

# L'accueil des personnes âgées dépendantes : dépasser l'opposition entre aide à domicile et vie en établissement

**S**elon les chiffres publiés par la Drees [63], on recense 9 482 établissements pour personnes âgées et 1 044 services de soins de longue durée, offrant une capacité de 436 300 places en maison de retraite, 152 900 places en logement-foyer et 79 300 places en unité de soins de longue durée (USLD). Une partie de ces places étant occupée par des personnes âgées non dépendantes, le Commissariat général du plan<sup>1</sup> considère que l'offre en établissement pour personnes âgées dépendantes s'élève à 406 200 places. De plus, on dénombre 1 822 places d'accueil de jour au 31 décembre 2003<sup>2</sup> et 556 places d'hébergement temporaire. Ces places ont pour objectif de favoriser le maintien à domicile de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs pour offrir aux aidants un temps de répit.

## L'offre de services pour les personnes âgées dépendantes

Par ailleurs, 82 000 places de services de soins infirmiers à domicile sont installées. Ces places, financées à 100 % par l'assurance maladie, concernent des soins de nursing et des soins infirmiers à domicile pour des personnes âgées dépendantes.

Les personnes âgées dépendantes à domicile, si on se réfère aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, sont 537 490. L'APA les aide à financer les services d'aide à domicile pour l'entretien de leur logement et de l'aide dans leur vie quotidienne.

Cette offre est jugée aujourd'hui insuffisante pour faire face au vieillissement de la population. Ainsi, le Commissariat général du plan<sup>3</sup> considère que le nombre de personnes âgées dépendantes devrait passer de 863 000 en 2005 à environ 1 million en 2015, pour atteindre 1,077 million en 2020 et 1,2 million en 2030, soit une augmentation d'environ 30 % dans l'hypothèse haute, ou à 1,032 million, soit + 16 % dans l'hypothèse basse.

La difficulté est d'évaluer à moyen et long terme l'impact des espérances thérapeutiques : deux laboratoires sont en phase II pour des essais concernant la maladie d'Alzheimer et apparentées ; or 8 résidents

sur 10 en établissement y entrent pour cette raison. On voit l'impact que cela pourrait représenter si demain un traitement était trouvé. Souvenons-nous de l'arrivée des antibiotiques sur les sanatoriums et des psychotropes pour les structures psychiatriques qui ont rapidement transformé les modalités de prise en charge.

Face à cette situation, comment alors organiser l'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie ? Sans doute en s'interrogeant d'abord sur les attentes des intéressées et en essayant alors d'imaginer ce que cela implique comme évolution de l'offre de services à domicile et en établissement.

## Les attentes des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches

C'est la génération des « baby-boomers » qui va être concernée par le grand âge, pour accompagner ses parents dans un premier temps, puis pour elle-même ensuite. Or, c'est une génération beaucoup plus individualiste que les précédentes, allergique aux règlements intérieurs, consommatrice de soins depuis toujours, qui a bénéficié durant toute sa vie active du système de protection sociale actuel. Cette génération va être beaucoup moins résignée quant au niveau des soins dispensés et à la personnalisation de l'accompagnement de son grand âge que les générations précédentes, marquées par la guerre et les privations, avec un mode de vie beaucoup plus simple.

Par ailleurs, c'est une génération numériquement très importante qui arrive, ce qui va forcément contribuer au changement de regard de la société sur le vieillissement. Demain, tout le monde connaîtra une personne âgée en perte d'autonomie dans son entourage (aujourd'hui une personne sur 3)<sup>4</sup>. De ce fait, chacun sera confronté à la recherche d'aides ou de places adaptées et financièrement accessibles. Il est certain que la génération qui arrive ne tolérera pas pour ses proches et pour elle-même des conditions de prise en charge qualitativement médiocres mais exigera, à l'instar de la qualité du système de soins qu'elle a connu toute sa vie, une prise en charge des dernières années de sa vie d'un bien meilleur niveau qu'aujourd'hui et pour un coût beaucoup moins élevé.

Ainsi deux grandes tendances se dessinent pour une prise en charge de qualité des personnes âgées :

- rester à domicile le plus longtemps possible ;

4. Sondage Sofres/Express/FHF/MMR, mars 2005.

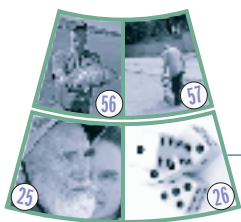
1. Les Cahiers du Commissariat général du plan n° 11, « Perspectives des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes ».

2. Source DGAS.

3. Cf. note 5.

**Murielle Jamot**  
Directrice d'établissement sanitaire et social, adjointe au délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF), adjointe du Pôle organisation sanitaire et médico-social

**David Causee**  
Directeur d'hôpital, délégué général adjoint de la FHF, responsable du Pôle organisation sanitaire et médico-social



## Les personnes âgées en situation de dépendance

- bénéficier en établissement de soins et d'accompagnement suffisants afin d'y finir sa vie dignement, avec une durée moyenne de séjour qui ne cesse de diminuer.

### Quel impact sur l'offre de services pour les personnes âgées dépendantes ?

Les personnes qui entrent aujourd'hui en établissement y sont le plus souvent contraintes et forcées, soit parce que leur entourage ne peut plus faire face à

leur dépendance (et notamment la désorientation) qui s'aggrave, soit à la suite d'un épisode aigu d'une maladie qui aggrave leur perte d'autonomie ou celle de leur aidant naturel quand elles ne sont pas seules. Il est donc nécessaire que l'établissement de demain prenne en compte ce paramètre et développe une gamme de services diversifiés et gradués, permettant aux personnes âgées de disposer des soutiens nécessaires pour rester le plus longtemps possible chez elles : services de soins infirmiers à domicile, accueil

## L'hébergement des personnes âgées fragiles : l'expérience évolutive des Marpa

**D**e multiples questions sont posées, notamment sur les places respectives que doivent tenir les politiques de soutien des personnes très âgées à leur domicile et les politiques d'accueil en établissement. Particulièrement, une question semble toujours structurer les débats : le soutien à domicile doit-il être la priorité des priorités, car seul le maintien au domicile répondrait aux attentes des personnes concernées et de leur entourage, auquel cas l'accueil en établissement ne pourrait être qu'un choix par défaut, perçu comme inéluctable dans un certain nombre de situations considérées comme extrêmes.

### Le besoin d'hébergement des personnes âgées « fragiles » : une composante à intégrer clairement dans les politiques publiques

Ce raisonnement conduit logiquement à déduire que tous les établissements pour personnes âgées doivent être de plus en plus « médicalisés ». C'est face à cette représentation à la fois hyperrationnelle et stigmatisante de la vieillesse que le concept de « petites unités de vie », en particulier de Marpa (maison d'accueil rural pour personnes âgées), tente d'apporter une alternative innovante et adaptée aux réalités.

En effet, la problématique binaire « domicile/établissement », telle que nous la résumons, ne correspond que partiellement à la réalité, telle qu'elle ressort des statistiques rela-

tives aux personnes hébergées en établissement.

Les établissements pour personnes âgées hébergent une proportion constante de personnes âgées autonomes, de l'ordre de 25 % des personnes accueillies.

Ce chiffre démontre, à lui seul, la réalité d'un besoin (que l'on peut certes en partie expliquer par les insuffisances des dispositifs de soutien à domicile), celui de la demande d'hébergement de la part de personnes âgées certes autonomes, mais fragilisées par toutes sortes de facteurs : isolement, sentiment d'insécurité, deuil, difficultés relationnelles avec l'entourage, accident de santé réversible, etc.

C'est à ce type de besoin et de public, les personnes âgées fragiles, que les « petites unités de vie », dont 119 Marpa actuellement en fonctionnement, s'attachent à apporter une réponse adaptée.

### Les idées force du concept et des pratiques des Marpa

Depuis leur origine au milieu des années quatre-vingt, les Marpa ont été conçues par la Mutualité sociale agricole, en lien avec la Fédération nationale des Marpa, selon quelques idées directrices qui leur donnent leur cohérence, tout en préservant une souplesse indispensable à tout service de proximité.

Au niveau des résidents, la Marpa s'attache à organiser un mode de vie conforme au domicile : appartement privatif (doté de toutes les

fonctionnalités habituelles, d'un accès libre sur l'extérieur, équipé de mobilier personnel), qualité de la vie « au quotidien » (repas préparés sur place, rythme de vie et horaires proches de ceux du domicile, etc.), liberté de choix du résident à l'égard des services proposés. Ce premier principe s'inspire du concept de « normalisation » des services sociaux et médico-sociaux chers à nos cousins canadiens, au terme duquel tout service s'adressant à des publics fragiles ne doit pas s'écarter des conditions habituelles de vie de tout citoyen, sous peine de stigmatisation et de risque de dépendance accrue des personnes aidées.

Dans le prolongement de cette première idée directrice, la Marpa considère comme prioritaire de stimuler les relations sociales des résidents ainsi que des personnels par voie de conséquence, l'ensemble des acteurs et ressources de la société locale. C'est la raison pour laquelle tout projet de Marpa est le résultat d'une longue et exigeante démarche de développement social local qui mobilise, aux côtés des élus et des professionnels locaux, l'éventail le plus large possible des acteurs de la vie locale. Il en découle également que les Marpa sont situées en centre bourg ou à proximité avec un accès aménagé.

De même, la Marpa s'attache à intégrer les familles non seulement à l'accompagnement de leur proche, mais aussi à la vie globale de la structure, notamment en prenant

**Bruno Lachesnaie**  
Sous-directeur,  
Direction de l'action  
sanitaire et sociale  
et des services aux  
personnes

**Dominique Bertrand**  
Médecin national  
de la Mutualité  
sociale agricole,  
Caisse centrale de  
la Mutualité sociale  
agricole

de jour et de nuit, hébergement temporaire, portage de repas... mais également centres de ressources gérontologiques du bassin de vie pour assurer la formation et l'information des professionnels et des aidants naturels, pour animer des groupes de paroles et/ou d'animation avec les aidants et les personnes âgées elles-mêmes.

Les établissements devront être capables de se transformer en « plates-formes » de services, soit en créant de nouveaux services directement, soit en

passant des conventions avec d'autres opérateurs ou services existants, pour créer des entités de gestion plus importantes en nombre de lits (150 à 200) et plus diversifiées en termes de places, en intégrant à cette perspective l'adossement d'unités pour adultes handicapés vieillissants à des maisons de retraite, par exemple. Il s'agit également de penser les établissements comme dispensant des soins au long cours et prévoir qu'ils puissent par ailleurs, en zone rurale, être des lieux d'implantation de centres de santé ou

part au conseil de la vie sociale et à l'organisation d'événements.

Cette première idée directrice, que l'on pourrait rassembler sur le vocable de « projet social », est bien sûr nécessaire et constitue le socle du projet global. Toutefois, elle n'est pas suffisante pour garantir un accompagnement adapté aux besoins croissants des personnes accueillies.

En effet, nous observons une évolution des caractéristiques des résidents accueillis, marquée par une augmentation de la moyenne d'âge (deux Marpa sur trois ont une moyenne d'âge de leurs résidents supérieure à 84 ans), ainsi qu'un niveau de dépendance globalement inférieur à celui des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), mais supérieur pour plus de la moitié des Marpa au seuil du GMP 300 (GIR moyen pondéré) retenu pour définir, sur le plan réglementaire, la notion d'Ehpad.

La deuxième idée directrice est d'organiser, à la fois avec l'équipe interne de la Marpa et avec les services médico-sociaux et sanitaires externes, un renforcement de l'accompagnement individualisé sur le plan de l'aide à l'autonomie et des soins. Citons les principales mesures concrètes prises ces dernières années :

- un renforcement (en nombre et en qualité de formation) de l'équipe polyvalente — au minimum égale à 4,5 ETP (équivalent temps plein)

hors garde de nuit —, animée par un(e) responsable doté d'un niveau de qualification de niveau II ou équivalent ;

- un apport spécifique, en fonction des situations individuelles, de la part des services d'aide à domicile.

Ces deux premiers renforcements sont, en principe, solvabilisés par l'APA, qui est calculée comme à domicile. Précisons que près de la moitié des résidents des Marpa correspondent au GIR 4 et moins.

Concernant les soins, les Marpa s'attachent à proposer deux niveaux de réponse :

- un premier niveau, essentiel, est celui de la prévention (examens et suivis réguliers, prise en compte des facteurs de risque, actions sur la motricité, la nutrition, la mémoire, etc.), auquel on peut associer la notion phare de « prendre soin » de chaque personne au quotidien ;

- un deuxième niveau est celui du recours, maintenant de plus en plus structuré, aux services de santé externes : médecins traitants, spécialistes, hôpitaux locaux et spécialisés, etc.

Concernant les actes infirmiers, la tendance est (grâce à une adaptation récente, consentie aux petites unités de vie, des obligations réglementaires relatives à l'organisation des soins dans les Ehpad) de systématiser la possibilité de recourir aux services de soins infirmiers à domicile, tout en préservant la possibilité de recourir aux infirmiers libéraux lorsque les

besoins de coordination autour du résident ne sont pas prégnants.

### La Marpa, un maillon du réseau médico-social local


Cette organisation des services en réseau, dans et autour de la Marpa, est la seule voie qui permet aux Marpa, dans la très grande majorité des situations, d'accompagner dans la sécurité et la dignité leurs résidents jusqu'au terme de leur vie.

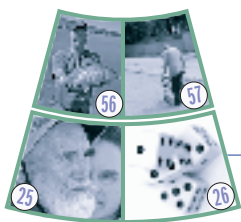
Dans les situations qui le nécessitent, et si les résidents et leurs familles le souhaitent, cela n'exclut pas le fait que les Marpa se doivent de proposer une solution de réorientation vers un établissement mieux adapté à certains troubles (ex. : désorientation sévère). Mais, à l'expérience, ces réorientations s'avèrent rares.

C'est donc bien en tant que maillon à part entière du réseau médico-social local et à cette condition que les Marpa peuvent répondre à leur triple engagement :

- proposer un mode d'hébergement soucieux de l'intégration sociale et de la citoyenneté des plus âgés de nos concitoyens ;

- proposer une prise en charge sanitaire équilibrée, entre une forte dimension préventive et des réponses curatives structurées en réseau coordonné ;

- proposer, pour les territoires ruraux, un équipement de proximité adapté aux réalités et à la culture locale, par ailleurs générateur d'activités et d'emplois. 



## Les personnes âgées en situation de dépendance

de maisons médicales, pour associer, dans un même objectif de permanence des soins, médecine de ville, médecine hospitalière et accompagnement médico-social. Les établissements pourront aussi constituer des réseaux d'accueils familiaux thérapeutiques, former les accueillants, les superviser et leur permettre d'accueillir pour des moments de répit.

Par ailleurs, quand les personnes entrent en établissement, le plus souvent c'est parce qu'elles sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, ou qu'elles arrivent à la toute fin de leur vie et ont besoin de soins médicaux et paramédicaux importants.

Cela suppose que les établissements soient organisés pour répondre à l'accompagnement et aux soins de ces personnes : personnels médical et paramédical d'abord formés à la gériatrie et à la gérontologie en nombre suffisant pour prendre en charge des personnes âgées polypathologiques et ne pas être obligés de les adresser à l'hôpital lors des dernières semaines voire des derniers jours de la vie, et à chaque épisode aigu d'une maladie. Pour garantir un niveau minimal de qualité, des normes nationales d'encadrement devraient être édictées en fonction du niveau de dépendance et de soins dans l'établissement, sans pour autant transformer les structures en « quasi-hôpitaux ». Ce n'est pas ce que veulent les personnes âgées qui souhaitent, certes des soins de qualité, mais également un accompagnement social : « *quelqu'un à qui parler, qui les aide à aller se promener, à maintenir leurs liens sociaux, à tenir leur main lors de leurs derniers moments* ». C'est pourquoi, à côté d'une médicalisation de qualité, les établissements devront être également en mesure d'assurer un accompagnement social de qualité.

Cela suppose également de disposer de personnels qualifiés et en nombre suffisant avec des ratios d'encadrement globaux qui à l'horizon 2015 devraient être

les mêmes que dans le secteur des adultes lourdement handicapés (foyers d'accueil médicalisé), à savoir entre 0,8 et 1,2 agent rémunéré pour une personne âgée (aujourd'hui les taux se situent entre 0,4 et 0,5 agent par lit). On peut penser que la société de demain ne pourra plus tolérer qu'on ne traite pas avec la même attention et les mêmes moyens les adultes lourdement handicapés avant 60 ans et les adultes lourdement handicapés après 60 ans. La suppression des barrières d'âge à cinq ans instituée par l'article 13 de la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées témoigne de cette perspective politique majeure.

L'annonce du Premier ministre d'un « Plan solidarité grand âge » reprend ce taux d'encadrement cible et propose de le financer par un taux d'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie très dynamique d'ici 2012. Cela constitue une évolution positive importante, mais qui reste insuffisante pour répondre aux enjeux de l'accompagnement et des soins aux personnes âgées d'ici cinq à dix ans dans une perspective de compenser la situation de handicap de la personne quel que soit son âge.

### Conclusion

On voit que le chemin est encore long à parcourir pour offrir aux personnes âgées dépendantes une offre de services en établissement et à domicile de qualité et complémentaire.

Mais on peut concevoir que, d'ici quelques années, la société soit amenée à financer de manière plus collective et plus conséquente qu'aujourd'hui, en inscrivant véritablement la prise en charge de qualité des plus âgés et des plus vulnérables dans le champ de responsabilité de l'assurance maladie et de la solidarité nationale. 