	6,35 (n=32)	21,03 (n=106)	59,33 (n=299)	13,29 (n=67)
Habillage haut	12,38 (n=63)	39,29 (n= 200)	42,44 (n=216)	5,89 (n=30)
Habillage moyen	9,9 (n=50)	35,45 (n=179)	47,52 (n=240)	7,13 (n=36)
Habillage bas	7,42 (n=36)	26,6 (n=129)	54,43 (n=264)	11,55 (n=56)
Ménage	0,59 (n=3)	2,77 (n=14)	21,94 (n=111)	74,7 (n=378)
Préparation des repas	6,35 (n=32)	15,87 (n=80)	39,29 (n=198)	38,49 (n=194)
Manger et boire	58,42 (n=295)	30,5 (n=154)	9,11 (n=46)	1,98 (n=10)
Utiliser moyen de communication	27,69 (n=139)	28,29 (n=142)	22,51 (113)	21,51 (n=108)
Utiliser moyen de transport	1,38 (n=7)	3,16 (n=16)	38,93 (n=197)	56,52 (n=286)
Gestion des ressources	16,44 (n=83)	11,29 (n=57)	35,05 (n=117)	37,23 (n=188)
Courses	3,15 (n=16)	3,94 (n=20)	35,63 (n=181)	57,28 (n=291)
Gestion traitement	23,08 (n=117)	15,38 (n=78)	43 (n=218)	18,54 (n=94)

Questionnaire médical	Oui	Un peu diminué	Très diminué	Aboli
Coopération	35,43 (n=180)	37,99 (n=193)	24,8 (n=126)	1,77 (n=9)
Cohérence	42,24 (n=215)	31,83 (n=162)	23,38 (n=119)	2,55 (n=13)
Orientation	44,48 (n=226)	29,19 (n=148)	20,51 (n=104)	5,72 (n=29)

Selon la grille AGGIR remplie par l'équipe médico-sociale du CD, les patients avaient le plus souvent besoin d'aide pour la toilette, l'habillage, les déplacements extérieurs, la gestion des ressources, la cuisine, le ménage et l'utilisation d'un moyen de transport (tableau 7).

Tableau 7 : Répartition des aides nécessaires selon la grille AGGIR remplie par l'équipe médico-sociale du CD

Grille AGGIR	<u>Fait seul</u>	<u>Fait partiellement</u>	<u>Ne fait pas</u>
Communication	58,43 (n=298)	34,71 (n=177)	6,86 (n=35)
Comportement	76,47 (n=390)	20,2 (n=103)	3,33 (n=17)
Orientation dans le temps	68,63 (n=350)	29,02 (n=148)	2,35 (n=12)
Orientation dans l'espace	64,12 (n=327)	33,73 (n=172)	2,16 (n=11)
Toilette haut	26,86 (n=137)	45,29 (n=231)	27,84 (n=142)
Toilette bas	3,14 (n= 16)	55,29 (n=282)	41,57 (n=212)
Habillage haut	30,59 (n=156)	42,75 (n=218)	26,67 (n=136)
Habillage moyen	32,55 (n=166)	40 (n=204)	27,45 (n=140)
Habillage bas	5,49 (n=28)	52,16 (n=266)	42,35 (n=216)
Se servir	48,04 (n=245)	40 (n=204)	11,96 (n=61)
Manger	75,1 (n=383)	22,94 (n=117)	1,96 (n=10)
Hygiène de l'élimination urinaire	62,75 (n=320)	29,41 (n=150)	7,84 (n=40)
Hygiène de l'élimination fécale	72,16 (n=368)	20,98 (n=107)	6,86 (n=35)
Transferts	58,63 (n=299)	32,75 (n=167)	8,63 (n=44)
Déplacements intérieurs	48,82 (n=249)	44,12 (n=225)	7,06 (n=36)
Déplacements extérieurs	4,51 (n=23)	45,29 (n=231)	50,2 (n=256)

Grille AGGIR	<u>Fait seul</u>	<u>Fait partiellement</u>	<u>Ne fait pas</u>
Utiliser moyen de communication	48,63 (n=248)	26,86 (n=137)	24,51 (n=125)
Gestion des ressources	13,53 (n=69)	34,12 (n=174)	52,35 (n=267)
Cuisine	8,63 (n=44)	34,71 (n=177)	56,67 (n=289)
Ménage	0,98 (n=5)	11,76 (n=60)	87,25 (n=445)
Utiliser moyen de transport	6,08 (n=31)	34,71 (n=177)	59,22 (n=302)
Faire des achats	5,88 (n=30)	49,61 (n=252)	44,51 (n=227)
Gestion traitement	29,8 (n=152)	23,14 (n=118)	47,06 (n=240)
Gestion temps libre	25,88 (n=132)	49,61 (n=253)	24,51 (n=125)

II/ Comparaison de l'échantillon à la population des primo-demandes d'APA dans le Nord hors contexte d'urgence sur l'année 2015

Il existait une différence significative entre le nombre d'accords primo-demandes, le sexe et l'accord GIR 4 entre l'échantillon de l'étude et la population 2015 du CD ($p < 0,05$). Pour les autres variables il n'y avait pas de différence statistiquement significative (Tableau 8).

Tableau 8 : comparaison de l'échantillon à la population du CD sur l'année 2015

	Population CD	Echantillon thèse	Valeur de p
Accords primo-demandes (%)	0,6024603	0,72961237	<0,0001
Rejets totaux (%)	0,3975397	0,2761087	<0,0001
Rejets GIR 5 et 6 (%)	0,1804762	0,2174535	0,01566
Sexe féminin (%)	0,671746	0,7195994	0,008956
Accord GIR 1 (%)	0,006507937	0,00286123	0,327
Accord GIR 2 (%)	0,081111111	0,09298999	0,2568

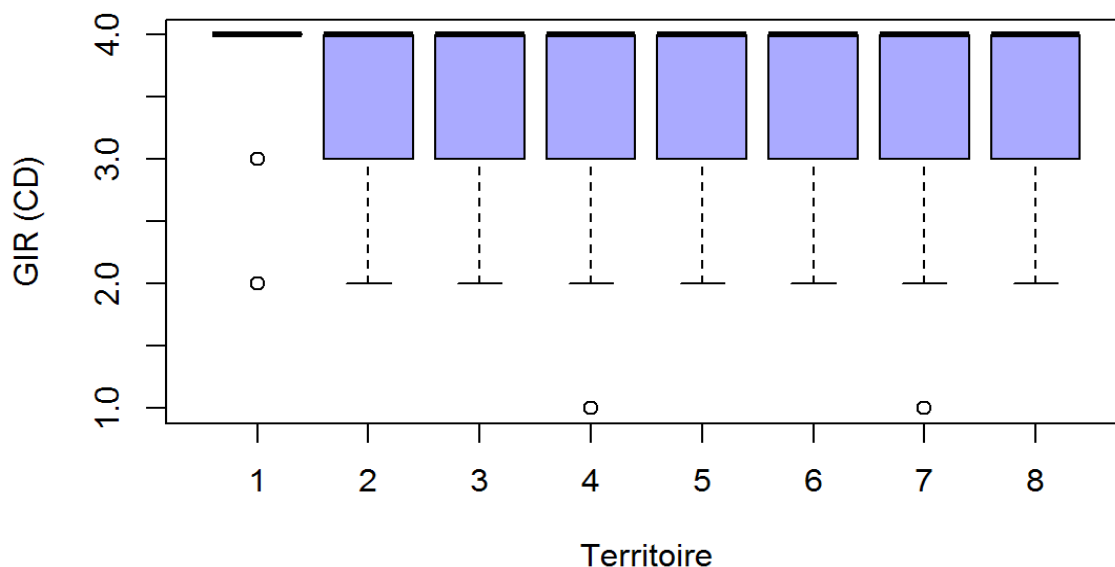
	Population CD	Echantillon thèse	Valeur de p
Accord GIR 3 (%)	0,1333333	0,148784	0,2539
Accord GIR 4 (%)	0,3816667	0,5078684	<0,0001
Age moyen (années)	81,12572	81,81961	0,05429
Montant moyen du plan d'aide (€)	448,3814	442,8793	0,6588
Montant moyen à charge (€)	120,0115	112,9107	0,2483

III/ Comparaison par territoires

Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée dans l'évaluation du GIR selon le territoire ($p=0.09$ – figure 3 et tableau 10).

Tableau 10 : Répartition du GIR en fonction du territoire

Territoire	Effectif	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR moyen
Avesnes	24	0	2	3	19	3.79
Cambrai	52	0	3	10	39	3.67
Douai	50	0	4	14	32	3.54
Flandres intérieures	34	1	2	6	25	3.62
Flandres maritimes	54	0	7	15	32	3.46
Lille	112	0	18	25	69	3.44
Roubaix/Tourcoing	72	1	10	12	69	3.5
Valenciennes	112	0	17	14	81	3.55

Figure 3 : Répartition du GIR en fonction du territoire

L'étude montrait une différence significative dans la répartition des sommes allouées en fonction des territoires ($p < 0.05$ - Tableau 11) avec un montant du plan d'aide significativement plus élevé dans le Valenciennois (502.83€) que dans l'Avesnois (321.59€).

Tableau 11 : Répartition des sommes allouées (montant du plan d'aide) en fonction des territoires

Territoire	Effectif	Moyenne montant plan d'aide (€)	IC95%
Avesnes	24	321.59	[237.48;405.70]
Cambrai	52	359.79	[294.9;424.68]
Douai	50	457.14	[374;540;28]
Flandres intérieures	34	459.92	[373.66;546.18]
Flandres maritimes	54	442.05	[364.23;519.87]
Lille	112	470.68	[415.4;525.96]
Roubaix/Tourcoing	72	389.49	[340.76;438.22]
Valenciennes	112	502.83	[448.91;556.75]

Enfin, l'étude ne retrouvait pas de différence statistiquement significative dans la répartition des personnes isolées selon les territoires ($p > 0.05$).

IV/ Lien entre isolement, GIR et montant du plan d'aide

L'étude ne retrouvait pas de différence statistiquement significative entre le GIR et l'isolement ($p = 0.06679$).

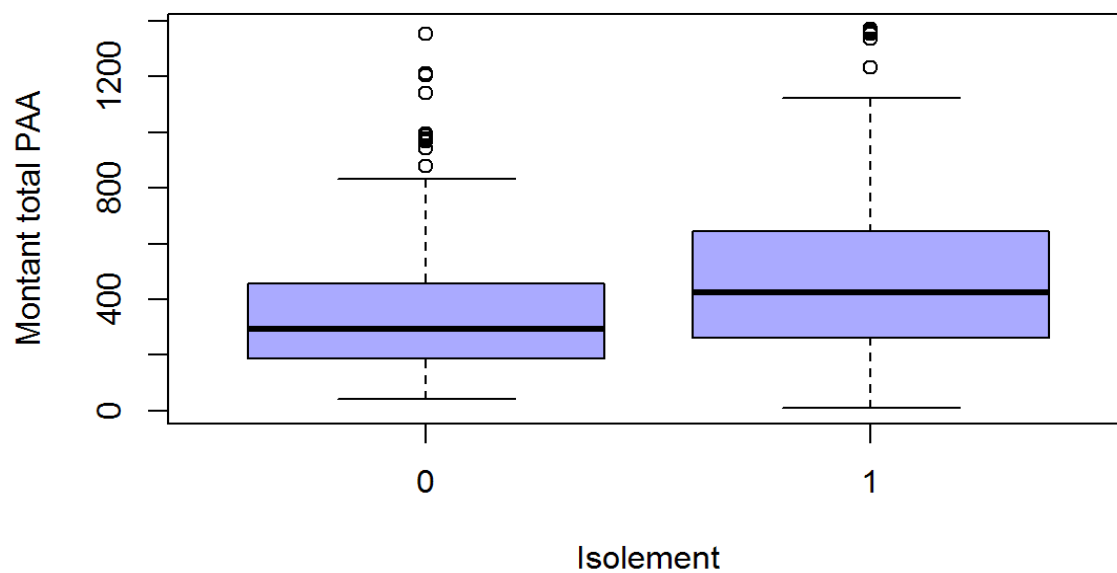
En revanche, il existait une différence statistiquement significative entre le montant du plan d'aide et l'isolement ($p < 0.001$ – figure 4).

L'étude retrouvait un lien important entre le montant du plan d'aide et le GIR ($p < 0.001$ – tableau 12).

Tableau 12 : Montant moyen du plan d'aide selon le GIR

GIR	Effectif	Moyenne (€)	IC (95%)
1	2	849.15	[276.54 ;1421.76]
2	64	679.49	[580.24 ;778.74]
3	102	631.95	[575.29 ;688.61]
4	342	339.84	[323.02 ;356.66]

Figure 4 : Lien entre l'isolement et le montant du plan d'aide



DISCUSSION

I /Analyse descriptive

Caractéristiques sociodémographiques

La répartition par genre était de 71.96% pour les femmes et 28.04 % pour les hommes. Dans un rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (2) datant de 2013, la proportion de femmes était de 75.61% contre 24.39% pour les hommes dans le département du Nord. La part d'homme bénéficiant de l'APA est donc en augmentation. L'âge moyen de la population était de 81.82 ans, contre un âge moyen national de 83,7 ans en 2011 (3). La population de l'étude est plus jeune, l'explication réside certainement dans le fait que seules les primo-demandes ont été prises en compte.

La répartition par GIR était différente de celle de la DREES dans le département du Nord en 2013 avec 60.13% de GIR 4 contre 67.06% dans l'étude. La proportion de GIR 1 était plus importante (2) avec 1.83% contre 0.39% dans cette étude. Encore une fois, ce travail a seulement concerné les primo-demandes.

Plus de six bénéficiaires de l'APA sur dix vivaient seuls dans l'étude, les dernières données de l' institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (4) retrouvaient 27.1% de personnes isolées entre 65 à 79 ans et 49% chez les 80 ans ou plus avec à chaque fois une part plus importante de femmes seules (62.2% chez les plus de 80 ans).

Types d'aides

Le questionnaire médical rempli par le médecin traitant et la grille AGGIR remplie par l'équipe médico-sociale du CD ont de nombreux items en commun. On constatait lors de l'étude que certaines variables étaient prédominantes comme la toilette, l'habillement, le ménage, les courses et l'utilisation d'un moyen de transport. La comparaison de ces deux tableaux et du GIR qui en découlait a fait l'objet d'une deuxième étude, complémentaire à celle-ci.

Depuis sa création en 2001, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile n'a cessé d'augmenter (5). Les aides attribuées concernent principalement les aides à la réalisation des actes de la vie quotidienne. Une étude réalisée en 2003, montrait que 90% des plans d'aide comprenait une aide-ménagère (6), ce qui correspondait à l'étude du remplissage du questionnaire médical et de la grille AGGIR dans cette étude. Il en est de même pour les courses, la cuisine et la préparation de repas. La toilette et l'habillage ne concernait en 2003 qu'environ 25% des plans d'aide, ce qui semble peu puisque selon l'analyse des grilles AGGIR plus de 70% des patients faisaient partiellement ou ne faisaient pas seul leur toilette dans l'échantillon.

Déjà en 2004, la part du montant du plan d'aide attribuée aux aides techniques et à l'aménagement du logement était insuffisante. La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement promulguée en décembre 2015 (7) a revu les plafonds des plans d'aide à la hausse, et le montant restant à charge des personnes âgées à la baisse. Elle a permis la reconnaissance de l'action des proches aidants les personnes âgées en perte d'autonomie au quotidien, ainsi qu'une nouvelle organisation et des financements supplémentaires pour la prévention de la perte d'autonomie comme des actions de lutte contre l'isolement et un accès facilité aux aides techniques pour les bénéficiaires les plus modestes (8). Ces actions sont mises en place progressivement, pour exemple les plafonds des plans d'aides ont été augmentés en mars 2016.

II/ Comparaison de l'échantillon à la population du CD en 2015

Il existait une différence significative entre le nombre d'accords / rejets en primo-demandes du CD en 2015 et l'échantillon de l'étude. Le recueil de données a permis d'inclure 699 dossiers ce qui correspondait à une population importante. En effet plus la population est importante, plus une différence statistiquement significative peut être mise en évidence. Le recueil a eu lieu sur le seul mois de mai ce qui amenait un biais de sélection. Le nombre de rejet en GIR 5 et 6 et le sexe étaient également statistiquement différents mais les proportions étaient proches, la différence était moindre que pour les premiers items.

Les accords en GIR 1, 2 et 3 n'étaient pas statistiquement différents dans l'échantillon et dans la population générale contrairement aux accords en GIR 4 qui représentaient près de la moitié des accords de l'échantillon présent contre à peine 4 accords sur 10 dans la population générale. Malgré tout, les proportions étaient du

même ordre de grandeur dans l'échantillon et dans la population du CD en 2015, à savoir que les accords en primo-demandes étaient plus importants en GIR 4 qu'en GIR 3, en GIR 3 qu'en GIR 2 et ainsi de suite.

Les deux populations étaient comparables sur l'âge moyen, le montant des plans d'aide et le montant à charge des patients.

III/ GIR, montant du plan d'aide et territoires

L'étude a révélé un lien entre les montants du plan d'aide et le GIR. Pour le GIR 4, le montant moyen du plan d'aide était de 339.84€/mois contre 289.78 €/mois dans une étude réalisée dans le Pas-de-Calais (9) et 356€/mois au niveau national dans une étude la DREES (3). Pour le GIR 3, les montants étaient respectivement de 631.95€, 551.08€ et 585€/mois. Il en va de même pour les GIR 1 et 2. L'explication réside dans la mise en place de l'APA 2 incluant une augmentation des plafonnements des montants des plans d'aide en fonction du GIR. Ces augmentations vont de 100€ pour le GIR 4 à 400€ en GIR 1.

L'étude ne montrait pas de lien statistiquement significatif entre le GIR et le territoire. En revanche, il existait une différence statistiquement significative entre le montant du plan d'aide et le territoire. Dans le Valenciennois, le montant moyen du plan d'aide était de 502.83€ alors qu'il n'était que de 321.55€ dans l'Avesnois. Lors du recueil de données seuls 24 dossiers d'Avesnes ont été inclus alors que Valenciennes en comptait 112. Le plafond en GIR 4 était fixé à 662,95€ et à 993.84€ en GIR 3 (10). Les résultats statistiques étaient donc plausibles, un patient classé dans le même GIR dans le Valenciennois et l'Avesnois avait donc plus de chances d'avoir une somme allouée plus grande dans le Valenciennois selon l'étude. Après contact avec l'équipe du CD, une partie de la différence de montant de plan d'aide pouvait s'expliquer par le fait que les offres de services étaient moindres dans l'Avesnois que dans le reste du département. Aucune autre explication n'a été retrouvée.

IV/ Isolement, GIR et montant du plan d'aide

Aucun lien n'a été mis en évidence entre le GIR et l'isolement. En revanche il existait un lien entre personne vivant seule et montant du plan d'aide ($p= 1.107e-06$) avec un plan d'aide plus important financièrement. Après discussion avec le CD, il se

trouvait que lors de la visite de l'équipe médico-sociale chez une personne qui vivait seule, plus d'heures d'aide à domicile étaient attribuées dans la limite du plafond du GIR dans lequel elle se trouve, sans pour autant majorer son GIR significativement.

V/ Limites

Le recueil de données a été réalisé au fil de l'eau pour tous les dossiers de quelque provenance que ce soit, sans équité entre les territoires. Lors de l'année 2015, le mois de mai a été celui où le CD a reçu le moins de primo-demandes d'APA (11). Les dossiers ne contenant pas de questionnaire médical ont été éliminés par les soins du conseil départemental car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion.

Il existait donc un biais de sélection.

CONCLUSION

L'analyse de la population de l'étude a montré que la proportion de primo-demandes d'APA d'hommes âgés tendait à augmenter, et que l'âge moyen des primo-demandes d'APA était d'environ 81 ans. Plus de 6 fois sur 10, la personne âgée vivait seule à son domicile. Selon le questionnaire médical et la grille AGGIR, les demandes d'aide les plus nombreuses semblent concerner le ménage, la toilette, l'habillage, les courses et l'utilisation d'un moyen de transport. Les montants des plans d'aide contrairement au GIR variaient en fonction du territoire. L'isolement de la personne âgée était associé à une somme allouée plus importante mais pas à un GIR différent.

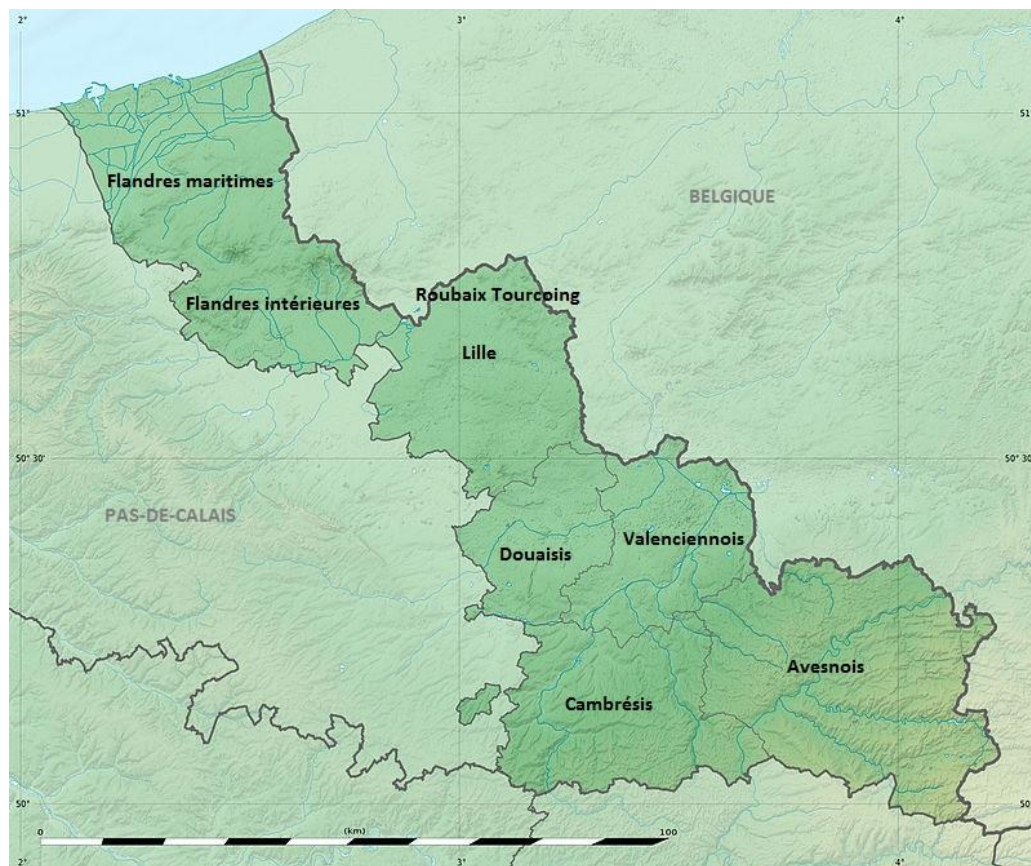
Le vieillissement de la population est un enjeu important de santé publique. La DREES estime qu'en 2060 entre 1 849 000 et 2 695 000 personnes bénéficieront de l'APA (12). Dans le département du Nord, il est prévu une augmentation de 45% des personnes de 60 ans d'ici (2030), ces valeurs restent inférieures à la moyenne nationale. Bien connaître les patients gériatriques en médecine générale et savoir repérer l'entrée progressive dans la dépendance permet d'apporter aux personnes âgées les aides nécessaires au bon moment pour retarder l'entrée en EHPAD. La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement va dans ce sens.

BIBLIOGRAPHIE

1. RStudio Team. RStudio: Integrated Development Environment for R [Internet]. Boston, MA: RStudio, Inc.; 2015. Available from: <http://www.rstudio.com/>
2. DREES. Bénéficiaires de l'APA: données détaillées 2013. 2013.
3. Bérardier M. Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011. DREES; 2014 Février. Report No.: 876.
4. Insee - Population - Personnes vivant seules dans leur logement selon l'âge en 2012 [Internet]. [cited 2016 Oct 25]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02333
5. WEBER A. Regards sur l'APA trois ans après sa création. 2006;603–11.
6. METTE C. Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : une analyse des plans d'aide. DREES; 2004 février. (Etudes et résultats). Report No.: 273.
7. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 2015-1776 décembre, 2015.
8. dossier_de_presse_loi_asv_janv2016.pdf [Internet]. [cited 2016 Oct 10]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_loi_asv_janv2016.pdf
9. Alexandre Peral, JM Lefebvre. Percevoir au mieux l'Allocation Personnalisée d'Autonomie dans le Pas-de-Calais.
10. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) | Pour les personnes âgées [Internet]. [cited 2016 Oct 10]. Available from: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
11. Conseil départemental du Nord. Base globale conseil départemental 2015. 2015.
12. Lécroart A. DREES- Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 - Sources, méthode et résultats. 2011.

Annexes

Annexe 1 : Carte des territoires du département du Nord



Annexe 2 : Questionnaire médical

Questionnaire relatif à l'Autonomie du demandeur

(à remplir par le médecin traitant)



Direction Générale Adjointe
de la Solidarité
Direction de l'Accès à l'Autonomie
59047 LILLE Cedex

☐ M. ☐ Mme

Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____

Date et lieu de naissance : _____

Domicile : _____

Téléphone : _____

Médecin traitant : _____

Coordonnées téléphoniques : _____

Adresse : _____

NB : Un commentaire médical peut être joint au présent formulaire si le médecin traitant le souhaite, sous pli médical confidentiel à destination du médecin départemental.

lenord.fr

Renseignements concernant l'autonomie

a) L'intéressé est-il : ☐ grabataire ☐ constamment au fauteuil de jour

b) Ce sujet présente-t-il ?	OUI	UN PEU DIMINUÉE	TRÈS DIMINUÉE	ABOLIE
• Une attitude psychologique coopérante (démission)	☐	☐	☐	☐
• Une cohérence (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée)	☐	☐	☐	☐
• Une orientation (temps, moments de la journée et espace)	☐	☐	☐	☐
• Une continence urinaire :	☐	☐	☐	☐
• Une continence fécale :	☐	☐	☐	☐

c) L'intéressé peut-il	NORMALEMENT (seul)	DIFFICILEMENT (mais seul)	AIDE NÉCESSAIRE	IMPOSSIBLE
• Faire sa toilette	☐	☐	☐	☐
haut	☐	☐	☐	☐
bas	☐	☐	☐	☐
• S'habiller, se déshabiller	☐	☐	☐	☐
haut	☐	☐	☐	☐
moyen	☐	☐	☐	☐
bas	☐	☐	☐	☐
• Gérer son appareillage	☐	☐	☐	☐
• Se lever du lit, se coucher	☐	☐	☐	☐
• Marcher	☐	☐	☐	☐
• Monter l'escalier	☐	☐	☐	☐
• Se lever d'une chaise	☐	☐	☐	☐
• Aller aux toilettes et assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	☐	☐	☐	☐
• Faire le ménage	☐	☐	☐	☐
• Préparer les repas	☐	☐	☐	☐
• Manger, boire (des aliments préparés)	☐	☐	☐	☐
• Couper ses aliments (préparés)	☐	☐	☐	☐
• Utiliser les moyens de communications (alarme, téléphone, sonnette d'appel, système hertzien)	☐	☐	☐	☐
• Sortir	☐	☐	☐	☐
• Utiliser un moyen de transport	☐	☐	☐	☐
• Rester debout	☐	☐	☐	☐
• Gérer ses ressources, l'argent, ses affaires et faire les démarches	☐	☐	☐	☐
• Faire ses courses, des achats directs ou par correspondance	☐	☐	☐	☐
• Temps libre (activités de loisirs, culturelles ou sociales)	☐	☐	☐	☐
• Suivre un traitement médical	☐	☐	☐	☐

Les déplacements intérieurs sont aidés par : ☐ canne ☐ appuis ☐ déambulateur ☐ autre

Les déplacements extérieurs sont aidés par : ☐ canne ☐ appuis ☐ déambulateur ☐ autre

Date

Nom (ou cachet) du médecin

Signature

AUTEUR : Nom : GOARANT	Prénom : Dorothée
Date de Soutenance : 15 décembre 2016	
Titre de la Thèse : L'allocation personnalisée d'autonomie dans le Nord : caractéristiques des primo-demandes.	
Thèse - Médecine - Lille 2016	
Cadre de classement : Médecine générale, Gériatrie	
DES + spécialité : Médecine Générale	
Mots-clés : APA, gériatrie, primo-demandes, GIR, Nord	
Résumé : <u>Contexte</u> : Le nombre de personnes âgées, plus ou moins dépendantes, est en augmentation constante. En France, 1,250 millions de personnes bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Aucun état des lieux de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'a été réalisé dans le département du Nord. L'objectif principal de l'étude était de définir les principales caractéristiques de la population bénéficiant pour la première fois de l'APA à domicile, hors contexte d'urgence, dans le Nord. Les objectifs secondaires étudiaient le lien entre territoires, GIR, montant du plan d'aide et isolement. <u>Méthodes</u>: Une étude épidémiologique, rétrospective, descriptive a été réalisée. Le recueil de données s'est fait au fil de l'eau, sur cinq semaines dans les locaux du Conseil Départemental. 699 dossiers ont été inclus. Les éléments recueillis comprenaient les caractéristiques sociodémographiques, les items du questionnaire médical, de la grille AGGIR ainsi que la notion d'isolement. <u>Résultats</u> : La population comprenait une majorité de femmes (71.96% [67.84 ;75.82%]), et l'âge moyen était de 81.82 ans. Les patients classés en GIR 4 étaient les plus nombreux (67.07% [62.79 ;71.13] ; n= 342). Les territoires de Lille, Roubaix / Tourcoing et Valenciennes représentaient 58,04% des accords primo-demandes, 62.35% (n=192) de la population vivait seule à domicile. Selon la grille AGGIR, les patients avaient le plus souvent besoin d'aide pour la toilette, l'habillage, les déplacements extérieurs, la gestion des ressources, la cuisine, le ménage et l'utilisation d'un moyen de transport. L'étude montrait une différence significative dans la répartition des sommes allouées en fonction des territoires ($p=0.004818516$) avec un montant du plan d'aide significativement plus élevé dans le Valenciennois (502.83€) que dans l'Avesnois (321.59€). L'étude retrouvait un lien important entre le montant du plan d'aide et le GIR ($p<0.001$). <u>Conclusion</u> : L'étude montre que la proportion d'hommes bénéficiant pour la première fois de l'APA à domicile dans le Nord tend à augmenter, et que l'âge moyen de la primo-demande est d'environ 81 ans. Plus de 6 fois sur 10, la personne âgée vivait seule à son domicile. Selon le questionnaire médical et la grille AGGIR, les demandes d'aide les plus nombreuses semblent concerner le ménage, la toilette, l'habillage, les courses et l'utilisation d'un moyen de transport. Les montants des plans d'aide contrairement au GIR variaient en fonction du territoire. L'isolement de la personne âgée était associé à une somme allouée plus importante mais pas à un GIR différent.	
Composition du Jury :	
Président : Pr François Puisieux	
Assesseurs : Pr Eric Boulanger, Pr Jean-Marc Lefebvre, Dr Firmin Bikouta, Dr Brigitte Heudel-Bonnet	

